

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe der Ergebnisberichte zu den Probebetrieben für die Qualitätssicherungsverfahren Konisation, Kataraktoperation sowie Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie zur Veröffentlichung

Vom 20. Februar 2014

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Februar 2014 beschlossen,

1. die Ergebnisberichte zu den Probebetrieben für die Qualitätssicherungsverfahren Konisation (**Anlage 1**), Kataraktoperation (**Anlage 2**) sowie Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (**Anlage 3**) zur Veröffentlichung auf den Internetseiten der Institution nach § 137a SGB V freizugeben sowie
2. die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Ergebnisberichten Konisation und Kataraktoperation (**Anlage 4**) und Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (**Anlage 5**) auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses zu veröffentlichen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.q-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 20. Februar 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Abschlussbericht zum Probebetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Konisation

Stand: 30. November 2012

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Abschlussbericht zum Probetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Konisation

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

15. März 2012

Datum der Abgabe:

30. November 2012

Signatur:

12-SQG-026

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

[In den Passagen, in denen es ausschließlich um die von der Konisation betroffenen Patientinnen geht, wird abweichend von der allgemeinen Regel auch von Patientinnen gesprochen.]

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
0. Management Summary.....	5
0.1. Empfehlungen für die Einführung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren	5
0.2. Empfehlungen für das Verfahren <i>Konisation</i>	6
1. Einleitung	7
1.1. Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.....	7
1.2. Ursprüngliches Ziel des Probetriebs <i>Konisation</i>	7
1.3. Vorgesehene Erprobungsgegenstände	7
1.4. Geplante Erhebungsform	8
1.5. Notwendige Teilnehmer	8
1.6. Geplanter Beginn der Dokumentation durch die Leistungserbringer	9
1.7. Ursprünglicher Zeitplan des Probetriebs.....	9
2. Grundlagen der Probetriebe.....	10
2.1. Indikatorenset.....	10
2.2. Erhebungsinstrumente.....	12
2.3. QS-Auslösekriterien.....	12
2.3.1. Auslösung im ambulant-kollektivvertraglichen und stationären Sektor	13
2.3.2. Besonderheiten der Auslösung im Rahmen von ambulanten Selektivverträgen	13
2.4. Datenfelder und Ausfüllhinweise	14
2.5. Darstellung und Problematik der QS-Auslösung.....	16
2.5.1. QS-Auslösung im stationären und im ambulant-kollektivvertraglichen Sektor	17
2.5.2. QS-Auslösung im ambulant-selektivvertraglichen Sektor	17
2.5.3. Empfehlung für den Regelbetrieb	18
3. Vorbereitung des Probetriebs	19
3.1. Zeitplan zur Vorbereitung der Probetriebe	19
3.2. Vorbereitung und Abstimmung der Spezifikationen.....	20
3.3. Vorbereitung eines Patientenmerkblattes	20
3.4. Rekrutierung der teilnehmenden Institutionen	21
3.4.1. Definitionen der teilnehmenden Regionen	21
3.4.2. Institutionen auf Länderebene.....	21
3.4.3. Softwareanbieter	21
3.4.4. Einrichtungen.....	22
4. Gründe für die Absage des Probetriebs	23
4.1. Verschiebung des Beginns der Dokumentation	23

4.2. Beschränkung auf den stationären Sektor.....	23
4.3. Hinderungsgründe für Softwareanbieter.....	24
4.4. Hinderungsgründe für Datenannahmestellen	24
4.5. Rekrutierungsschwierigkeiten für das AQUA-Institut.....	24
5. Empfehlungen für die Einführung künftiger sektorenübergreifender Verfahren	25
5.1. Bisherige Konzeption: freiwillige Probetriebe	25
5.2. Denkbare alternative Erprobungsformen.....	25
5.2.1. Verpflichtende Probetriebe für ein einzelnes Verfahren	25
5.2.2. Verpflichtende Probetriebe in einer bestimmten Region	26
5.3. Empfehlung: Alternatives Modell ohne Probetrieb	26
5.3.1. Beschluss der themenspezifischen Bestimmungen für die drei Verfahren <i>Konisation, Kataraktoperation, Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i>	27
5.3.2. Themenspezifische Spezifikationen des AQUA-Instituts	27
5.3.3. Umsetzung und verpflichtende Erprobung der Spezifikation durch die stationären Softwareanbieter und Installation bei den Leistungserbringern	27
5.3.4. Verpflichtende technische Erprobung durch die Datenannahmestellen.....	27
5.3.5. Umsetzung der Spezifikation durch die ambulanten Softwareanbieter, Zertifizierung der ambulanten Softwareanbieter und Installation bei den Leistungserbringern	28
5.3.6. Testung im Vollbetrieb	28
5.3.7. Fazit zum vorgeschlagenen Vorgehen ohne Probetrieb	28

0. Management Summary

Die Summary gibt überblicksartig die Empfehlungen des AQUA-Instituts für die Einführung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) und die Empfehlungen für das Verfahren *Konisation* wieder. Nähere Erläuterungen finden sich in den entsprechenden Kapiteln.

0.1. Empfehlungen für die Einführung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren

Die Entwicklung des QS-Verfahrens *Konisation* hat gezeigt, dass das bisherige Vorgehen bei der Überführung der sektorübergreifenden Verfahren von der Machbarkeitsprüfung in den Regelbetrieb als problematisch einzustufen ist. In diesem Zusammenhang spricht das AQUA-Institut folgende Empfehlungen aus:

1. Zukünftige Verfahren müssen innerhalb ihrer Entwicklung und durch die Machbarkeitsprüfung einen Reifegrad erlangen, der ihre unmittelbare Überführung in den Regelbetrieb erlaubt.
2. Die für alle Qesü-Verfahren identischen technischen Voraussetzungen für die sektorenübergreifenden QS-Verfahren müssen unabhängig von spezifischen Verfahren geschaffen werden.
3. Für eine erfolgreiche Einführung sektorenübergreifender QS-Verfahren müssen alle Beteiligten, insbesondere Datenannahmestellen und Softwareanbieter (und damit indirekt auch die Leistungserbringer) in der Lage sein, relativ kurzfristig neue spezifische Verfahren im Rahmen der Qesü-RL als Datenannahmestelle umzusetzen bzw. ihren Kunden die erforderliche Software zur Verfügung zu stellen.
4. Das AQUA-Institut hält dafür die bisherige Praxis freiwilliger Probetriebe für nicht zielführend.
 - Es erscheint aus den Erfahrungen heraus praktisch unmöglich, genug freiwillige Teilnehmer bzw. die notwendigen Kombinationen aus Datenannahmestellen (ambulant und stationär je Region), Leistungserbringern und zugehörigen Softwareanbietern für freiwillige Probetriebe zu rekrutieren.
 - Der Investitionsaufwand ist insbesondere für die Datenannahmestellen als auch für die Softwareanbieter sehr hoch.
 - Andere Beteiligte starten im Regelbetrieb bei null, da ihnen die Erfahrung aus dem Probetrieb fehlt.
5. Verpflichtende Probetriebe für einzelne Verfahren oder Regionen als Alternative zu freiwilligen Probetrieben hält das AQUA-Institut ebenfalls für nicht zielführend.
 - Der Investitionsaufwand ist insbesondere für die Datenannahmestellen als auch für die Softwareanbieter sehr hoch.
 - Es entsteht eine Ungleichbehandlung der Datenannahmestellen (nur bestimmte Regionen werden verpflichtet) und/oder der Leistungserbringer und/oder der Softwareanbieter (nur bestimmte Regionen und/oder Facharzttrichtungen sind betroffen).
 - Andere Beteiligte starten im Regelbetrieb bei null, da ihnen die Erfahrung aus dem Probetrieb fehlt.
6. Das AQUA-Institut schlägt stattdessen ein alternatives Verfahren mit festem Zeitplan zur Überführung der QS-Verfahren in den Regelbetrieb ohne vorgeschalteten Probetrieb vor, bestehend aus:
 - a. einer verpflichtenden Erprobung mit Testdaten durch die Datenannahmestellen per entsprechender Verpflichtung in den jeweiligen themenspezifischen Bestimmungen. Sinnvoll ist es zudem, die Leistungserbringer und darüber auch die Softwareanbieter vor der Einführung eines Verfahrens in den Regelbetrieb ebenfalls zu einer solchen Erprobung zu verpflichten.
 - b. der möglichst frühzeitigen Einführung eines Regelbetriebs der Verfahren *Konisation*, *Kataraktoperation* sowie *Perkutane Koronarinterventionen (PCI)* und *Koronarangiographie*.
 - c. einem aus a. und b. resultierenden festen Zeitplan, der allen Beteiligten die notwendigen Zeiträume für die Vorbereitung der Regelbetriebe ermöglicht. Gleichzeitig berücksichtigt er die durch die AG Qesü des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgestellte Zeitschiene zur Einführung sektorenübergreifender QS-Verfahren:

- bis Mai 2013: Beschluss und Veröffentlichung der themenspezifischen Bestimmungen für die Verfahren *Konisation*, *Kataraktoperation* sowie *PCI und Koronarangiographie*
- Ende Juni 2013: Veröffentlichung der dazu gehörigen Spezifikationen durch das AQUA-Institut
- November/Dezember 2013: Umsetzung der Spezifikation durch die stationären Softwareanbieter, Verpflichtende Erprobung der QS-Software für Krankenhäuser (Lieferung von Testdaten durch Hersteller an AQUA) und Installation bei den Leistungserbringern
- bis April 2014: Abschluss der verpflichtenden Erprobung der Datenannahmestellen auf Landesebene
- bis Mai 2014: Zertifizierung der ambulanten Softwareanbieter in Zusammenarbeit mit der Kassennärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Auslieferung der Software für niedergelassene Arztpraxen
- Juni 2014: Beginn Regelbetrieb

0.2. Empfehlungen für das Verfahren *Konisation*

1. Erstellung der themenspezifischen Bestimmungen bis Mai 2013 (offene Fragen aus der Machbarkeitsprüfung sind mittlerweile beantwortet bzw. stellen sich nicht mehr)
2. Veröffentlichung der dazugehörigen Spezifikation bis Juni 2013
3. Spezifizierung der Auslösung durch Reduzierung auf einen OPS-Kode
4. Ausschluss der Filterfrage
5. Wegfall des Follow-up
6. Überführung des Verfahrens *Konisation* in den Regelbetrieb ab 2014

1. Einleitung

Der vorliegende Bericht beschreibt die Weiterentwicklung des sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) *Konisation* nach Abschluss der dazugehörigen Machbarkeitsprüfung. Dieser Abschluss ist gekennzeichnet durch das Protokoll zur Machbarkeitsprüfung vom 17. Februar 2012. Der daran anschließend geplante Probetrieb *Konisation* mit Dokumentationen durch die Leistungserbringer (LE) ab dem 1. April bzw. 1. Juli 2012 fand mangels geeigneter freiwilliger Teilnehmer nicht statt.

Aus diesem Grund kann im vorliegenden Bericht keine Auswertung des Probetriebs *Konisation* vorgenommen werden. Dagegen werden, nach einer Darstellung des Umsetzungsstandes zum Zeitpunkt der Absage des Probetriebs, die Probleme aufgezeigt, die zur Absage geführt haben. Abschließend werden Lösungsansätze aufgezeigt, um so eine Diskussionsgrundlage für die Weiterentwicklung des Verfahrens *Konisation* im Speziellen und die Überführung zukünftiger sektorenübergreifender QS-Verfahren von der Machbarkeitsprüfung in den Regelbetrieb im Allgemeinen bereitzustellen.

1.1. Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 15. März 2012 wurde das AQUA-Institut als Institution nach § 137a SGB V mit der Durchführung eines Probetriebs für das QS-Verfahren *Konisation* vom 1. Juli bis zum 31. Dezember 2012 beauftragt. Gegenstand der Beauftragung war die Umsetzung dieses Probetriebs gemäß dem „Konzept zur Umsetzung der Probetriebe für Kataraktoperation und Konisation“ des AQUA-Instituts vom 8. März 2012.

1.2. Ursprüngliches Ziel des Probetriebs *Konisation*

Das ursprüngliche Ziel des Probetriebs war es, die weiteren Voraussetzungen und Möglichkeiten für die erfolgreiche Umsetzung des QS-Verfahrens *Konisation* in den Regelbetrieb nach erfolgter informationstechnischer Aufbereitung und Durchführung der Machbarkeitsprüfung zu schaffen.

Im Verlauf des Probetriebs sollte ermittelt werden, ob die Daten entsprechend der vom AQUA-Institut vorgesehenen Planungen für die vorgeschlagenen Indikatoren und Instrumente erhebbar und die Ergebnisse aussagekräftig sowie für die Durchführung der Qualitätssicherung (QS) verwertbar sind. Neben diesen Aspekten sollten zudem die Weiterleitung und die Auswertung der Daten sowie die Erstellung und Versendung der Rückmeldeberichte im Fokus der Erprobung stehen.

1.3. Vorgesehene Erprobungsgegenstände

Innerhalb der sektorenübergreifenden QS-Verfahren gibt es zahlreiche neue Aspekte und Teilnehmer, die in den bisherigen QS-Verfahren keine Rolle spielen, insbesondere

- die Einbeziehung stationär, ambulant-kollektiv- und ambulant-selektivvertraglich erbrachter Leistungen,
- die Betrachtungen der Qualität von Behandlungsergebnissen nicht nur sektorenübergreifend, sondern auch im Zeitverlauf durch sog. Follow-ups, ermöglicht durch die Mitlieferung und spätere Verknüpfung der (pseudonymisierten) Patientendaten (patientenidentifizierende Daten, PID) sowie
- die Einbindung der sog. Vertrauensstelle (VST), die für die Pseudonymisierung dieser persönlichen Daten der gesetzlich Versicherten zuständig ist.

Die konkreten Gegenstände der vorgesehenen Erprobung waren dementsprechend vielfältig:

- Verständlichkeit der Erhebungsinstrumente (Datensätze/Items, Ausfüllhinweise)
- Verfügbarkeit der Daten (für die Datenerfassung, Auslösung und Sollstatistik)
- Praktikabilität der Datenerhebung (z.B. Integration in den Workflow)
- Funktionalität und Sachgerechtigkeit der Plausibilitätsprüfungen

- Aufwandsschätzung
- Technische Funktionsfähigkeit des Verfahrenskonzepts (erweiterter Machbarkeitstest)
- Datenflüsse inkl. Rückmeldeprotokolle und Einbindung der Vertrauensstelle
- Verwendbarkeit (Auswertbarkeit) der Daten (Ergebnisse und Sollstatistik)
- Erstellung und Erprobung eines Auswertungskonzepts
- Verwertbarkeit der Daten für die Durchführung der QS, insbesondere die Identifikation auffälliger Ergebnisse aus der die Einleitung von Maßnahmen gem. § 17 der Qesü-RL abgeleitet werden kann
- Erkennen von Implementationsbarrieren (z.B. Mehrkosten, ablehnende Grundhaltung der Beteiligten o.ä.)

Die ebenfalls durchzuführende Erprobung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Konisation* wird separat Anfang 2013 stattfinden und wird Gegenstand eines späteren separaten Berichts an den G-BA sein.

1.4. Geplante Erhebungsform

Die Erhebung sollte – bezogen auf die Patientinnen der teilnehmenden Leistungserbringer – als Vollerhebung über einen bestimmten Zeitraum bei freiwillig teilnehmenden Leistungserbringern in ausgewählten Regionen stattfinden. Ein zweites Erhebungsinstrument, insbesondere zum Aufwand der Erhebung und zur Einschätzung durch die teilnehmenden Leistungserbringer, sollten Befragungen der beteiligten Leistungserbringer sein.

1.5. Notwendige Teilnehmer

Die entwickelten Indikatoren sollten probeweise anhand einer größeren Anwendergruppe aus ca. 40 freiwillig teilnehmenden Leistungserbringern und ihren jeweiligen Softwareanbietern erhoben werden. In die Dokumentation sollten stationär, ambulant-kollektivvertraglich und ambulant-selektivvertraglich tätige Leistungserbringer einbezogen werden.

Zudem sollte sichergestellt werden, dass Softwareimplementierungen unterschiedlicher Hersteller mit Spezialisierung auf den ambulanten und den stationären Sektor einbezogen werden. Pro Sektor sollte dementsprechend mindestens eine Softwarevariante mit Integration in das führende Primärsystem (Praxisverwaltungssystem, PVS, bzw. Krankenhausinformationssystem, KIS) erprobt werden.

In den Probetrieb aufgenommen werden sollten Patientinnen, die bei den am Probetrieb teilnehmenden Leistungserbringern eine Konisation erhalten haben. Von diesen Patientinnen sollten Daten im Rahmen der Vorgaben des Beschlusses zur Durchführung der Probetriebe¹ dokumentiert werden.

Da es sich zugleich um ein im Regelbetrieb voraussichtlich länderbezogenes Verfahren handelt, sollten darüber hinaus Vertreter der Landesebene (Datenannahmestellen und Landesarbeitsgemeinschaften (LAGs) bzw. Vertreter der die LAGs konstituierenden Organisationen) einbezogen werden, um den Datenfluss möglichst analog dem späteren Regelbetrieb zu erproben. Der Probetrieb sollte in Regionen der Bundesländer Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen durchgeführt werden und die Daten somit als Stichprobe erhoben werden. Die Beteiligung der Vertrauensstelle (VST) wäre im Rahmen des Probetriebs *Konisation* in beiden Funktionen notwendig gewesen, also als Pseudonymisierungsstelle (VST-PSN) für die patientenidentifizierenden Daten (PID) sowie als Datenannahmestelle für Daten im selektivvertraglichen Bereich (VST-DAS).

Das AQUA-Institut schließlich hatte die Aufgabe, die für den Probetrieb notwendigen Auslösekriterien und die technische Spezifikation mit den Beteiligten abzustimmen und bereitzustellen. Im Probetrieb selbst sollte das Institut die Daten annehmen, prüfen und auswerten, Feedbackberichte für die beteiligten Leistungserbringer erstellen und übermitteln sowie den Bericht zum Probetrieb und die darauf basierenden themenspezifischen Bestimmungen erarbeiten und dem G-BA vorlegen.

¹ http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1434/2011-12-15_Probetrieb_Konisation.pdf und http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1465/2012-03-15_Beschluss-Aenderung_Konisation.pdf

1.6. Geplanter Beginn der Dokumentation durch die Leistungserbringer

Als ursprünglicher Beginn des dreimonatigen Dokumentationszeitraums war der 1. April 2012 vorgesehen. Dieser Beginn wurde zwischenzeitlich auf den 1. Juli 2012 verschoben, bevor der Probetrieb schließlich ganz abgesagt werden musste. Auf die Abfolge und Gründe dieser Entwicklungen wird in Kapitel 4 näher eingegangen.

1.7. Ursprünglicher Zeitplan des Probetriebs

Die Dokumentation durch die freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer sollte schließlich am 1. Juli 2012 beginnen und drei Monate andauern. Daraus ergab sich der folgende Zeitplan zur Durchführung des Probetriebs *Konisation*.²

Beginn	Ende	Name der Aufgabe
1. Juli 2012	30. September 2012	Dokumentation der Daten in den Einrichtungen
1. Juli 2012	15. August 2012	Export Probedatenpool
1. Oktober 2012	15. Oktober 2012	Datenexport und Datenprüfung (auch: Vollzähligkeitsprüfung und Sollstatistik)
16. Oktober 2012	31. Oktober 2012	Nachlieferungsfristen
30. Oktober 2012	6. Dezember 2012	Befragung der Einrichtungen
1. Juli 2012	30. November 2012	Erstellung eines Auswertungskonzepts (QIDB mit Rechenregeln, Musterberichte, Validierung der Rechenregeln, Erstellung und Prüfung der Berichte)
1. Dezember 2012		Bereitstellung der Feedbackberichte
Zweite Dezemberwoche 2012		Abschlussworkshop mit den beteiligten Institutionen auf Landesebene
1. Juli 2012	31.12.2012	Berichterstellung

² Der hier dargestellte Zeitplan ging vom Beginn der Dokumentation durch die LE am 1. Juli 2012 aus

2. Grundlagen der Probetriebe

Das Verfahren *Konisation* hat bereits mehrere Phasen der Entwicklung und Umsetzung durchlaufen. In diesen Phasen wurden Modifizierungen an den verschiedenen Bestandteilen des Verfahrens vorgenommen, die hier wie folgt gegliedert sind:

- Indikatorenset
- Erhebungsinstrumente
- QS- Auslöskriterien
- Datenfelder und Ausfüllhinweise

In den nachstehenden Abschnitten werden die verschiedenen Phasen und die darin umgesetzten Modifizierungen tabellarisch dargestellt und erläutert.

2.1. Indikatorenset

In Tabelle 1 ist eine Übersicht der Indikatoren dargestellt, die im Rahmen der Verfahrensentwicklung zur Umsetzung empfohlen wurden. Zudem ist ersichtlich welche Indikatoren im Rahmen der Machbarkeitsprüfung bzw. des Probetriebs überprüft wurden bzw. werden sollten.

In der Machbarkeitsprüfung wurden lediglich die Indikatoren überprüft, die durch die Leistungserbringer erhoben werden.

Für den Probetrieb wurden alle Indikatoren mit Ausnahme

- des Indikators S11 „Erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft nach Konisationen“,
- des Indikators P32 „Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach Konisation“,
- der Indikatoren der Patientenbefragung (z.B. PP05 „Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen vor der Konisation“)

zur Überprüfung der Umsetzbarkeit empfohlen.

Der Indikator S11 „Erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft nach Konisationen“ wurde nicht für den Probetrieb empfohlen, da die zu betrachtende Zeitspanne zwischen dem 12. Lebensjahr (frühester Zeitpunkt für die Erfassung einer Konisation) und der Menopause liegt und dieser Zeitraum naturgemäß weder in der Machbarkeitsprüfung noch im Probetrieb abgedeckt werden kann. Zudem ist eine Verknüpfung zwischen den Daten aus dem Modul Geburtshilfe und den Daten zur Konisation aus datenschutzrechtlichen Gründen derzeit nicht umsetzbar, da auf Fallebene keine Daten aus verschiedenen Modulen zusammengeführt werden dürfen.

Die Empfehlung, das vorhandene Datenfeld „Zustand nach Konisation“ aus dem Geburtshilfe-Dokumentationsbogen im Zusammenhang mit den Datenfeldern zu Komplikationen der Schwangerschaft auszuwerten, die im Rahmen der Machbarkeitsprüfung geäußert wurde, wird auch für den Regelbetrieb weitergeführt. Dadurch soll die Häufigkeit von Spätkomplikationen, die in der Schwangerschaft eventuell infolge einer Konisation (z.B. Zervixinsuffizienz, Frühgeburten, etc.) auftreten, ermittelt werden.

Des Weiteren empfiehlt das AQUA-Institut im Rahmen der weiteren Entwicklungen die Voraussetzungen für eine Ermöglichung der Fallzusammenführung anzuvisieren.

Der Indikator P32 „Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach Konisation“ wurde aufgrund der fehlenden Nutzenbewertung zurückgestellt. Es wurde für den Probetrieb keine Umsetzung des Indikators empfohlen.

Eine Nutzenbewertung ist durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durchgeführt worden. Abschließend konnte jedoch keine Empfehlung für ein bestimmtes Vorgehen inkl. eines

vorgegebenen Abklärungsalgorithmus ausgesprochen werden.³

Aus diesem Grund wird der Indikator auch im Rahmen des Regelbetriebs nicht zur Umsetzung empfohlen.

Im Anhang A.1 und A.2 befinden sich zur Ansicht die Indikatordatenblätter der verschiedenen Entwicklungsstadien (Stand Abschlussbericht und Stand nach Machbarkeitsprüfung).

Tabelle 1: Übersicht des abgestimmten Indikatorensets und seiner Modifizierung in den Entwicklungsphasen des Verfahrens

QI-ID.	Bezeichnung	Abschlussbericht der Verfahrensentwicklung	Machbarkeitsprüfung	Probetrieb
ST08	Ärztliche Expertise bei der Durchführung der Kolposkopie	X	X	X
P01	Differenzialkolposkopie vor Konisation	X	X	X
P04	Sofortige Konisationen bei PAP IIID und CIN 1 sind obsolet	X	X	X
P05	Adoleszente Patientinnen mit Konisation	X	X	X
P08	Indikation zur Konisation in der Schwangerschaft	X	X	X
P13	Fehlende hochgradige präkanzeröse Befunde der Konisate	X	X	X
P15	Konisation unter Kolposkopie-Kontrolle	X	X	X
P17	Reduzierung von Messerkonisationen	X	X	X
P27	Histologische Beurteilung des Konus	X	X	X
P30	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates nach Konisation	X	X	X
P32	Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach Konisation	X	X	
P34	Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand	X	X	X
OU10	Positiver Absetzungsrand bei Adenocarcinoma in situ	X	X	X
OU11	Behandlungsbedürftige Nachblutungen nach Konisation	X	X	X
S11	Erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft nach Konisationen	X	X	
PP05	Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen vor der Konisation	X		
PP05A	Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen nach der Konisation	X		
PP10	Verständliche Beantwortung von Fragen durch ärztliches Personal	X		
PP15	Gesprächsmöglichkeit über Ängste und Sorgen	X		
PP17	Wahrung der Privatsphäre bei Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen	X		
PP18	Respektvoller Umgang mit den Patientinnen insgesamt	X		
PP24	Informationen über Kontaktpersonen nach der Entlassung	X		
PP26	Informationen über zu Hause zu beachtende Alarmsignale	X		
PP31	Informationen über Nachsorgeuntersuchungen	X		

³ IQWiG 2012. IQWiG-Berichte – Nr. 106: Nutzenbewertung eines HPV-Tests im Primärscreening des Zervixkarzinoms (Stand vom 28.11.2011). Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

2.2. Erhebungsinstrumente

In Tabelle 2 ist dargestellt, welche Dokumentationsbögen als Erhebungsinstrument in den verschiedenen Phasen der Entwicklung und Erprobung des Verfahrens Konisation entwickelt bzw. geprüft wurden.

Im Abschlussbericht der Verfahrensentwicklung sowie zu Beginn der Machbarkeitsprüfung gab es drei Dokumentationsbögen: Dokumentation der präoperativen Befunde (KON_Prä) Dokumentation der perioperativen Befunde (KON_OP) und einen Dokumentationsbogen zur Dokumentation des Follow-ups (KON_FU).

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurde festgestellt, dass eine Trennung der Dokumentationsbögen KON_Prä und KON_OP nicht notwendig ist, da die erfragten Informationen des Präoperationsbogens dem Operateur immer vorliegen müssen und somit von diesem auch erhoben werden können. Durch die Zusammenführung entstand der Dokumentationsbogen Konisation (KON).

Der Dokumentationsbogen KON_FU ist zur Abbildung des Indikators P32 „Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach Konisation“ vorgesehen. Da dieser Indikator (wie oben beschrieben) nicht im Probetrieb eingebunden war, war dieser Dokumentationsbogen für den Probetrieb auch nicht relevant.

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurde empfohlen die vorgenommenen Änderungen im Probetrieb zu überprüfen.

Das AQUA-Institut empfiehlt die Umsetzung im Regelbetrieb und mögliche weitere Anpassungen im Rahmen der Weiterentwicklung des Verfahrens vorzunehmen.

Im Anhang B.1 bis B.4 befinden sich die Dokumentationsbögen der verschiedenen Entwicklungsstadien.

Tabelle 2: Übersicht der Dokumentationsbögen und Modifizierung in den Entwicklungsphasen des Verfahrens

Dokumentationsbogen \ Stand	Abschlussbericht der Verfahrensentwicklung	Beginn Machbarkeitsprüfung	Ergebnisprotokoll Machbarkeitsprüfung	Beginn Probebetrieb
Konisation präoperativ (KON_Prä)	X	X		
Konisation (KON_OP)	X	X		
Konisation Follow-up (KON_FU)	X	X		
Konisation (KON)			X	X

2.3. QS-Auslösekriterien

In Tabelle 3 ist eine Übersicht der Kriterien zur QS-Auslösung dargestellt sowie die Modifizierung dieser Kriterien in den verschiedenen Phasen der Entwicklung bzw. Umsetzung des Verfahrens.

Die QS-Auslösung nach Abschluss der Verfahrensentwicklung (siehe Tabelle 3 erste Spalte) bestand aus einer Vielzahl an ICD- und OPS-Kodes aus verschiedenen Bereichen, wie z.B. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, um die vorhandenen Dokumentationsbögen bestmöglich auslösen zu können.

Im Rahmen der Verfahrensentwicklung und -umsetzung wurden neben den anderen Bestandteilen auch die Kriterien zur QS-Auslösung modifiziert.

Die Kriterien zur Auslösung haben sich auf Grund der Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung reduziert. Hintergrund hierfür sind die Empfehlungen zur Streichung von Indikatoren und die Streichung des Dokumentationsbogens KON_FU sowie die Zusammenführung der Dokumentationsbögen KON_Prä und KON_OP.

Auf Grund der Erfahrungen und Aussagen beteiligter Experten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurden die in Tabelle 3 angegebenen Kriterien zur QS-Auslösung definiert. Unterschieden wurde hier die Auslösung im ambulanten bzw. stationären Sektor sowie die Auslösung im Rahmen von Selektivverträgen im ambulanten Bereich.

2.3.1. Auslösung im ambulant-kollektivvertraglichen und stationären Sektor

Für die Auslösung im ambulant-kollektivvertraglichen und stationären Sektor wurde im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung empfohlen, alle Patientinnen ab 12 Jahren einzubeziehen, bei denen ein Eingriff mit den OPS-Kodes 5-671.* (Konisation der Cervix uteri), 5-672* (Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri) oder 1-672 (Diagnostische Hysteroskopie) durchgeführt wurde. Den aufgeführten OPS-Kodes wird zudem die Abfrage der Filterfrage „Hatte die Patientin eine Konisation“ nachgeschaltet, um für die unspezifischen OPS-Kodes sicherzustellen, dass auch eine Konisation durchgeführt wurde. Wenn die Filterfrage verneint wurde, sollten die Operateure gleichzeitig erfassen, welcher OPS- bzw. ICD-Kode die Auslösung verursacht hat, um so nach Abschluss des Probetriebs geeignete von ungeeigneten Auslösern unterscheiden zu können.

2.3.2. Besonderheiten der Auslösung im Rahmen von ambulanten Selektivverträgen

Im ambulant-selektivvertraglichen Bereich wurde auf Grund der bekannten Selektivvertragsvarianten empfohlen neben den OPS-Kodes auch ICD-Kodes (siehe Tabelle 3 für die Auslösung einer QS-Dokumentation festzulegen.

Weil die ICD-Kodes unspezifisch sind, wurde auch hier zusätzlich die Filterfrage „Hatte die Patientin eine Konisation“ im Dokumentationsbogen vorgeschaltet. Wenn die Filterfrage verneint wurde, sollten die Operateure gleichzeitig die Angabe erfassen, welcher ICD-Kode die Auslösung verursacht hat, um so nach Abschluss des Probetriebs geeignete von ungeeigneten Auslösern unterscheiden zu können.

Weitere Ausführung und Empfehlungen zur QS-Auslösung sind in Abschnitt 2.5 zu finden.

Tabelle 3: Übersicht der QS-Auslösung und Modifizierung in den Entwicklungsphasen des Verfahrens

Stand: Abschlussbericht der Verfahrensentwicklung	Stand: Beginn Machbarkeitsprüfung	Stand: Ergebnisprotokoll Machbarkeitsprüfung	Stand: Beginn Probetrieb
OPS: 1-571 1-671 5-671.* 5-672 5-673 9-26	OPS: 1-571 1-671 5-671.* 5-672.* 5-673 9-26	OPS: 1-672 5-671.* 5-672.*	OPS: 1-672 5-671.* 5-672.*

Stand: Abschlussbericht der Ver- fahrensentwicklung	Stand: Beginn Machbarkeits- prüfung	Stand: Ergebnisprotokoll Machbarkeitsprüfung	Stand: Beginn Probetrieb
ICD: C53.- D06.- D26.0 N72 N86 N87.- N88.2 N88.3 O00.- bis O99.- P01.0 P05.0	ICD: C53.- D06.- D26.0, N72 N86 N87.- N88.2 N88.3 O00.- bis O99.- P01.0 P05.0	ICD: C53.- D06.- D26.0 N72 N86 N87.- N88. N88.3 + Filterfrage	ICD: C53.- D06.- D26.0 N72 N86 N87.- N88.2 N88.3 + Filterfrage

2.4. Datenfelder und Ausfüllhinweise

Neben den oben beschriebenen Änderungen wurden im Rahmen der weiteren Entwicklung des Verfahrens auch Änderungen für die Datenfelder der Dokumentationsbögen und der mit ihnen zusammenhängenden Ausfüllhinweise sowie Plausibilitätsregeln umgesetzt. Es wurde im Rahmen der Machbarkeitsprüfung empfohlen, die umgesetzten Änderungen im Rahmen des Probetriebs zu überprüfen.

Wie bereits oben beschrieben wurde im Rahmen der Machbarkeitsprüfung auch empfohlen die Dokumentationsbögen KON_Prä und KON_OP zusammenzuführen. Die Datenfelder dieser Dokumentationsbögen wurden im neuen Dokumentationsbogen KON zusammengeführt.

Auf Grund der Umstrukturierung der Dokumentationsbögen und der Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung haben sich für die Datenfelder des Bogens KON_Prä folgende Änderungen ergeben:

- Im Rahmen des Datenfelds „Präoperative Differentialkolposkopie“ wurde eine Präzisierung der Ausfüllhinweise bezüglich der Definition einer Differentialkolposkopie vorgenommen. Der Ausfüllhinweis zu diesem Datenfeld wurde um den Zusatz ergänzt, dass „die präoperative Differentialkolposkopie zur weiteren Abklärung der Indikationsstellung einer Konisation dient, um eine ausreichende Beurteilung des Gewebes treffen zu können“.
- Für das Datenfeld „Qualifikation des Durchführenden“ wurde die Antwortmöglichkeit „unbekannt“ eingeführt.
- Der Ausfüllhinweis des Datenfelds „Präoperativer Zytologie-Bericht liegt vor“ wurde dahingehend präzisiert, dass ausschließlich derjenige zytologische Bericht gemeint ist, der Grundlage zur Indikationsstellung der Konisation war. Der Ausfüllhinweis zu diesem Datenfeld wurde durch den Zusatz ergänzt, dass hier „ausschließlich der zytologische Bericht gemeint ist, der für die Indikationsstellung zur Konisation herangezogen wurde“.
- Das AQUA-Institut empfahl für das Datenfeld „Zytologischer Befund (präoperativ)“ die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an die geltende Münchener Nomenklatur anzupassen und die Antwortmöglichkeit PAP IV in PAP IV a und PAP IV b zu untergliedern.
- Um sicherzustellen, dass die aktuelle Histologie angegeben wird, die im zeitlichen Zusammenhang mit dem Eingriff steht wurde das Datenfeld „Präoperative Histologie (Biopsie)“ in „Aktuelle präoperative Histologie (Biopsie)“ und das Datenfeld „Datum der Histologie (präoperativ)“ in „Datum der aktuellen präoperativen Histologie (Biopsie)“ umformuliert. Zudem wurden die Ausfüllhinweise für die Datenfelder „Aktuelle präoperati-

ve Histologie (Biopsie) und „Datum der aktuellen Histologie (Biopsie)“ um dem Zusatz „die aktuelle Histologie darf nicht älter als drei Monate sein“ ergänzt.

Auf Grund der Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung wurden im Dokumentationsbogen der Operation folgende Datenfelder verändert:

- Da für das Datenfeld „Datum der vorangegangenen Konisation“ eine Jahresangabe für die Abbildung der Indikatoren nicht ausreichend ist, wird eine monatsgenaue Datumangabe abgefragt.
- Das AQUA-Institut hat im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung empfohlen, bezüglich des Datenfelds „Die wievielte Konisation während dieses Aufenthaltes?“ eine weitere Überprüfung im Rahmen des Probebetriebes vorzunehmen, um die tatsächlichen Fallzahlen einer Rekonisation während des selben Aufenthaltes zu ermitteln und die Notwendigkeit des Datenfelds zu überprüfen.
- Im Rahmen des Datenfelds „Operations- und Prozedurenschlüssel“ wurde empfohlen, in der Umsetzung der Spezifikation zu definieren, dass nicht der gesamte OPS-Katalog, sondern lediglich die für den Eingriff potenziell relevanten OPS-Kodes in der Auswahl der Antwortmöglichkeiten angezeigt werden.
- Die Antwortmöglichkeiten „Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie“ und „Amputation der Cervix uteri“ des Datenfeldes „Art der Prozedur“ wurden gestrichen.
- Für das Datenfeld „Postoperative Histologie – Bericht liegt vor“ wurde eine Plausibilitätsregel eingeführt. Der Dokumentationsbogen kann erst abgeschlossen werden, wenn die Datenfelder zur postoperativen Histologie ausgefüllt sind („Harte Plausibilitätsregel“).
- Sowohl die Antwortmöglichkeit als auch der Ausfüllhinweis des Datenfelds „Endozervikaler Resektionsrand“ wurden modifiziert. Die bestehenden Antwortmöglichkeiten wurden in „im Gesunden entfernt“ und „nicht im Gesunden entfernt“ geändert. In den entsprechenden Ausfüllhinweis wurde die Erläuterung „im Gesunden entfernt (negativer Absetzungsrand)“ und „nicht im Gesunden entfernt (positiver Absetzungsrand)“ aufgenommen.
- Die Antwortmöglichkeit des Datenfelds „Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand“ wurde von „lässt sich metrisch angeben“ in „wurde metrisch angegeben“ umformuliert.
- Auch für das Datenfeld „Ektozervikaler Resektionsrand“ wurden die Antwortmöglichkeiten in „im Gesunden entfernt“ und „nicht im Gesunden entfernt“ geändert. In den Ausfüllhinweis wurde ebenfalls die Erläuterung „im Gesunden entfernt (negativer Absetzungsrand)“ und „nicht im Gesunden entfernt (positiver Absetzungsrand)“ aufgenommen.
- Die Antwortmöglichkeit für die Datenfelder „Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen“ und „Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen“ werden auch hier in „wurde metrisch angegeben“ umformuliert.
- Das Datenfeld „Postoperativen Komplikation(en)“ wurde in „behandlungsbedürftige postoperative Blutungen“ mit den Antwortmöglichkeiten ja/nein umbenannt. Die Ausfüllhinweise wurden dahingehend geändert, dass unter behandlungsbedürftigen, postoperativen Blutungen Nachblutungen gemeint sind, die einer Folgeoperation (inkl. Umstechung und Koagulation) bedürfen bzw. bei denen die Transfusion von Erythrozytenkonzentrat(en) (ab der 1. Konserve) erforderlich ist. Das Datenfeld „Art der postoperativen Komplikationen“ wurde folglich in „Art der behandlungsbedürftigen, postoperativen Blutungen“ umbenannt und die Antwortmöglichkeit „nicht OP-pflichtige und nicht transfusionsbedürftige Nachblutungen“ wurde gestrichen. Zur Stratifizierung des Nachbeobachtungszeitraumes der Blutungen wurde das Datenfeld „behandlungsbedürftige postoperative Blutungen innerhalb von 4 Stunden“ aufgenommen. Im entsprechenden Ausfüllhinweis wurde vermerkt, dass in diesem Datenfeld behandlungsbedürftige postoperative Blutungen eingetragen werden, die in einem Zeitraum von 4 Stunden unmittelbar nach dem Eingriff, aufgetreten sind.
- In 2-3% der Konisationen kommt es zu Nachblutungen,⁴ die aber aufgrund der häufig ambulant bzw. ambulant am Krankenhaus durchgeführten Konisation erst nach der Entlassung der Patientin auftreten. Aus medizinischer Sicht ist es deshalb sinnvoll, neben den unmittelbar postoperativ auftretenden behandlungsbedürftigen Nachblutungen ebenfalls auch die Nachblutungen, die zu einem späteren Zeitpunkt (bis zur Ablösung des Wundschorfs nach 7-14 Tagen) auftreten können, zu erheben. Dies wurde im Rahmen der Machbarkeits-

⁴ DKG 2008. Diagnostik und Therapie des Zervixkarzinoms. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; Deutsche Krebsgesellschaft; Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie 2008.

prüfung empfohlen. Im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung wurde zudem angemerkt, dass im Rahmen der weiteren Entwicklung des Verfahrens geprüft werden könnte, inwieweit Routinedaten der Krankenkassen zur Erhebung der stationären Aufnahme innerhalb von 14 Tagen nach der Konisation genutzt werden können und ob sich diese Information als Surrogat für eine später auftretende Blutung eignet.

- Eine weitere Überprüfung der Thematik hat zu diesem Zeitpunkt noch nicht stattgefunden. Das AQUA-Institut empfiehlt daher diese Überprüfung im Rahmen des Regelbetriebs und der Weiterentwicklung des Verfahrens anzuvisieren.
- Aus den in Abschnitt 2.2 beschriebenen Gründen wurden die Datenfelder des Dokumentationsbogens KON_FU gestrichen.
- Da eine Überprüfung der Änderungen im Rahmen des Probetriebs nicht stattfinden konnte, empfiehlt das AQUA-Institut die Änderungen im Rahmen der Systempflege und Weiterentwicklung im Regelbetrieb zu überprüfen und ggf. Anpassungen vorzunehmen.

Im Anhang B.1 bis B.4 befinden sich die Dokumentationsbögen der verschiedenen Entwicklungsstadien. Die Ausfüllhinweise sind ebenfalls im Anhang unter C.1 bis C.4 zu finden.

2.5. Darstellung und Problematik der QS-Auslösung

Für die QS-Auslösung gibt es grundsätzlich die drei folgenden Fallkonstellationen, die in der Dokumentation und somit auch in der Auslösung berücksichtigt werden müssen:

- Die Patientin wird ambulant behandelt
- Die Patientin wird stationär behandelt
- Die Patientin wird im Rahmen eines Selektivvertrags behandelt

Wie in Abschnitt 2.3 beschrieben haben sich die Auslösekriterien nach Abschluss der Verfahrensentwicklung auf die folgenden Kriterien reduziert (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht der Kriterien zur QS-Auslösung nach Abschluss der Machbarkeitsprüfung

	QS-Auslösung Vorschlag zur umfassenden Testung im Probetrieb
OPS-Kodes ⁵	5-671* (Konisation der Cervix uteri) ODER 5-672* (Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri) ODER 1-672 (Diagnostische Hysteroskopie)
ICD-Kodes ⁶	C53.- (Bösartige Neubildungen der Cervix uteri) ODER D06.- (Carcinoma in situ der Cervix uteri) ODER D26.0 (Sonstige gutartige Neubildungen des Uterus: Cervix uteri) ODER N72 (Entzündliche Krankheit der Cervix uteri; Endozervizitis, Ektozervizitis, Zervizitis mit und ohne Erosion oder Ektropium) ODER N86 (Erosion und Ektropium der Cervix uteri ohne Zervizitis) N87.- (Dysplasie der Cervix uteri) ODER N88.2 (sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Cervix uteri: Striktur und Stenose der Cervix uteri)

⁵ OPS = Operations- und Prozedurenschlüssel

⁶ ICD = engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems („Internationale Klassifikation der Krankheiten“).

	QS-Auslösung Vorschlag zur umfassenden Testung im Probetrieb
	ODER N88.3 (sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Cervix uteri: Zervixinsuffizienz; Untersuchung und Betreuung einer Nichtschwangeren bei (Verdacht auf) Zervixinsuffizienz)
Alter	Patientin \geq 12 Jahre
Filterfrage	Hatte die Patientin eine Konisation?

Der hier beschriebene Stand der QS-Auslösung entspricht also dem in der am 05. April 2012 veröffentlichten Spezifikation und hätte im Probetrieb verwendet werden sollen.

2.5.1. QS-Auslösung im stationären und im ambulant-kollektivvertraglichen Sektor

Das AQUA-Institut empfahl die Dokumentationspflicht für den Operationsbogen Konisation sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor grundsätzlich durch die OPS-Kodes 5-671* auszulösen, wenn die Patientin \geq 12 Jahre alt ist. Zudem wurde im Rahmen der Machbarkeitsprüfung empfohlen, den Dokumentationsbogen ebenfalls durch die OPS-Kodes 5-672* und 1-672 bei Patientinnen \geq 12 Jahre alt auszulösen. Der OPS-Kode 1-672 kodiert die diagnostische Hysteroskopie. Im Rahmen dieses Eingriffs ist die Durchführung einer Konisation möglich. Da die diagnostische Hysteroskopie im Vergleich zur Konisation höherer vergütet wird, wird nach Aussage der Experten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung eher die diagnostische Hysteroskopie als die Konisation dokumentiert und abgerechnet. Um trotzdem alle Konisationen zu erfassen wurde der OPS-Kode 1-672 sowohl von den befragten Experten in der Machbarkeitsprüfung als auch vom AQUA-Institut im Rahmen des Ergebnisprotokolls der Machbarkeitsprüfung als weiteres Auslösekriterium empfohlen. Der OPS-Kode 5-672.* kodiert andere Exzisionen und Destruktionen von erkranktem Gewebe der Cervix uteri. Die in der Machbarkeitsprüfung befragten Experten gaben an, dass auch dieser OPS-Kode als Auslösekriterium genutzt werden sollte, da die Konisation ebenfalls eine Exzision von erkranktem Gewebe der Cervix uteri darstellt.

Da durch die Einbeziehung dieser OPS-Kodes jedoch eine Vielzahl von Fällen ausgelöst werden wird, die nicht unter die Dokumentationspflicht fallen, empfahl das AQUA-Institut zusätzlich die Einführung der Filterfrage „Hatte die Patientin eine Konisation?“, um für die beiden genannten unspezifischen OPS-Kodes sicherzustellen, dass tatsächlich der Eingriff der Konisation durchgeführt wurde und dokumentiert wird.

Ziel dieser Empfehlung war, möglichst alle Konisationen zu erfassen und im Probetrieb gleichzeitig den potenziellen Mehrwert bzw. den Aufwand, der mit den weitgefassten Auslösekriterien einhergeht, zu ermitteln. Dazu wurde ein zusätzliches Datenfeld eingefügt. Dieses Datenfeld schließt sich unmittelbar an die Filterfrage an und soll dazu dienen, die Genauigkeit der Kriterien zur QS-Auslösung zu erhöhen, indem bei Verneinung der Filterfrage derjenige OPS- und/oder ICD-Kode angegeben wird, der zur Falschauslösung geführt hat.

2.5.2. QS-Auslösung im ambulant-selektivvertraglichen Sektor

Wie schon im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung thematisiert wurde, gehören zu den bekannten Selektivvertragsvarianten einerseits Verträge, in denen ICD- und OPS-Kodes endstellig dokumentiert werden und andererseits Verträge, in denen OPS-Kodes keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielen. Aus diesem Grund kann sich im Rahmen der Selektivverträge die Auslösung der Dokumentation verändern.

Für den Probetrieb empfahl das AQUA-Institut, neben den OPS-Kodes auch ICD-Kodes (siehe Tabelle 4) für die Auslösung der QS-Dokumentation festzulegen, um möglichst alle Konisationen im Rahmen von Selektivverträgen erfassen zu können. Weil die ICD-Kodes jedoch unspezifisch sind, wird analog zu den OPS-Kodes die Filterfrage „Hatte die Patientin eine Konisation?“ abgefragt.

Auch hier sollte im Probetrieb der potenzielle Mehrwert bzw. der Aufwand, der mit den weitgefassten Auslösekriterien einhergeht, ermittelt werden. Aus diesem Grund wurde hier ebenfalls ein zusätzliches Datenfeld

zur Überprüfung der angegebenen unspezifischen ICD- und OPS-Kodes eingefügt. Dieses Datenfeld soll dazu dienen, die Genauigkeit der Kriterien zur QS-Auslösung zu erhöhen.

Im Rahmen der Vorbereitungen für den Probetrieb wurden die aufgeführten Kriterien zur Auslösung diskutiert. Aus diesen Diskussionen werden folgende potenzielle Hindernisse für die praktische Umsetzung deutlich:

- Die Einbindung der OPS-Kodes 1-672 und 5-672.* würde dazu führen, dass im stationären und ambulanten Bereich zu viele nicht dokumentationspflichtige Fälle ausgelöst werden. Häufigkeiten zur Dokumentation dieser Kodes sind nicht bekannt.
- Im ambulant-selektivvertraglichen Bereich würden durch die aufgeführten ICD-Kodes ebenfalls viele nicht dokumentationspflichtige Fälle ausgelöst werden. Auch hier sind die Häufigkeiten zur Dokumentation dieser Kodes nicht bekannt.
- Grundsätzlich ist es bei einer Auslösung mit ICD- und OPS-Kodes nicht möglich die ambulant-selektivvertraglichen und die ambulant-kollektivvertraglich abgerechneten Patienten voneinander zu unterscheiden. Daher können auch die Auslösekriterien nicht differenziert abgefragt werden. Folglich würden, bezogen auf die Empfehlungen für den Probetrieb, die aufgeführten ICD-Kodes für den ambulant-selektivvertraglichen Bereich auch im stationären und im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich zu einer Auslösung führen. Das bedeutet, dass jeder Arzt, der eine der aufgeführten Diagnosen dokumentiert, einen Dokumentationsaufwand durch das Verneinen der Filterfrage hat unabhängig davon, ob die Patientin im selben Aufenthalt/bei derselben Untersuchung konisiert wird.

Für jeden ausgelösten, aber nicht dokumentationspflichtigen Fall müsste wegen der unspezifischen Auslösung eine Filterfrage beantwortet werden. Auf Grund des dadurch erzeugten Aufwands wurde die Umsetzbarkeit der Auslösung, wie sie in der Machbarkeitsprüfung empfohlen wurde, in verschiedenen Beratungen als problematisch eingestuft. Trotz dieser Problematik wurden die in Tabelle 4 aufgeführten Kriterien der QS-Auslösung zur Umsetzung für den Probetrieb empfohlen. Der Probetrieb hätte hier eine tiefergehende Einschätzung der beschriebenen Probleme ermöglichen und ggf. Lösungswege aufzeigen können.

Zur Optimierung der QS-Auslösung ist in der Vorbereitung des Probetriebs das AQUA-Institut zur Ermittlung der Kodierpraxis mit dem Berufsverband der Gynäkologen in Kontakt getreten, woraus jedoch keine neuen Erkenntnisse entstanden.

2.5.3. Empfehlung für den Regelbetrieb

Auf Grund der aufgeführten Problematiken empfiehlt das AQUA-Institut für den Regelbetrieb eine möglichst spezifische Auslösung der Konisationen, um Fehlauflösungen und den damit zusammenhängenden Mehraufwand in der Dokumentation zu vermeiden. Daher reduziert sich die QS-Auslösung auf folgende Kriterien:

Tabelle 5: Überblick der Kriterien zur QS-Auslösung für den Regelbetrieb

	QS-Auslösung aktueller Vorschlag zur umfassenden Testung im Probetrieb
OPS-Kodes:	5-671* (Konisation der Cervix uteri)
Alter:	Patientin \geq 12 Jahre

Es wird zudem empfohlen eine Überprüfung der Kriterien im Rahmen des Regelbetriebes vorzunehmen sowie die weitere Entwicklung der QS-Auslösung im Rahmen der Systempflege und Weiterentwicklung anzuvizieren.

3. Vorbereitung des Probetriebs

Die beiden parallel entwickelten QS-Verfahren *Kataraktoperation* und *Konisation* sind die beiden ersten sektorenübergreifenden QS-Verfahren, die für den abschließenden Probetrieb vorgesehen waren. Neben den in Kapitel 2 geschilderten verfahrensspezifischen Vorbereitungen sind die technischen Neuentwicklungen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bzw. deren Erprobung der zweite wichtige Bestandteil der Entwicklung.

Von besonderer Bedeutung waren hierbei wiederum die neuen PID, die bei den zeitpunktbezogenen Betrachtungen der bisherigen rein stationären QS-Verfahren und des Dialyseverfahrens im ambulanten Bereich nicht betrachtet wurden. Erst durch die Einführung der PID, also pseudonymisierter patientenbezogener Daten, ist eine sektorübergreifende Längsschnittbetrachtung möglich, da erst diese die nachträgliche Zusammenführung aufeinander bezogener Behandlungsinformationen zu verschiedenen Zeitpunkten und bei verschiedenen Leistungserbringern ermöglichen.

Im Zuge dessen ist in diesem Verfahren die Beteiligung einer weiteren Institution notwendig, die die Pseudonymisierung der PID vornimmt. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass jede Stelle im Datenfluss nur genau die Informationen einsehen kann, die sie auch einsehen darf und die durch sie zu bearbeiten ist. Diese gegenüber den stationären Verfahren erweiterten Anforderungen an die Datenübertragung bedurften der Einführung eines neuen Datenübertragungsformats, das die zielgenaue Ver- und Entschlüsselung bestimmter Datenbereiche (administrative Daten, LE-Daten, QS-Daten, PID) ermöglicht. Aus diesem Grund wurde das Datenübertragungsformat XML gewählt, das bereits in der Erprobung der rein stationären Follow-up-Verfahren Anwendung findet.

Als verfahrensübergreifende Elemente der Erprobung im Rahmen des Probetriebs ergeben sich daraus:

- Datenexport und -annahme im XML-Format
- Datenprüfung
- Ver- und Entschlüsselung der Daten
- Pseudonymisierung der Daten durch die Vertrauensstelle
- Rückprotokollierung über empfangene Datenlieferungen
- Zusammenführbarkeit der Daten
(aufgrund des fehlenden Follow-ups im Verfahren *Konisation* wäre der letzte Punkt während des Probetriebs *Konisation* nicht relevant gewesen)

3.1. Zeitplan zur Vorbereitung der Probetriebe

Der Zeitplan⁷ nach dem Ende der Machbarkeitsprüfung ergab sich für die Erprobung des Datenflusses aus den oben beschriebenen Elementen:

Beginn	Ende	Name der Aufgabe	Anmerkungen
Februar 2011	März 2012	Vorbereitung und Abstimmung der Spezifikation	Die abschließende Spezifikation für den Probetrieb wurde am 5. April 2012 durch das AQUA-Institut veröffentlicht.
Dezember 2011	Oktober 2012	Hotline zu den Probetrieben	Die Hotline wurde in die SQG-Hotline eingegliedert und steht den Teilnehmern zur Verfügung.

⁷ Der hier dargestellte Zeitplan ging vom Beginn der Dokumentation durch die LE am 1. Juli 2012 aus.

Beginn	Ende	Name der Aufgabe	Anmerkungen
November 2011		Definition der gesuchten Regionen zu den jeweiligen Themen	s. unten Abschnitt 3.4.4.
Oktober 2011	November 2011	Vorbereitung des Patienteninformationsblattes	s. unten Abschnitt 3.3.
Oktober 2011	Dezember 2011	Rekrutierung der beteiligten Institutionen auf Länderebene inkl. Vorschlägen zur Honorierung	s. unten Abschnitte 3.4.5. und 4.4.
Juli 2011	Juni 2011	Rekrutierung der Softwareanbieter	s. unten Abschnitte 3.4.6. und 4.3.
Dezember 2011	Juni 2011	Rekrutierung der Einrichtungen inkl. Vorschlägen zur Honorierung	s. unten Abschnitt 3.4.7.
	Juni 2011	Beauftragung durch den G-BA	Die Beauftragung erfolgte durch Beschluss vom 15. März 2012, s. Abschnitt Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..
Dezember 2011	Dezember 2012	Kommunikationsplattform	Laufende technische Abstimmung mit DAS, SWA und VST
Dezember 2011	Juli 2012	Operative Abstimmung mit den DAS	
Februar 2012	August 2012	Vorbereitung und Testung der Software/Installation in den Einrichtungen	Testinstanzen wurden vom AQUA-Institut bereitgestellt.

3.2. Vorbereitung und Abstimmung der Spezifikationen

In die Vorbereitung der Spezifikation für die Datenerfassung und die Schnittstellen waren alle beteiligten Institutionen einzubeziehen und laufend zu informieren. Die geschah im Rahmen diverser Zusammensetzungen und Termine:

- AG Qesü-RL
- Projektgruppe zur Abstimmung der sektorenübergreifenden Spezifikation
- Fachausschuss IT QS
- Treffen des AQUA-Instituts mit den Landesstellen
- Informationsveranstaltungen für ambulante und stationäre Softwareanbieter des AQUA-Instituts
- Informationsveranstaltung der KVNO

Die Spezifikation wurde auf Grundlage des Beschlusses des G-BA vom 15. März 2012 am 5. April 2012 vom AQUA-Institut veröffentlicht.

3.3. Vorbereitung eines Patientenmerkblattes

Gem. §24 Qesü-RL sind die betroffenen Patienten von den Leistungserbringern in verständlicher Weise über Zweck und Inhalt des QS-Verfahrens zu informieren. Diese Informationspflicht erstreckt sich auch auf die zu erhebenden Daten, die beteiligten Institutionen sowie die Verwendung der und den Umgang mit den Daten.

Dieses Merkblatt wurde vom AQUA-Institut entwickelt und in der AG Qesü-RL modifiziert und konsentiert. Am 15. Dezember 2012 wurde das Merkblatt vom G-BA zur Verwendung für die Probetriebe beschlossen.⁸

3.4. Rekrutierung der teilnehmenden Institutionen

Der Probetrieb sollte entsprechend den Bedingungen des späteren Regelbetriebs durchgeführt werden, insbesondere hinsichtlich des durch die Qesü-RL vorgesehenen Datenflusses. Daraus ergeben sich die am Verfahren Beteiligten (Leistungserbringer, Softwareanbieter, Datenannahmestellen auf Landesebene, Vertrauensstelle), die durch das AQUA-Institut mit Unterstützung des G-BA und seiner Bänke rekrutiert werden sollten. Einzige Ausnahme bildet die Vertrauensstelle, die zur Teilnahme an der Erprobung der Verfahren mit PID gem. Qesü-RL und QSKH-RL verpflichtet ist.

3.4.1. Definitionen der teilnehmenden Regionen

Die Definition der entsprechenden Regionen wurde und wird grundsätzlich als wichtige Grundlage für die Auswahl der Teilnehmer (sowohl DAS als auch LE) angesehen.

Dabei wird als Region ein Gebiet innerhalb eines Bundeslandes festgelegt, in dem eine stationäre, eine ambulant-kollektivvertragliche und eine ambulant-selektivvertragliche DAS tätig ist, wobei letztere bundeseinheitlich die VST-DAS ist. Für jedes Verfahren, also auch Konisation, sollten drei Regionen mit jeweils ca. 10 bis 20 teilnehmenden LE zusammengestellt werden. Aufgrund des fehlenden Follow-ups für das Verfahren *Konisation* musste in diesem speziellen Fall jedoch nicht darauf geachtet werden, dass ein sich möglichst überschneidendes Patientenkollektiv innerhalb dieser Regionen behandelt wurde. Außerdem sollten in mindestens einer der Regionen Selektivverträge für die Durchführung von Konisationen existieren, um die Einbindung der VST-DAS erproben zu können.

Speziell sollten sich in den Regionen folgende Einrichtungen befinden:

- mindestens ein Krankenhaus mit 50 oder mehr stationär und ambulant durchgeführten Konisationen pro Jahr
- ambulante Einrichtungen mit ländlichem und städtischem Einzugsgebiet, die ihre Patientinnen im Wesentlichen durch feste Zuweiser rekrutieren
- ambulante Netzwerke oder Einrichtungen (ggf. ein Dysplasiezentrum)
- (Universitäts-)Kliniken ggf. mit einer Dysplasiesprechstunde

3.4.2. Institutionen auf Länderebene

Die Landesstellen hatten im Vorfeld des Probetriebs die Aufgabe, aktiv an der Rekrutierung und der Auswahl von Leistungserbringern mitzuwirken, die Datenannahmestellen in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich einzurichten und an der abschließenden Gesamtbeurteilung des Verfahrens mitzuwirken.

Zur Rekrutierung von Datenannahmestellen auf Länderebene hat der G-BA im Oktober 2010 ein Schreiben an alle potenziellen Teilnehmer auf Länderebene gesendet und um ihre Mithilfe bei der Durchführung der Probetriebe *Kataraktoperation* und *Konisation* gebeten (s. Anhang D). Zuvor festgelegte Voraussetzung für die Teilnahme war es, dass in einem Bundesland sich sowohl eine stationäre als auch eine ambulant-kollektivvertragliche DAS zur Teilnahme bereiterklärte. Die Auswahl der infrage kommenden Länder wurde am 30. November 2011 im Rahmen der AG Qesü-RL getroffen und fiel auf die Bundesländer Niedersachsen (Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, LQS Niedersachsen; KV Niedersachsen, KVN) und Nordrhein-Westfalen (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, KGNW; KV Nordrhein, KVNO; KV Westfalen-Lippe, KVWL).

3.4.3. Softwareanbieter

Das ursprüngliche Ziel war es, schon im Rahmen der Machbarkeitsprüfung Softwareanbieter aus dem stationären und dem ambulanten Bereich für den Probetrieb zu gewinnen. Dieses Vorhaben gelang für das Verfahren

⁸ S. Anlage zum Beschluss des G-BA über die pflichtige Erhebung und Nutzung personenbezogener Daten von Patientinnen nach Maßgabe des §299 SGB V im Probetrieb des sektorenübergreifenden QS-Verfahrens *Konisation* unter http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1434/2011-12-15_Probetrieb_Konisation.pdf

Konisation jedoch nicht. Die Gründe hierfür sind in Abschnitt 4.3. näher ausgeführt. Auch hinsichtlich der Rekrutierung von Softwareanbietern wurde der G-BA durch ein entsprechendes Anschreiben unterstützend tätig (s. Anhang E).

3.4.4. Einrichtungen

Die teilnehmenden Einrichtungen sollten auf Grundlage des Profils der gesuchten Regionen (s. Abschnitt **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) gemeinsam mit den beteiligten Ländern rekrutiert werden. Die Beteiligung der Länderebene daran ist umso bedeutsamer, als dass sie über Vorerfahrungen verfügt, welche Einrichtungen für die Probetriebe geeignet und interessiert sein könnten (Informationen für Leistungserbringer s. Anhänge F, G.1 und G.2).

4. Gründe für die Absage des Probetriebs

Aus den bisherigen Erfahrungen mit der Vorbereitung und Durchführung von Probetrieben (Konisation geplant ab 1. Juli 2012, Kataraktoperationen durchgeführt seit 1. Juli 2012, Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie geplant ab 1. Januar 2013) steht fest, dass die Problembereiche in allen drei Neuentwicklungen identisch waren bzw. sind und sich nur in der Größenordnung unterscheiden. Insbesondere die Schwierigkeiten bei der Teilnehmerrekrutierung führten zunächst zur Verschiebung der Probetriebe *Konisation* und *Kataraktoperation* vom 1. April 2012 auf den 1. Juli 2012 und schließlich sogar zur Absage des Probetriebs *Konisation*. Eine weitere Ursache für die Verschiebung waren zudem Verzögerungen in der Abstimmung des dem Probetrieb zugrundeliegenden Ergebnisses der Machbarkeitsprüfung.

Zudem sind die Gründe weniger in den in Abschnitt 2.5 dargestellten unterschiedlichen Ansichten zu den Kriterien zur Auslösung der Dokumentationspflicht zu suchen. Obwohl diese im Hintergrund an der einen oder anderen Stelle ebenfalls eine Rolle gespielt haben mögen, handelt es sich nach Einschätzung des AQUA-Instituts primär um organisatorisch-strukturelle und sich daraus letztlich ableitende finanzielle Probleme.

Die Darstellung und Analyse dieser Schwierigkeiten ist Gegenstand des folgenden Abschnitts und beginnt mit den Umständen, die zunächst zur Verschiebung des Beginns des Probetriebs *Konisation* geführt haben.

4.1. Verschiebung des Beginns der Dokumentation

Am 23. Februar 2012 unterbreitete das AQUA-Institut, unterstützt von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) und der zuständigen Arbeitsgemeinschaft Qesü-Richtlinie (AG Qesü) des G-BA, den Vorschlag, den Beginn der Dokumentation auf den 1. Juli 2012 zu verschieben. Als Begründung wurden Schwierigkeiten bei der Rekrutierung geeigneter Teilnehmer und bei der Schaffung der technischen Voraussetzungen angeführt. Dies galt insbesondere aufseiten der Softwareanbieter und der teilnahmebereiten Datenannahmestellen. Dieser Vorschlag wurde von der AG Qesü zunächst zur Kenntnis genommen. Die Verschiebung erfolgte schließlich auf Empfehlung des Unterausschusses QS vom 7. März 2012 durch Beschluss des Plenums vom 15. März 2012.

4.2. Beschränkung auf den stationären Sektor

Am 20. April 2012 unterrichtete das AQUA-Institut die AG Qesü darüber, dass nunmehr keine Teilnehmer aus dem ambulant-kollektivvertraglichen Bereich zur Verfügung stünden, nachdem die KVNO und ein Softwareanbieter ihre Teilnahme angesichts der zu geringen Zahl an teilnahmebereiten Leistungserbringern (LE) und der kurzen Zeitspanne zur Softwareentwicklung abgesagt hatten.

Am 16. Mai und am 13. Juni 2012 wurde der Hinweis bekräftigt, dass keine Teilnehmer für den ambulant-kollektivvertraglichen und selektivvertraglichen Bereich gefunden werden können und die drei in Betracht kommenden KVs Nordrhein, Westfalen-Lippe und Niedersachsen die Rekrutierung einstellten. Die LQS Niedersachsen hatte ebenfalls die Bereitschaft zur Beteiligung für den stationären Bereich zurückgezogen.

Gleichzeitig wurde jedoch berichtet, dass die Durchführung des Probetriebs ausschließlich mit stationären LE technisch und organisatorisch für das AQUA-Institut denkbar sei. Ein solcher Probetrieb erlaubte zumindest Rückschlüsse zur Dokumentation im stationären Bereich und zum allgemeinen Datenfluss. Voraussetzungen dafür seien allerdings zum einen die Zustimmung der zuständigen Gremien des G-BA zu einem solchen Vorgehen und zum anderen die Aufrechterhaltung der Teilnahmebereitschaft vonseiten der KGNW.

Am 24. Juli 2012 wurde von der AG Qesü die Idee verworfen, einen verkürzten Probetrieb *Konisation* ab dem 1. August 2012 durchzuführen. Der Grund lag darin, dass die Suche der KGNW nach geeigneten Krankenhäusern zwischenzeitlich eingestellt worden war und eine Durchführung von der KGNW aus verschiedenen Gründen frühestens ab dem 1. September 2012, realistischer Weise jedoch erst ab dem 1. Oktober 2012 als umsetzbar betrachtet wurde.

Die AG Qesü nahm daraufhin den Vorschlag des AQUA-Instituts auf, auf einen regulären (stationären) Probetrieb *Konisation* zu verzichten und die Möglichkeiten mit der KGNW gemeinsam zu sondieren, die Erprobung mit nur einem Krankenhaus bis zum 31. Oktober 2012 intensiv durchzuführen. Dieses Vorhaben wurde schließlich jedoch auch als nicht zielführend im Sinne einer umfassenden, aussagekräftigen Erprobung befunden und damit verworfen, nicht zuletzt auch aufgrund der Tatsache, dass kein Softwareanbieter die notwendige Infrastruktur bereitstellen konnte.

4.3. Hinderungsgründe für Softwareanbieter

Bereits während der Machbarkeitsprüfung hatten stationäre Softwareanbieter angegeben, dass ihnen die kurzfristige Umsetzung der Anforderungen für die Machbarkeitsprüfung und/oder den Probetrieb nicht möglich sei. Zudem wollten sie die ressourcenintensive Implementierung der Vorgaben erst dann beginnen, wenn eine Refinanzierung der Kosten qua Umsetzung als Regelbetrieb konkret möglich und der Zeitpunkt der Einführung der neuen Verfahren bekannt sei.

Für ambulante Softwareanbieter kommt erschwerend hinzu, dass sich im niedergelassenen Bereich die Erfahrungen nur auf einen kleinen Bereich der Dialyse beziehen, wogegen der stationäre Bereich dank der QSKH-RL-Verfahren bereits über deutlich mehr Erfahrungen verfügt. Zudem existiert zwischen den LE und den Datenannahmestellen kein einheitliches System der Datenübertragung im Abrechnungsbereich, das für die Übermittlung von QS-Daten genutzt werden könnte. Kommen bei den Kunden des Softwareanbieters mehrere Übertragungssysteme zum Einsatz, so besteht die Gefahr, dass er für ebenso viele Systeme Adjustierungen vornehmen muss. Ein Beispiel hierfür ist der Probetrieb *Kataraktoperation*: Im Falle der Teilnahme der KVWL am Probetrieb hätte der Softwareanbieter seine Software auf zwei unterschiedliche Systeme anpassen müssen, die bei den KVs zum Einsatz kommen. Dies kann und muss über lange Sicht für die Softwareanbieter leistbar sein, bedeutet aber einen höheren Aufwand, der für einen dreimonatigen Probetrieb in keinem Verhältnis steht.

4.4. Hinderungsgründe für Datenannahmestellen

Die Datenannahmestellen stehen für einen Probetrieb ebenfalls vor der Schwierigkeit, dass für einen sehr kurzen Zeitraum ein erheblicher Aufwand betrieben werden muss und die personellen und finanziellen Ressourcen erst dann aufgebracht werden, sobald eine entsprechende Verpflichtung besteht. Dieser Umstand wird verstärkt durch die Tatsache, dass der Datenfluss und seine Bestandteile in den Qesü-Verfahren nicht das im stationären Bereich gewohnte Datenübertragungsformat CSV, sondern stattdessen das neu eingeführte Format XML nutzen.

Zudem können die Datenannahmestellen auch dann, wenn sie die Mittel aufbringen können und sich an der Erprobung beteiligen wollen, nur dann sinnvoll beteiligen, wenn es in ihrem Zuständigkeitsbereich sowohl teilnahmebereite LE als auch die dazugehörigen Softwareanbieter gibt.

4.5. Rekrutierungsschwierigkeiten für das AQUA-Institut

Das AQUA-Institut war zwar darauf vorbereitet, das XML-Format zu bedienen und hat alle für die Erprobung notwendigen Testinstanzen bereitgestellt. Als Hindernis erwiesen sich jedoch vor allem zwei Faktoren, nämlich die Rekrutierungszeiträume und zusätzlich die wechselseitigen Abhängigkeiten der potenziellen Teilnehmer:

Es stellte sich heraus, dass die vorgesehenen Zeiträume zur Rekrutierung von Teilnehmern zu kurz waren. Zwar fanden sich teilnahmewillige Datenannahmestellen und Leistungserbringer, allerdings erwies es sich als nahezu unmöglich, auch die dazugehörigen und notwendigen Softwareanbieter zu mobilisieren. Erschwert wurde diese Tatsache außerdem durch den Umstand, dass sich Softwareanbieter verständlicherweise nur dann beteiligen wollten, wenn eine ausreichend hohe Zahl ihrer Kunden ebenfalls beteiligt wäre. Die Kunden ihrerseits ließen sich zumindest teilweise nicht zu verbindlichen Teilnahmeerklärungen bewegen, solange nicht die Teilnahme des Softwareanbieters feststand. Durch gegenseitige Verweise auf zunächst erforderliche Zusagen der jeweils anderen potenziellen Parteien entstand zusammengefasst eine Situation, die keine durchführbare Konstellation ermöglichte.

5. Empfehlungen für die Einführung künftiger sektorenübergreifender Verfahren

Die dargestellten Problemfelder der Vorbereitung des Probetriebs *Konisation* lassen sich auf die Probetriebe *Kataraktoperation* sowie auch *Perkutane Koronarintervention (PCI)* und *Koronarangiographie* übertragen. Zwar konnte der Probetrieb *Kataraktoperation* stattfinden (die Berichterstattung erfolgt Ende Dezember 2012), allerdings nur in einem Teil eines einzelnen Bundeslands und ohne die Beteiligung stationärer Leistungserbringer. Der Probetrieb *PCI* wird nach jetzigem Stand am 1. Januar 2012 beginnen, allerdings durch den Umstand besonderer Konstellationen (etabliertes QS-Verfahren im ambulanten Bereich mit einer entsprechenden Softwarelösung, bestehendes stationäres QS-Verfahren, spezialisierter Anbieter von Software für den stationären Bereich).

5.1. Bisherige Konzeption: freiwillige Probetriebe

Aus Sicht des AQUA-Instituts war der bisherige Ansatz der Erprobung mit freiwilligen Teilnehmern ein grundsätzlich sinnvoller Ansatz und ließ z.B. hinsichtlich der zu erwartenden Motivation bei einer freiwilligen Teilnahme positive Verläufe und Ergebnisse solcher Erprobungen erwarten.

Dem steht allerdings die Ressourcenknappheit aller beteiligten Partner gegenüber. Bereits für die Krankenhäuser bedeuten zusätzliche Verfahren Mehraufwand. Für ambulante Leistungserbringer erhöht sich dieser Mehraufwand noch einmal um ein Mehrfaches, da zum einen die Dokumentation für die Teilnehmer in dieser Form komplett neu ist und zudem in der Regel keine Spezialisten vor Ort sind, um z.B. die Installation neuer Software und die Schulung dieser Programme durchführen zu können. Diese Erkenntnisse lassen sich analog auf die stationären und ambulanten Datenannahmestellen übertragen.

Softwareanbieter wiederum benötigen einen größeren Zeithorizont für die Implementierung der erforderlichen Programme und außerdem die Sicherheit, dass sich die Investition, die getätigt wird, in überschaubaren Zeiträumen mindestens amortisiert. Die vom G-BA festgelegten Aufwandspauschalen waren dabei ebenfalls ein grundsätzlich sinnvoller, aber in Anbetracht ihrer Höhe unzureichender Ansatz.

5.2. Denkbare alternative Erprobungsformen

5.2.1. Verpflichtende Probetriebe für ein einzelnes Verfahren

Denkbar ist es, verpflichtende Probetriebe durchzuführen. Damit wäre zumindest sichergestellt, dass Datenannahmestellen und vom zu erprobenden Verfahren Betroffene zu einem bestimmten Zeitpunkt die notwendige Infrastruktur aufgebaut hätten und die entsprechenden Fälle dokumentieren müssten.

Jedoch ist auch dieser Ansatz aus Sicht des AQUA-Instituts nicht zielführend. Eine bundesweit verpflichtende Teilnahme an einem kurzzeitigen Probetrieb zu einem bestimmten Verfahren wäre nach wie vor mit einem immensen Aufwand für die Betroffenen verbunden, ohne dass dadurch eine höhere Verbindlichkeit im Hinblick auf die Überführung in den Regelbetrieb dieser Verfahren gegeben wäre.

Und auch ein zweiter Aspekt kommt hinzu: Würde für ein einzelnes Verfahren ein bundesweiter, verpflichtender Probetrieb durchgeführt, ist zwar das Ziel erreicht, dass alle Datenannahmestellen die notwendige Infrastruktur aufbauen müssten. Schon bei den Softwareanbietern allerdings wird sich der Kreis der zur Teilnahme Verpflichteten deutlich unterhalb der Grundgesamtheit bewegen, weil nicht alle Softwareanbieter für alle Leistungsbereiche bzw. Facharztrichtungen Softwareprodukte bereitstellen. Auf Ebene der Leistungserbringer würden nur diejenigen LE betroffen sein, die im jeweiligen Verfahren dokumentationspflichtig sind. Als Konsequenz ist anzunehmen, dass zwar ein hoher Anteil der Krankenhäuser – und damit auch die mit deren EDV-Umsetzung betrauten Stellen – praktische Erfahrungen mit einem Qesü-Verfahren machen würde. Würde der Anteil der Beteiligten bei den Krankenhäusern noch relativ hoch sein, so ist davon auszugehen, dass bei den Fachärzten pro Verfahren jeweils nur ein relativ kleiner Anteil aller niedergelassenen Ärzte an der Erprobung teilnehmen

müsste. Im ambulanten Bereich dürfte zudem der Anteil derjenigen Softwareanbieter höher sein, die sich auf eine oder wenige Facharztrichtungen spezialisiert haben, sodass hier mit nur einem Verfahren eine relativ geringe Durchdringung erfolgen würde. Dies wiederum hätte zur Folge, dass bei jedem neuen Verfahren erneut eine größere Anzahl Teilnehmer dazukäme, die die Entwicklung von grundauf neu implementieren müssen.

5.2.2. Verpflichtende Probetriebe in einer bestimmten Region

Wird ein Probetrieb für ein bestimmtes Verfahren in einzelnen oder wenigen Regionen (z.B. Bundesländern) durchgeführt, gelten grundsätzlich dieselben Einschränkungen wie die zum bundesweiten Probetrieb für ein einzelnes Verfahren (s. 5.2.1.).

Erschwerend käme hinzu, dass nicht alle Datenannahmestellen, sondern nur ein Teil von ihnen die notwendigen Leistungen erbringen müsste. Es würde sich auch die Zahl der erprobenden Softwareanbieter weiter verringern und gleichzeitig die Zahl der Kunden für die betroffenen Anbieter reduzieren. Leistungserbringer der betroffenen Fachrichtungen in den betroffenen Regionen würden sich zudem gegenüber ihren Pendanten in den nicht betroffenen Regionen und Fachrichtungen zu Recht benachteiligt sehen.

Zusammengefasst ergäbe sich hier eine weitere Verstärkung der Ungleichverteilung von Belastungen für die Beteiligten, ohne dass man sich, die Grundgesamtheit der Teilnehmer betrachtend, am Ende einer solchen Erprobung dem zu Beginn dieses Abschnitts genannten Ziel nennenswert genähert hätte.

5.3. Empfehlung: Alternatives Modell ohne Probetrieb

Aus Sicht des G-BA und des AQUA-Instituts müssen Wege gefunden und neue Voraussetzungen dafür geschaffen werden, zukünftige sektorenübergreifende QS-Verfahren nach ihrer Entwicklung über die Machbarkeitsprüfung in den Regelbetrieb zu bringen.

Das AQUA-Institut schlägt deshalb angesichts der Erfahrungen der drei aktuellen Probetriebe und aus den resultierenden grundsätzlichen Überlegungen heraus ein modifiziertes Vorgehen bei der Etablierung der sektorenübergreifenden QS vor.

Der dazu entwickelte Zeitplan orientiert sich zum einen an der Zeitschiene der AG Qesü-RL, die eine Einführung der ersten QS-Verfahren bis zum Jahr 2014 vorsieht. Zum anderen werden Umstände berücksichtigt, die die Bedürfnisse anderer am Regelbetrieb Beteiligter im Blick haben. Die einzelnen Umsetzungsschritte werden im Anschluss näher erläutert.

Umsetzungsschritt	Zeitpunkt der spätesten Umsetzung
Beschluss der themenspezifischen Bestimmungen für die Verfahren Konisation, Kataraktoperation, PCI und Koronarangiographie durch den G-BA	Mai 2013
Veröffentlichung der drei dazugehörigen themenspezifischen Spezifikationen durch das AQUA-Institut	Juni 2013
Umsetzung der Spezifikation durch die stationären Softwareanbieter, Verpflichtende Erprobung der QS-Software für Krankenhäuser (Lieferung von Testdaten durch Hersteller an AQUA) und Installation bei den Leistungserbringern	November/Dezember 2013
Abschluss der verpflichtenden technischen Erprobung durch die Datenannahmestellen auf Länderebene	April 2014
Zertifizierung der ambulanten Softwareanbieter in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Auslieferung der Software für niedergelassene Arztpraxen	bis Mai 2014
Beginn des Regelbetriebs	Juni 2014

5.3.1. Beschluss der themenspezifischen Bestimmungen für die drei Verfahren *Konisation, Kataraktoperation, Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie*

Grundlage aller weiteren Umsetzungsschritte hin zum Regelbetrieb dieser drei Verfahren ist der Beschluss ihrer themenspezifischen Bestimmungen durch den G-BA. Das AQUA-Institut geht davon aus, die entsprechenden Vorschläge auf Grundlage der Vorarbeiten zur themenspezifischen Bestimmung des Verfahrens *Kataraktoperation* zeitnah auch für die beiden anderen Verfahren vorlegen zu können. Unverzichtbarer Bestandteil dieser themenspezifischen Bestimmungen muss die verpflichtende technische Erprobung durch die Datenannahmestellen sein.

Das AQUA-Institut geht davon aus, die Vorschläge für die themenspezifischen Bestimmungen für die Verfahren *Konisation* sowie *PCI und Koronarangiographie* auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen des Verfahrens *Kataraktoperation* zeitnah bereitstellen zu können. Deren Grundlagen werden derzeit gemeinsam mit der AG Qesü-RL erarbeitet und stellen eine gute Vorlage für die Inhalte der weiteren themenspezifischen Bestimmungen anderer Verfahren dar.

5.3.2. Themenspezifische Spezifikationen des AQUA-Instituts

Die themenspezifischen Spezifikationen der drei genannten Verfahren sollten im selben Turnus veröffentlicht werden wie die Spezifikationen für die stationären QSKH-Verfahren, da sich dieser Turnus aus Sicht des AQUA-Instituts bewährt hat. Damit würde der Veröffentlichungstermin auf den 30. Juni 2013 fallen.

5.3.3. Umsetzung und verpflichtende Erprobung der Spezifikation durch die stationären Softwareanbieter und Installation bei den Leistungserbringern

Diese Umsetzung der Spezifikation würde voraussichtlich bis November/Dezember 2013 durch die stationären Softwareanbieter erfolgen. Dabei ist zu beachten, dass es sich hierbei nicht um einen fixen Termin handelt. Allerdings ist es so, dass die stationären Softwareanbieter es aufgrund der jährlichen Berichtszeiträume gewohnt sind, ihre Software aufgrund der Spezifikation vom 30. Juni eines Jahres für das Folgejahr umzusetzen und bis November/Dezember bei ihren Kunden zu installieren. Unterjährige Roll-outs sind aus Aufwands- und damit Kostengründen im stationären Bereich nicht praktikabel.

Aus diesem Grund stellt der oben dargestellte Zeitplan eine gewisse Limitierung bei den vorhergehenden Schritten (themenspezifische Bestimmungen und themenspezifische Spezifikation, s.o.) dar. Sofern zu irgendeinem Zeitpunkt im Jahr 2014 der Regelbetrieb der drei Verfahren beginnen soll, müssen die Weichen dafür bis zum 30. Juni 2013 gestellt sein, da ansonsten ein unterjähriger Dokumentationsbeginn im stationären Sektor als nicht durchführbar erscheint. Dabei bleibt es natürlich jedem Softwareanbieter selbst überlassen, doch einen unterjähriges Roll-out zu unternehmen, was erwartungsgemäß jedoch die Ausnahme sein wird.

Angesichts der Vorerfahrungen der stationären Softwareanbieter mit den technischen Erfordernissen (PID-Export, Nutzung von XML etc.) aus den QSKH-Follow-up-Verfahren hält das AQUA-Institut den sich ergebenden Entwicklungs- und Installationszeitraum für die stationären Softwareanbieter zunächst für vertretbar, schlägt jedoch vor, dass die Abstimmung mit den Softwareanbietern diesbezüglich auch durch den G-BA und dort insbesondere im Rahmen des Fachausschusses IT QS vorangetrieben wird.

Zudem empfiehlt das AQUA-Institut den bisher freiwilligen Testbetrieb für diese Verfahren als verpflichtende Erprobung in den themenspezifischen Bestimmungen zu fixieren. Diese Erprobung sollte ebenfalls bis November/Dezember 2013 mit Hilfe von Testdaten erfolgen.

5.3.4. Verpflichtende technische Erprobung durch die Datenannahmestellen

Ziel sollte es sein, dass spätestens im April 2014 alle Datenannahmestellen an einer verpflichtenden Erprobung der sektorenübergreifenden QS, also der Datenerhebung und -übermittlung im Rahmen der Qesü-RL, durch die Übermittlung standardisierter Testdaten teilgenommen haben. Die entsprechende Verpflichtung sollte in die jeweiligen themenspezifischen Bestimmungen aufgenommen werden.

Die Erprobung mittels Testdaten sollte bis April 2014 abgeschlossen sein. Dazu ist anzumerken, dass eine solche Erprobung auch verfahrensunspezifisch bereits jetzt jederzeit durchgeführt werden könnte, da die entspre-

chenden Testinstanzen durch das AQUA-Institut im Zusammenwirken mit der VST-PSN schon bereitgestellt wurden.

Für eine solche Verpflichtung sprechen aus Sicht des AQUA-Instituts gute Gründe: Zum einen haben insbesondere im ambulanten Sektor bislang nur wenige Datenannahmestellen mit der Schaffung der für die Qesü-RL-Verfahren notwendigen Strukturen geschaffen. Im Bereich der stationären Datenannahmestellen ist dank der Follow-up-Verfahren im Rahmen der QSKH-Richtlinie bereits mehr Erfahrung und Infrastruktur vorhanden. Zum anderen wurde bislang beklagt, dass für eine solche Umsetzung kein verbindlicher Zeitplan bestünde. Dem würde durch eine solche Regelung abgeholfen.

Anzumerken ist, dass die technische Erprobung auf freiwilliger Basis bereits seit einigen Monaten möglich ist, bislang aber nicht genutzt wird/wurde. Ist die Infrastruktur erst einmal geschaffen, besteht bei neuen Verfahren allenfalls minimaler Anpassungsbedarf.

5.3.5. Umsetzung der Spezifikation durch die ambulanten Softwareanbieter, Zertifizierung der ambulanten Softwareanbieter und Installation bei den Leistungserbringern

§ 13 Abs. 2 S. 6 QesüRL sieht für die ambulanten Softwareanbieter eine Zertifizierung ihrer Software durch die KBV vor, die im Rahmen der vorgegebenen Spezifikation des AQUA-Instituts erfolgt. Diese Zertifizierung würde zunächst mindestens diejenigen Softwareanbieter umfassen, die im Rahmen der drei Verfahren dokumentationspflichtige Leistungserbringer als Kunden haben.

Wollen sich ambulante Softwareanbieter bereits vorher an einer Erprobung beteiligen, haben sie dazu bereits jetzt die verfahrensunabhängige Möglichkeit.

Im Anschluss an die Zertifizierung hätten die ambulanten Softwareanbieter Zeit, die Software bei ihren Kunden zu installieren. Der Zeitplan ist im ambulanten Bereich in dieser Hinsicht weniger limitiert als im stationären Bereich, weil dort ohnehin vierteljährliche Softwareinstallationen auf regelmäßiger Basis erfolgen. Für einen Beginn der Dokumentation im Regelbetrieb beispielsweise am 1. Juli 2014 hätten die ambulanten Softwareanbieter demnach mit einer garantierten Entwicklungszeit von elf Monaten eine Zeitspanne zur Verfügung, die aus diesem Bereich wiederholt als angemessen benannt wurde.

5.3.6. Testung im Vollbetrieb

Wie im QS-Verfahren *Dialyse* und im Bereich der QSKH-RL haben Testungen in einem Vollbetrieb stattgefunden, der auch für den Beginn des Regelbetriebs der drei genannten QS-Verfahren empfohlen wird. Es ist damit zu rechnen, dass die Daten der ersten Quartale oder des ersten Jahres (je nach noch festzulegendem Zeitraum) weder aussagekräftig für die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen noch für eine Veröffentlichung geeignet sind. Diese Vorgehensweise würde jedoch eine umfassende, nicht sanktionsbehaftete Erprobung aller Beteiligten ermöglichen. Dabei ist es bedenkenswert, lediglich die Nichtverwertbarkeit der Daten sanktionsfrei zu belassen, eine Nichtteilnahme aber zumindest zu untersuchen.

5.3.7. Fazit zum vorgeschlagenen Vorgehen ohne Probetrieb

Das AQUA-Institut betrachtet den vorgelegten Zeitplan als realistisch, weist jedoch auch ausdrücklich auf die zeitlichen Limitierungen hin, die sich aus dem Entwicklungsturnus der stationären Softwareanbieter ergeben. Sie führen dazu, dass sich alle Beteiligten sowohl hinsichtlich des vorgeschlagenen Zeitplans generell, aber auch vor allem hinsichtlich der Erstellung und des Beschlusses der themenspezifischen Bestimmungen zeitnah verständigen müssen.

Dem steht der Nutzen gegenüber, dass alle Beteiligten einen verbindlichen Zeitrahmen hin zum Regelbetrieb hätten, dessen Fehlen häufig kritisiert wurde. Es ist nochmal hervorzuheben, dass die einmalige Umsetzung der technischen Anforderungen den Effekt hat, dass sowohl Datenannahmestellen als auch Softwareanbieter später keine oder überschaubare Anpassungsleistungen (je nach Tiefe der Integrierung) für weitere Verfahren vornehmen müssen. Die rein technische Erprobung, die einen Hauptteil der ursprünglichen Probetriebskonzeption bestimmt, würde auf diesem Weg zumindest für die Datenannahmestellen zeitlich von der Einführung einzelner Qesü-Verfahren entkoppelt werden.

Dennoch ist es aus Sicht des AQUA-Instituts sinnvoll, diese technische Erprobung mit der konkreten Einführung der drei genannten Verfahren zu koppeln, um so auch den anderen Beteiligten, insbesondere den Softwareanbietern, eine konkrete Planungs- und damit auch Refinanzierungsperspektive zu eröffnen.

Der Vorschlag, künftige Verfahren ohne Probetriebe direkt in den Regelbetrieb zu überführen, bringt Implikationen für die vorgelagerte Verfahrensentwicklung mit sich. Insbesondere die Machbarkeitsprüfung muss insofern ausgeweitet werden, als dass die Auslösung nicht mehr eines gesonderten Probetriebs bedarf, sondern bereits am Ende der Machbarkeitsprüfung abgeschlossen ist.

Sofern der G-BA den Empfehlungen des AQUA-Instituts im vorliegenden Bericht folgt, sollten weitere Konkretisierungen des skizzierten Vorschlags in Auftrag gegeben werden.



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Ergebnisbericht zum Probebetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Konisation - Ergänzungskapitel

Stand dieser Ergänzung: 22. Januar 2013

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Abschlussbericht zum Probetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Konisation

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

15. März 2012

Datum der ursprünglichen Berichtsabgabe:

30. November 2012

Signatur:

12-SQG-026

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

[In den Passagen, in denen es ausschließlich um die von der Konisation betroffenen Patientinnen geht, wird abweichend von der allgemeinen Regel auch von Patientinnen gesprochen.]

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

2.6 Empfehlung

Der folgende Abschnitt soll die Vorschläge des AQUA-Instituts zur Überführung des Verfahrens Konisation in einen zeitlich begrenzten Regelbetrieb komprimiert zusammenfassen, Konsequenzen aus den Empfehlungen darlegen und offene Fragen aufzeigen. Dazu werden zunächst die denkbaren Umsetzungsszenarien kurz beschrieben.

2.6.1 Umsetzungsszenarien

Szenario 1: keine Umsetzung

In Szenario 1 wird das Verfahren nicht im Regelbetrieb umgesetzt. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass das Verhältnis von Aufwand und Nutzen grundsätzlich in Frage gestellt wird. Nachteil dieses Szenarios wäre der Verzicht auf eine bundesweite verpflichtende Qualitätssicherung mit überprüfbarer Datenqualität.

Szenario 2: Umsetzung des Dokumentationsbogens KON

In Szenario 2 wird das Verfahren im Regelbetrieb umgesetzt. Es bleibt in einem solchen zeitlich eingeschränkten Regelbetrieb zu klären, ob bei einem sektorgleichen Verfahren der Vergleich ambulanter und stationärer Leistungserbringung fair erfolgen kann. Alternativ bliebe immer noch der Vergleich der Leistungserbringer eines Sektors untereinander oder die Erfassung und Qualitätssicherung in nur einem Sektor. An dieser Stelle wird lediglich die Erhebung des Dokumentationsbogens KON thematisiert, da wie bereits in Abschnitt 2.1 begründet, die Follow-up-Indikatoren nicht zur Umsetzung im Regelbetrieb empfohlen werden.

Szenario 3: Prüfung zur Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung und ggf. eine alternative Entwicklung eines Instrumentes zur Indikationsstellung

In Szenario 3 wird das Verfahren vorerst nicht im Regelbetrieb umgesetzt. Stattdessen erfolgt eine Prüfung zur Nutzung von Sozialdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen und die Entwicklung einer Patientenbefragung, wobei eingeschränkt gesagt werden muss, dass sich in diesem Szenario die problematische Frage nach der Auslösung ebenfalls stellt.

Das AQUA-Institut empfiehlt zur Umsetzung des Verfahrens in den Regelbetrieb Szenario 2. Die folgenden Begründungen sind demnach auf das oben beschriebene Szenario ausgerichtet.

2.6.2 QS-Auslösung

Die in Abschnitt 2.5 beschriebene unspezifische Variante der Auslösung lässt sich nicht ohne einen Mehraufwand auf Seiten der Leistungserbringer umsetzen. Grundsätzlich sind alle Varianten der Auslösung, für die eine Filterfrage benötigt wird, mit einem nicht akzeptablen Mehraufwand für die Leistungserbringer verbunden. Ohne eine solche Filterfrage sind jedoch die Kriterien nicht spezifisch genug, um die Dokumentation der Konisation auszulösen. Somit überwiegen die genannten Nachteile einer Filterfrage aus der Sicht des AQUA-Instituts den Vorteil einer vollzähligen Erfassung der Konisationen.

Aufgrund der aufgeführten Problematiken empfiehlt das AQUA-Institut für den zeitlich begrenzten Regelbetrieb eine möglichst spezifische Auslösung der Dokumentation von Konisationen. Daher reduziert sich die QS-Auslösung auf folgende Kriterien:

Tabelle 1: Überblick der Kriterien zur QS-Auslösung für den Regelbetrieb

	QS-Auslösung aktueller Vorschlag zur umfassenden Testung im Probetrieb
OPS-Kodes:	5-671* (Konisation der Cervix uteri)
Alter:	Patientin \geq 12 Jahre

Diese in Tabelle 1 aufgeführte Variante würde keine Filterfrage benötigen. Hier sind im Vergleich zur Auslö-
sungsvariante in Abschnitt 2.5 alle unspezifischen Faktoren der QS-Auslösung, wie die Diagnosen und die OPS-
Schlüssel 1-672.* und 5-672.* nicht berücksichtigt. Mit den aufgeführten Kriterien können alle für den Probebe-
trieb zur Umsetzung empfohlenen Indikatoren abgebildet werden (siehe Abschnitt 2.1 und 2.6.3).

Der Vorteil dieser Variante ist, dass ausschließlich Konisationen ausgelöst würden und für die Leistungserbrin-
ger kein Aufwand durch Fehlauslösungen zu befürchten ist. Jedoch wird bei dieser Variante nicht das
Kodierverhalten in der Praxis berücksichtigt. Dort würden Konisationen, die wie in Abschnitt 2.5 beschrieben im
Rahmen einer Hysteroskopie erfolgen und nicht separat kodiert werden, nicht ausgelöst, wodurch nach Aussa-
ge von Fachexperten ggf. geringere Fallzahlen zu erwarten sind, als mit einer unspezifischen Auslösung erreicht
werden würden. Zudem würden Konisationen, die im Rahmen von Selektivverträgen durchgeführt werden, vo-
raussichtlich nicht für die QS-Dokumentation ausgelöst.

Es wird daher eine Überprüfung der Kriterien im Rahmen eines zeitlich begrenzten Regelbetriebs und die weite-
re Entwicklung der QS-Auslösung im Rahmen der Systempflege und Weiterentwicklung empfohlen sowie offene
Fragen (z.B. Beeinflussung der Grundgesamtheiten und Verteilung von Komplikationen und Risiken durch Auslö-
sungsvarianten) zu thematisieren, um dann entscheiden zu können, ob die Ziele des QS-Verfahrens mit dem
jetzt empfohlenen Indikatorenset zu erfüllen sind .

Fazit:

Da Ergebnisse einer Testung durch den Probetrieb gänzlich fehlen, können Empfehlungen zu einem Regelbe-
trieb nur eingeschränkt gegeben werden.

Das Follow-up muss entfallen.

Zu prüfen bleibt aufgrund der Zweifel der Fachexperten, ob die Ergebnisse für den ambulanten Sektor und die
Ergebnisse für den stationären Sektor bei einer QS-Auslösung mit dem OPS 5-671* verglichen werden können.

2.6.3 Indikatoren, Datenfelder und Ausfüllhinweise für einen möglichen Regel- betrieb

In Tabelle 2 sind die Indikatoren aufgeführt, für die im Rahmen der Verfahrensentwicklung die Abbildung über
eine Dokumentation bei den Leistungserbringern empfohlen wurde.

Wie zuvor erläutert, werden die Indikatoren P32 „Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach Koni-
sation“ und S11 „Erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft nach Konisationen“ aufgrund der in Ab-
schnitt 2.1 aufgeführten Punkte nicht zur Umsetzung empfohlen. Es wird zudem empfohlen, die Möglichkeiten
der Umsetzung der genannten Indikatoren im Regelbetrieb im Rahmen der Weiterentwicklung zu prüfen. Grund-
sätzlich sollten hier alternative Abbildungsmöglichkeiten (z.B. Sozialdaten bei den Krankenkassen, Patientenbe-
fragung) überprüft werden.

Zur Erhebung im Rahmen des Regelbetriebes werden demnach weiterhin alle Indikatoren des Indexaufenthalts
empfohlen. Die zur Berechnung benötigten Datenfelder und die Ausfüllhinweise werden weiterhin entsprechend
dem Stand des Ergebnisprotokolls zur Umsetzung empfohlen.

Grundsätzlich sollten auch hier im Rahmen der Weiterentwicklung alternative Abbildungsmöglichkeiten (Sozial-
daten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung) geprüft werden.

Tabelle 2: Übersicht der Indikatoren

QI-ID	Bezeichnung
ST08	Ärztliche Expertise bei der Durchführung der Kolposkopie
P01	Differenzialkolposkopie vor Konisation
P04	Sofortige Konisationen bei PAP IIID und CIN 1 sind obsolet
P05	Adoleszente Patientinnen mit Konisation
P08	Indikation zur Konisation in der Schwangerschaft
P13	Fehlende hochgradige präkanzeröse Befunde der Konisate
P15	Konisation unter Kolposkopie-Kontrolle
P17	Reduzierung von Messerkonisationen
P27	Histologische Beurteilung des Konus
P30	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates nach Konisation
P32	Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach Konisation
P34	Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand
OU10	Positiver Absetzungsrand bei Adenocarcinoma in situ
OU 11	Behandlungsbedürftige Nachblutungen nach Konisation
S11	Erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft nach Konisationen



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Anlagen zum Abschlussbericht zum Probebetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Konisation

Stand: 30. November 2012

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Abschlussbericht zum Probetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Konisation

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

15. März 2012

Datum der Abgabe:

30. November 2012

Signatur:

12-SQG-026

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis der Anhänge

Anhang A.1: Indikatordatenblätter (Stand: Abschlussbericht)

Anhang A.2: Indikatordatenblätter (Stand: Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung)

Anhang B.1: QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON_Prä) (Stand: Abschlussbericht)

Anhang B.2: QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON_OP) (Stand: Abschlussbericht)

Anhang B.3: QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON_FU) (Stand: Abschlussbericht)

Anhang B.4: QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON) (Stand: Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung)

Anhang C.1: Ausfüllhinweise zum QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON_Prä) (Stand: Abschlussbericht)

Anhang C.2: Ausfüllhinweise zum QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON_OP) (Stand: Abschlussbericht)

Anhang C.3: Ausfüllhinweise zum QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON_FU) (Stand: Abschlussbericht)

Anhang C.4: Ausfüllhinweise zum QS-Dokumentationsbogen Konisation (Stand: Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung)

Anhang D: Anschreiben vom G-BA an die Landesebene zur Beteiligung an Probebetrieben

Anhang E: Anschreiben vom G-BA an die Softwareanbieter zur Beteiligung an Probebetrieben

Anhang F: Informationsschreiben für Leistungserbringer zur Teilnahme an den Probebetrieben

Anhang G.1: Merkblatt für Leistungserbringer zur Teilnahme an den Probebetrieben (Stand: 22.12.2011)

Anhang G.2: Merkblatt für Leistungserbringer zur Teilnahme an den Probebetrieben (Stand: 21.03.2012)

Anhang A.1: Indikatorendatenblätter

Indikator Nr. ST08: Ärztliche Expertise bei der Durchführung der Kolposkopie	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Ärzte mit Expertise bei der Durchführung einer Kolposkopie bei Patientinnen mit Verdacht auf Dysplasie.
Zähler	Anzahl der Kolposkopien je Qualifikationsstufe des Durchführenden
Nenner	Alle Kolposkopien mit Verdacht auf Dysplasie
Ausschlusskriterien	Keine Angabe
Zielstellung	Erhöhung des Anteils an richtiger Diagnosestellung und korrekter Indikationsstellung für die Konisation.
Begründung	Vermeidung unnötiger Konisationen
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Aus der EU-Leitlinie geht folgende Stellungnahme hervor: „[...] excision can only be planned safely by colposcopic assessment of the lesion by an experienced colposcopist [...]“ (ECN 2008).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHMRC 2005 [1]; ECN 2008 [2] NHMRC 2005: “High-grade lesions need early referral for colposcopic assessment (...), preferably by a colposcopist experienced in assessing the pregnant cervix. Inexperienced colposcopists may not recognise the subtle appearances of early invasive cancer in pregnancy.” “Immunosupprimised women: Assessment and treatment should be by an experienced colposcopist.” Level III-1 ECN 2008: “The aim of an excisional treatment is to remove the lesion in its entirety. The entire excised specimen is then submitted for histological assessment. The same can only be planned safely by colposcopic assessment of the lesion by an experienced colposcopist.“

Instrumente/Datenquellen		
<u>Spezifizierung für Berechnung:</u> Auswertung erfolgt, wenn kolposkopiert wird.		
<u>Auffälligkeit:</u> Kein Referenzbereich definiert		
<u>Risikoadjustierung:</u> Risikoadjustierung nicht erforderlich		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	
	Beschreibung	
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 1-671
	Diagnose	ICD-10-GM 2010 C53.*; D06.*; N72; N86.-; N87.*; N88.* aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Diagnose	Erhebung über Datenquelle 1 ICD-10-GM 2010 C53.*; D06.-; N72; N86.-; N87.*; N88.* aus Datenquelle 1
	Qualifikation des Durchführenden	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Arzt in der Weiterbildung 2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	
	Beschreibung	
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 1-671
	Diagnose	ICD-10-GM 2010 N86; N87.-; N88.-; D06.-; P01.0; O34.3; O34.4; N72 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Diagnose	Erhebung über Datenquelle 2 ICD-10-GM 2010 C53.*; D06.*; N72; N86.-; N87.*; N88.* aus Datenquelle 2
	Qualifikation des Durchführenden	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Arzt in der Weiterbildung 2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P01: Differenzialkolposkopie vor Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen vor einer Konisation eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt wurde.
Zähler	Alle Patientinnen, bei denen eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt wird.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Bei allen Patientinnen sollte eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt werden. Kein Referenzbereich angegeben.
Begründung	Die Differenzialkolposkopie mit Biopsie ist das Goldstandardverfahren zur minimal invasiven histologischen Abklärung von Auffälligkeiten und zur Therapieplanung bei histologisch gesicherten Neoplasien (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Die Leitlinien der DGGG (2008) und der SGGG (2004) definieren Differenzialkolposkopie als die genaue kolposkopische Untersuchung bei suspektem und positivem zytologischen Abstrich der Cervix uteri. Die Differenzialkolposkopie dient der Abklärung auffälliger zytologischer und positiver HPV-Befunde.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	SIGN 2008 [3]; NHMRC 2005 [1]; DKG 2008 [4]; DGGG 2008 [5]; SGGG 2004 [6]; TOMBOLA Group 2009 [7]; Berdichevsky 2004 [8]; Heinzl 1989 [9] SIGN 2008: [Treatment during pregnancy] "An individualised treatment plan should be determined, in consultation with the patient, by the multidisciplinary team, which should include an obstetrician." Cold-knife cone biopsy should be considered the 'gold standard' for the assessment of glandular lesions. NHMRC 2005: Histological confirmation of a high-grade lesion is required before definitive treatment is undertaken. [Consensus] Women with a histological diagnosis of CIN 2 or CIN 3 should be treated in order to reduce the risk of developing invasive cervical carcinoma. [Level III-2] Women with possible high-grade squamous cytology reports should therefore be referred to a gynaecologist for colposcopic assessment and targeted biopsy where indicated. A woman with a Pap test report of possible high-grade squamous lesion should be referred to a gynaecologist for colposcopic assessment and targeted biopsy where indicated. [Level IV] Cone biopsy may be necessary to treat women with high-grade squamous lesions and absolute indications that include: 1. Failure to visualise the upper limit of the cervical transformation zone in a woman with a high-grade squamous abnormality on her referral cervical smear (ie unsatisfactory colposcopy) 2. Suspicion of an early invasive cancer on cytology, biopsy or colposcopic assessment 3. The suspected presence of an additional significant glandular abnormality (ie adenocarcinoma in situ) on cytology or biopsy (ie a mixed lesion). DKG 2008: "Die Grundlage der Abklärungsdiagnostik ist die Inspektion der Portio, im Einzelfall ergänzt durch eine Kolposkopie und die bimanuelle vaginale und rektovaginale

Untersuchung sowie die kolposkopisch gesteuerte Gewebeentnahme bei auffälligen Befunden”.

DGGG 2008:

„Die Differenzialkolposkopie mit Biopsie (und nicht die Konisation) ist das Goldstandardverfahren zur minimal invasiven histologischen Abklärung von Auffälligkeiten bei der primären Vorsorgeuntersuchung und zur Therapieplanung bei histologisch gesicherten Neoplasien...Die Verlässlichkeit der kolposkopisch-histologischen Diagnose ist bei ektozervikalem Befall und ausreichender Expertise des Untersuchers sehr hoch...“

SGGG 2004:

„Die besten Ergebnisse zur Früherkennung einer Zervixläsion erreicht man, wenn der zytologische Abstrich mit der Kolposkopie kombiniert wird...Der Zusammenhang zwischen Präkanzerosen und Karzinom der Zervix und HPV-Infektion gilt als gesichert...HPV-Nachweis nur bei unklaren Fällen angezeigt, aber nur, wenn nicht sogleich eine Differenzialkolposkopie erfolgen kann...“

Instrumente/DatenquellenAuffälligkeit: Kein Referenzbereich definiertRisikoadjustierung: Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst.

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Präoperative Differenzialkolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 (in Zukunft über Datenquelle 1 OPS) 0 = nein 1 = ja
	Präoperative Histologie (Biopsie)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2.
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Präoperative Differenzialkolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 (in Zukunft über Datenquelle 2 OPS) 0 = nein 1 = ja
	Präoperative Histologie (Biopsie)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P04: Sofortige Konisation bei maximal PAP IIID oder CIN 1 ist obsolet	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, die sofort konisiert wurden, obwohl nur PAP IIID oder CIN 1 vorlagen.
Zähler	Patientinnen mit präoperativer Diagnose PAP IIID oder CIN 1.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Korrekte Indikationsstellung
Begründung	Vermeiden unnötiger Konisationen
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Aus der Leitlinie geht hervor, dass „sofortige Konisationen bei PAP IIID und CIN 1-Läsionen obsolet sind.“ (DKG 2008)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHMRC 2005 [1]; DKG 2008 [4] NHMRC 2005: “A woman aged 30 years or more with a Pap test report of LSIL, without a history of negative smears in the preceding two to three years, should be offered either immediate colposcopy or a repeat Pap smear within six months.” DKG 2008: „Obsolete Maßnahme: Sofortige Konisation bei PAP IIID und CIN1-Läsionen.“

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei der Patientin Zytologie- und Histologiebefunde vorliegen

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = PAP I 1 = PAP II 2 = PAP III 3 = PAP IIID 4 = PAP IV 5 = PAP V 9 = Keine Angabe
Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = PAPI 1 = PAP II 2 = PAP III 3 = PAP IIID 4 = PAP IV 5 = PAPV 9 = Keine Angabe
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P05: Adoleszente Patientinnen mit Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen im Alter von 12-18 Jahren, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen 12-18 Jahre.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Aufgrund der Spätergebnisse sind Interventionen bei adoleszenten Patientinnen mit CIN zu vermeiden. Die meisten CIN 1 und 2 bilden sich spontan zurück und CIN 3 ist in dieser Altersgruppe sehr selten. Referenzbereich: Aufgrund der voraussichtlich niedrigen Fallzahl: Sentinel Event.
Begründung	Invasiver Gebärmutterhalskrebs kommt in dieser Altersgruppe praktisch nicht vor. Vermeiden unnötiger Konisationen.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien und Studien.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	<p>NSU 2008 [10]; ECN 2008 [2]; Moscicki 2008 [11]; Moore 2007 [12]; Wright 2005 [13]</p> <p>NSU 2008: “If a woman aged under 20 years is screened ... and CIN2 is found, management should be individualised and include multidisciplinary team review of cytology and histology results.” “If agreed by the multidisciplinary review, careful specialist colposcopic observation at 4 to 6 month intervals for up to 12 months may be appropriate, provided colposcopy is satisfactory, given the high rate of resolution of CIN2 in this age group. This applies for histologically confirmed CIN2 lesions only (not CIN3).” If the colposcopic appearance of the lesion worsens, or if HSIL persists, repeat biopsy is recommended. After 2 consecutive results of ‘negative for intra-epithelial lesions or malignancy’, women under 20 years with normal cytology results can return to routine cytological screening. Treatment is recommended if CIN3 is subsequently identified, or if CIN2 persists for 12 months. [Grade B]</p> <p>ECN 2008: „Invasive cervical carcinoma is virtually non-existent in adolescent women... cervical screening in this age group may detect prevalent low-grade disease which might have resolved spontaneously if screenings were started at a later age... This could result in unnecessary attendances at colposcopy, with the resultant possible negative consequences of increased anxiety and possible over-treatment... In addition screening has not been shown to be effective at reducing the incidence of invasive cancer in women under twenty...“</p>

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt wenn Alter der Patientin von 12 bis 18 Jahre ist.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert, voraussichtlich Sentinel Event

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter 12 bis 18 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter 12 bis 18 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P08: Indikation zur Konisation in der Schwangerschaft	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Indikationsstellung zur Konisation in der Schwangerschaft.
Zähler	Anzahl der schwangeren Patientinnen.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Verbesserung der Behandlung schwangerer Frauen mit Dysplasien. Referenzbereich: Aufgrund der voraussichtlich niedrigen Fallzahl Sentinel Event.
Begründung	Verminderung der Morbidität (Frühgeburt etc.). Die Konisation in der Schwangerschaft bedarf einer strengen Indikationsstellung und sollte nur bei Verdacht (zytologisch und/oder kolposkopisch) auf ein invasives Karzinom durchgeführt werden. Bei histologisch gesichertem CIN 2 und CIN 3 in der Schwangerschaft soll lediglich eine Verlaufskontrolle erfolgen (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Die Konisation in der Schwangerschaft bedarf einer strengen Indikationsstellung und sollte nur bei zytologischem und/oder kolposkopischem Verdacht auf ein invasives Ca durchgeführt werden (DKG 2008, ICSI 2008) – ergänzt durch histologische Abklärung.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	SIGN 2008 [3]; NHMRC 2005 [1]; DKG 2008 [4]; ECN 2008 [2]; ICSI 2008 [14] SIGN 2008: For pregnant women with early stage disease (FIGO IA1, IA2, IB) diagnosed after 16 weeks of gestation, treatment may be delayed to allow fetal maturity to occur. [Grade C] NHMRC 2005: [Management during pregnancy] Women with low-grade cytologic lesions should be managed in the same way as women with low-grade squamous abnormalities, with a repeat smear after 12 months. [Level IV] Biopsy of the cervix is usually unnecessary in pregnancy, unless invasion is suspected colposcopically. Definitive treatment of a high-grade lesion, with the exception of invasive cancer, may be safely deferred until after delivery. [Grade B] Definitive treatment of a high-grade lesion, with the exception of invasive cancer, may be deferred safely until after the pregnancy. [Level IV] DKG 2008: “Die Konisation in der Schwangerschaft bedarf einer strengen Indikationsstellung und sollte nur bei zytologischem und/oder kolposkopischem Verdacht auf ein invasives Ca durchgeführt werden... - ergänzt durch histologische Abklärung ...“ ECN 2008: If invasive disease is suspected clinically or colposcopically, a biopsy adequate to make the diagnosis is essential. Cone, wedge and diathermy loop biopsies are all associated with a risk of haemorrhage and such biopsies should be taken only where appropriate facilities to deal with haemorrhage are available. Punch biopsy suggesting only CIN cannot reliably exclude invasion. ICSI 2008: „In pregnancy, the only diagnosis that may alter clinical management is invasive cancer... Cervical cancer screening test results that are not likely to be associated with cancer may undergo colposcopic evaluation either during pregnancy or 8 to 12 weeks postpartum... Pregnant women whose cervical cancer test results indicate a high risk for CIN-2/3+ should undergo colposcopy without endocervical sampling reserving biopsy for visible cervical lesions consistent with CIN-3, AIS or cancer...“

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt wenn bei der Patientin eine Schwangerschaft festgestellt wurde

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert, voraussichtlich Sentinel Event

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Bestehende Schwangerschaft?	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = PAP I 1 = PAP II 2 = PAP III 3 = PAP IIID 4 = PAP IV 5 = PAP V 9 = Keine Angabe
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Bestehende Schwangerschaft?	0 = nein 1 = ja
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = PAP I 1 = PAP II 2 = PAP III 3 = PAP IIID 4 = PAP IV 5 = PAPV 9 = Keine Angabe
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P13: Fehlende hochgradige präkanzeröse Befunde der Konisate	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Konisation, bei denen sich postoperativ keine hochgradige Präkanzerose nachweisen lässt (CIN 2 und mehr).
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit führender Histologie „Ektopie“ oder mit histologischem Normalbefund oder <= CIN 1.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Der Anteil der Konisationen, bei denen sich keine präneoplastischen Befunde nachweisen lassen, soll möglichst niedrig sein. Kein Referenzbereich angegeben.
Begründung	Fehlende präneoplastische Befunde in der histopathologischen Untersuchung können sowohl Ausdruck einer nicht indizierten Konisation (Patientin war gesund) als auch eines falschen Befundes (unauffälliger Befund trotz kranker Patientin) sein. Fehlende präneoplastische Befunde können aber auch als Folge einer bioptisch komplett entfernten Läsion auftreten und stellen in diesem Fall kein Qualitätsdefizit dar.
Anmerkungen	Indikator entstammt dem Indikatorenset der BQS (Nr. 66238). Der Indikator bildet fachübergreifend die Versorgungsqualität von Gynäkologen und Pathologen ab. Darüber hinaus eignet er sich besonders für die Qualitätssicherung beim „ambulanten Operieren“ nach §115b SGB V.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	BQS 2009 [15]

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei mindestens einem Eingriff aus der berücksichtigten Grundgesamtheit eine führende Histologie „Ektopie“ oder „histologisch Normalbefund“ oder CIN 1 vorliegt.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert. 95. Perzentilen sind wegen einer hohen Variabilität der Ergebnisse und wegen des Fehlens von evidenzbasierten Kriterien für die Festlegung eines Zielbereichs gewählt worden.

Risikoadjustierung: Risikoadjustierung nicht erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Histologischer Befund, postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P15: Konisation unter Kolposkopie-Kontrolle	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Konisationen unter Kolposkopie-Kontrolle durch den Operateur.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit Kolposkopie-Kontrolle (ein- oder zweizeitig) durch Operateur.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahren
Zielstellung	Verbesserung der Qualität der Durchführung.
Begründung	Die Durchführung der Konisation (Exzision) unter Kolposkopiekontrolle verbessert die Qualität des Eingriffs (genaue Lokalisation der Läsion) und erhöht langfristig die Patientensicherheit. Der Operateur soll die Patientin mindestens einmal persönlich kolposkopiert haben.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. „The procedure/excision should be carried out under colposcopic control“ (ECN 2008).
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	ECN 2008 [2] ECN 2008: ”The procedure /excision should be carried out under colposcopic control...The size and shape of the excised specimen will be determined by the colposcopic delineation of the lesion...”

Instrumente/Datenquellen		
<u>Auffälligkeit:</u> Kein Referenzbereich definiert		
<u>Risikoadjustierung:</u> Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst.		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Zeitpunkt der Kolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä- und intraoperativ
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
Zeitpunkt der Kolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä- und intraoperativ
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P17: Reduzierung von Messerkonisationen	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen eine Messerkonisation durchgeführt wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit Messerkonisationen
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Vermeiden von Methoden mit einer hohen Komplikationsrate wie der Messerkonisation.
Begründung	Verminderung der perioperativen und langfristigen Morbidität.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Die Leitlinie beschreibt die Schlingenkonisation als chirurgische Methode der Wahl. (DGGG 2008) Panelkonsens: Ziel ist es, die Anzahl der Messerkonisationen (wegen der höheren Komplikationsrate) zu reduzieren.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHMRC 2005 [1]; DGGG 2008 [5] NHMRC 2005: LEEPs, of which large loop excision of the cervical transformation zone (LLETZ) is one, are now commonly used for the treatment of CIN. [S 55] There is no clearly superior method of fertility-sparing treatment for CIN 2 and 3. [Level I] It is advisable that women with CIN 3 are not treated with cryotherapy. [Level IV] DGGG 2008: „Die Messerkonisation weist bei nachfolgenden Schwangerschaften die höchste Komplikationsrate aller Methoden auf und sollte bei Frauen mit bestehendem Kinderwunsch nicht zum Einsatz kommen.“

Instrumente/Datenquellen		
<u>Auffälligkeit:</u> Kein Referenzbereich definiert		
<u>Risikoadjustierung:</u> Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst.		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	
	Beschreibung	
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri	
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung entfällt	

Instrumente/Datenquellen		
<u>Auffälligkeit:</u> Kein Referenzbereich definiert		
<u>Risikoadjustierung:</u> Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst.		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	
	Beschreibung	
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri	
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P27: Histologische Beurteilung des Konus	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit postoperativer histologischer Beurteilung der Konisation.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit schriftlicher histologischer Beurteilung der Konisation (Art und, Größe bei allen Läsionen – nicht metrisch –, vertikale und horizontale Ausdehnung bei invasiven Läsionen, Resektionsränder, Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand in mm).
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Bei allen Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wird, soll eine Beurteilung der Konisation mit eindeutiger schriftlicher Information über die Größe, die Ausdehnung der Läsion, die Resektionsränder und zu eventuell vorliegenden invasiven Läsionen vorliegen.
Begründung	Bei der histologischen Beurteilung der Konisation sollte eine eindeutige schriftliche Information über die Größe, die Ausdehnung der Läsion, die Resektionsränder und zu eventuell vorliegenden invasiven Läsionen vorliegen (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Stratifizierung nach Operationsmethode.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	SIGN 2008 [3]; DGGG 2008 [5] SIGN 2008: Pathological assessment should be quality assured and standardised, with readily accessible specialist review available if required, following discussion by the multidisciplinary team. Diagnosis and measurement of early adenocarcinoma and squamous cell cancer should be done by specialist gynaecological pathologist. DGGG 2008: „Portiokonisate sind vom Operateur räumlich zu markieren... Von Seiten der Pathologie muss eine vollständige Einbettung erfolgen... Die Aufarbeitung muss so erfolgen, dass am histopathologischen Schnittpräparat die räumliche Orientierung nachvollzogen werden kann...“ „Der pathologische Befundbericht sollte eine Diagnose unter Benutzung der allgemein akzeptierten Nomenklatur (WHO) enthalten ... Bei Exzisaten und Konisaten sollte eine Beurteilung der Resektionsränder erfolgen...“

Instrumente/Datenquellen

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst.

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv

Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung	
STATIONÄR	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)		
Feld	Beschreibung	
Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)	
Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2	
Datenfelder für die Berechnung		
Feld	Beschreibung	
AMBULANT	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben	
Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben	
Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv	
Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv	

Datenfelder für die Risikoadjustierung		
AMBULANT	Feld	Beschreibung
AMBULANT	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri

Indikator Nr. P30: Beurteilbarkeit des histologischen Präparats nach Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen das Präparat der Konisation gut beurteilbar war.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit gut beurteilbarem Präparat.
Nenner	Alle Patientinnen mit Konisationspräparat nach Konisation.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Quote der beurteilbaren Konisationspräparate durch den Pathologen soll sehr hoch sein.
Begründung	Verminderung der übersehenen Läsionen, Verbesserung der Rezidivrate.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Studien. Stratifizierung per OP-Verfahren sollte möglich sein. Über das Follow-up wird eine Zusammenführung der Daten mit den Daten des Operateurs sichergestellt.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	Howell 1991 [16]

Instrumente/DatenquellenAuffälligkeit: Kein Referenzbereich definiertRisikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Bericht liegt vor Postoperative Histologie	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates, postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, gut 2 = ja, schlecht
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Bericht liegt vor Postoperative Histologie	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates, postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, gut 2 = ja, schlecht
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P32: Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen 6-12 Monate nach Konisation ein HPV-Test durchgeführt wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach der Konisation.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahren
Zielstellung	Alle Patientinnen sollten zwischen 6 und 12 Monaten nach der Konisation einen HPV-Test durchführen lassen. Keine Angaben zum Referenzwert .
Begründung	Die besondere Bedeutung eines negativen HPV-Tests nach einer CIN-Therapie liegt im hohen negativen Vorhersagewert. Ein negativer HPV-Test nach CIN-Therapie schließt eine CIN-Persistenz bzw. ein CIN-Rezidiv mit hoher Wahrscheinlichkeit aus. Dies gilt auch im Status nach inkompletter Resektion (befallene Schnittränder). Die Sensitivität des HPV-Nachweises hinsichtlich der Entdeckung einer persistierenden oder rezidivierenden CIN ist sehr hoch (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien und Studien.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	<p>NHMRC 2005 [1]; DGGG 2008 [5]; DKG 2008 [4]; ECN 2008 [2]; Park 2009 [17]; Safaeian 2007 [18]; Almog 2003 [19]</p> <p>NHMRC 2005: [Human papilloma virus (HPV) testing] There is insufficient evidence to support the use of HPV testing in the triage of low-grade squamous intraepithelial lesions. A woman previously treated for HSIL requires a colposcopy and cervical cytology at 4–6 months after treatment. Cervical cytology and HPV typing should then be carried out at 12 months after treatment and annually thereafter until the woman has tested negative by both tests on two consecutive occasions. The woman should then be screened according to the recommendation for the average population. [Level IV]</p> <p>DGGG 2008: „Die Therapie der höhergradigen CIN führt meist zu einer Elimination von HPV und stellt somit ein kausales Therapieverfahren dar. Die besondere Bedeutung eines negativen HPV-Tests nach einer CIN-Therapie liegt in dem hohen negativen Vorhersagewert. Ein negativer HPV-Test nach CIN-Therapie schließt eine CIN-Persistenz bzw. ein CIN-Rezidiv mit hoher Wahrscheinlichkeit aus. Dies gilt auch im Status nach inkompletter Resektion. Die Sensitivität des HPV-Nachweises hinsichtlich der Entdeckung einer persistierenden oder rezidivierenden CIN ist sehr hoch. Die Kombination aus Zytologie und postoperativem HPV-Test führt zu einer Steigerung der Sicherheit.“ „Frei Schnittränder: Rezidive sind selten. Es sollte sechs und zwölf Monate nach Therapie ein HPV-HR-Test mit Zytologie durchgeführt werden. Sind alle Tests negativ, erfolgt die weitere Kontrolle in Routineintervallen. Ist einer der Tests positiv, erfolgt die sofortige Kolposkopie. Alternativ erfolgen alle sechs Monate Kontrolluntersuchungen mit Zytologie und Kolposkopie. Nach drei unauffälligen Befunden erfolgen gynäkologische Kontrollen in Routineintervallen.“ „Befallenen Schnitträndern: In bis zu 25% erfolgt die Konisation nicht oder nur fraglich im Gesunden (positive Absetzungsänder). . . Im Fall einer CIN3 am Absetzungsrand ist in 20 bis 25% mit einem Rezidiv zu rechnen. Ist dabei der endozervikale Rand betroffen, steigt das Risiko auf bis zu 30%. . .Eine sofortige Rekonisation ist in der Regel nicht indiziert. Dies gilt insbesondere für Frauen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung. Bei den Kontrolluntersuchungen alle sechs Monate nach Primärtherapie ist ein zytologischer Abstrich und eine Kolposkopie indiziert. Bestätigt sich hier die CIN, sollte eine Rekonisation erfolgen. Ein negativer HPV-Test ist mit einem</p>

geringen Persistenzrisiko assoziiert. Bei primärem Befall der endozervikalen Schnittränder oder bei positivem HPV-Nachweis kann zudem eine endozervikale Kürettage durchgeführt werden. Bei drei aufeinander folgenden unauffälligen Befunden erfolgen die weiteren Kontrollen in Routineintervallen.“

ECN 2008:

Research into optimal follow-up algorithms of HPV-positive women is necessary. Adequate triage methods are needed to identify those HPV-positive women that are at risk of developing cancer. Piloting with validated HPV DNA testing can be recommended if performed in an organised screening programme with careful monitoring of the quality and systematic evaluation of the aimed outcomes, adverse effects and costs. Rollout towards national implementation can be considered only after the pilot project has demonstrated successful results with respect to effectiveness (relative sensitivity, positive predictive value of the screening test, triage and diagnostic assessment), cost-effectiveness and after key organisational problems have been resolved adequately.

Instrumente/Datenquellen		
<u>Spezifizierung für Berechnung:</u> Auswertung erfolgt wenn bei der Patientin eine Konisation durchgeführt wurde.		
<u>Auffälligkeit:</u> kein Referenzbereich definiert		
<u>Risikoadjustierung:</u> Keine Risikoadjustierung erforderlich		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 2 Datum der Durchführung der Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Follow-Up ambulant: Als Auslöser: Konisation muss als Index-Leistung erfasst werden.

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
HPV-Test	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja (es liegt ein HPV-Test nach der Konisation vor)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
HPV-Test	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja (es liegt ein HPV-Test nach der Konisation vor)
Datum HPV-Tests	Erhebung über Datenquelle 3 Datum des HPV-Tests (TT,MM,JJJJ)
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P34: Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit positivem Absetzungsrand bei vorausgegangener Konisation ≤ 3 Monate vor dem erneuten Eingriff
Nenner	Alle Patientinnen mit positivem Absetzungsrand, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre; ACIS; Invasion; alle Erstkonisationen
Zielstellung	Keine sofortige Rekonisationen bei positivem Absetzungsrand unter 3 Monate.
Begründung	Bei positivem Absetzungsrand ist eine sofortige Rekonisation in der Regel nicht indiziert. Dies gilt insbesondere für Frauen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung. Bei den Kontrolluntersuchungen alle sechs Monate nach Primärtherapie sind ein zytologischer Abstrich und eine Kolposkopie indiziert. Bestätigt sich hier die CIN, sollte eine Rekonisation erfolgen (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Unter 3 Monaten keine Rekonisation! Stratifizierung Patientinnen unter 50 Jahren und über 50 Jahren denkbar.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHMRC 2005 [1]; DGGG 2008 [5]; DKG 2008 [4] NHMRC 2005: Involved endocervical and stromal excision margins after LEEP are of concern, but their involvement does not in itself justify retreatment. DGGG 2008: „Befallene Schnittränder: In bis zu 25% erfolgt die Konisation nicht oder nur fraglich im Gesunden (positive Absetzungsränder)... Im Fall einer CIN3 am Absetzungsrand ist in 20 bis 25% mit einem Rezidiv zu rechnen. Ist dabei der endozervikale Rand betroffen, steigt das Risiko auf bis zu 30%...Eine sofortige Rekonisation ist in der Regel nicht indiziert. Dies gilt insbesondere für Frauen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung. Bei den Kontrolluntersuchungen alle sechs Monate nach Primärtherapie ist ein zytologischer Abstrich und eine Kolposkopie indiziert. Bestätigt sich hier die CIN, sollte eine Rekonisation erfolgen. Ein negativer HPV-Test ist mit einem geringen Persistenzrisiko assoziiert. Bei primärem Befall der endozervikalen Schnittränder oder bei positivem HPV-Nachweis kann zudem eine endozervikale Kürettage durchgeführt werden. Bei drei aufeinander folgenden unauffälligen Befunden erfolgen die weiteren Kontrollen in Routineintervallen.“

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei der Patientin eine Konisation durchgeführt wurde.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 1 Datum der Durchführung der Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
	Hatte die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation?	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja
	Datum der vorangegangenen Konisation	Erhebung über Datenquelle 1 Datum der vorangegangenen Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthalts?	Erhebung über Datenquelle 1 1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 1 OP-Datum (TT,MM,JJJJ)
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 2 Datum der Durchführung der Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
	Hatte die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation?	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja
	Datum der vorangegangenen Konisation	Erhebung über Datenquelle 2 Datum der vorangegangenen Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthalts?	Erhebung über Datenquelle 2 1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 2 OP-Datum (TT,MM,JJJJ)
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. OU10: Bedeutung des positiven Absetzungsrandes bei Adenocarcinoma in situ	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Adenocarcinoma in situ, deren Konisate einen positiven Absetzungsrand aufwiesen.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit positiven Absetzungsrand.
Nenner	Alle Patientinnen mit Adenocarcinoma in situ, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahren
Zielstellung	Möglichst wenige Patientinnen mit Adenocarcinoma in situ, deren Konisate einen positiven Absetzungsrand aufwiesen: „Determine the value of conization margin status in predicting residual and recurrent adenocarcinoma in situ (ACIS) of the cervix.“
Begründung	Verbesserung des Ergebnisses der Konisation und Erhöhung der Sicherheit der Patientinnen mit der Diagnose Adenocarcinoma in situ: Freie Schnittränder sind erforderlich wegen hoher Rezidivgefahr bei dieser Gruppe von Patientinnen.“
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Studien. Information aus der Metaanalyse von Salani 2009: Metaanalysis with pooled Mantel-Haenszel odds ratio to compare the risk of residual and recurrent disease according to margin status (33 studies, 1278 patients): a repeated excisional procedure was performed in 607 patients; a positive conization margin was associated with a significant increase in the risk of residual disease; of the 671 patients followed up with surveillance only, 2,6% with negative margins and 19,4% with positive margins developed a recurrence; invasive adenocarcinoma was more commonly associated with positive margins (5,2%) compared with negative margins (0,1%).
Indikatortyp	Ergebnis
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NSU 2008 [10]; NHMRC 2005 [1]; Salani 2009 [20]; Soutter 2001 [21] NSU 2008: “The management of these women will depend on the age and fertility expectations of the woman and the status of the excision margins...if the cone biopsy has positive margins on the results, further treatment should be considered. If the margins are clear, follow-up colposcopy and cytology should be undertaken by endocervical brush 6 months after treatment...Early follow-up of symptoms is recommended.” [Grade B] NHMRC 2005: [Management of women with AIS] The management of women diagnosed with AIS on cone biopsy will be dependent upon the age and fertility requirements of the women and the status of excision margins. [Level IV]

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei der Patientin eine Konisation bei Adenokarzinom in situ durchgeführt wurde.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 (Erhebung aus Datenquelle 1)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. OU11: Behandlungsbedürftige Nachblutungen nach Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit behandlungsbedürftigen Nachblutungen nach Konisation.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit behandlungsbedürftigen Nachblutungen (Bluttransfusion oder Re-OP) nach Konisation.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Verminderung der Komplikationen, insbesondere von Nachblutungen.
Begründung	Verminderung der perioperativen Morbidität.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. „In 2-3% kommt es nach Konisation zu Nachblutungen.“ Stratifizierung nach Operationsmethode.
Indikatortyp	Ergebnis
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	DKG 2008 [4] DKG 2008: „In 2-3% kommt es nach Konisation zu Nachblutungen...Im Falle einer Konisation in der Schwangerschaft ist die Nachblutungsgefahr deutlich erhöht...die früher zum Zwecke der Blutstillung und Adaptation der Wundränder durchgeführte Sturmdorfnaht ist obsolet, da eine weitere Evaluierung und Kontrolle der Wundränder dadurch erschwert oder unmöglich gemacht wird...“

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn eine Patientin transfundiert wurde oder eine Rekonisation erfahren hat

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Art der postoperativen Komplikation	Erhebung über Datenquelle 3 1 = OP-pflichtige Nachblutung, 2 = transfusionspflichtige Nachblutung, 3 = nicht OP-pflichtige und nicht transfusionspflichtige Nachblutung
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Art der postoperativen Komplikation	Erhebung über Datenquelle 3 1 = OP-pflichtige Nachblutung, 2 = transfusionspflichtige Nachblutung, 3 = nicht OP-pflichtige und nicht transfusionspflichtige Nachblutung
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri	

Indikator Nr. S11: Erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft nach Konisationen	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der schwangeren Patientinnen mit Komplikationen nach Konisation (z.B. Frühgeburten etc.).
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit Spätkomplikationen nach Konisation (z.B. Frühgeburten etc.).
Nenner	Schwangere Frauen mit Entbindung nach vorangegangener Konisation
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Verbesserung der perioperativen Morbidität bei Konisationen.
Begründung	Die Konisation weist bei nachfolgenden Schwangerschaften die höchste Komplikationsrate aller Methoden auf und sollte bei Frauen mit bestehendem Kinderwunsch nicht zum Einsatz kommen (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Spätkomplikationen: Zervixinsuffizienz, Frühgeburt, „low birth weight“, Zervixstenose (Kaiserschnitt als Konsequenz zur Vernarbung). Stratifizierung nach Operationsmethode. Erhebung ist nur im stationären Bereich (Aufnahme der Schwangeren) vorgesehen. Keine direkte Messung der Komplikationsrate bei Schwangeren, sondern Erfassung der Komplikationen nach Konisation bei Schwangeren über eine Follow-up im stationären Bereich.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientensicherheit, Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	DGGG 2008 [5]; DKG 2008 [4] DGGG 2008: „Die Messerkonisation weist bei nachfolgenden Schwangerschaften die höchste Komplikationsrate aller Methoden auf und sollte bei Frauen mit bestehendem Kinderwunsch nicht zum Einsatz kommen...“ DKG 2008: „In 2-3% kommt es nach Konisation zu Nachblutungen...Im Falle einer Konisation in der Schwangerschaft ist die Nachblutungsgefahr deutlich erhöht, es kommt vermehrt zu Frühgeburten...“

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei der Patientin eine Messerkonisation durchgeführt wurde.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	Erhebung über Datenquelle 1 Entbindung OPS Codes 9-26
	Schwangerschaft	Erhebung über Datenquelle 1 Schwangere Patientinnen, ICD-10 Schlüssel (O00.- bis O99.-)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Zustand nach Konisation	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja

<p>Indikation für stationären Aufenthalt</p>	<p>Erhebung über Datenquelle 3 (Liste wurde der Vollständigkeit halber 1:1 aus dem Datensatz Geburtshilfe übernommen)</p> <p>1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (nach Schwangerschaft) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahren 14 = Schwangere über 35 Jahren 15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung 17 = Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen) 18 = Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g) 19 = Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen 20 = Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese 21 = Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen 22 = Komplikationen post partum 23 = Z. n. Sectio caesarea 24 = Z. n. anderen Uterusoperationen 25 = rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) 26 = sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde 27 = behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen 28 = Dauermedikation 29 = Abusus 30 = besondere psychische Belastung 31 = besondere soziale Belastung 32 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen 33 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr 34 = Placenta praevia 35 = Mehrlingsschwangerschaft 36 = Hydramnion 37 = Oligohydramnie 38 = Terminunklarheit 39 = Placentainsuffizienz 40 = Isthmozervikale Insuffizienz 41 = vorzeitige Wehentätigkeit 42 = Anämie 43 = Harnwegsinfektion 44 = indirekter Coombstest positiv 45 = Risiko aus anderen serologischen Befunden 46 = Hypertonie (Blutdruck über 140/90) 47 = Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr 48 = Mittelgradige - schwere Ödeme 49 = Hypotonie 50 = Gestationsdiabetes 51 = Lageanomalie 52 = sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf 53 = Hyperemesis 54 = Z. n. HELLP-Syndrom 55 = Z. n. Eklampsie 56 = Z. n. Hypertonie</p>
<p>Zervixverschluss-OP</p>	<p>Erhebung über Datenquelle 3</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

STATIONÄR	Tragzeit nach klinischem Befund	Erhebung über Datenquelle 3 Wochen
	Geburtsrisiko	Erhebung über Datenquelle 3 (Liste wurde der Vollständigkeit halber 1:1 aus dem Datensatz Geburtshilfe übernommen) 60 = vorzeitiger Blasensprung 61 = Überschreitung des Termins 62 = Fehlbildung 63 = Frühgeburt 64 = Mehrlingsschwangerschaft 65 = Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) 66 = Gestose/Eklampsie 67 = Rh-Inkompatibilität 68 = Diabetes mellitus 69 = Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen 70 = Placenta praevia 71 = vorzeitige Plazentalösung 72 = sonstige uterine Blutungen 73 = Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf) 74 = Fieber unter der Geburt 75 = mütterliche Erkrankung 76 = mangelnde Kooperation der Mutter 77 = pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne 78 = grünes Fruchtwasser 79 = Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse) 80 = Nabelschnurvorfall 81 = V. a. sonstige Nabelschnurkomplikationen 82 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode 83 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode 84 = absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken 85 = drohende/erfolgte Uterusruptur 86 = Querlage/Schräglage 87 = Beckenendlage 88 = hintere Hinterhauptslage 89 = Vorderhauptslage 90 = Gesichtslage/Stirnlage 91 = tiefer Querstand 92 = hoher Geradstand 93 = sonstige regelwidrige Schädellagen 94 = sonstige 95 = HELLP-Syndrom 96 = intrauteriner Fruchttod 97 = pathologischer Dopplerbefund 98 = Schulterdystokie
	Gewicht des Kindes	Erhebung über Datenquelle 3 Gramm
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri	

Das Instrument/die Datenquelle für die Indikatoren zur Patientenperspektive sind, bis auf die konkrete Frage zur Abbildung des Indikators, für alle Indikatoren gleich. Darstellung daher nur einmalig bei Indikator PP31 am Ende des Dokuments.

Indikator Nr. PP05: Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen vor der Konisation	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben.
Begründung	Ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen unterstützen das Verständnis und die realistische Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch die Patientin, vermeiden ggf. unnötige Beunruhigung, und sind Grundlage für die Beteiligung an Behandlungsentscheidungen.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an PE15 (NHS Indicators for Quality Improvement 2009), auf der Basis von Studienergebnissen und Leitlinienempfehlungen der DKG Präzisierung des Indikators durch das Panel im Hinblick auf den Zeitpunkt der Untersuchung („vor der Konisation“)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SIGN 2008 [3]; DKG 2008 [4]; DGGG 2008 [5]; ECN 2008 [2]; Kavanagh 1997 [23]; Lauver 1999 [24] NHS 2009: PE15: Score for patients who reported that the 'right amount' of information was given about conditions/treatments by healthcare professionals. SIGN 2008: Patients should be offered support sessions by a designated member of their care team, as soon as possible after treatment, which may include one or more of the following: Relaxation, personalised information about their disease and treatment, emotional support and care. DKG 2008: “Die Aufklärung der Patientin über Diagnose, Prognose und Behandlungsmaßnahmen ist eine der zentralen Aufgaben des Arztes und ein entscheidender Bestandteil der Arzt-Patient-Kommunikation. Der Wunsch nach Aufklärung ist bei Patientinnen erfahrungsgemäß groß. Es gibt keine gesetzlichen Vorschriften über Form und Inhalt der Patiententinnenaufklärung, sie ist aber nach deutschem Recht zwingend vorgeschrieben, sofern die Patientin einsichtsfähig ist. Als Vorbedingung für das informierte Einverständnis der Patientin (informed consent) ermöglicht die Aufklärung erst ärztliches Handeln. Sie dient der Selbstbestimmung der Patientin, der rechtlich ein höheres Gewicht beigemessen wird als der ärztlichen Hilfeleistungspflicht. Es existieren eine Reihe von ausführlichen Leitfäden zu diesem Thema, die bei Bedarf zu Rate gezogen werden können.” DGGG 2008: Informationen, die im Patientengespräch bei auffälliger Zytologie und/oder positivem HPV-Test vermittelt werden sollten, sind: Natur/Grund einer auffälligen Zytologie, Managementoptionen, Auswirkung auf Fertilität, Risiko eines Karzinoms. ECN 2008: Each woman must be informed (verbally or written) about the screening test result.

Indikator Nr. PP05A:	Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen <u>nach</u> der Konisation
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>nach</u> der Konisation erhalten haben
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>nach</u> der Konisation / erhalten haben
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>nach</u> der Konisation erhalten haben.
Begründung	Ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen unterstützen das Verständnis und die realistische Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch die Patientin, vermeiden ggf. unnötige Beunruhigung und fördern das Verständnis für die Notwendigkeit von Nachsorgeuntersuchungen.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an PE15 (NHS Indicators for Quality Improvement 2009), auf der Basis von Studienergebnissen und Leitlinienempfehlungen der DKG Präzisierung des Indikators durch das Panel im Hinblick auf den Zeitpunkt der Untersuchung („nach der Konisation“)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SIGN 2008 [3]; DKG 2008 [4]; DGGG 2008 [5]; Kavanagh 1997 [23]; Lauver 1999 [24] NHS 2009: PE15: Score for patients who reported that the 'right amount' of information was given about conditions/treatments by healthcare professionals. SIGN 2008: Patients should be offered support sessions by a designated member of their care team, as soon as possible after treatment, which may include one or more of the following: Relaxation, personalised information about their disease and treatment, emotional support and care. DKG 2008: Die Aufklärung der Patientin über Diagnose, Prognose und Behandlungsmaßnahmen ist eine der zentralen Aufgaben des Arztes und ein entscheidender Bestandteil der Arzt-Patient-Kommunikation. Sie dient dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und der aktiven Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patientin. Der Wunsch nach Aufklärung ist bei Patientinnen erfahrungsgemäß groß. Es gibt keine gesetzlichen Vorschriften über Form und Inhalt der Patiententinnenaufklärung, sie ist aber nach deutschem Recht zwingend vorgeschrieben, sofern die Patientin einsichtsfähig ist. Als Vorbedingung für das informierte Einverständnis der Patientin (informed consent) ermöglicht die Aufklärung erst ärztliches Handeln. Sie dient der Selbstbestimmung der Patientin, der rechtlich ein höheres Gewicht beigemessen wird als der ärztlichen Hilfeleistungspflicht. Es existieren eine Reihe von ausführlichen Leitfäden zu diesem Thema, die bei Bedarf zu Rate gezogen werden können. DGGG 2008: Informationen, die im Patientengespräch bei auffälliger Zytologie und/oder positivem HPV-Test vermittelt werden sollten, sind: Natur/Grund einer auffälligen Zytologie, Managementoptionen, Auswirkung auf Fertilität, Risiko eines Karzinoms.

Indikator Nr. PP10: Verständliche Beantwortung von Fragen durch ärztliches Personal	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass, wenn sie wichtige Fragen an Ärzte hatten, diese verständlich beantwortet wurden.
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten dass, wenn sie wichtige Fragen an Ärzte hatten, diese verständlich beantwortet wurden
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass ihre Fragen von Ärzten verständlich beantwortet wurden.
Begründung	Die verständliche Beantwortung der individuellen Fragen der Patientinnen durch Ärzte ist wichtig zu deren Information, emotionaler Unterstützung und zur Förderung eines angemessenen Verhaltens bezogen auf die Erkrankung.
Anmerkungen	Vergleichbarer Indikator: SAPHORA MCO 2006, Frage ID-Nr. 5-7 Der Indikator im NHS-Indikatorenset mit der ID-Nr. PE42 bezieht sich auf die verständliche Beantwortung von Patientenfragen durch das Pflegepersonal. Die ermittelte Literatur legt nahe, dass dieser Aspekt mit Bezug auf die Ärzte ebenso wichtig ist. Der Indikator basiert darüber hinaus auf Leitlinienempfehlungen der DKG 2008 zur angemessenen und verständlichen Information der Patientinnen, und wird vielfach durch Studienergebnisse unterstützt (s. Literatur).
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SAPHORA 2006 [25]; DKG 2008 [4]; Balasubramani 2007 [26]; Campion 1988 [27]; Hellsten 2008a [28]; Hellsten 2008b [29]; Jefferies 2009 [30]; Kavanagh 1997 [23]; Lauver 1999 [24]; Politi 2008 [31]; NHS 2009: PE 42: Score for patients who reported that when they had important questions to ask a doctor, they always or sometimes got answers they could understand. SAPHORA 2006: 6 - Quand vous aviez des questions à poser à un medecin, avez-vous obtenu des responses que vous comprenez? DKG 2008, Aufklärung der Patientin: Die Aufklärung sollte umfassend, verständlich (möglichst unter Verzicht auf medizinische Fachbegriffe) und wahrheitsgemäß sein. Hierbei ist insbesondere auf das Informationsbedürfnis und die Belastbarkeit der Patientin Rücksicht zu nehmen. Die Aufklärung ist in der Krankenakte zu dokumentieren.

Indikator Nr. PP15: Gesprächsmöglichkeit über Ängste und Sorgen	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie die Möglichkeit hatten, in der Einrichtung mit einem Arzt oder einer Pflegeperson über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen.
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie die Möglichkeit hatten, im Krankenhaus mit einem Arzt oder einer Pflegeperson über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die in der Einrichtung bei Ärzten oder Pflegepersonen die Möglichkeit zur Aussprache über Sorgen und Ängste fanden.
Begründung	Die Möglichkeit, bei Bedarf über Sorgen und Ängste sprechen zu können, ist für Patientinnen eine wichtige Voraussetzung für die Minderung von Angst und Beunruhigung.
Anmerkungen	<p>Der Indikator entstammt den „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE08 Vergleichbarer Dimension Indikator OMB-0938-098 1(2): Aufmerksames Zuhören durch Pflegepersonal (HCAHPS 2009).</p> <p>Vergleichbarer Dimension Indikator OMB-0938-098 1(5): Aufmerksames Zuhören durch ärztliches Personal (HCAHPS 2009).</p> <p>Der Indikator wird vielfach durch Studienergebnisse unterstützt, die darauf hinweisen, dass Ängste und Sorgen bei Patientinnen im Zusammenhang mit Untersuchungen bzw. Behandlungen der Cervix eine bedeutende Rolle spielen (s. Literatur).</p>
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	<p>NHS 2009 [22]; HCAHPS 2009 [32]; Campion 1988 [27]; Cruickshank 2005 [33]; Goodman 1991 [34]; Hellsten 2008a [28]; Hellsten 2008b [29]; Jefferies 2009 [30]; Lauer 1999 [24]; Walsh 2004 [35]</p> <p>NHS 2009: PE08: Score for patients who said that they found a member of hospital staff to talk to about their worries and fears.</p>

Indikator Nr. PP17: Wahrung der Privatsphäre bei Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass bei allen Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen der Schutz ihrer Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass bei allen Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen der Schutz ihrer Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass ihre Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde.
Begründung	Der Schutz der Privatsphäre dient der Wahrung der Würde der Patientin. Dies bezieht sich sowohl auf den Umgang mit der Patientin bei Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen als auch auf die Möglichkeiten der räumlichen Abtrennung, z.B. im Hinblick auf Sichtschutz, akustische Abschirmung von Gesprächen, etc.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: Zusammenfassung PE35, PE36 Vergleichbarer Indikator: SAPHORA Questionnaire Satisfaction V3 ID-Nr. 3
Indikatortyp	Prozess, Struktur
Qualitätsdimension	Patientenperspektive
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SAPHORA 2006 [25]; Politi 2008 [31] NHS 2009: PE35: Score for patients who said they were given enough privacy when discussing their condition or treatment, PE36: Score for patients who said they were given enough privacy when being examined or treated. SAPHORA 2006: F4: Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité étaient... (excellentes – trais mauvais)

Indikator Nr. PP18: Respektvoller Umgang mit den Patientinnen insgesamt	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
Begründung	Der respektvolle Umgang dient der Wahrung der Patientenwürde
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE37, PEXIS8 Vergleichbarer Indikator: SAPHORA Questionnaire V3, ID-Nr. 2 (erfahrene Beachtung des Patienten bei der Anreise)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SAPHORA 2006 [25]; Jefferies 2009 [30]; Politi 2008 [31] NHS 2009: PE37: Score for patients who overall felt they were treated with respect and dignity whilst in hospital. SAPHORA 2006: F4: Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité étaient... (excellentes – trais mauvais)

Indikator Nr. PP24: Informationen über Kontaktpersonen nach der Entlassung	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass ihnen gesagt wurde, an wen sie sich nach der Entlassung aus der Einrichtung wenden können, wenn sie sich bezüglich ihres gesundheitlichen Befindens oder der Behandlung Sorgen machen (medizinisch/pflegerische Fragestellung, z.B. Telefonnummer und Name der Kontaktperson/des Arztes).
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass ihnen gesagt wurde, an wen sie sich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wenden können, wenn sie sich bezüglich ihres gesundheitlichen Befindens oder der Behandlung Sorgen machen
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten dass ihnen gesagt wurde, an wen sie sich nach der Entlassung bei Sorgen bezüglich ihres gesundheitlichen Befindens wenden können.
Begründung	Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung nach der Entlassung, insbesondere beim Auftreten von gesundheitlichen Problemen; Vermittlung von Sicherheit für die Patientin.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE25 Präzisierung durch das Panel durch Zusatz: medizinisch-pflegerische Fragestellungen, z.B. Telefonnummer und Name der Kontaktperson/des Arztes
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; DKG 2008 [4] NHS 2009: PE 25 Score for patients who reported they were told who to contact if they were worried about their condition or treatment after they left hospital. DKG 2008: Im Rahmen der Aufklärung sollte auch auf weiterführende Hilfen hingewiesen werden, vor allem auf Unterstützung durch Psychoonkologen, Seelsorge oder Selbsthilfegruppen.

Indikator Nr. PP26: Informationen über zu Hause zu beachtende Alarmsignale	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie darüber informiert wurden, auf welche Alarmsignale bezüglich ihrer Erkrankung sie zu Hause achten sollen.
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie darüber informiert wurden, auf welche Alarmsignale bezüglich ihrer Erkrankung sie zu Hause achten sollen
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie über zuhause zu beachtende Alarmsignale informiert wurden.
Begründung	Reduzierung von Unsicherheiten im Umgang mit der Erkrankung und auftretenden Symptomen im Alltag sowie angemessene Reaktion auf ernst zu nehmende Alarmsignale.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE23
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22] NHS 2009: PE23: Score for patients who reported that staff told them about any danger signals to watch out for after they went home.

Indikator Nr. PP3 1: Informationen über Nachsorgeuntersuchungen	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie beim Verlassen der Einrichtung ausreichende Informationen darüber erhalten haben (oder bereits darüber verfügten), aus welchen Gründen und wann Nachsorgeuntersuchungen notwendig sind.
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie beim Verlassen der Einrichtung ausreichende Informationen darüber erhalten haben (oder bereits darüber verfügten), aus welchen Gründen und wann Nachuntersuchungen notwendig sind.
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie bei der Entlassung ausreichende Informationen darüber erhalten haben (oder bereits darüber verfügten), aus welchen Gründen und wann Nachsorgeuntersuchungen notwendig sind
Begründung	Damit Patientinnen nach einer Konisation notwendige Nachsorgeuntersuchungen adäquat in Anspruch nehmen können, müssen sie ausreichend darüber informiert sein, wann und warum diese Untersuchungen notwendig sind.
Anmerkungen	Der Indikator wurde formuliert in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE18 (Informationen über Verhalten nach Entlassung). Präzisierung durch das Panel bezogen auf Nachsorgeuntersuchungen (ursprünglicher Indikator bezogen auf Verhalten nach der Entlassung allgemein)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; Cardin 2001 [36]; Hartz 2001 [37]; Martin 2008 [38] NHS 2009: PE18. Score for patients who reported that when leaving hospital they were given written or printed information about what they should or should not do.

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der ggf. zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<input type="checkbox"/> Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) <input type="checkbox"/> Pseudonym der Einrichtung
Basisdaten für das Verfahren Konisation im Fragebogen:	<input type="checkbox"/> Bestätigung, dass die Konisation im gg. Zeitraum durchgeführt wurde.
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:	Beispiel: „Haben Sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>vor</u> der Konisation erhalten?“
	<p>Die Alternativen A und B stellen, zur Veranschaulichung, zwei mögliche Antwortskalen dar. Die endgültige Festlegung der Antwortskala erfolgt im Rahmen der Fragebogenentwicklung.</p> <p>A) <input type="checkbox"/> Ja, voll und ganz <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>B) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Teils / teils <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<input type="checkbox"/> Ca. 2 Wochen nach der Index-Leistung in der Einrichtung
Stichprobe:*	<input type="checkbox"/> Zweistufige Klumpenstichprobe: <input type="checkbox"/> 1. Bundesweite Zufallsstichprobe von 64 Einrichtungen (ambulante und stationäre Versorgung) <input type="checkbox"/> 2. Befragung einer definierten Anzahl von Patienten (z.B. N=58) in den Einrichtungen <input type="checkbox"/> Ggf. erfolgt nach Vorliegen von Erfahrungen aus Machbarkeitsstudie und Probetrieb eine Anpassung der Vorgaben zur Stichprobenziehung
Versendung der Fragebögen:	<input type="checkbox"/> Fragebogenversendung durch die Einrichtungen (2 Wochen postoperativ) an alle entlassenen Patienten zum Verfahren Konisation; konsekutiv, bis eine Anzahl von 58 Patienten erreicht ist. <input type="checkbox"/> Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<input type="checkbox"/> Durch das AQUA-Institut <input type="checkbox"/> Auswertung auf Bundesebene <input type="checkbox"/> Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

* Weitere Informationen zur Methodik der Patientenbefragung und zum Befragungsinstrument siehe Anhang E

- [1] NHMRC. Screening to Prevent Cervical Cancer: Guidelines for the Management of Asymptomatic Women with Screen Detected Abnormalities. Canberra: Australian Government, National Health and Medical Research Council 2005.
- [2] ECN. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition. Luxembourg: European Cancer Network; European Communities 2008.
- [3] SIGN, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of cervical cancer. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS) 2008.
- [4] DKG. Diagnostik und Therapie des Zervixkarzinoms. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; Deutsche Krebsgesellschaft; Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie 2008.
- [5] DGGG. Prävention, Diagnostik und Therapie der HPV-Infektion und präinvasiver Läsionen des weiblichen Genitale. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Infektiologie und Infektimmunologie in Gynäkologie und Geburtshilfe (AGII), Berufsverband der Frauenärzte (BVF), Deutsche Gesellschaft für Pathologie, Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche STD-Gesellschaft., Frauenselbsthilfe nach Krebs 2008.
- [6] SGGG, Schweizerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, Arbeitsgruppe «Guideline Zervixabstrich». Guideline zum Vorgehen bei suspektem und positivem zytologischem Abstrich der Cervix uteri. Überarbeitete Fassung, Version 2.4. Schweizerische Ärztezeitung. 2004; 85(43):2305-2321.
- [7] TOMBOLA Group. Cytological surveillance compared with immediate referral for colposcopy in management of women with low grade cervical abnormalities: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2009; 339:b2546.
- [8] Berdichevsky L, Karmin R, Chuang L. Treatment of high-grade squamous intraepithelial lesions: a 2- versus 3-step approach. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 190(5):1424-1426.
- [9] Heinzl S. Die zervikale intraepitheliale Neoplasie (CIN). *Ther Umsch*. 1989; 46(12):839-846.
- [10] NSU/MH. Guidelines for Cervical Screening in New Zealand. Wellington: National Screening Unit, Ministry of Health 2008.
- [11] Moscicki AB, Ma Y, Wibbelsman C, Powers A, Darragh TM, Farhat S, Shaber R, Shiboski S. Risks for cervical intraepithelial neoplasia 3 among adolescents and young women with abnormal cytology. *Obstet Gynecol*. 2008; 112(6):1335-1342.
- [12] Moore K, Cofer A, Elliot L, Lanneau G, Walker J, Gold MA. Adolescent cervical dysplasia: histologic evaluation, treatment, and outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 197(2):141-146.
- [13] Wright JD, Davila RM, Pinto KR, Merritt DF, Gibb RK, Rader JS, Mutch DG, Gao F, Powell MA. Cervical dysplasia in adolescents. *Obstet Gynecol*. 2005; 106(1):115-120.
- [14] ICSI, Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Initial Management of Abnormal Cervical Cytology (Pap Smear) and HPV Testing. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) 2008.
- [15] BQS. BQS Qualitätsindikatoren. Rechenregel: Patientinnen mit führender Histologie "Ektopie" oder mit histologischem Normalbefund. [Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung] Quelle: www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/5/66238/rechenregel.html (Zugriff am: 20.9.2009).
- [16] Howell R, Hammond R, Pryse-Davies J. The histologic reliability of laser cone biopsy of the cervix. *Obstet Gynecol*. 1991; 77(6):905-911.
- [17] Park JY, Kim DY, Kim JH, Kim YM, Kim YT, Nam JH. Human papillomavirus test after conization in predicting residual disease in subsequent hysterectomy specimens. *Obstet Gynecol*. 2009; 114(1):87-92.
- [18] Safaeian M, Solomon D, Wacholder S, Schiffman M, Castle P. Risk of precancer and follow-up management strategies for women with human papillomavirus-negative atypical squamous cells of undetermined significance. *Obstet Gynecol*. 2007; 109(6):1325-1331.
- [19] Almog B, Gamzu R, Bornstein J, Levin I, Fainaru O, Niv J, Lessing JB, Bar-Am A. Clinical and economic benefit of HPV-load testing in follow-up and management of women postcone biopsy for CIN2-3. *British Journal of Cancer*. 2003; 89(1):109-112.
- [20] Salani R, Puri I, Bristow RE. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: a metaanalysis of 1278 patients evaluating the predictive value of conization margin status. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 200(2):182-185.
- [21] Soutter WP, Haidopoulos D, Gornall RJ, McIndoe GA, Fox J, Mason WP, Flanagan A, Nicholas N, Barker F, Abrahams J, Lampert I, Sarhanis P. Is conservative treatment for adenocarcinoma in situ of the cervix safe? *BJOG*. 2001; 108(11):1184-1189.

- [22] NHS. Indicators for Quality Improvement. Full indicator list. London: National Health Services. The Health and Social Care Information Centre 2009.
- [23] Kavanagh AM, Broom DH. Women's understanding of abnormal cervical smear test results: a qualitative interview study. *BMJ*. 1997; 314(7091):1388-1391.
- [24] Lauver DR, Baggot A, Kruse K. Women's experiences in coping with abnormal Papanicolaou results and follow-up colposcopy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1999; 28(3):283-290.
- [25] Saphora. Satisfaction du patient hospitalisé, Questionnaire © SAPHORA Modife. CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) et l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) 22.12.2006.
- [26] Balasubramani L, Orbell S, Hagger M, Brown V, Tidy J. Do women with high-grade cervical intraepithelial neoplasia prefer a see and treat option in colposcopy? *BJOG*. 2007; 114(1):39-45.
- [27] Champion MJ, Brown JR, McCance DJ, Atia W, Edwards R, Cuzick J, Singer A. Psychosexual trauma of an abnormal cervical smear. *Br J Obstet Gynaecol*. 1988; 95(2):175-181.
- [28] Hellsten C, Lindqvist PG, Sjoström K. A longitudinal study of sexual functioning in women referred for colposcopy: a 2-year follow up. *BJOG*. 2008; 115(2):205-211.
- [29] Hellsten C, Sjoström K, Lindqvist PG. A 2-year follow-up study of anxiety and depression in women referred for colposcopy after an abnormal cervical smear. *BJOG*. 2008; 115(2):212-218.
- [30] Jefferies H, Sutton A, Chan KK. Does direct referral after an abnormal smear improve patient experience? *Nurs Times*. 2009; 105(5):26-29.
- [31] Politi MC, Clark MA, Rogers ML, McGarry K, Sciamanna CN. Patient-provider communication and cancer screening among unmarried women. *Patient Educ Couns*. 2008; 73(2):251-255.
- [32] HCAHPS. Hospital Care Quality Information from the Consumer Perspective Survey. Quelle: <http://www.hcahponline.org> (Zugriff am: 3.3.2010).
- [33] Cruickshank ME, Anthony GB, Fitzmaurice A, McConnell D, Graham W, Alexander DA, Tunstall M, Ross JA. A randomised controlled trial to evaluate the effect of self-administered analgesia on women's experience of outpatient treatment at colposcopy. *BJOG*. 2005; 112(12):1652-1658.
- [34] Goodman JD, Sumner D. Patient acceptability of laser and cold coagulation therapy for pre-malignant disease of the uterine cervix. *Br J Obstet Gynaecol*. 1991; 98(11):1168-1171.
- [35] Walsh JC, Curtis R, Mylotte M. Anxiety levels in women attending a colposcopy clinic: a randomised trial of an educational intervention using video colposcopy. *Patient Educ Couns*. 2004; 55(2):247-251.
- [36] Cardin VA, Grimes RM, Jiang ZD, Pomeroy N, Harrell L, Cano P. Low-income minority women at risk for cervical cancer: a process to improve adherence to follow-up recommendations. *Public Health Rep*. 2001; 116(6):608-616.
- [37] Hartz LE, Fenaughty AM. Management choice and adherence to follow-up after colposcopy in women with cervical intraepithelial neoplasia 1. *Obstet Gynecol*. 2001; 98(4):674-679.
- [38] Martin JT. Do women comply with recommendations for Papanicolaou smears following colposcopy? A retrospective study. *J Midwifery Womens Health*. 2008; 53(2):138-142.

Anhang A.2: Indikatorendatenblätter

Indikator Nr. ST08: Ärztliche Expertise bei der Durchführung der Kolposkopie	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Ärzte mit Expertise bei der Durchführung einer Kolposkopie bei Patientinnen mit Verdacht auf Dysplasie.
Zähler	Anzahl der Kolposkopien je Qualifikationsstufe des Durchführenden
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Erhöhung des Anteils an richtiger Diagnosestellung und korrekter Indikationsstellung für die Konisation, dadurch, dass der kolposkopierende Arzt möglichst gut dafür qualifiziert ist.
Begründung	Vermeidung unnötiger Konisationen
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Aus der EU-Leitlinie geht folgende Stellungnahme hervor: „[...] excision can only be planned safely by colposcopic assessment of the lesion by an experienced colposcopist [...]“ (ECN 2008).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHMRC 2005 [1]; ECN 2008 [2] NHMRC 2005: “High-grade lesions need early referral for colposcopic assessment (...), preferably by a colposcopist experienced in assessing the pregnant cervix. Inexperienced colposcopists may not recognise the subtle appearances of early invasive cancer in pregnancy.” “Immunosupprimised women: Assessment and treatment should be by an experienced colposcopist.” Level III-1 ECN 2008: “The aim of an excisional treatment is to remove the lesion in its entirety. The entire excised specimen is then submitted for histological assessment. The same can only be planned safely by colposcopic assessment of the lesion by an experienced colposcopist.“

Instrumente/Datenquellen		
<u>Auffälligkeit:</u> Kein Referenzbereich definiert		
<u>Risikoadjustierung:</u> Risikoadjustierung nicht erforderlich		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Qualifikation des Durchführenden	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Arzt in der Weiterbildung 2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie 9 = unbekannt
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Instrumente/Datenquellen		
<u>Auffälligkeit:</u> Kein Referenzbereich definiert		
<u>Risikoadjustierung:</u> Risikoadjustierung nicht erforderlich		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D 26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Qualifikation des Durchführenden	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Arzt in der Weiterbildung 2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie 9 = unbekannt
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P01: Differenzialkolposkopie vor Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen vor einer Konisation eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt wurde.
Zähler	Alle Patientinnen, bei denen eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt wird.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Bei allen Patientinnen sollte eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt werden. Kein Referenzbereich angegeben.
Begründung	Die Differenzialkolposkopie mit Biopsie ist das Goldstandardverfahren zur minimal invasiven histologischen Abklärung von Auffälligkeiten und zur Therapieplanung bei histologisch gesicherten Neoplasien (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Die Leitlinien der DGGG (2008) und der SGGG (2004) definieren Differenzialkolposkopie als die genaue kolposkopische Untersuchung bei suspektem und positivem zytologischen Abstrich der Cervix uteri. Die Differenzialkolposkopie dient der Abklärung auffälliger zytologischer und positiver HPV-Befunde.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	SIGN 2008 [3]; NHMRC 2005 [1]; DKG 2008 [4]; DGGG 2008 [5]; SGGG 2004 [6]; TOMBOLA Group 2009 [7]; Berdichevsky 2004 [8]; Heinzl 1989 [9] SIGN 2008: [Treatment during pregnancy] "An individualised treatment plan should be determined, in consultation with the patient, by the multidisciplinary team, which should include an obstetrician." Cold-knife cone biopsy should be considered the 'gold standard' for the assessment of glandular lesions. NHMRC 2005: Histological confirmation of a high-grade lesion is required before definitive treatment is undertaken. [Consensus] Women with a histological diagnosis of CIN 2 or CIN 3 should be treated in order to reduce the risk of developing invasive cervical carcinoma. [Level III-2] Women with possible high-grade squamous cytology reports should therefore be referred to a gynaecologist for colposcopic assessment and targeted biopsy where indicated. A woman with a Pap test report of possible high-grade squamous lesion should be referred to a gynaecologist for colposcopic assessment and targeted biopsy where indicated. [Level IV] Cone biopsy may be necessary to treat women with high-grade squamous lesions and absolute indications that include: 1. Failure to visualise the upper limit of the cervical transformation zone in a woman with a high-grade squamous abnormality on her referral cervical smear (ie unsatisfactory colposcopy) 2. Suspicion of an early invasive cancer on cytology, biopsy or colposcopic assessment 3. The suspected presence of an additional significant glandular abnormality (ie adenocarcinoma in situ) on cytology or biopsy (ie a mixed lesion). DKG 2008: "Die Grundlage der Abklärungsdiagnostik ist die Inspektion der Portio, im Einzelfall ergänzt durch eine Kolposkopie und die bimanuelle vaginale und rektovaginale

Untersuchung sowie die kolposkopisch gesteuerte Gewebeentnahme bei auffälligen Befunden”.

DGGG 2008:

„Die Differenzialkolposkopie mit Biopsie (und nicht die Konisation) ist das Goldstandardverfahren zur minimal invasiven histologischen Abklärung von Auffälligkeiten bei der primären Vorsorgeuntersuchung und zur Therapieplanung bei histologisch gesicherten Neoplasien...Die Verlässlichkeit der kolposkopisch-histologischen Diagnose ist bei ektozervikalem Befall und ausreichender Expertise des Untersuchers sehr hoch...“

SGGG 2004:

„Die besten Ergebnisse zur Früherkennung einer Zervixläsion erreicht man, wenn der zytologische Abstrich mit der Kolposkopie kombiniert wird...Der Zusammenhang zwischen Präkanzerosen und Karzinom der Zervix und HPV-Infektion gilt als gesichert...HPV-Nachweis nur bei unklaren Fällen angezeigt, aber nur, wenn nicht sogleich eine Differenzialkolposkopie erfolgen kann...“

Instrumente/DatenquellenAuffälligkeit: Kein Referenzbereich definiertRisikoadjustierung: Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst.

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Präoperative Differenzialkolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 (in Zukunft über Datenquelle 1 OPS) 0 = nein 1 = ja
	Aktuelle präoperative Histologie (Biopsie)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2.
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Präoperative Differenzialkolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 (in Zukunft über Datenquelle 2 OPS) 0 = nein 1 = ja
	Aktuelle präoperative Histologie (Biopsie)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P04: Sofortige Konisation bei maximal PAP IIID oder CIN 1 ist obsolet	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, die sofort konisiert wurden, obwohl nur PAP IIID oder CIN 1 vorlagen.
Zähler	Patientinnen mit präoperativer Diagnose PAP IIID oder CIN 1.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Korrekte Indikationsstellung
Begründung	Vermeiden unnötiger Konisationen
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Aus der Leitlinie geht hervor, dass „sofortige Konisationen bei PAP IIID und CIN 1-Läsionen obsolet sind.“ (DKG 2008)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHMRC 2005 [1]; DKG 2008 [4] NHMRC 2005: “A woman aged 30 years or more with a Pap test report of LSIL, without a history of negative smears in the preceding two to three years, should be offered either immediate colposcopy or a repeat Pap smear within six months.” DKG 2008: „Obsolete Maßnahme: Sofortige Konisation bei PAP IIID und CIN1-Läsionen.“

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei der Patientin Zytologie- und Histologiebefunde vorliegen

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PAP I 2 = PAP II 3 = PAP III 4 = PAP IIID 5 = PAP IVa 6 = PAP IVb 7 = PAP V 9 = Keine Angabe
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PAP I 2 = PAP II 3 = PAP III 4 = PAP IIID 5 = PAP IVa 6 = PAP IVb 7 = PAPV 9 = Keine Angabe
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P05: Adoleszente Patientinnen mit Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen im Alter von 12-18 Jahren, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen 12-18 Jahre.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Aufgrund der Spätergebnisse sind Interventionen bei adoleszenten Patientinnen mit CIN zu vermeiden. Die meisten CIN 1 und 2 bilden sich spontan zurück und CIN 3 ist in dieser Altersgruppe sehr selten. Referenzbereich: Aufgrund der voraussichtlich niedrigen Fallzahl: Sentinel Event.
Begründung	Invasiver Gebärmutterhalskrebs kommt in dieser Altersgruppe praktisch nicht vor. Vermeiden unnötiger Konisationen.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien und Studien.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	<p>NSU 2008 [10]; ECN 2008 [2]; Moscicki 2008 [11]; Moore 2007 [12]; Wright 2005 [13]</p> <p>NSU 2008: “If a woman aged under 20 years is screened ... and CIN2 is found, management should be individualised and include multidisciplinary team review of cytology and histology results.” “If agreed by the multidisciplinary review, careful specialist colposcopic observation at 4 to 6 month intervals for up to 12 months may be appropriate, provided colposcopy is satisfactory, given the high rate of resolution of CIN2 in this age group. This applies for histologically confirmed CIN2 lesions only (not CIN3).” If the colposcopic appearance of the lesion worsens, or if HSIL persists, repeat biopsy is recommended. After 2 consecutive results of ‘negative for intra-epithelial lesions or malignancy’, women under 20 years with normal cytology results can return to routine cytological screening. Treatment is recommended if CIN3 is subsequently identified, or if CIN2 persists for 12 months. [Grade B]</p> <p>ECN 2008: „Invasive cervical carcinoma is virtually non-existent in adolescent women... cervical screening in this age group may detect prevalent low-grade disease which might have resolved spontaneously if screenings were started at a later age... This could result in unnecessary attendances at colposcopy, with the resultant possible negative consequences of increased anxiety and possible over-treatment... In addition screening has not been shown to be effective at reducing the incidence of invasive cancer in women under twenty...“</p>

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt wenn Alter der Patientin von 12 bis 18 Jahre ist.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert, voraussichtlich Sentinel Event

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter 12 bis 18 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter 12 bis 18 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P08: Indikation zur Konisation in der Schwangerschaft	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Indikationsstellung zur Konisation in der Schwangerschaft.
Zähler	Anzahl der schwangeren Patientinnen.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Verbesserung der Behandlung schwangerer Frauen mit Dysplasien. Referenzbereich: Aufgrund der voraussichtlich niedrigen Fallzahl Sentinel Event.
Begründung	Verminderung der Morbidität (Frühgeburt etc.). Die Konisation in der Schwangerschaft bedarf einer strengen Indikationsstellung und sollte nur bei Verdacht (zytologisch und/oder kolposkopisch) auf ein invasives Karzinom durchgeführt werden. Bei histologisch gesichertem CIN 2 und CIN 3 in der Schwangerschaft soll lediglich eine Verlaufskontrolle erfolgen (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Die Konisation in der Schwangerschaft bedarf einer strengen Indikationsstellung und sollte nur bei zytologischem und/oder kolposkopischem Verdacht auf ein invasives Ca durchgeführt werden (DKG 2008, ICSI 2008) – ergänzt durch histologische Abklärung.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	SIGN 2008 [3]; NHMRC 2005 [1]; DKG 2008 [4]; ECN 2008 [2]; ICSI 2008 [14] SIGN 2008: For pregnant women with early stage disease (FIGO IA1, IA2, IB) diagnosed after 16 weeks of gestation, treatment may be delayed to allow fetal maturity to occur. [Grade C] NHMRC 2005: [Management during pregnancy] Women with low-grade cytologic lesions should be managed in the same way as women with low-grade squamous abnormalities, with a repeat smear after 12 months. [Level IV] Biopsy of the cervix is usually unnecessary in pregnancy, unless invasion is suspected colposcopically. Definitive treatment of a high-grade lesion, with the exception of invasive cancer, may be safely deferred until after delivery. [Grade B] Definitive treatment of a high-grade lesion, with the exception of invasive cancer, may be deferred safely until after the pregnancy. [Level IV] DKG 2008: “Die Konisation in der Schwangerschaft bedarf einer strengen Indikationsstellung und sollte nur bei zytologischem und/oder kolposkopischem Verdacht auf ein invasives Ca durchgeführt werden... - ergänzt durch histologische Abklärung ...“ ECN 2008: If invasive disease is suspected clinically or colposcopically, a biopsy adequate to make the diagnosis is essential. Cone, wedge and diathermy loop biopsies are all associated with a risk of haemorrhage and such biopsies should be taken only where appropriate facilities to deal with haemorrhage are available. Punch biopsy suggesting only CIN cannot reliably exclude invasion. ICSI 2008: „In pregnancy, the only diagnosis that may alter clinical management is invasive cancer... Cervical cancer screening test results that are not likely to be associated with cancer may undergo colposcopic evaluation either during pregnancy or 8 to 12 weeks postpartum... Pregnant women whose cervical cancer test results indicate a high risk for CIN-2/3+ should undergo colposcopy without endocervical sampling reserving biopsy for visible cervical lesions consistent with CIN-3, AIS or cancer...“

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt wenn bei der Patientin eine Schwangerschaft festgestellt wurde

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert, voraussichtlich Sentinel Event

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Bestehende Schwangerschaft?	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PAP I 2 = PAP II 3 = PAP III 4 = PAP IIID 5 = PAP IVa 6 = PAP IVb 7 = PAP V 9 = Keine Angabe
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Bestehende Schwangerschaft?	0 = nein 1 = ja
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PAP I 2 = PAP II 3 = PAP III 4 = PAP IIID 5 = PAP IVa 6 = PAP IVb 7 = PAPV 9 = Keine Angabe
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P13: Fehlende hochgradige präkanzeröse Befunde der Konisate	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Konisation, bei denen sich postoperativ keine hochgradige Präkanzerose nachweisen lässt (CIN 2 und mehr).
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit führender Histologie „Ektopie“ oder mit histologischem Normalbefund oder <= CIN 1.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Der Anteil der Konisationen, bei denen sich keine präneoplastischen Befunde nachweisen lassen, soll möglichst niedrig sein. Kein Referenzbereich angegeben.
Begründung	Fehlende präneoplastische Befunde in der histopathologischen Untersuchung können sowohl Ausdruck einer nicht indizierten Konisation (Patientin war gesund) als auch eines falschen Befundes (unauffälliger Befund trotz kranker Patientin) sein. Fehlende präneoplastische Befunde können aber auch als Folge einer bioptisch komplett entfernten Läsion auftreten und stellen in diesem Fall kein Qualitätsdefizit dar.
Anmerkungen	Indikator entstammt dem Indikatorenset der BQS (Nr. 66238). Der Indikator bildet fachübergreifend die Versorgungsqualität von Gynäkologen und Pathologen ab. Darüber hinaus eignet er sich besonders für die Qualitätssicherung beim „ambulanten Operieren“ nach §115b SGB V.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	BQS 2009 [15]

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei mindestens einem Eingriff aus der berücksichtigten Grundgesamtheit eine führende Histologie „Ektopie“ oder „histologisch Normalbefund“ oder CIN 1 vorliegt.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert. 95. Perzentilen sind wegen einer hohen Variabilität der Ergebnisse und wegen des Fehlens von evidenzbasierten Kriterien für die Festlegung eines Zielbereichs gewählt worden.

Risikoadjustierung: Risikoadjustierung nicht erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Histologischer Befund, postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P15: Konisation unter Kolposkopie-Kontrolle	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Konisationen unter Kolposkopie-Kontrolle durch den Operateur.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit Kolposkopie-Kontrolle (ein- oder zweizeitig) durch Operateur.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahren
Zielstellung	Verbesserung der Qualität der Durchführung.
Begründung	Die Durchführung der Konisation (Exzision) unter Kolposkopiekontrolle verbessert die Qualität des Eingriffs (genaue Lokalisation der Läsion) und erhöht langfristig die Patientensicherheit. Der Operateur soll die Patientin mindestens einmal persönlich kolposkopiert haben.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. „The procedure/excision should be carried out under colposcopic control“ (ECN 2008).
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	ECN 2008 [2] ECN 2008: ”The procedure /excision should be carried out under colposcopic control...The size and shape of the excised specimen will be determined by the colposcopic delineation of the lesion...”

Instrumente/DatenquellenAuffälligkeit: Kein Referenzbereich definiertRisikoadjustierung: Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst.

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Zeitpunkt der Kolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä- und intraoperativ
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Zeitpunkt der Kolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä- und intraoperativ
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P17: Reduzierung von Messerkonisationen	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen eine Messerkonisation durchgeführt wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit Messerkonisationen
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Vermeiden von Methoden mit einer hohen Komplikationsrate wie der Messerkonisation.
Begründung	Verminderung der perioperativen und langfristigen Morbidität.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Die Leitlinie beschreibt die Schlingenkonisation als chirurgische Methode der Wahl. (DGGG 2008) Panelkonsens: Ziel ist es, die Anzahl der Messerkonisationen (wegen der höheren Komplikationsrate) zu reduzieren.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHMRC 2005 [1]; DGGG 2008 [5] NHMRC 2005: LEEPs, of which large loop excision of the cervical transformation zone (LLETZ) is one, are now commonly used for the treatment of CIN. [S 55] There is no clearly superior method of fertility-sparing treatment for CIN 2 and 3. [Level I] It is advisable that women with CIN 3 are not treated with cryotherapy. [Level IV] DGGG 2008: „Die Messerkonisation weist bei nachfolgenden Schwangerschaften die höchste Komplikationsrate aller Methoden auf und sollte bei Frauen mit bestehendem Kinderwunsch nicht zum Einsatz kommen.“

Instrumente/Datenquellen		
<u>Auffälligkeit:</u> Kein Referenzbereich definiert		
<u>Risikoadjustierung:</u> Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst.		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)		
Feld	Beschreibung	
Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)	
Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2	
Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2	
AMBULANT	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P27: Histologische Beurteilung des Konus	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit postoperativer histologischer Beurteilung der Konisation.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit schriftlicher histologischer Beurteilung der Konisation (Art und Größe bei allen Läsionen – nicht metrisch –, vertikale und horizontale Ausdehnung bei invasiven Läsionen, Resektionsränder, Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand – metrisch).
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Bei allen Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wird, soll eine Beurteilung der Konisation mit eindeutiger schriftlicher Information über die Größe, die Ausdehnung der Läsion, die Resektionsränder und zu eventuell vorliegenden invasiven Läsionen vorliegen.
Begründung	Bei der histologischen Beurteilung der Konisation sollte eine eindeutige schriftliche Information über die Größe, die Ausdehnung der Läsion, die Resektionsränder und zu eventuell vorliegenden invasiven Läsionen vorliegen (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Stratifizierung nach Operationsmethode.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	SIGN 2008 [3]; DGGG 2008 [5] SIGN 2008: Pathological assessment should be quality assured and standardised, with readily accessible specialist review available if required, following discussion by the multidisciplinary team. Diagnosis and measurement of early adenocarcinoma and squamous cell cancer should be done by specialist gynaecological pathologist. DGGG 2008: „Portiokonisate sind vom Operateur räumlich zu markieren... Von Seiten der Pathologie muss eine vollständige Einbettung erfolgen... Die Aufarbeitung muss so erfolgen, dass am histopathologischen Schnittpräparat die räumliche Orientierung nachvollzogen werden kann...“ „Der pathologische Befundbericht sollte eine Diagnose unter Benutzung der allgemein akzeptierten Nomenklatur (WHO) enthalten ... Bei Exzisaten und Konisaten sollte eine Beurteilung der Resektionsränder erfolgen...“

Instrumente/Datenquellen

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst.

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben
Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben
Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben
Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
Abstand der Läsion zum ektozervikalen Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben

STATIONÄR

STATIONÄR	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
	Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben
Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben	
Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt	
Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben	
Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt	

AMBULANT	Abstand der Läsion zum ektozervikalen Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri

Indikator Nr. P30: Beurteilbarkeit des histologischen Präparats nach Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen das Präparat der Konisation gut beurteilbar war.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit gut beurteilbarem Präparat.
Nenner	Alle Patientinnen mit Konisationspräparat nach Konisation.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Quote der beurteilbaren Konisationspräparate durch den Pathologen soll sehr hoch sein.
Begründung	Verminderung der übersehenen Läsionen, Verbesserung der Rezidivrate.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Studien. Stratifizierung per OP-Verfahren sollte möglich sein. Über das Follow-up wird eine Zusammenführung der Daten mit den Daten des Operateurs sichergestellt.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	Howell 1991 [16]

Instrumente/DatenquellenAuffälligkeit: Kein Referenzbereich definiertRisikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)		
Feld	Beschreibung	
Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)	
Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1	
Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1	
Datenfelder für die Berechnung		
Feld	Beschreibung	
STATIONÄR	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
	Bericht liegt vor Postoperative Histologie	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates, postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, gut 2 = ja, schlecht
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
	Bericht liegt vor Postoperative Histologie	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates, postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, gut 2 = ja, schlecht
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung entfällt	

Der Indikator kann unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht umgesetzt werden.

Indikator Nr. P32: Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen 6-12 Monate nach Konisation ein HPV-Test durchgeführt wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach der Konisation.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahren
Zielstellung	Alle Patientinnen sollten zwischen 6 und 12 Monaten nach der Konisation einen HPV-Test durchführen lassen. Keine Angaben zum Referenzwert .
Begründung	Die besondere Bedeutung eines negativen HPV-Tests nach einer CIN-Therapie liegt im hohen negativen Vorhersagewert. Ein negativer HPV-Test nach CIN-Therapie schließt eine CIN-Persistenz bzw. ein CIN-Rezidiv mit hoher Wahrscheinlichkeit aus. Dies gilt auch im Status nach inkompletter Resektion (befallene Schnittränder). Die Sensitivität des HPV-Nachweises hinsichtlich der Entdeckung einer persistierenden oder rezidivierenden CIN ist sehr hoch (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien und Studien.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	<p>NHMRC 2005 [1]; DGGG 2008 [5]; DKG 2008 [4]; ECN 2008 [2]; Park 2009 [17]; Safaeian 2007 [18]; Almog 2003 [19]</p> <p>NHMRC 2005: [Human papilloma virus (HPV) testing] There is insufficient evidence to support the use of HPV testing in the triage of low-grade squamous intraepithelial lesions. A woman previously treated for HSIL requires a colposcopy and cervical cytology at 4–6 months after treatment. Cervical cytology and HPV typing should then be carried out at 12 months after treatment and annually thereafter until the woman has tested negative by both tests on two consecutive occasions. The woman should then be screened according to the recommendation for the average population. [Level IV]</p> <p>DGGG 2008: „Die Therapie der höhergradigen CIN führt meist zu einer Elimination von HPV und stellt somit ein kausales Therapieverfahren dar. Die besondere Bedeutung eines negativen HPV-Tests nach einer CIN-Therapie liegt in dem hohen negativen Vorhersagewert. Ein negativer HPV-Test nach CIN-Therapie schließt eine CIN-Persistenz bzw. ein CIN-Rezidiv mit hoher Wahrscheinlichkeit aus. Dies gilt auch im Status nach inkompletter Resektion. Die Sensitivität des HPV-Nachweises hinsichtlich der Entdeckung einer persistierenden oder rezidivierenden CIN ist sehr hoch. Die Kombination aus Zytologie und postoperativem HPV-Test führt zu einer Steigerung der Sicherheit.“ „Frei Schnittränder: Rezidive sind selten. Es sollte sechs und zwölf Monate nach Therapie ein HPV-HR-Test mit Zytologie durchgeführt werden. Sind alle Tests negativ, erfolgt die weitere Kontrolle in Routineintervallen. Ist einer der Tests positiv, erfolgt die sofortige Kolposkopie. Alternativ erfolgen alle sechs Monate Kontrolluntersuchungen mit Zytologie und Kolposkopie. Nach drei unauffälligen Befunden erfolgen gynäkologische Kontrollen in Routineintervallen.“ „Befallenen Schnitträndern: In bis zu 25% erfolgt die Konisation nicht oder nur fraglich im Gesunden (positive Absetzungsrande)... Im Fall einer CIN3 am Absetzungsrand ist in 20 bis 25% mit einem Rezidiv zu rechnen. Ist dabei der endozervikale Rand betroffen, steigt das Risiko auf bis zu 30%...Eine sofortige Rekonisation ist in der Regel nicht indiziert. Dies gilt insbesondere für Frauen mit noch nicht abgeschlossener</p>

Familienplanung. Bei den Kontrolluntersuchungen alle sechs Monate nach Primärtherapie ist ein zytologischer Abstrich und eine Kolposkopie indiziert. Bestätigt sich hier die CIN, sollte eine Rekonisation erfolgen. Ein negativer HPV-Test ist mit einem geringen Persistenzrisiko assoziiert. Bei primärem Befall der endozervikalen Schrittränder oder bei positivem HPV-Nachweis kann zudem eine endozervikale Kürettage durchgeführt werden. Bei drei aufeinander folgenden unauffälligen Befunden erfolgen die weiteren Kontrollen in Routineintervallen.“

ECN 2008:

Research into optimal follow-up algorithms of HPV-positive women is necessary. Adequate triage methods are needed to identify those HPV-positive women that are at risk of developing cancer. Piloting with validated HPV DNA testing can be recommended if performed in an organised screening programme with careful monitoring of the quality and systematic evaluation of the aimed outcomes, adverse effects and costs. Rollout towards national implementation can be considered only after the pilot project has demonstrated successful results with respect to effectiveness (relative sensitivity, positive predictive value of the screening test, triage and diagnostic assessment), cost-effectiveness and after key organisational problems have been resolved adequately.

Instrumente/Datenquellen		
<u>Spezifizierung für Berechnung:</u> Auswertung erfolgt wenn bei der Patientin eine Konisation durchgeführt wurde.		
<u>Auffälligkeit:</u> kein Referenzbereich definiert		
<u>Risikoadjustierung:</u> Keine Risikoadjustierung erforderlich		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	
	Beschreibung	
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 2 Datum der Durchführung der Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

Follow-Up ambulant: Als Auslöser: Konisation muss als Index-Leistung erfasst werden.

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
HPV-Test	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja (es liegt ein HPV-Test nach der Konisation vor)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
HPV-Test	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja (es liegt ein HPV-Test nach der Konisation vor)
Datum HPV-Tests	Erhebung über Datenquelle 3 Datum des HPV-Tests (TT,MM,JJJJ)
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P34: Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit positivem Absetzungsrand bei vorausgegangener Konisation ≤ 3 Monate vor dem erneuten Eingriff
Nenner	Alle Patientinnen mit positivem Absetzungsrand, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre; ACIS; Invasion; alle Erstkonisationen
Zielstellung	Keine sofortige Rekonisationen bei positivem Absetzungsrand unter 3 Monate.
Begründung	Bei positivem Absetzungsrand ist eine sofortige Rekonisation in der Regel nicht indiziert. Dies gilt insbesondere für Frauen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung. Bei den Kontrolluntersuchungen alle sechs Monate nach Primärtherapie sind ein zytologischer Abstrich und eine Kolposkopie indiziert. Bestätigt sich hier die CIN, sollte eine Rekonisation erfolgen (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Unter 3 Monaten keine Rekonisation! Stratifizierung Patientinnen unter 50 Jahren und über 50 Jahren denkbar.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHMRC 2005 [1]; DGGG 2008 [5]; DKG 2008 [4] NHMRC 2005: Involved endocervical and stromal excision margins after LEEP are of concern, but their involvement does not in itself justify retreatment. DGGG 2008: „Befallene Schnittränder: In bis zu 25% erfolgt die Konisation nicht oder nur fraglich im Gesunden (positive Absetzungsränder)... Im Fall einer CIN3 am Absetzungsrand ist in 20 bis 25% mit einem Rezidiv zu rechnen. Ist dabei der endozervikale Rand betroffen, steigt das Risiko auf bis zu 30%...Eine sofortige Rekonisation ist in der Regel nicht indiziert. Dies gilt insbesondere für Frauen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung. Bei den Kontrolluntersuchungen alle sechs Monate nach Primärtherapie ist ein zytologischer Abstrich und eine Kolposkopie indiziert. Bestätigt sich hier die CIN, sollte eine Rekonisation erfolgen. Ein negativer HPV-Test ist mit einem geringen Persistenzrisiko assoziiert. Bei primärem Befall der endozervikalen Schnittränder oder bei positivem HPV-Nachweis kann zudem eine endozervikale Kürettage durchgeführt werden. Bei drei aufeinander folgenden unauffälligen Befunden erfolgen die weiteren Kontrollen in Routineintervallen.“

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei der Patientin eine Konisation durchgeführt wurde.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 1 Datum der Durchführung der Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	Hatte die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation?	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja
	Datum der vorangegangenen Konisation	Erhebung über Datenquelle 1 Datum der vorangegangenen Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthalts?	Erhebung über Datenquelle 1 1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 1 OP-Datum (TT,MM,JJJJ)
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 2 Datum der Durchführung der Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	Hatte die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation?	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja
	Datum der vorangegangenen Konisation	Erhebung über Datenquelle 2 Datum der vorangegangenen Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthalts?	Erhebung über Datenquelle 2 1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 2 OP-Datum (TT,MM,JJJJ)
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. OU10: Bedeutung des positiven Absetzungsrandes bei Adenocarcinoma in situ	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Adenocarcinoma in situ, deren Konisate einen positiven Absetzungsrand aufwiesen.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit positiven Absetzungsrand.
Nenner	Alle Patientinnen mit Adenocarcinoma in situ, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahren
Zielstellung	Möglichst wenige Patientinnen mit Adenocarcinoma in situ, deren Konisate einen positiven Absetzungsrand aufwiesen: „Determine the value of conization margin status in predicting residual and recurrent adenocarcinoma in situ (ACIS) of the cervix.“
Begründung	Verbesserung des Ergebnisses der Konisation und Erhöhung der Sicherheit der Patientinnen mit der Diagnose Adenocarcinoma in situ: Freie Schnittränder sind erforderlich wegen hoher Rezidivgefahr bei dieser Gruppe von Patientinnen.“
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Studien. Information aus der Metaanalyse von Salani 2009: Metaanalysis with pooled Mantel-Haenszel odds ratio to compare the risk of residual and recurrent disease according to margin status (33 studies, 1278 patients): a repeated excisional procedure was performed in 607 patients; a positive conization margin was associated with a significant increase in the risk of residual disease; of the 671 patients followed up with surveillance only, 2,6% with negative margins and 19,4% with positive margins developed a recurrence; invasive adenocarcinoma was more commonly associated with positive margins (5,2%) compared with negative margins (0,1%).
Indikatortyp	Ergebnis
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NSU 2008 [10]; NHMRC 2005 [1]; Salani 2009 [20]; Soutter 2001 [21] NSU 2008: “The management of these women will depend on the age and fertility expectations of the woman and the status of the excision margins...if the cone biopsy has positive margins on the results, further treatment should be considered. If the margins are clear, follow-up colposcopy and cytology should be undertaken by endocervical brush 6 months after treatment...Early follow-up of symptoms is recommended.” [Grade B] NHMRC 2005: [Management of women with AIS] The management of women diagnosed with AIS on cone biopsy will be dependent upon the age and fertility requirements of the women and the status of excision margins. [Level IV]

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei der Patientin eine Konisation bei Adenokarzinom in situ durchgeführt wurde.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)		
Feld	Beschreibung	
Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)	
Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 (Erhebung aus Datenquelle 1)	
Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1	
Datenfelder für die Berechnung		
Feld	Beschreibung	
STATIONÄR Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind	
	Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. OU11: Behandlungsbedürftige Nachblutungen nach Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit behandlungsbedürftigen Nachblutungen nach Konisation.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit behandlungsbedürftigen Nachblutungen (Bluttransfusion oder Re-OP) nach Konisation.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Verminderung der Komplikationen, insbesondere von Nachblutungen.
Begründung	Verminderung der perioperativen Morbidität.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. „In 2-3% kommt es nach Konisation zu Nachblutungen.“ Stratifizierung nach Operationsmethode.
Indikatortyp	Ergebnis
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	DKG 2008 [4] DKG 2008: „In 2-3% kommt es nach Konisation zu Nachblutungen...Im Falle einer Konisation in der Schwangerschaft ist die Nachblutungsgefahr deutlich erhöht...die früher zum Zwecke der Blutstillung und Adaptation der Wundränder durchgeführte Sturmdorfnaht ist obsolet, da eine weitere Evaluierung und Kontrolle der Wundränder dadurch erschwert oder unmöglich gemacht wird...“

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn eine Patientin transfundiert wurde oder eine Rekonisation erfahren hat

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten
4. Datenpool der Krankenkassen

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
	Behandlungsbedürftige, postoperative Blutung	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Behandlungsbedürftige postoperative Blutungen innerhalb von 4 Stunden	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Art der behandlungsbedürftigen, postoperativen Blutungen	Erhebung über Datenquelle 3 1 = OP-pflichtige Nachblutung 2 = transfusionsbedürftige Nachblutung
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
	Behandlungsbedürftige, postoperative Blutung	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Behandlungsbedürftige postoperative Blutungen innerhalb von 4 Stunden	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Art der behandlungsbedürftigen, postoperativen Blutungen	Erhebung über Datenquelle 3 1 = OP-pflichtige Nachblutung 2 = transfusionsbedürftige Nachblutung
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri

Indikator Nr. S11: Erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft nach Konisationen	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der schwangeren Patientinnen mit Komplikationen nach Konisation (z.B. Frühgeburten etc.).
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit Spätkomplikationen nach Konisation (z.B. Frühgeburten etc.).
Nenner	Schwangere Frauen mit Entbindung nach vorangegangener Konisation
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Verbesserung der perioperativen Morbidität bei Konisationen.
Begründung	Die Konisation weist bei nachfolgenden Schwangerschaften die höchste Komplikationsrate aller Methoden auf und sollte bei Frauen mit bestehendem Kinderwunsch nicht zum Einsatz kommen (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Spätkomplikationen: Zervixinsuffizienz, Frühgeburt, „low birth weight“, Zervixstenose (Kaiserschnitt als Konsequenz zur Vernarbung). Stratifizierung nach Operationsmethode. Erhebung ist nur im stationären Bereich (Aufnahme der Schwangeren) vorgesehen. Keine direkte Messung der Komplikationsrate bei Schwangeren, sondern Erfassung der Komplikationen nach Konisation bei Schwangeren über eine Follow-up im stationären Bereich.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientensicherheit, Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	DGGG 2008 [5]; DKG 2008 [4] DGGG 2008: „Die Messerkonisation weist bei nachfolgenden Schwangerschaften die höchste Komplikationsrate aller Methoden auf und sollte bei Frauen mit bestehendem Kinderwunsch nicht zum Einsatz kommen...“ DKG 2008: „In 2-3% kommt es nach Konisation zu Nachblutungen...Im Falle einer Konisation in der Schwangerschaft ist die Nachblutungsgefahr deutlich erhöht, es kommt vermehrt zu Frühgeburten...“

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei der Patientin eine Messerkonisation durchgeführt wurde.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	Erhebung über Datenquelle 1 Entbindung OPS Codes 9-26
	Schwangerschaft	Erhebung über Datenquelle 1 Schwangere Patientinnen, ICD-10 Schlüssel (O00.- bis O99.-)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Zustand nach Konisation	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja

<p>Indikation für stationären Aufenthalt</p>	<p>Erhebung über Datenquelle 3 (Liste wurde der Vollständigkeit halber 1:1 aus dem Datensatz Geburtshilfe übernommen)</p> <p>1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (nach Schwangerschaft) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahren 14 = Schwangere über 35 Jahren 15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung 17 = Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen) 18 = Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g) 19 = Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen 20 = Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese 21 = Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen 22 = Komplikationen post partum 23 = Z. n. Sectio caesarea 24 = Z. n. anderen Uterusoperationen 25 = rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) 26 = sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde 27 = behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen 28 = Dauermedikation 29 = Abusus 30 = besondere psychische Belastung 31 = besondere soziale Belastung 32 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen 33 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr 34 = Placenta praevia 35 = Mehrlingsschwangerschaft 36 = Hydramnion 37 = Oligohydramnie 38 = Terminunklarheit 39 = Placentainsuffizienz 40 = Isthmozervikale Insuffizienz 41 = vorzeitige Wehentätigkeit 42 = Anämie 43 = Harnwegsinfektion 44 = indirekter Coombstest positiv 45 = Risiko aus anderen serologischen Befunden 46 = Hypertonie (Blutdruck über 140/90) 47 = Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr 48 = Mittelgradige - schwere Ödeme 49 = Hypotonie 50 = Gestationsdiabetes 51 = Lageanomalie 52 = sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf 53 = Hyperemesis 54 = Z. n. HELLP-Syndrom 55 = Z. n. Eklampsie 56 = Z. n. Hypertonie</p>
<p>Zervixverschluss-OP</p>	<p>Erhebung über Datenquelle 3</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

STATIONÄR	Tragzeit nach klinischem Befund	Erhebung über Datenquelle 3 Wochen
	Geburtsrisiko	Erhebung über Datenquelle 3 (Liste wurde der Vollständigkeit halber 1:1 aus dem Datensatz Geburtshilfe übernommen) 60 = vorzeitiger Blasensprung 61 = Überschreitung des Termins 62 = Fehlbildung 63 = Frühgeburt 64 = Mehrlingsschwangerschaft 65 = Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) 66 = Gestose/Eklampsie 67 = Rh-Inkompatibilität 68 = Diabetes mellitus 69 = Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen 70 = Placenta praevia 71 = vorzeitige Plazentalösung 72 = sonstige uterine Blutungen 73 = Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf) 74 = Fieber unter der Geburt 75 = mütterliche Erkrankung 76 = mangelnde Kooperation der Mutter 77 = pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne 78 = grünes Fruchtwasser 79 = Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse) 80 = Nabelschnurvorfall 81 = V. a. sonstige Nabelschnurkomplikationen 82 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode 83 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode 84 = absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken 85 = drohende/erfolgte Uterusruptur 86 = Querlage/Schräglage 87 = Beckenendlage 88 = hintere Hinterhauptslage 89 = Vorderhauptslage 90 = Gesichtslage/Stirnlage 91 = tiefer Querstand 92 = hoher Geradstand 93 = sonstige regelwidrige Schädellagen 94 = sonstige 95 = HELLP-Syndrom 96 = intrauteriner Fruchttod 97 = pathologischer Dopplerbefund 98 = Schulterdystokie
	Gewicht des Kindes	Erhebung über Datenquelle 3 Gramm
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri	

Das Instrument/die Datenquelle für die Indikatoren zur Patientenperspektive sind, bis auf die konkrete Frage zur Abbildung des Indikators, für alle Indikatoren gleich. Darstellung daher nur einmalig bei Indikator PP31 am Ende des Dokuments.

Indikator Nr. PP05: Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen vor der Konisation	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben.
Begründung	Ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen unterstützen das Verständnis und die realistische Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch die Patientin, vermeiden ggf. unnötige Beunruhigung, und sind Grundlage für die Beteiligung an Behandlungsentscheidungen.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an PE15 (NHS Indicators for Quality Improvement 2009), auf der Basis von Studienergebnissen und Leitlinienempfehlungen der DKG Präzisierung des Indikators durch das Panel im Hinblick auf den Zeitpunkt der Untersuchung („vor der Konisation“)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SIGN 2008 [3]; DKG 2008 [4]; DGGG 2008 [5]; ECN 2008 [2]; Kavanagh 1997 [23]; Lauver 1999 [24] NHS 2009: PE15: Score for patients who reported that the 'right amount' of information was given about conditions/treatments by healthcare professionals. SIGN 2008: Patients should be offered support sessions by a designated member of their care team, as soon as possible after treatment, which may include one or more of the following: Relaxation, personalised information about their disease and treatment, emotional support and care. DKG 2008: “Die Aufklärung der Patientin über Diagnose, Prognose und Behandlungsmaßnahmen ist eine der zentralen Aufgaben des Arztes und ein entscheidender Bestandteil der Arzt-Patient-Kommunikation. Der Wunsch nach Aufklärung ist bei Patientinnen erfahrungsgemäß groß. Es gibt keine gesetzlichen Vorschriften über Form und Inhalt der Patiententinnenaufklärung, sie ist aber nach deutschem Recht zwingend vorgeschrieben, sofern die Patientin einsichtsfähig ist. Als Vorbedingung für das informierte Einverständnis der Patientin (informed consent) ermöglicht die Aufklärung erst ärztliches Handeln. Sie dient der Selbstbestimmung der Patientin, der rechtlich ein höheres Gewicht beigemessen wird als der ärztlichen Hilfeleistungspflicht. Es existieren eine Reihe von ausführlichen Leitfäden zu diesem Thema, die bei Bedarf zu Rate gezogen werden können.” DGGG 2008: Informationen, die im Patientengespräch bei auffälliger Zytologie und/oder positivem HPV-Test vermittelt werden sollten, sind: Natur/Grund einer auffälligen Zytologie, Managementoptionen, Auswirkung auf Fertilität, Risiko eines Karzinoms. ECN 2008: Each woman must be informed (verbally or written) about the screening test result.

Indikator Nr. PP05A:	Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen <u>nach</u> der Konisation
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>nach</u> der Konisation erhalten haben
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>nach</u> der Konisation / erhalten haben
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>nach</u> der Konisation erhalten haben.
Begründung	Ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen unterstützen das Verständnis und die realistische Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch die Patientin, vermeiden ggf. unnötige Beunruhigung und fördern das Verständnis für die Notwendigkeit von Nachsorgeuntersuchungen.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an PE15 (NHS Indicators for Quality Improvement 2009), auf der Basis von Studienergebnissen und Leitlinienempfehlungen der DKG Präzisierung des Indikators durch das Panel im Hinblick auf den Zeitpunkt der Untersuchung („nach der Konisation“)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SIGN 2008 [3]; DKG 2008 [4]; DGGG 2008 [5]; Kavanagh 1997 [23]; Lauver 1999 [24] NHS 2009: PE15: Score for patients who reported that the 'right amount' of information was given about conditions/treatments by healthcare professionals. SIGN 2008: Patients should be offered support sessions by a designated member of their care team, as soon as possible after treatment, which may include one or more of the following: Relaxation, personalised information about their disease and treatment, emotional support and care. DKG 2008: Die Aufklärung der Patientin über Diagnose, Prognose und Behandlungsmaßnahmen ist eine der zentralen Aufgaben des Arztes und ein entscheidender Bestandteil der Arzt-Patient-Kommunikation. Sie dient dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und der aktiven Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patientin. Der Wunsch nach Aufklärung ist bei Patientinnen erfahrungsgemäß groß. Es gibt keine gesetzlichen Vorschriften über Form und Inhalt der Patiententinnenaufklärung, sie ist aber nach deutschem Recht zwingend vorgeschrieben, sofern die Patientin einsichtsfähig ist. Als Vorbedingung für das informierte Einverständnis der Patientin (informed consent) ermöglicht die Aufklärung erst ärztliches Handeln. Sie dient der Selbstbestimmung der Patientin, der rechtlich ein höheres Gewicht beigemessen wird als der ärztlichen Hilfeleistungspflicht. Es existieren eine Reihe von ausführlichen Leitfäden zu diesem Thema, die bei Bedarf zu Rate gezogen werden können. DGGG 2008: Informationen, die im Patientengespräch bei auffälliger Zytologie und/oder positivem HPV-Test vermittelt werden sollten, sind: Natur/Grund einer auffälligen Zytologie, Managementoptionen, Auswirkung auf Fertilität, Risiko eines Karzinoms.

Indikator Nr. PP10: Verständliche Beantwortung von Fragen durch ärztliches Personal	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass, wenn sie wichtige Fragen an Ärzte hatten, diese verständlich beantwortet wurden.
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten dass, wenn sie wichtige Fragen an Ärzte hatten, diese verständlich beantwortet wurden
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass ihre Fragen von Ärzten verständlich beantwortet wurden.
Begründung	Die verständliche Beantwortung der individuellen Fragen der Patientinnen durch Ärzte ist wichtig zu deren Information, emotionaler Unterstützung und zur Förderung eines angemessenen Verhaltens bezogen auf die Erkrankung.
Anmerkungen	Vergleichbarer Indikator: SAPHORA MCO 2006, Frage ID-Nr. 5-7 Der Indikator im NHS-Indikatorenset mit der ID-Nr. PE42 bezieht sich auf die verständliche Beantwortung von Patientenfragen durch das Pflegepersonal. Die ermittelte Literatur legt nahe, dass dieser Aspekt mit Bezug auf die Ärzte ebenso wichtig ist. Der Indikator basiert darüber hinaus auf Leitlinienempfehlungen der DKG 2008 zur angemessenen und verständlichen Information der Patientinnen, und wird vielfach durch Studienergebnisse unterstützt (s. Literatur).
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SAPHORA 2006 [25]; DKG 2008 [4]; Balasubramani 2007 [26]; Campion 1988 [27]; Hellsten 2008a [28]; Hellsten 2008b [29]; Jefferies 2009 [30]; Kavanagh 1997 [23]; Lauver 1999 [24]; Politi 2008 [31]; NHS 2009: PE 42: Score for patients who reported that when they had important questions to ask a doctor, they always or sometimes got answers they could understand. SAPHORA 2006: 6 - Quand vous aviez des questions à poser à un medecin, avez-vous obtenu des responses que vous comprenez? DKG 2008, Aufklärung der Patientin: Die Aufklärung sollte umfassend, verständlich (möglichst unter Verzicht auf medizinische Fachbegriffe) und wahrheitsgemäß sein. Hierbei ist insbesondere auf das Informationsbedürfnis und die Belastbarkeit der Patientin Rücksicht zu nehmen. Die Aufklärung ist in der Krankenakte zu dokumentieren.

Indikator Nr. PP15: Gesprächsmöglichkeit über Ängste und Sorgen	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie die Möglichkeit hatten, in der Einrichtung mit einem Arzt oder einer Pflegeperson über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen.
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie die Möglichkeit hatten, im Krankenhaus mit einem Arzt oder einer Pflegeperson über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die in der Einrichtung bei Ärzten oder Pflegepersonen die Möglichkeit zur Aussprache über Sorgen und Ängste fanden.
Begründung	Die Möglichkeit, bei Bedarf über Sorgen und Ängste sprechen zu können, ist für Patientinnen eine wichtige Voraussetzung für die Minderung von Angst und Beunruhigung.
Anmerkungen	<p>Der Indikator entstammt den „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE08 Vergleichbarer Dimension Indikator OMB-0938-098 1(2): Aufmerksames Zuhören durch Pflegepersonal (HCAHPS 2009).</p> <p>Vergleichbarer Dimension Indikator OMB-0938-098 1(5): Aufmerksames Zuhören durch ärztliches Personal (HCAHPS 2009).</p> <p>Der Indikator wird vielfach durch Studienergebnisse unterstützt, die darauf hinweisen, dass Ängste und Sorgen bei Patientinnen im Zusammenhang mit Untersuchungen bzw. Behandlungen der Cervix eine bedeutende Rolle spielen (s. Literatur).</p>
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	<p>NHS 2009 [22]; HCAHPS 2009 [32]; Campion 1988 [27]; Cruickshank 2005 [33]; Goodman 1991 [34]; Hellsten 2008a [28]; Hellsten 2008b [29]; Jefferies 2009 [30]; Lauver 1999 [24]; Walsh 2004 [35]</p> <p>NHS 2009: PE08: Score for patients who said that they found a member of hospital staff to talk to about their worries and fears.</p>

Indikator Nr. PP17: Wahrung der Privatsphäre bei Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass bei allen Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen der Schutz ihrer Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass bei allen Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen der Schutz ihrer Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass ihre Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde.
Begründung	Der Schutz der Privatsphäre dient der Wahrung der Würde der Patientin. Dies bezieht sich sowohl auf den Umgang mit der Patientin bei Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen als auch auf die Möglichkeiten der räumlichen Abtrennung, z.B. im Hinblick auf Sichtschutz, akustische Abschirmung von Gesprächen, etc.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: Zusammenfassung PE35, PE36 Vergleichbarer Indikator: SAPHORA Questionnaire Satisfaction V3 ID-Nr. 3
Indikatortyp	Prozess, Struktur
Qualitätsdimension	Patientenperspektive
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SAPHORA 2006 [25]; Politi 2008 [31] NHS 2009: PE35: Score for patients who said they were given enough privacy when discussing their condition or treatment, PE36: Score for patients who said they were given enough privacy when being examined or treated. SAPHORA 2006: F4: Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité étaient... (excellentes – trais mauvais)

Indikator Nr. PP18: Respektvoller Umgang mit den Patientinnen insgesamt	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
Begründung	Der respektvolle Umgang dient der Wahrung der Patientenwürde
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE37, PEXIS8 Vergleichbarer Indikator: SAPHORA Questionnaire V3, ID-Nr. 2 (erfahrene Beachtung des Patienten bei der Anreise)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SAPHORA 2006 [25]; Jefferies 2009 [30]; Politi 2008 [31] NHS 2009: PE37: Score for patients who overall felt they were treated with respect and dignity whilst in hospital. SAPHORA 2006: F4: Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité étaient... (excellentes – trais mauvais)

Indikator Nr. PP24: Informationen über Kontaktpersonen nach der Entlassung	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass ihnen gesagt wurde, an wen sie sich nach der Entlassung aus der Einrichtung wenden können, wenn sie sich bezüglich ihres gesundheitlichen Befindens oder der Behandlung Sorgen machen (medizinisch/pflegerische Fragestellung, z.B. Telefonnummer und Name der Kontaktperson/des Arztes).
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass ihnen gesagt wurde, an wen sie sich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wenden können, wenn sie sich bezüglich ihres gesundheitlichen Befindens oder der Behandlung Sorgen machen
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten dass ihnen gesagt wurde, an wen sie sich nach der Entlassung bei Sorgen bezüglich ihres gesundheitlichen Befindens wenden können.
Begründung	Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung nach der Entlassung, insbesondere beim Auftreten von gesundheitlichen Problemen; Vermittlung von Sicherheit für die Patientin.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE25 Präzisierung durch das Panel durch Zusatz: medizinisch-pflegerische Fragestellungen, z.B. Telefonnummer und Name der Kontaktperson/des Arztes
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; DKG 2008 [4] NHS 2009: PE 25 Score for patients who reported they were told who to contact if they were worried about their condition or treatment after they left hospital. DKG 2008: Im Rahmen der Aufklärung sollte auch auf weiterführende Hilfen hingewiesen werden, vor allem auf Unterstützung durch Psychoonkologen, Seelsorge oder Selbsthilfegruppen.

Indikator Nr. PP26: Informationen über zu Hause zu beachtende Alarmsignale	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie darüber informiert wurden, auf welche Alarmsignale bezüglich ihrer Erkrankung sie zu Hause achten sollen.
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie darüber informiert wurden, auf welche Alarmsignale bezüglich ihrer Erkrankung sie zu Hause achten sollen
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie über zuhause zu beachtende Alarmsignale informiert wurden.
Begründung	Reduzierung von Unsicherheiten im Umgang mit der Erkrankung und auftretenden Symptomen im Alltag sowie angemessene Reaktion auf ernst zu nehmende Alarmsignale.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE23
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22] NHS 2009: PE23: Score for patients who reported that staff told them about any danger signals to watch out for after they went home.

Indikator Nr. PP3 1: Informationen über Nachsorgeuntersuchungen	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie beim Verlassen der Einrichtung ausreichende Informationen darüber erhalten haben (oder bereits darüber verfügten), aus welchen Gründen und wann Nachsorgeuntersuchungen notwendig sind.
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie beim Verlassen der Einrichtung ausreichende Informationen darüber erhalten haben (oder bereits darüber verfügten), aus welchen Gründen und wann Nachuntersuchungen notwendig sind.
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie bei der Entlassung ausreichende Informationen darüber erhalten haben (oder bereits darüber verfügten), aus welchen Gründen und wann Nachsorgeuntersuchungen notwendig sind
Begründung	Damit Patientinnen nach einer Konisation notwendige Nachsorgeuntersuchungen adäquat in Anspruch nehmen können, müssen sie ausreichend darüber informiert sein, wann und warum diese Untersuchungen notwendig sind.
Anmerkungen	Der Indikator wurde formuliert in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE18 (Informationen über Verhalten nach Entlassung). Präzisierung durch das Panel bezogen auf Nachsorgeuntersuchungen (ursprünglicher Indikator bezogen auf Verhalten nach der Entlassung allgemein)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; Cardin 2001 [36]; Hartz 2001 [37]; Martin 2008 [38] NHS 2009: PE18. Score for patients who reported that when leaving hospital they were given written or printed information about what they should or should not do.

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der ggf. zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<input type="checkbox"/> Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) <input type="checkbox"/> Pseudonym der Einrichtung
Basisdaten für das Verfahren Konisation im Fragebogen:	<input type="checkbox"/> Bestätigung, dass die Konisation im gg. Zeitraum durchgeführt wurde.
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:	Beispiel: „Haben Sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>vor</u> der Konisation erhalten?“
	<p>Die Alternativen A und B stellen, zur Veranschaulichung, zwei mögliche Antwortskalen dar. Die endgültige Festlegung der Antwortskala erfolgt im Rahmen der Fragebogenentwicklung.</p> <p>A) <input type="checkbox"/> Ja, voll und ganz <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>B) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Teils / teils <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<input type="checkbox"/> Ca. 2 Wochen nach der Index-Leistung in der Einrichtung
Stichprobe:*	<input type="checkbox"/> Zweistufige Klumpenstichprobe: <input type="checkbox"/> 1. Bundesweite Zufallsstichprobe von 64 Einrichtungen (ambulante und stationäre Versorgung) <input type="checkbox"/> 2. Befragung einer definierten Anzahl von Patienten (z.B. N=58) in den Einrichtungen <input type="checkbox"/> Ggf. erfolgt nach Vorliegen von Erfahrungen aus Machbarkeitsstudie und Probetrieb eine Anpassung der Vorgaben zur Stichprobenziehung
Versendung der Fragebögen:	<input type="checkbox"/> Fragebogenversendung durch die Einrichtungen (2 Wochen postoperativ) an alle entlassenen Patienten zum Verfahren Konisation; konsekutiv, bis eine Anzahl von 58 Patienten erreicht ist. <input type="checkbox"/> Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<input type="checkbox"/> Durch das AQUA-Institut <input type="checkbox"/> Auswertung auf Bundesebene <input type="checkbox"/> Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

* Weitere Informationen zur Methodik der Patientenbefragung und zum Befragungsinstrument siehe Anhang E

Literaturverzeichnis

- [1] NHMRC. Screening to Prevent Cervical Cancer: Guidelines for the Management of Asymptomatic Women with Screen Detected Abnormalities. Canberra: Australian Government, National Health and Medical Research Council 2005.
- [2] ECN. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition. Luxembourg: European Cancer Network; European Communities 2008.
- [3] SIGN, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of cervical cancer. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS) 2008.
- [4] DKG. Diagnostik und Therapie des Zervixkarzinoms. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; Deutsche Krebsgesellschaft; Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie 2008.
- [5] DGGG. Prävention, Diagnostik und Therapie der HPV-Infektion und präinvasiver Läsionen des weiblichen Genitale. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Infektiologie und Infektimmunologie in Gynäkologie und Geburtshilfe (AGII), Berufsverband der Frauenärzte (BVF), Deutsche Gesellschaft für Pathologie, Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche STD-Gesellschaft., Frauenselbsthilfe nach Krebs 2008.
- [6] SGGG, Schweizerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, Arbeitsgruppe «Guideline Zervixabstrich». Guideline zum Vorgehen bei suspektem und positivem zytologischem Abstrich der Cervix uteri. Überarbeitete Fassung, Version 2.4. Schweizerische Ärztezeitung. 2004; 85(43):2305-2321.
- [7] TOMBOLA Group. Cytological surveillance compared with immediate referral for colposcopy in management of women with low grade cervical abnormalities: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2009; 339:b2546.
- [8] Berdichevsky L, Karmin R, Chuang L. Treatment of high-grade squamous intraepithelial lesions: a 2- versus 3-step approach. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 190(5):1424-1426.
- [9] Heinzl S. Die zervikale intraepitheliale Neoplasie (CIN). *Ther Umsch*. 1989; 46(12):839-846.
- [10] NSU/MH. Guidelines for Cervical Screening in New Zealand. Wellington: National Screening Unit, Ministry of Health 2008.
- [11] Moscicki AB, Ma Y, Wibbelsman C, Powers A, Darragh TM, Farhat S, Shaber R, Shiboski S. Risks for cervical intraepithelial neoplasia 3 among adolescents and young women with abnormal cytology. *Obstet Gynecol*. 2008; 112(6):1335-1342.
- [12] Moore K, Cofer A, Elliot L, Lanneau G, Walker J, Gold MA. Adolescent cervical dysplasia: histologic evaluation, treatment, and outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 197(2):141-146.
- [13] Wright JD, Davila RM, Pinto KR, Merritt DF, Gibb RK, Rader JS, Mutch DG, Gao F, Powell MA. Cervical dysplasia in adolescents. *Obstet Gynecol*. 2005; 106(1):115-120.
- [14] ICSI, Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Initial Management of Abnormal Cervical Cytology (Pap Smear) and HPV Testing. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) 2008.
- [15] BQS. BQS Qualitätsindikatoren. Rechenregel: Patientinnen mit führender Histologie "Ektopie" oder mit histologischem Normalbefund. [Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung] Quelle: www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/5/66238/rechenregel.html (Zugriff am: 20.9.2009).
- [16] Howell R, Hammond R, Pryse-Davies J. The histologic reliability of laser cone biopsy of the cervix. *Obstet Gynecol*. 1991; 77(6):905-911.
- [17] Park JY, Kim DY, Kim JH, Kim YM, Kim YT, Nam JH. Human papillomavirus test after conization in predicting residual disease in subsequent hysterectomy specimens. *Obstet Gynecol*. 2009; 114(1):87-92.
- [18] Safaeian M, Solomon D, Wacholder S, Schiffman M, Castle P. Risk of precancer and follow-up management strategies for women with human papillomavirus-negative atypical squamous cells of undetermined significance. *Obstet Gynecol*. 2007; 109(6):1325-1331.
- [19] Almog B, Gamzu R, Bornstein J, Levin I, Fainaru O, Niv J, Lessing JB, Bar-Am A. Clinical and economic benefit of HPV-load testing in follow-up and management of women postcone biopsy for CIN2-3. *British Journal of Cancer*. 2003; 89(1):109-112.
- [20] Salani R, Puri I, Bristow RE. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: a metaanalysis of 1278 patients evaluating the predictive value of conization margin status. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 200(2):182-185.
- [21] Soutter WP, Haidopoulos D, Gornall RJ, McIndoe GA, Fox J, Mason WP, Flanagan A, Nicholas N, Barker F, Abrahams J, Lampert I, Sarhanis P. Is conservative treatment for adenocarcinoma in situ of the cervix safe? *BJOG*. 2001; 108(11):1184-1189.

- [22] NHS. Indicators for Quality Improvement. Full indicator list. London: National Health Services. The Health and Social Care Information Centre 2009.
- [23] Kavanagh AM, Broom DH. Women's understanding of abnormal cervical smear test results: a qualitative interview study. *BMJ*. 1997; 314(7091):1388-1391.
- [24] Lauver DR, Baggot A, Kruse K. Women's experiences in coping with abnormal Papanicolaou results and follow-up colposcopy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1999; 28(3):283-290.
- [25] Saphora. Satisfaction du patient hospitalisé, Questionnaire © SAPHORA Modife. CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) et l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) 22.12.2006.
- [26] Balasubramani L, Orbell S, Hagger M, Brown V, Tidy J. Do women with high-grade cervical intraepithelial neoplasia prefer a see and treat option in colposcopy? *BJOG*. 2007; 114(1):39-45.
- [27] Champion MJ, Brown JR, McCance DJ, Atia W, Edwards R, Cuzick J, Singer A. Psychosexual trauma of an abnormal cervical smear. *Br J Obstet Gynaecol*. 1988; 95(2):175-181.
- [28] Hellsten C, Lindqvist PG, Sjostrom K. A longitudinal study of sexual functioning in women referred for colposcopy: a 2-year follow up. *BJOG*. 2008; 115(2):205-211.
- [29] Hellsten C, Sjostrom K, Lindqvist PG. A 2-year follow-up study of anxiety and depression in women referred for colposcopy after an abnormal cervical smear. *BJOG*. 2008; 115(2):212-218.
- [30] Jefferies H, Sutton A, Chan KK. Does direct referral after an abnormal smear improve patient experience? *Nurs Times*. 2009; 105(5):26-29.
- [31] Politi MC, Clark MA, Rogers ML, McGarry K, Sciamanna CN. Patient-provider communication and cancer screening among unmarried women. *Patient Educ Couns*. 2008; 73(2):251-255.
- [32] HCAHPS. Hospital Care Quality Information from the Consumer Perspective Survey. Quelle: <http://www.hcahpsonline.org> (Zugriff am: 3.3.2010).
- [33] Cruickshank ME, Anthony GB, Fitzmaurice A, McConnell D, Graham W, Alexander DA, Tunstall M, Ross JA. A randomised controlled trial to evaluate the effect of self-administered analgesia on women's experience of outpatient treatment at colposcopy. *BJOG*. 2005; 112(12):1652-1658.
- [34] Goodman JD, Sumner D. Patient acceptability of laser and cold coagulation therapy for pre-malignant disease of the uterine cervix. *Br J Obstet Gynaecol*. 1991; 98(11):1168-1171.
- [35] Walsh JC, Curtis R, Mylotte M. Anxiety levels in women attending a colposcopy clinic: a randomised trial of an educational intervention using video colposcopy. *Patient Educ Couns*. 2004; 55(2):247-251.
- [36] Cardin VA, Grimes RM, Jiang ZD, Pomeroy N, Harrell L, Cano P. Low-income minority women at risk for cervical cancer: a process to improve adherence to follow-up recommendations. *Public Health Rep*. 2001; 116(6):608-616.
- [37] Hartz LE, Fenaughty AM. Management choice and adherence to follow-up after colposcopy in women with cervical intraepithelial neoplasia 1. *Obstet Gynecol*. 2001; 98(4):674-679.
- [38] Martin JT. Do women comply with recommendations for Papanicolaou smears following colposcopy? A retrospective study. *J Midwifery Womens Health*. 2008; 53(2):138-142.

Anhang B.1: Datensatz Konisation: präoperativ

KONPOP (Spezifikation 15.0 Testinstanz)

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-9	Basisdokumentation
1-5	Patientenidentifizierende Daten
1	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar 0 = nein 1 = ja
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse
3	Krankenversicherungsnummer
4	Einheitliche Krankenversicherungsnummer
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? 0 = nein 1 = ja
6-7	Leistungserbringeridentifizierende Daten
6-7	ambulant
6	Betriebsstätten-Nummer <small>KV-Nummer</small>
7	Arztnummer (LANR)
8-9	Patient
8	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten
9	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small>
10	Aufnahmedatum <small>TT.MM.JJJJ</small>
11-12	Anamnese
11	Bestehende Schwangerschaft? 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 11 = 1	
12>	Schwangerschaftsdiagnose(n) <small>ICD-10-GM http://www.dimdi.de</small>
13-19	Präoperative Diagnostik
13-14	Kolposkopie
13	Präoperative Differentialkolposkopie 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 13 = 1	
14>	Qualifikation des Durchführenden 1 = Arzt in der Weiterbildung 2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie
15-16	Zytologie
15	Präoperative Zytologie - Bericht liegt vor 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 15 = 1	
16>	Zytologischer Befund <small>präoperativ</small> 0 = PAP I 1 = PAP II 2 = PAP III 3 = PAP IIID 4 = PAP IV 5 = PAP V 9 = keine Angabe
17-19	Histologie
17	Präoperative Histologie (Biopsie) 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 17 = 1	
18>	Datum der Histologie <small>präoperativ TT.MM.JJJJ</small>
19>	Histologischer Befund <small>präoperativ</small> 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund, einschließlich Ektopie 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind

Anhang B.2: Datensatz Konisation

KON (Spezifikation 15.0 Testinstanz)

BASIS			
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			
1-17	Basisdokumentation	9	Arztnummer (LANR) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
1-5	Patientenidentifizierende Daten	wenn Feld 16 = 1	
1	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	10-13	Patient
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	10	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
3	Krankenversichertennummer <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	11	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
4	Einheitliche Krankenversicherthennummer <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	12	Aufnahmediagnose(n) ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 2. <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 3. <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 4. <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 5. <input type="text" value=""/>
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	13	Aufnahmedatum TT.MM.JJJJ <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
6-9	Leistungserbringeridentifizierende Daten	14-17	
6-7	stationär	14	Bestehende Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
6	Institutionskennzeichen http://www.arge-ik.de <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	wenn Schwangerschaft = 1 (ja)	
6,01	Betriebsstätten-Nummer <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	15>	Schwangerschaftsdiagnose(n) ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 2. <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 3. <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 4. <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 5. <input type="text" value=""/>
7	Fachabteilung § 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Schlüssel 1	16	Hatte die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
8-9	ambulant		
8	Betriebsstätten-Nummer KV-Nummer <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		

Datensatz Konisation

OPERATION	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
18-23	Prozedur
18	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthalts? <input type="checkbox"/> 1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation
19	OP-Datum TT.MM.JJJJ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
20	Operation OPS http://www.dimdi.de 1. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 2. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 3. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 4. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 5. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/>
21	Art der Prozedur <input type="checkbox"/> 1 = Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2 = Messerkonisation 3 = Laserkonisation 4 = Schlingenkonisation 5 = Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6 = Amputation der Cervix uteri
22	Kolposkopie durch den Operateur <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 22 = 1	
23>	Zeitpunkt der Kolposkopie <input type="checkbox"/> 1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä-und intraoperativ
24-34	Postoperativer Verlauf
24-32	Postoperative Befunde
24	Bericht liegt vor postoperative Histologie <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 24 = 1	
25>	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates postoperativ <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, gut 2 = ja, schlecht
wenn Feld 24 = 1 und Feld 25 IN (1;2)	
26>>	Endozervikaler Resektionsrand <input type="checkbox"/> 1 = negativ 2 = positiv
27>>	Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand <input type="checkbox"/> 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
28>>	Ektozervikaler Resektionsrand <input type="checkbox"/> 1 = negativ 2 = positiv
29>>	Abstand der Läsion zum ektozervikalen Resektionsrand <input type="checkbox"/> 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
30>>	Histologischer Befund postoperativ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund, einschließlich Ektopie 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
wenn Feld 30 IN (6;7)	
31>>>	Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen <input type="checkbox"/> 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
32>>>	Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen <input type="checkbox"/> 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
33-34	Postoperative Komplikationen
33	Postoperative Komplikationen <input type="checkbox"/> 0 = nein (keine postoperative Komplikation aufgetreten) 1 = ja (postoperative Komplikation aufgetreten)
wenn Feld 33 = 1	
34>	Art der postoperativen Komplikation <input type="checkbox"/> 1 = OP-pflichtige Nachblutung 2 = transfusionsbedürftige Nachblutung 3 = nicht OP-pflichtige und nicht transfusionsbedürftige Nachblutung

Datensatz Konisation

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
35-36	Entlassung
35	<p>Entlassungsdatum</p> <p>TT.MM.JJJJ</p> <p style="text-align: right;">□□.□□.□□□□</p>
36	<p>Entlassungsdiagnosen</p> <p>ICD-10-GM</p> <p>http://www.dimdi.de</p> <p>1. □□□.□□</p> <p>2. □□□.□□</p> <p>3. □□□.□□</p> <p>4. □□□.□□</p> <p>5. □□□.□□</p> <p>6. □□□.□□</p> <p>7. □□□.□□</p> <p>8. □□□.□□</p>

Datensatz Konisation

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1800 = Gefäßchirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1890 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1900 = Plastische Chirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1990 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1991 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1992 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2000 = Thoraxchirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2091 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2092 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2100 = Herzchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2190 = Herzchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2191 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2192 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2291 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2292 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2305 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2392 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2425 = Frauenheilkunde
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2500 = Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2591 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2592 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2790 = Augenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2791 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2891 = Neurologie
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2892 = Neurologie
0892 = Pneumologie	1792 = Neurochirurgie	2900 = Allgemeine Psychiatrie
		2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
		2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datensatz Konisation

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3690 = Intensivmedizin
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3691 = Intensivmedizin
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3692 = Intensivmedizin
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3700 = sonstige Fachabteilung
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3752 = Palliativmedizin
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3757 = Visceralchirurgie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3790 = Sonstige Fachabteilung
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3791 = Sonstige Fachabteilung
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3792 = Sonstige Fachabteilung
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3200 = Nuklearmedizin	
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3290 = Nuklearmedizin	
3291 = Nuklearmedizin	
3292 = Nuklearmedizin	
3300 = Strahlenheilkunde	
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
3390 = Strahlenheilkunde	
3391 = Strahlenheilkunde	
3392 = Strahlenheilkunde	
3400 = Dermatologie	
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3490 = Dermatologie	
3491 = Dermatologie	
3492 = Dermatologie	
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3600 = Intensivmedizin	
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie	
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie	
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	

Anhang B.3: Datensatz Konisation: Follow-up

KONHPV (Spezifikation 15.0 Testinstanz)

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-9	Basisdokumentation
1-5	Patientenidentifizierende Daten
1	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> 0 = nein 1 = ja
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□</div>
3	Krankenversichertenummer <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□□□</div>
4	Einheitliche Krankenversicherthenummer <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□</div>
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> 0 = nein 1 = ja
6-7	Leistungserbringeridentifizierende Daten
6-7	ambulant
6	Betriebsstätten-Nummer <small>KV-Nummer</small> <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□</div>
7	Arztnummer (LANR) <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□</div>
8-9	Patient
8	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□□□□□□□</div>
9	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <div style="text-align: right;">□□.□□.□□□□</div>

10-12	HPV
10	Konisation innerhalb der letzten 6 - 12 Monate? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 10 = 1	
11>	HPV-Test <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> 0 = nein 1 = ja (es liegt ein HPV-Test nach der Konisation vor)
wenn HPV-Test vorliegt (Feld 11 = 1)	
12>>	Datum HPV-Test <small>TT.MM.JJJJ</small> <div style="text-align: right;">□□.□□.□□□□</div>

Datensatz Konisation

BASIS (WENN EINE KONISATION DURCHFÜHRT WURDE)		<i>bei angegebener Betriebsstätte optional</i>		24-30 Präoperative Diagnostik	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden		15>> Nebenbetriebsstättennummer NBSNR		24-25 Kolposkopie	
6-20 Basisdokumentation		<input type="checkbox"/>		24 Präoperative Differentialkolposkopie	
6		wenn der Patient ambulant behandelt wird		0 = nein 1 = ja	
Art der Abrechnung		16> Lebenslange Arztnummer LANR		wenn Feld 24 = 1	
1 = stationär 2 = ambulant, kollektivvertraglich 3 = ambulant, selektivvertraglich		<input type="checkbox"/>		25> Qualifikation des Durchführenden	
7-10 Patientenidentifizierende Daten		17-20 Patient		1 = Arzt in der Weiterbildung 2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie 9 = unbekannt	
7		17		26-27 Zytologie	
Institutionskennzeichen der Krankenkasse <small>http://www.arge-ik.de</small>		Einrichtunginterne Identifikationsnummer des Patienten		26	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Präoperative Zytologie - Bericht liegt vor	
8		18		0 = nein 1 = ja	
Versichertennummer der alten Versichertenkarte		Geburtsdatum JJJJ-MM-TT		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		wenn Feld 26 = 1	
9		19		27>	
Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)		Aufnahmedatum / Behandlungsdatum <small>stationär / ambulant</small> JJJJ-MM-TT		Zytologischer Befund präoperativ	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		1 = PAP I 2 = PAP II 3 = PAP III 4 = PAP IIID 5 = PAP IV a 6 = PAP IV b 7 = PAP V 9 = keine Angabe	
10		wenn der Patient stationär behandelt wird		28-30 Histologie	
Ist Patient(in) gesetzlich versichert?		20>		28	
0 = nein 1 = ja		Aufnahmediagnose(n) ICD-10-GM <small>http://www.dimdi.de</small>		Aktuelle präoperative Histologie (Biopsie)	
<input type="checkbox"/>		1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		0 = nein 1 = ja	
11-16 Leistungserbringeridentifizierende Daten		21-23 Anamnese		wenn Feld 28 = 1	
11-13 stationär		21		29>	
wenn der Patient stationär behandelt wird		Bestehende Schwangerschaft?		Datum der aktuellen präoperativen Histologie (Biopsie) JJJJ-MM-TT	
11>		0 = nein 1 = ja		<input type="checkbox"/>	
Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small>		22		wenn Feld 22 = 1	
<input type="checkbox"/>		Hatte die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation?		23>	
12>		0 = nein 1 = ja		Datum der vorangegangenen Konisation JJJJ-MM-TT	
Betriebsstättennummer		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
13>		14>		wenn der Patient ambulant behandelt wird	
Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small>		Betriebsstättennummer BSNR		14>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
14-16 ambulant		14>		14>	
wenn der Patient ambulant behandelt wird		14>		14>	
Betriebsstättennummer BSNR		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Datensatz Konisation

30>	<p>Histologischer Befund präoperativ</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none">1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund, einschließlich Ektopie2 = Cervix uteri: CIN 13 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
-----	--

Datensatz Konisation

OPERATION	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
31-36	Prozedur
31	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthalts? <input type="checkbox"/> 1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation
32	Operationsdatum JJJJ-MM-TT <input type="text"/> <input type="text"/>
33	Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS http://www.dimdi.de 1. <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/>
34	Art der Prozedur <input type="checkbox"/> 1 = Messerkonisation 2 = Laserkonisation 3 = Schlingenkonisation 4 = Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
35	Kolposkopie durch den Operateur <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 35 = 1	
36>	Zeitpunkt der Kolposkopie <input type="checkbox"/> 1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä-und intraoperativ
37-48	Postoperativer Verlauf
37-45	Postoperative Befunde
37	Bericht liegt vor postoperative Histologie <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 37 = 1	
38>	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates postoperativ <input type="checkbox"/> 1 = nein 2 = ja, gut 3 = ja, schlecht
wenn Feld 38 IN (1;2)	
39>>	Endozervikaler Resektionsrand <input type="checkbox"/> 1 = im Gesunden entfernt 2 = nicht im Gesunden entfernt
40>>	Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand <input type="checkbox"/> 1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben
41>>	Ektozervikaler Resektionsrand <input type="checkbox"/> 1 = im Gesunden entfernt 2 = nicht im Gesunden entfernt
42>>	Abstand der Läsion zum ektozervikalen Resektionsrand <input type="checkbox"/> 1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben
43	Histologischer Befund postoperativ <input type="checkbox"/> 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund, einschließlich Ektopie 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
wenn Feld 43 IN (6;7)	
44>>	Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen <input type="checkbox"/> 1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben
45>	Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen <input type="checkbox"/> 1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben
46-48 Postoperative Komplikationen	
46	Behandlungsbedürftige, postoperative Blutungen <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 46 = 1	
47>	Behandlungsbedürftige postoperative Blutungen innerhalb von 4 Stunden <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
48>	Art der behandlungsbedürftigen, postoperativen Blutungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = OP-pflichtige Nachblutung 2 = transfusionsbedürftige Nachblutung

Datensatz Konisation

BASIS (WENN EINE KONISATION DURCHFÜHRT WURDE)	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
49-50	Entlassung
wenn der Patient stationär behandelt wird	
49>	Entlassungsdatum stationär JJJJ-MM-TT <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div>
50	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Datensatz Konisation

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1800 = Gefäßchirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1890 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1900 = Plastische Chirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1990 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1991 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1992 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2000 = Thoraxchirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2091 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2092 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2100 = Herzchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2190 = Herzchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2191 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2192 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2291 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2292 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2305 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2392 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2425 = Frauenheilkunde
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2500 = Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2591 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2592 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2790 = Augenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2791 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2891 = Neurologie
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2892 = Neurologie
0892 = Pneumologie	1792 = Neurochirurgie	2900 = Allgemeine Psychiatrie
		2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
		2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datensatz Konisation

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3690 = Intensivmedizin
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3691 = Intensivmedizin
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3692 = Intensivmedizin
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3700 = sonstige Fachabteilung
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3752 = Palliativmedizin
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3757 = Visceralchirurgie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3790 = Sonstige Fachabteilung
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3791 = Sonstige Fachabteilung
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3792 = Sonstige Fachabteilung
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3200 = Nuklearmedizin	
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3290 = Nuklearmedizin	
3291 = Nuklearmedizin	
3292 = Nuklearmedizin	
3300 = Strahlenheilkunde	
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
3390 = Strahlenheilkunde	
3391 = Strahlenheilkunde	
3392 = Strahlenheilkunde	
3400 = Dermatologie	
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3490 = Dermatologie	
3491 = Dermatologie	
3492 = Dermatologie	
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3600 = Intensivmedizin	
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie	
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie	
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	

<i>Ifd.Nr.</i>	<i>Feldbezeichnung Klartext</i>	<i>Schlüsselcode</i>	<i>Aufällhinweis</i>
BASIS			
BASISDOKUMENTATION (FELD 1-25)			
PATIENTENIDENTIFIZIERENDE DATEN			
1	zugehöriges QS-Modul	Schlüssel 1	Bei der Dokumentation des Minimaldatensatzes ist immer anzugeben, anstelle welchen QS-Moduls er angewendet wird (Bogenfeld ZUQSMODUL "Zugehöriges QS-Modul").
2	Identifikationsnummer des Patienten (im zugehörigen QS-Modul)		selbsterklärend
LEISTUNGSERBRINGERIDENTIFIZIERENDE DATEN (FELD 6-9)			
STATIONÄR (FELD 6-7)			
3	Institutionskennzeichen	http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.
3.1	Betriebsstätten-Nummer		Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.
4	Fachabteilung	§ 301 SGB V; § 301-Vereinbarung: http://dkgev.de (Schlüssel 2)	selbsterklärend
AMBULANT (FELD 8-9)			
5	Betriebsstätten-Nummer (KV-Nummer)		Die von der KV vergebenen Betriebsstätten-Nummern (BSNR) identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen an Krankenhäusern.

<i>Ifd.Nr.</i>	<i>Feldbezeichnung Klartext</i>	<i>Schlüsselcode</i>	<i>Aufüllhinweis</i>
6	Arztnummer (LANR)		Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.
PATIENT (FELD 10-26)			
7	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
8	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
9	Aufnahmedatum Einrichtung	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
10	Entlassungsdatum Einrichtung	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
11	Identifikationsnummer der Patientenbefragung		selbsterklärend
12	Bestehen Ausschlussgründe für die Teilnahme an der Patientenbefragung?	0 = nein 1 = ja	Ausschlussgründe für die Patientenbefragung sind: 1) Patientin mit Demenz; 2) Patientin kann die Sprache des Erhebungsinstrumentes nicht verstehen; 3) Patientin ist verstorben oder 4) Alter unter 18 Jahren, 5) Patient möchte nicht an der Befragung teilnehmen. Ein Ausschluss soll nur erfolgen, wenn ein Ausschlussgrund eindeutig vorliegt. Im Zweifelsfall soll die Patientin einen Fragebogen erhalten. Ein Ausschluss soll nur erfolgen, wenn ein Ausschlussgrund eindeutig vorliegt. Im Zweifelsfall soll der Patient einen Fragebogen erhalten.
wenn Feld 12 =1			
13	Datum der Fragebogenversendung	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
14	Datum der Reminderversendung	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend

lfd.Nr.	Bezeichnung	Schlüsselcode	Ausfüllhinweise
QS-Filter			
OPS IN KONISATION OPS UND ALTER ≥ 12			
Teildatensatz Basisdokumentation			
BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Basisdokumentation (FELD 1-19)			
Patientenidentifizierende Daten (FELD 1-5)			
1	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar	0 = nein 1 = ja	Hier ist zu dokumentieren, ob die nachfolgenden Versichertendaten (Institutionskennzeichen der Krankenkasse, Versichertennummer [alt] bzw. [neu], gesetzlich versichert) im Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) verfügbar sind und ggf. automatisch in die QS-Dokumentationssoftware übernommen werden können. Die fehlerfreie Dokumentation der Versichertendaten ist eine zentrale Voraussetzung für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Diese Information soll genutzt werden, um verschiedene QS-Dokumentationen (Index-Aufenthalt, Präoperative Diagnostik und Follow-up) einer Patientin auswerten zu können. Eine fehlerfreie und datenschutzkonforme Zusammenführung der pseudonymisierten Datensätze ist nur möglich, wenn die personenidentifizierenden Angaben fehlerfrei dokumentiert sind.
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	-	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3. SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sofern eine automatische Übernahme aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) möglich ist, wird dies bevorzugt.
3	Krankenversichertennummer	-	Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.
4	Einheitliche Krankenversichertennummer	-	Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.
5	Ist Patient gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	Das Datenfeld "Ist Patient gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis der Patientin ab. Beispielsweise ist die Frage mit ja zu beantworten, wenn das übermittelte "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" sich auf eine gesetzliche Krankenkasse bezieht. (Es sollte geprüft werden, ob sich das Institutionskennzeichen der Krankenkasse auf eine gesetzliche Krankenkasse bezieht.)

Leistungserbringeridentifizierende Daten (FELD 6-7)			
Stationär (FELD 6-7)			
6	Institutionskennzeichen	http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.
6.01	Betriebsstätten-Nummer	-	Diese "Betriebsstätten-Nummer" dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die "Betriebsstätten-Nummer" ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die "Betriebsstätten-Nummern" eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.
7	Fachabteilung	§ 301 SGB V; § 301- Vereinbarung: http://dkgev.de (Schlüssel 1)	selbsterklärend
Ambulant (FELD 8-9)			
8	Betriebsstätten-Nummer (KV-Nummer)	-	Die von der KV vergebenen "Betriebsstätten-Nummern (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen an Krankenhäusern.
9	Arztnummer (LANR)	-	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.
Patient (FELD 10-13)			
10	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin	-	Die "einrichtungsinterne Identifikationsnummer" erhält die Patientin bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die LQS oder das AQUA-Institut weitergegeben.
11	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
12	Aufnahmediagnose (n) ICD-10-GM	-	Hier wird die Diagnose zum Aufnahmezeitpunkt mittels ICD-Kode eingetragen.
13	Aufnahmedatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend

Anamnese (FELD 14-17)			
14	Bestehende Schwangerschaft?	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld kann automatisiert ausgefüllt werden, wenn eine der ICD O00 bis O99 im Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) eingetragen ist und eine automatisierte Übernahme in die QS-Dokumentation möglich ist.
wenn Feld 14 =1			
15	Schwangerschaftsdiagnose(n) (ICD-10-GM)		Differenzierte Bezeichnung der Schwangerschaft gemäß ICD 10 GM. Dieses Feld kann automatisiert ausgefüllt werden, wenn eine der ICD O00 bis O99 im KIS eingetragen ist und eine entsprechende Bedingung in der Software umgesetzt wird.
16	Hatte die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation?	0 = nein 1 = ja	Hier wird eingetragen, ob die Patientin vor diesem Aufenthalt bereits eine Konisation hatte (innerhalb von 3 Monaten)
wenn Feld 16 =1			
17	Datum der vorangegangenen Konisation	TT.MM.JJJJ	Wenn die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation hatte, dann muss das Datum der vorangegangenen Konisation dokumentiert werden.
Teildatensatz Operation (Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Prozedur (FELD 18-23)			
18	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthaltes?	1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation	Rekonisation = eine wiederholte Konisation während desselben Aufenthaltes. (unmittelbar auf die Erstkonisation folgend)
19	OP-Datum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
20	Operation (OPS)	http://www.dimdi.de (Schlüsselstabelle OPS)	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag in der Einrichtung gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2012 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn die Patientin am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.
21	Art der Prozedur	1 = Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2 = Messerkonisation 3 = Laserkonisation 4 = Schlingenkonisation 5 = Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6 = Amputation der Cervix uteri	selbsterklärend
22	Kolposkopie durch den Operateur	0 = nein 1 = ja	Hier wird eingetragen, ob die Kolposkopie durch den Operateur selbst vorgenommen wurde.
wenn Feld 22 =1			
23	Zeitpunkt der Kolposkopie	1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä- und intraoperativ	3= ist anzugeben, wenn sowohl prä- als auch intraoperativ eine Kolposkopie durchgeführt wurde. Der Zeitraum "präoperativ" wird auf 3 Monate begrenzt.

Postoperativer Verlauf (FELD 24-36)			
Postoperative Befunde (FELD 24-32)			
24	Bericht liegt vor Postoperative Histologie	0 = nein 1 = ja	Hier wird eingetragen, ob postoperativ ein Histologiebefund vorliegt.
wenn Feld 24 = 1			
25	Beurteilbarkeit des Präparates des histologischen Präparats postoperativ	0 = nein 1 = ja, gut 2 = ja, schlecht	Ist das Präparat nicht beurteilbar, muss "0" angegeben werden. Ist das Präparat gut beurteilbar, dann "1". Ist es schlecht beurteilbar, dann "2".
wenn Feld 24 = 1 und Feld 25 = 1 oder 2			
26	Endozervikaler Resektionsrand	0 = negativ 1 = positiv	Hier wird eingetragen, ob der endozervikale Resektionsrand befallen ist.
27	Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand	0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben	Hier wird der Sicherheitsabstand zum endozervikalen Resektionsrand angegeben.
28	Ektozervikaler Resektionsrand	0 = negativ 1 = positiv	Hier wird eingetragen, ob der ektozervikale Resektionsrand befallen ist.
29	Abstand der Läsion zum ektozervikalen Resektionsrand	0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben	Hier wird der Sicherheitsabstand zum ektozervikalen Resektionsrand angegeben.
30	Histologischer Befund postoperativ	1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund, einschließlich Ektopie 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind	Hier wird manuell der Befund aus dem präoperativen Histologiebericht eingetragen.
wenn Feld 30 = 6 oder 7			
31	Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben	Hier wird die vertikale Ausdehnung der invasiven Läsion in Millimetern angegeben.

32	Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben	Hier wird die horizontale Ausdehnung der invasiven Läsion in Millimetern angegeben.
Postoperative Komplikationen (FELD 33-34)			
33	Postoperative Komplikationen	0 = nein (keine postoperative Komplikation aufgetreten) 1 = ja (postoperative Komplikation aufgetreten)	selbsterklärend
wenn Feld 33 =1			
34	Art der postoperativen Komplikation	1 = OP-pflichtige Nachblutung 2 = transfusionsbedürftige Nachblutung 3 = nicht OP-pflichtige und nicht transfusionsbedürftige Nachblutung	1 = Nachblutung nach Konisation, die zur operativen Revision führt 2 = Nachblutung nach Konisation, die eine Bluttransfusion nötig macht 3 = Nachblutung nach Konisation, die nicht behandlungsbedürftig ist
BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
ENTLASSUNG (FELD 35-36)			
35	Entlassungsdatum Einrichtung	TT.MM.JJJJ	Gilt nur für stationäre Eingriffe: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationäre Aufenthalte gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV 2010
36	Entlassungsdiagnosen (ICD-10-GM)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag in der Einrichtung gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist..

Ifd.Nr.	Bezeichnung	Schlüsselcode	Ausfüllhinweise
QS-Filter			
OPS IN KONISATION_OPS UND ALTER ≥ 12			
Teildatensatz Basisdokumentation			
BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Basisdokumentation (FELD 1-11)			
Patientenidentifizierende Daten (FELD 1-5)			
1	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar	0 = nein 1 = ja	Hier ist zu dokumentieren, ob die nachfolgenden Versichertendaten (Institutionskennzeichen der Krankenkasse, Versichertennummer [alt] bzw. [neu], gesetzlich versichert) im Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) verfügbar sind und ggf. automatisch in die QS-Dokumentationssoftware übernommen werden können. Die fehlerfreie Dokumentation der Versichertendaten ist eine zentrale Voraussetzung für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Diese Information soll genutzt werden, um verschiedene QS-Dokumentationen (Indexaufenthalt Konisation, Präoperative Diagnostik und Follow-up) einer Patientin auswerten zu können. Eine fehlerfreie und datenschutzkonforme Zusammenführung der pseudonymisierten Datensätze ist nur möglich, wenn die personenidentifizierenden Angaben fehlerfrei dokumentiert sind.
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse		Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sofern eine automatische Übernahme aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) möglich ist, wird dies bevorzugt.
3	Krankenversichertennummer		Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.
4	Einheitliche Krankenversichertennummer		Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.
5	Ist Patient gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis der Patientin ab. Beispielsweise ist die Frage mit ja zu beantworten, wenn das übermittelte "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" sich auf eine gesetzliche Krankenkasse bezieht. (Es sollte geprüft werden, ob sich das Institutionskennzeichen der Krankenkasse auf eine gesetzliche Krankenkasse bezieht.)
Leistungserbringeridentifizierende Daten (FELD 6-7)			
Ambulant (FELD 6-7)			

6	Betriebsstätten-Nummer (KV-Nummer)		Die von der KV vergebenen "Betriebsstätten-Nummern (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen an Krankenhäusern.
7	Arztnummer (LANR)		Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.
Patientin (FELD 8-11)			
8	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten		Die Identifikationsnummer erhält die Patientin bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die LQS oder das AQUA-Institut weitergegeben.
9	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
HPV-Test (FELD 11-12)			
10	Konisation innerhalb der letzten 6 - 12 Monate?	0 = nein 1 = ja	Wurde die Patientin innerhalb der letzten 6 - 10 Monate konisiert?
wenn Feld 10=1			
11	HPV-Test	0 = nein 1 = ja (es liegt ein HPV-Test nach Konisation vor)	Wurde ein HPV-Test durchgeführt?
wenn Feld 11 = 1			
12	Datum HPV-Test	TT.MM.JJJJ	Tag des HPV-Tests.



Ausfüllhinweise Konisation (KON)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Stand: 31. Januar 2012 (QS-Spezifikation sqg_2.0)

Copyright © AQUA-Institut, Göttingen

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Filter (FILTER)			
1	Hatte die Patientin eine Konisation?	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 1 = 0			
2	Welche der angegebenen OPS-Kodes wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?	1 = 5-671.* 2 = 5-672.* 3 = 1-672	-
3	Anmerkung	-	-
4	Welche der angegebenen ICD-Kodes wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?	1 = C53.- 2 = D06.- 3 = D26.0 4 = N72 5 = N86 6 = N87.- 7 = N88.2 8 = N88.3	-
5	Anmerkung	-	-
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (wenn eine Konisation durchgeführt wurde) (B)			
Basisdokumentation			
6	Art der Abrechnung	1 = stationär 2 = ambulant, kollektivvertraglich 3 = ambulant, selektivvertraglich	Einrichtungen mit ambulanten Behandlungsfällen: <ul style="list-style-type: none"> Krankenhäuser mit Zulassung zum ambulanten Operieren nach §115b SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §301 SGB V) Krankenhäuser mit Ermächtigung für ambulante Leistungen nach §116a SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) Medizinische Versorgungszentren; selektivvertraglich und kollektivvertraglich tätig (Zulassung nach §95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) Facharztpraxen und Zusammenschlüsse von Facharztpraxen (Zulassung nach §95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) Hochschulambulanzen (Ermächtigung nach §117 (1) SGB V, Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V)
Patientenidentifizierende Daten			
7	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	-	<p>Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
8	Versichertennummer der	-	Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der

Anlagen	alten Versichertenkarte		<p>Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
9	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	-	<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
10	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	<p>Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis des Patienten ab.</p> <p>Als gesetzlich versichert gelten in diesem Zusammenhang alle Patienten, bei denen bei einem der im KIS hinterlegten potenziellen Kostenträger das Institutskennzeichen der Krankenversicherung mit der Ziffernfolge "10" beginnt.</p> <p>Dieses Datenfeld wird im Rahmen des üblichen QS-Datenexportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert.</p>
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
stationär			
wenn der Patient stationär behandelt wird			
11	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
12	Betriebsstättennummer	-	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
13	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-
ambulant			
wenn der Patient ambulant behandelt wird			

14	Anlage Betriebsstättennummer	-	Die von der KV vergebenen "Betriebsstätten-Nummern (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten.
bei angegebener Betriebsstätte optional			
15	Nebenbetriebsstättennummer	-	-
wenn der Patient ambulant behandelt wird			
16	Lebenslange Arztnummer	-	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.
Patient			
17	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	-	Die "einrichtungsinterne Identifikationsnummer" erhält der Patient bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle oder das AQUA-Institut übermittelt.
18	Geburtsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	-
19	Aufnahmedatum / Behandlungsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	<p>Gilt nur für stationäre Eingriffe:</p> <p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011</p>
wenn der Patient stationär behandelt wird			
20	Aufnahmediagnose(n)	-	Es sollen die Aufnahmediagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag in der Einrichtung gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.
Anamnese			
21	Bestehende Schwangerschaft?	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld kann automatisiert ausgefüllt werden, wenn eine der ICD O00 bis O99 im Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) eingetragen ist und eine automatisierte Übernahme in die QS-Dokumentation möglich ist.
22	Hatte die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation?	0 = nein 1 = ja	Hier wird eingetragen, ob die Patientin vor diesem Aufenthalt bereits eine Konisation hatte (innerhalb von 3 Monaten)
wenn Feld 22 = 1			
23	Datum der vorangegangenen Konisation	Format: JJJJ-MM-TT	Wenn die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation hatte, dann muss das Datum der vorangegangenen Konisation dokumentiert werden.
Präoperative Diagnostik			
Kolposkopie			
24	Präoperative Differentialkolposkopie	0 = nein 1 = ja	Wurde vor der Konisation eine Kolposkopie durchgeführt? Die präoperative Differentialkolposkopie dient zur weiteren Abklärung der Indikationsstellung, um eine ausreichende Beurteilung des Gewebes treffen zu können.
wenn Feld 24 = 1			
25	Qualifikation des	1 = Arzt in der Weiterbildung	

Anlage	Durchführenden	2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie 9 = unbekannt	Unter Zusatzausbildung ist eine über das Facharztniveau hinausgehende Kolposkopie-Ausbildung zu verstehen.
Zytologie			
26	Präoperative Zytologie - Bericht liegt vor	0 = nein 1 = ja	Liegt der Bericht der präoperativ durchgeführten Zytologie vor? Gemeint ist ausschließlich der zytologische Bericht, der für die Indikationsstellung zur Konisation herangezogen wurde.
wenn Feld 26 = 1			
27	Zytologischer Befund	1 = PAP I 2 = PAP II 3 = PAP III 4 = PAP IIID 5 = PAP IV a 6 = PAP IV b 7 = PAP V 9 = keine Angabe	Befund aus dem Zytologiebericht.
Histologie			
28	Aktuelle präoperative Histologie (Biopsie)	0 = nein 1 = ja	Liegt der Bericht der präoperativ durchgeführten Biopsie/Histologie vor? Eine aktuelle Histologie sollte nicht älter als drei Monate sein.
wenn Feld 28 = 1			
29	Datum der aktuellen präoperativen Histologie (Biopsie)	Format: JJJJ-MM-TT	Hier ist das Datum des histologischen Berichts einzutragen. Eine aktuelle Histologie sollte nicht älter als 3 Monate sein.
30	Histologischer Befund	1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund, einschließlich Ektopie 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind	-
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Operation (O)			
Prozedur			
31	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthalts?	1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation	Rekonisation = eine wiederholte Konisation während desselben Aufenthaltes. (unmittelbar auf die Erstkonisation folgend)
32	Operationsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	-
33	Operationen- und Prozedurenschlüssel	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahme-tag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2012 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.
34	Art der Prozedur	1 = Messerkonisation 2 = Laserkonisation 3 = Schlingenkonisation 4 = Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri	-
35	Kolposkopie durch den Operateur	0 = nein 1 = ja	Hier wird eingetragen, ob die Kolposkopie durch den Operateur selbst vorgenommen wurde.
wenn Feld 35 = 1			
36	Zeitpunkt der Kolposkopie	1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä- und intraoperativ	3= ist anzugeben, wenn sowohl prä- als auch intraoperativ eine Kolposkopie durchgeführt wurde.
Postoperativer Verlauf			
Postoperative Befunde			
37	Bericht liegt vor	0 = nein 1 = ja	Hier wird eingetragen, ob postoperativ ein Histologiebefund vorliegt.
wenn Feld 37 = 1			
38	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates	1 = nein 2 = ja, gut	Ist das Präparat nicht beurteilbar, muss "1" angegeben werden. Ist

Anlage C.4		3 = ja, schlecht	das Präparat gut beurteilbar, dann "2". Ist es schlecht beurteilbar, dann "3".
wenn Feld 38 IN (1;2)			
39	Endozervikaler Resektionsrand	1 = im Gesunden entfernt 2 = nicht im Gesunden entfernt	Hier wird eingetragen, ob der endozervikale Resektionsrand befallen ist. <ul style="list-style-type: none"> 1 = im Gesunden entfernt (negativer Absetzungsrand) 2 = nicht im Gesunden entfernt (positiver Absetzungsrand)
40	Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand	1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben	Hier wird der Sicherheitsabstand zum endozervikalen Resektionsrand angegeben.
41	Ektozervikaler Resektionsrand	1 = im Gesunden entfernt 2 = nicht im Gesunden entfernt	Hier wird eingetragen, ob der ektozervikale Resektionsrand befallen ist. <ul style="list-style-type: none"> 1 = im Gesunden entfernt (negativer Absetzungsrand) 2 = nicht im Gesunden entfernt (positiver Absetzungsrand)
42	Abstand der Läsion zum ektozervikalen Resektionsrand	1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben	Hier wird der Sicherheitsabstand zum ektozervikalen Resektionsrand angegeben.
43	Histologischer Befund	1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund, einschließlich Ektopie 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind	Hier wird manuell der Befund aus dem präoperativen Histologiebericht eingetragen.
wenn Feld 43 IN (6;7)			
44	Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben	-
45	Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben	-
Postoperative Komplikationen			
46	Behandlungsbedürftige, postoperative Blutungen	0 = nein 1 = ja	Mit behandlungsbedürftigen, postoperativen Blutungen sind Blutungen gemeint, die einer Re-OP (inkl. Umstechung und Koagulation) bedürfen bzw. bei denen die Transfusion von Erythrozytenkonzentrat(en) (ab der 1. Konserve) erforderlich ist.
wenn Feld 46 = 1			
47	Behandlungsbedürftige postoperative Blutungen innerhalb von 4 Stunden	0 = nein 1 = ja	Hier werden behandlungsbedürftige postoperative Blutungen eingetragen, die in einem Zeitraum von 4 Stunden, unmittelbar nach dem Eingriff aufgetreten sind.
48	Art der behandlungsbedürftigen, postoperativen Blutungen	1 = OP-pflichtige Nachblutung 2 = transfusionsbedürftige Nachblutung	<ul style="list-style-type: none"> 1 = Nachblutung nach Konisation, die zur operativen Revision führt 2 = Nachblutung nach Konisation, die eine Bluttransfusion nötig macht
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (wenn eine Konisation durchgeführt wurde) (B)			
Entlassung			
wenn der Patient stationär behandelt wird			
49	Entlassungsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	Gilt nur für stationäre Eingriffe: Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung; bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011, 2.

Anlage C.4		Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011, Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011.
50	Entlassungsdiagnose(n)	-
		Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist..

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin
Fachabteilungen	0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
	0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
	0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
	0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
	0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
	0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
	0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
	0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
	0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
	0150 = Innere Medizin/Tumorforschung
	0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
	0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
	0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
	0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
	0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
	0190 = Innere Medizin
	0191 = Innere Medizin
	0192 = Innere Medizin
	0200 = Geriatrie
	0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
	0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
	0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
	0290 = Geriatrie
	0291 = Geriatrie
	0292 = Geriatrie
	0300 = Kardiologie
	0390 = Kardiologie
	0391 = Kardiologie
	0392 = Kardiologie
	0400 = Nephrologie
	0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0436 = Nephrologie/Intensivmedizin
	0490 = Nephrologie
	0491 = Nephrologie
	0492 = Nephrologie
	0500 = Hämatologie und internistische Onkologie
	0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
	0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
	0590 = Hämatologie und internistische Onkologie
	0591 = Hämatologie und internistische Onkologie
	0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
	0600 = Endokrinologie
	0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
	0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0690 = Endokrinologie
	0691 = Endokrinologie
	0692 = Endokrinologie
	0700 = Gastroenterologie
	0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
	0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0790 = Gastroenterologie
	0791 = Gastroenterologie
	0792 = Gastroenterologie
	0800 = Pneumologie
	0890 = Pneumologie
	0891 = Pneumologie
	0892 = Pneumologie
	0900 = Rheumatologie
	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0990 = Rheumatologie
	0991 = Rheumatologie
	0992 = Rheumatologie
	1000 = Pädiatrie
	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie

1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
1051 = Langzeitbereich Kinder
1090 = Pädiatrie
1091 = Pädiatrie
1092 = Pädiatrie
1100 = Kinderkardiologie
1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
1190 = Kinderkardiologie
1191 = Kinderkardiologie
1192 = Kinderkardiologie
1200 = Neonatologie
1290 = Neonatologie
1291 = Neonatologie
1292 = Neonatologie
1300 = Kinderchirurgie
1390 = Kinderchirurgie
1391 = Kinderchirurgie
1392 = Kinderchirurgie
1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1500 = Allgemeine Chirurgie
1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV '95)
1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
1590 = Allgemeine Chirurgie
1591 = Allgemeine Chirurgie
1592 = Allgemeine Chirurgie
1600 = Unfallchirurgie
1690 = Unfallchirurgie
1691 = Unfallchirurgie
1692 = Unfallchirurgie
1700 = Neurochirurgie
1790 = Neurochirurgie
1791 = Neurochirurgie
1792 = Neurochirurgie
1800 = Gefäßchirurgie
1890 = Gefäßchirurgie
1891 = Gefäßchirurgie
1892 = Gefäßchirurgie
1900 = Plastische Chirurgie
1990 = Plastische Chirurgie
1991 = Plastische Chirurgie
1992 = Plastische Chirurgie
2000 = Thoraxchirurgie
2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2090 = Thoraxchirurgie
2091 = Thoraxchirurgie
2092 = Thoraxchirurgie
2100 = Herzchirurgie
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV '95)
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2190 = Herzchirurgie
2191 = Herzchirurgie
2192 = Herzchirurgie
2200 = Urologie
2290 = Urologie
2291 = Urologie
2292 = Urologie
2300 = Orthopädie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2390 = Orthopädie
2391 = Orthopädie
2392 = Orthopädie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie

2425 = Frauenheilkunde
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500 = Geburtshilfe
2590 = Geburtshilfe
2591 = Geburtshilfe
2592 = Geburtshilfe
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700 = Augenheilkunde
2790 = Augenheilkunde
2791 = Augenheilkunde
2792 = Augenheilkunde
2800 = Neurologie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
2890 = Neurologie
2891 = Neurologie
2892 = Neurologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
3200 = Nuklearmedizin
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
3290 = Nuklearmedizin
3291 = Nuklearmedizin
3292 = Nuklearmedizin
3300 = Strahlenheilkunde
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
3390 = Strahlenheilkunde
3391 = Strahlenheilkunde
3392 = Strahlenheilkunde
3400 = Dermatologie
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3490 = Dermatologie
3491 = Dermatologie
3492 = Dermatologie
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3600 = Intensivmedizin
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3651 = Intensivmedizin/Thorax- Herzchirurgie
3652 = Intensivmedizin/Herz- Thoraxchirurgie
3690 = Intensivmedizin
3691 = Intensivmedizin

3692 = Intensivmedizin
3700 = sonstige Fachabteilung
3750 = Angiologie
3751 = Radiologie
3752 = Palliativmedizin
3753 = Schmerztherapie
3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3755 = Wirbelsäulen Chirurgie
3756 = Suchtmedizin
3757 = Visceralchirurgie
3790 = Sonstige Fachabteilung
3791 = Sonstige Fachabteilung
3792 = Sonstige Fachabteilung



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unparteiliches Mitglied
Dr. Josef Siebig

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Karola Pötter-Kirchner
Abteilung Qualitätssicherung &
sektorenübergreifende Ver-
sorgungskonzepte

Telefon:
030 275838546

Telefax:
030 275838505

E-Mail:
karola.poetter-kirchner@g-ba.de

internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
KPK

Datum:
10. Oktober 2011

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

An die Beteiligten auf der Landesebene

Beteiligung der Landesebene an Probetrieben zur Vorbereitung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben möchte der Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA und das AQUA-Institut GmbH über den aktuellen Stand der Umsetzung erster Qualitätssicherungsverfahren auf Grundlage der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL, <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/>) informieren und Ihnen, als eine der in § 1 Abs. 5 Qesü-RL genannten Organisationen (Träger der LAG), die Möglichkeit zur Teilnahme an den geplanten Probetrieben anbieten.

Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss führt das AQUA-Institut derzeit die EDV-technische Aufbereitung und Machbarkeitsprüfung für die Verfahren „Kataraktoperation“, „Konisation“ und „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“ durch. Dabei erfolgen die technische Vorbereitung der weiteren Umsetzung und die erste Überprüfung der Praktikabilität der entwickelten Verfahren.

Im Anschluss ist die Durchführung von Probetrieben vorgesehen, die der Testung der Datenflüsse und der Verwertbarkeit der Daten sowie der Überprüfung der Indikatoren dienen. Die Probetriebe sind für die Beteiligten freiwillig und die Ergebnisse sind vertraulich.

In dieser Phase sollen die an der Umsetzung der Qualitätssicherung beteiligten Gruppen (insbesondere Ärzte und ärztliche Einrichtungen, Softwareanbieter und Organisationen der Landesebene) Gelegenheit erhalten, frühzeitig Erfahrungen zu sammeln und sich an der Gestaltung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Ihre aktive Beteiligung in dieser Phase kann dazu beitragen, die Anwender- und Nutzerfreundlichkeit der neuen Verfahren zu optimieren.

Die Probetriebe sollen im April/Mai 2012 beginnen und sind für eine Dauer von sechs Monaten angelegt. Mit Start der Probetriebe müssen wesentliche Teile der notwendigen Infrastruktur zur Umsetzung der Datenflüsse (Software, Datenservice) bei den Datenannahmestellen auf Landesebene bereits funktionsfähig sein.



Der Gemeinsame Bundesausschuss unterstützt die Durchführung der Probebetriebe. Das mit der Planung und Umsetzung betraute AQUA-Institut sucht gegenwärtig nach Ländern, die mit je einer Kassenärztlichen Vereinigung als Datenannahmestelle für kollektivvertragliche Ärzte und einer Datenannahmestelle für die stationäre und ambulante Behandlung am Krankenhaus (LQS oder LKG) an diesen Probebetrieben teilnehmen möchten.

Daher bitten wir Sie um folgende Informationen:

1. Datenannahme im kollektivvertraglichen Bereich:

Gemäß § 9 Abs. 1 Qesü-RL ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung/Kassenzahnärztliche Vereinigung (KV/KZV) die Datenannahmestelle für kollektivvertraglich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auf Landesebene.

- Hat Ihre KV Interesse als Datenannahmestelle im Rahmen anstehender Probebetriebe teilzunehmen?

2. Datenannahme im Krankenhausbereich

Gemäß § 9 Abs. 1 Qesü-RL ist die zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS) oder die Landeskrankenhausgesellschaft (LKG) die Datenannahmestelle für Krankenhäuser auf Landesebene.

- Hat Ihre LQS/ LKG Interesse als Datenannahmestelle im Rahmen anstehender Probebetriebe teilzunehmen?

3. Sonstiges

Gemäß § 5 Abs. 1 Qesü-RL bilden auf der Ebene der Bundesländer oder auch bundeslandübergreifend die jeweilige KV, KZV, LKG und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG). Für eine Teilnahme am Probebetrieb ist es wünschenswert, aber nicht erforderlich, dass bereits konstituierende Verträge zwischen den Beteiligten auf Landesebene geschlossen wurden. Falls in Ihrem Bundesland die Vereinbarungen zur Gründung einer LAG so weit vorangeschritten sind, dass verantwortliche Personen benannt wurden, würden wir uns freuen, wenn Sie uns diese als Ansprechpartner mitteilen würden.

Sofern in Ihrem Bundesland schon ein konkreter Termin zur Bildung einer LAG in Aussicht steht oder Sie uns einen verantwortlichen Ansprechpartner nennen können, würde uns dies als ergänzende Information interessieren.

4. Rekrutierung teilnehmender Einrichtungen

Ferner sind wir für Hinweise und Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Regionen zur Umsetzung von Probebetrieben in Ihrem Bundesland (z.B. durch Rekrutierung von Teilnehmern) dankbar.

Ihre Anregungen und Fragen im Hinblick auf die Probebetriebe sind uns wichtig und herzlich willkommen. Ihr Ansprechpartner im AQUA-Institut ist Herr Klaus Rittmeier, E-Mail: qsservice@aquainstitut.de, Tel. 0551 /789 52-0.

Bitte übermitteln Sie Ihre Rückmeldung mit Hilfe der beigefügten **Fax-Antwort bis zum 31. Oktober 2011 an das AQUA-Institut.**



Die Auswahl der für die Teilnahme am Probebetrieb geeigneten Länder soll Anfang November 2011 erfolgen. Anschließend melden wir uns in jedem Fall bei Ihnen. Wir würden uns freuen, wenn Sie an den Probebetrieben teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Josef Siebig
(Vorsitzender des Unterausschusses Qualitätssicherung)



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unparteiisches Mitglied
Dr. Josef Siebig

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Karola Pötter-Kirchner
Abteilung Qualitätssicherung &
sektorenübergreifende
Versorgungskonzepte

Telefon:
030 275838546

Telefax:
030 275838505

E-Mail:
karola.poetter-kirchner@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
KPK

Datum:
10. Oktober 2011

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

An die Softwareanbieter zur Beteiligung an Probetrieben

Beteiligung der Softwareanbieter an Probetrieben zur Vorbereitung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben möchte Sie der Gemeinsame Bundesausschuss über den aktuellen Stand der Umsetzung erster Qualitätssicherungsverfahren auf Grundlage der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) informieren. Gleichzeitig bittet er um Ihre Mitwirkung und ruft die Softwareanbieter auf, sich im Rahmen der geplanten Probetriebe zu beteiligen.

Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss hat die Institution nach § 137a SGB V (Aqua-Institut Göttingen) für die sektorenübergreifenden QS-Verfahren „Kataraktoperation“, „Konisation“ und „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“ Qualitätsindikatoren und Datensätze vorgelegt. In der nächsten Projektphase werden derzeit eine so genannte EDV-technische Aufbereitung der Datensätze sowie eine Machbarkeitsprüfung ihrer Anwendung durchgeführt. Wesentliche Ziele dieser Phase sind die technische Vorbereitung der weiteren Umsetzung und die Überprüfung der Praktikabilität der entwickelten Datensätze.

Im Anschluss ist die Durchführung freiwilliger Probetriebe vorgesehen, die der Testung der neuen Datenflüsse einschließlich der Einbindung der Vertrauensstelle sowie der Auswertbarkeit der Daten durch das Aqua-Institut dienen. Sie sollen allen an der Umsetzung der Qualitätssicherung beteiligten Gruppen (z. B. Vertragsärzten und Krankenhäuser, Softwareanbietern und Organisationen der Landes- und Bundesebene) Gelegenheit bieten, frühzeitig Erfahrungen zu sammeln und sich aktiv an der Gestaltung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen.

Es ist vorgesehen, die Probetriebe regional begrenzt – z. B. in einzelnen Regionen eines Bundeslandes – durchzuführen. Sie sollen im März/April 2012 beginnen und werden voraussichtlich sechs Monate dauern. Bei Start der Probetriebe muss die Infrastruktur soweit vorbereitet sein, dass Daten in der Einrichtung erfasst und an die jeweilige



Datenannahmestelle übermittelt werden können. Die Weiterleitung von der Datenannahmestelle zur Vertrauensstelle und von dort zur Institution nach § 137a SGB V muss gesichert sein.

Die Auswahl von teilnehmenden Einrichtungen für die Probebetriebe wird voraussichtlich ab November 2011 beginnen. Es werden diejenigen Teilnehmer ausgewählt, die über eine Qualitätssicherungssoftware verfügen, die bis zum Start der Probebetriebe funktionsfähig sein wird. Der G-BA bittet daher die Softwareanbieter, die Einrichtungen zu unterstützen, die ihre Softwareprodukte einsetzen und die freiwillig teilnehmen möchten. Dazu bedarf es der zeitnahen Umsetzung der Spezifikation SQG der Institution nach § 137a SGB V in Ihrem Hause.

Um sich frühzeitig mit den neuen technischen Anforderungen der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auseinandersetzen zu können, bietet das Aqua-Institut ausführliche Informationen an unter:

http://www.sgg.de/entwicklung/technische_entwicklung/technik_gesuerl/index.

Für weitere Informationen hierzu steht Ihnen das AQUA-Institut als Ansprechpartner zur Verfügung (Kontakt siehe unten). Die Verfügbarkeit der erforderlichen Infrastruktur auf der Bundesebene (Datenannahmestelle, Vertrauensstelle) ist gewährleistet.

Einige Softwareanbieter nutzen bereits jetzt im Rahmen der Machbarkeitsprüfungen die Möglichkeit, frühzeitig Erfahrungen zu sammeln, ihre Expertise einzubinden und sich aktiv an der Gestaltung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen.

Ihre Anregungen und Fragen im Hinblick auf die Probebetriebe sind uns wichtig und herzlich willkommen. Ihr Ansprechpartner im AQUA-Institut ist:

Herr Klaus Rittmeier, E-Mail: qsservice@aqua-institut, Tel. 0551 789 52-296

Wir würden uns freuen, wenn Sie an den Probebetrieben teilnehmen und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Dr. Josef Siebig
(Vorsitzender des Unterausschusses Qualitätssicherung)

■ SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 137A SGB V

Informationsschreiben zur Teilnahme an den Probetrieben für Kataraktoperation und Konisation

An Ärzte/Ärztinnen und Vertreter/Vertreterinnen ärztlicher Einrichtungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das AQUA-Institut beauftragt, im Rahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung für die Leistungsbereiche „*Kataraktoperation*“ und „*Konisation*“ sektorenübergreifend (ambulant, stationär und selektivvertraglich) Indikatoren, Instrumente, sowie die notwendige Dokumentation zu entwickeln. Die abgestimmten Verfahren werden zukünftig (2014) bundesweit verpflichtend gelten.

Die oben genannten Leistungsbereiche wurden einer sogenannten Machbarkeitsprüfung unterzogen. Daran werden sich in Kürze sogenannte „Probetriebe“ anschließen, in die alle relevanten Gruppen wie Ärzte und Ärztliche Einrichtungen, Softwareanbieter und Vertreter der Landesebenen eingebunden werden sollen. Die Teilnahme ist freiwillig.

Dazu sollen Ihre jeweiligen Softwareanbieter (sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich) Probeinstallationen der entsprechenden Qualitätssicherungssoftware bei Ihnen vornehmen. Auf Basis der Probeinstallationen sollen Daten erfasst und an die jeweils zuständigen Datenannahmestellen übermittelt werden, um den gesamten Datenfluss testen zu können. Um genügend Informationen für eine Vorbereitung der Verfahren auf den Regelbetrieb zu erhalten, sucht das AQUA-Institut interessierte Teilnehmer aus allen Versorgungsbereichen.

Zu Ihrer Information haben wir Ihnen ein Merkblatt beigelegt mit weiteren Angaben zu den Probetrieben. Außerdem finden Sie beiliegend ein Antwortformular auf unsere Anfrage bei Ihnen, sowie ein vorgefertigtes Schreiben, das Sie gerne nutzen können, um mit Ihrem Softwareanbieter in Kontakt zu treten und ihn um seine Mithilfe zu bitten.

Wenn Sie Ihr Wissen und Ihre Kompetenz bei der Vorbereitung eines der oben genannten QS-Verfahren einbringen und sich am Probetrieb beteiligen möchten, teilen Sie uns Ihr Interesse auf beigefügtem Anmeldeformular bitte schnellstmöglich mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr AQUA-Institut

■ SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 137A SGB V

Merkblatt für Leistungserbringer zur Teilnahme an den Probetrieben Katarakt und Konisation

Adressaten¹ des Merkblatts

Das vorliegende Merkblatt dient der Information von stationär, ambulant und/oder selektivvertraglich tätigen Einrichtungen und Ärzten, die überlegen, am Probetrieb zu den Themen Katarakt oder Konisation im Bereich der KV Nordrhein, der KV Westfalen-Lippe, der KV Niedersachsen, der LKG Nordrhein-Westfalen oder der LQS Niedersachsen teilzunehmen.

Was verbirgt sich hinter dem Begriff „Probetriebe?“

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Institution nach § 137a SGB V, das AQUA-Institut in Göttingen, beauftragt, im Rahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung (QS) für die Bereiche Kataraktoperation und Konisation sektorenübergreifend Indikatoren, Instrumente sowie die notwendige Dokumentation zu entwickeln. Die abgestimmten Verfahren werden zukünftig bundesweit verpflichtend gelten. Im Rahmen dieser Verfahren werden also erstmals Untersuchungen nicht nur in Form einer Follow-up-Betrachtung durchgeführt, sondern zugleich sektorenübergreifend (ambulant/stationär).

Die nun anstehenden so genannten Probetriebe im Anschluss an die Machbarkeitsprüfungen haben zum Ziel, alle für das Verfahren der Datenerhebung, -übermittlung und -auswertung relevanten Gruppen wie Ärzte, Ärztliche Einrichtungen, Softwareanbieter und Vertreter der Landesebene (z.B. KV, LKG, LQS) einzubinden. Die Probetriebe sollen der Testung der neuen Datenflüsse einschließlich der Einbindung der Vertrauensstelle sowie der Auswertbarkeit der Daten durch das AQUA-Institut dienen.

Was ist die rechtliche Grundlage für die Probetriebe?

Grundlage der Probetriebe ist die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL). Die Qesü-RL ihrerseits beruht auf

§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V: „[Der Gemeinsame Bundesausschuss] soll insbesondere Richtlinien beschließen über [...] 13. Qualitätssicherung [...]“ in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V: „(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement [...]“.

Den vollständigen Text der Qesü-RL finden Sie unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-471/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20.pdf.

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Angesprochen sind jedoch immer beide Geschlechter.

Wer ist das AQUA-Institut?

Das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH wurde 1995 in Göttingen gegründet. Wir arbeiten interessenunabhängig, neutral und interdisziplinär und sind wissenschaftlich stark vernetzt. Stellvertretend für unsere bisherigen Projekte sind etwa die Qualitätszirkel Pharmakotherapie, das Europäische Praxisassessment und die jährlichen Bundesauswertungen zur externen stationären Qualitätssicherung. Nähere Informationen finden Sie unter www.aqua-institut.de, www.europaeischespraxisassessment.de und www.a-qz.de.

Was macht das AQUA-Institut im Rahmen der sektorenübergreifenden QS?

Auftraggeber des AQUA-Instituts ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Das AQUA-Institut ist insbesondere beauftragt,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend (ambulant, stationär, selektivvertraglich) abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen

Die weitere Spezifizierung der Aufgaben erfolgt jeweils über Richtlinien des G-BA.

Grundsätzlich wird ein neues Thema durch den G-BA beauftragt. Das AQUA-Institut entwickelt die relevanten Qualitätsindikatoren bzw. wählt sie aus. Daran schließen sich die Machbarkeitsprüfung und der Probetrieb an, also die Erprobung der Umsetzbarkeit und Praktikabilität der Verfahren. Zum Abschluss wird das Verfahren in einer themenspezifischen Richtlinie festgelegt und der Regelbetrieb, also die tatsächliche Durchführung der Qualitätssicherung beginnt.

Wer kann an den Probetrieben teilnehmen?

Das AQUA-Institut sucht für die Probetriebe interessierte Teilnehmer aus allen Versorgungsbereichen. Teilnehmen kann grundsätzlich jeder Arzt und jede Einrichtung, der bzw. die

- Leistungen im Bereich Katarakt-OP bzw. Katarakt-Nachsorge oder im Bereich Konisationen erbringt,
- im Bereich der KV Nordrhein, der KV Westfalen-Lippe, der KV Niedersachsen, der LKG Nordrhein-Westfalen oder der LQS Niedersachsen tätig ist
- durch seinen bzw. ihren Softwareanbieter die notwendigen technischen Anpassungen für den Probetrieb vornehmen lässt

Besteht eine Verpflichtung zur Teilnahme an den Probetrieben?

Es besteht keine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an den Probetrieben. Gleichwohl bietet Ihnen die Teilnahme am Probetrieb die Möglichkeit, frühzeitig Erfahrungen mit den neuen Verfahren zu sammeln und sich aktiv an der Gestaltung der sektorenübergreifenden QS zu beteiligen. So wird es beispielsweise nach Abschluss der Probetriebe die Möglichkeit zum Feedback und für Optimierungsvorschläge Ihrerseits geben.

Welche finanzielle Unterstützung kann ich erwarten?

Eine finanzielle Unterstützung der an den Probebetrieben freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer ist vorgesehen. Einzelheiten dazu teilen wir oder Ihre Ansprechpartner auf der Landesebene auf Anfrage gerne mit.

Wie sieht der Zeitplan für die Probebetriebe aus?

Beginn	Ende	Name der Aufgabe
01.04.12	30.06.12	Dokumentation der Daten in den Einrichtungen
01.06.12	15.06.12	Export Probedatenpool
01.07.12	15.07.12	Datenexport und Datenprüfungen (auch: Vollzähligkeit/Sollstatistik)
16.07.12	30.07.12	Nachlieferungsfristen
30.07.12	15.09.12	Befragung der Einrichtungen
01.04.12	31.08.12	Erstellung eines Auswertungskonzeptes, Erstellung und Prüfung der Berichte
01.09.12		Bereitstellung der Feedbackberichte
September 2012		Abschlussworkshop mit den beteiligten Institutionen auf Landesebene (ggf. auch mit weiteren Beteiligten)
	30.09.2012	Berichterstellung

Kann ich auch zu einem späteren Zeitpunkt an den Probebetrieben teilnehmen?

Eine spätere Teilnahme an den Probebetrieben Katarakt und Konisation ist leider nicht möglich, da die Verfahren im Probebetrieb einmalig im festgelegten Zeitraum stattfinden.

Wo finde ich weitere Informationen über die Verfahren und zur Teilnahme?

Weitere Informationen und Unterlagen zu diesen und weiteren Verfahren finden Sie unter <http://www.sgg.de/entwicklung/neue-verfahren/index.html>.

Wer sind meine Ansprechpartner auf Länderebene?

Folgende Ansprechpartner können wir Ihnen nennen:

- KV Westfalen-Lippe:
 - o Technische Anforderungen und Regelbetrieb:
Herr Kampe, Tel.: 0231 9432 3223, E-Mail: stefan.kampe@kvwl.de
 - o Allgemeine Fragen:
Frau Pflanz, Tel.: 0231 9432-34 15, E-Mail: hedwig.pflanz@kvwl.de
Herr Kintrup, Tel.: 0231 9432 1030, E-Mail: andreas.kintrup@kvwl.de
- KV Nordrhein:
 - o Technische Fragen:
Herr Mohr, Tel.: 0211 59708005, E-Mail: gilbert.mohr@kvno.de
 - o Allgemeine Fragen:
Frau Mühlenkamp, Tel.: 0211 59708088, E-Mail: kirsten.muehlenkamp@kvno.de
Herr Bohnekamp, Tel.: 0211 59708213, E-Mail: stephan.bohnekamp@kvno.de

Für Fragen an die übrigen Partner auf Länderebene wenden Sie sich bitte direkt an die jeweils für Sie zuständige Einrichtung.

An wen kann sich mein Softwareanbieter wenden?

Die ambulanten Softwareanbieter wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit Schreiben vom 10. Oktober 2011 über die bevorstehenden Probebetriebe bereits informiert. Er bittet die Anbieter, Leistungserbringer, die an den Probebetrieben teilnehmen möchten, durch rechtzeitige Schaffung der informationstechnischen Voraussetzungen in ihrem Arztinformationssystem zu unterstützen. Das Schreiben des G-BA finden Sie unter <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3100/Teilnahme-Softwareanbieter-anProbebetrieben.pdf>.

Als Hilfestellung für Sie als Interessenten haben wir diesem Merkblatt ein Anschreiben an die Softwareanbieter beigelegt. Dieses Schreiben können Sie gerne verwenden, um Ihrem Anbieter einerseits Ihre Bereitschaft zur Teilnahme zu bekunden und ihm damit gleichzeitig weitere für ihn wichtige Informationen zu den Probebetrieben zukommen zu lassen.

Für weitere Auskünfte diesbezüglich ist Ihr Ansprechpartner des AQUA-Instituts Herr Klaus Rittmeier (E-Mail: gsservice@aquainstitut.de), der Ihnen gerne bei Ihren Fragen behilflich ist.

Wie kann das AQUA-Institut bei der notwendigen Softwareanpassung helfen?

Das AQUA-Institut kann bedauerlicherweise nicht direkt vor Ort bei Ihnen tätig werden. Wir können Ihnen bzw. Ihrem Softwareanbieter jedoch mit Informationen zum technischen Verfahren behilflich sein.

Welche Daten werden erfasst?

Verständlicherweise möchten Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Indikatoren berücksichtigt und welche Daten erhoben werden sollen. Damit Sie sich ein Bild machen können, finden Sie unter http://www.sgg.de/entwicklung/technische_entwicklung/technik_gesuerl/machbarkeit_kat_koni_pci.html die Grundlagen der Verfahren. Die Informationen auf dieser Seite werden aktualisiert, sobald es interessante neue Entwicklungen gibt.

An welche Stellen werden die erfassten Daten geliefert?

Sie liefern die für Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten für kollektivvertraglich oder stationär erbrachte Leistungen wie gewohnt an die zuständige KV bzw. LKG/LQS. Dort werden die Angaben zu Ihnen als Leistungserbringer pseudonymisiert und an die so genannte Vertrauensstelle geschickt. Die Vertrauensstelle ihrerseits erstellt Patientenpseudonyme, bevor sie die Daten an die Bundesauswertungsstelle (BAS) weiterleitet. Auf dem Weg von Ihnen zur BAS ist durch verschiedene Verschlüsselungs- bzw. Pseudonymisierungsmaßnahmen gewährleistet, dass die Daten nicht unbefugt genutzt werden können und jede Stelle im Datenfluss nur genau die Teile des Datenflusses bearbeiten und einsehen kann, die für sie vorgesehen sind.

QS-Daten für selektivvertraglich erbrachte Leistungen werden von Ihnen direkt an die Vertrauensstelle geschickt. Die sicherheitstechnischen Vorkehrungen sind hier ebenso gestaltet wie im vorherigen Absatz beschrieben.

Das vollständige Datenflussmodell der sektorenübergreifenden Verfahren finden Sie unter http://www.g-ba.de/downloads/83-691-210/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20_Anlage.pdf.

■ SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 137A SGB V

Merkblatt für Leistungserbringer zur Teilnahme an den Probetrieben Katarakt und Konisation

Adressaten¹ des Merkblatts

Das vorliegende Merkblatt dient der Information von stationär, ambulant und/oder selektivvertraglich tätigen Einrichtungen und Ärzten, die überlegen, am Probebetrieb zu den Themen Katarakt oder Konisation im Bereich der KV Nordrhein, der KV Westfalen-Lippe, der KV Niedersachsen, der LKG Nordrhein-Westfalen oder der LQS Niedersachsen teilzunehmen.

Was verbirgt sich hinter dem Begriff „Probetriebe?“

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Institution nach § 137a SGB V, das AQUA-Institut in Göttingen, beauftragt, im Rahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung (QS) für die Bereiche Kataraktoperation und Konisation sektorenübergreifend Indikatoren, Instrumente sowie die notwendige Dokumentation zu entwickeln. Die abgestimmten Verfahren werden zukünftig bundesweit verpflichtend gelten. Im Rahmen dieser Verfahren werden also erstmals Untersuchungen nicht nur in Form einer Follow-up-Betrachtung durchgeführt, sondern zugleich sektorenübergreifend (ambulant/stationär).

Die nun anstehenden so genannten Probebetriebe im Anschluss an die Machbarkeitsprüfungen haben zum Ziel, alle für das Verfahren der Datenerhebung, -übermittlung und -auswertung relevanten Gruppen wie Ärzte, Ärztliche Einrichtungen, Softwareanbieter und Vertreter der Landesebene (z.B. KV, LKG, LQS) einzubinden. Die Probebetriebe sollen der Testung der neuen Datenflüsse einschließlich der Einbindung der Vertrauensstelle sowie der Auswertbarkeit der Daten durch das AQUA-Institut dienen.

Was ist die rechtliche Grundlage für die Probebetriebe?

Grundlage der Probebetriebe ist die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL). Die Qesü-RL ihrerseits beruht auf

§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V: „[Der Gemeinsame Bundesausschuss] soll insbesondere Richtlinien beschließen über [...] 13. Qualitätssicherung [...]“ in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V: „(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement [...]“.

Den vollständigen Text der Qesü-RL finden Sie unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-471/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20.pdf.

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Angesprochen sind jedoch immer beide Geschlechter.

Wer ist das AQUA-Institut?

Das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH wurde 1995 in Göttingen gegründet. Wir arbeiten interessenunabhängig, neutral und interdisziplinär und sind wissenschaftlich stark vernetzt. Stellvertretend für unsere bisherigen Projekte sind etwa die Qualitätszirkel Pharmakotherapie, das Europäische Praxisassessment und die jährlichen Bundesauswertungen zur externen stationären Qualitätssicherung. Nähere Informationen finden Sie unter www.aqua-institut.de, www.europaeischespraxisassessment.de und www.a-qz.de.

Was macht das AQUA-Institut im Rahmen der sektorenübergreifenden QS?

Auftraggeber des AQUA-Instituts ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Das AQUA-Institut ist insbesondere beauftragt,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend (ambulant, stationär, selektivvertraglich) abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen

Die weitere Spezifizierung der Aufgaben erfolgt jeweils über Richtlinien des G-BA.

Grundsätzlich wird ein neues Thema durch den G-BA beauftragt. Das AQUA-Institut entwickelt die relevanten Qualitätsindikatoren bzw. wählt sie aus. Daran schließen sich die Machbarkeitsprüfung und der Probetrieb an, also die Erprobung der Umsetzbarkeit und Praktikabilität der Verfahren. Zum Abschluss wird das Verfahren in einer themenspezifischen Richtlinie festgelegt und der Regelbetrieb, also die tatsächliche Durchführung der Qualitätssicherung beginnt.

Wer kann an den Probetrieben teilnehmen?

Das AQUA-Institut sucht für die Probetriebe interessierte Teilnehmer aus allen Versorgungsbereichen. Teilnehmen kann grundsätzlich jeder Arzt und jede Einrichtung, der bzw. die

- Leistungen im Bereich Katarakt-OP bzw. Katarakt-Nachsorge oder im Bereich Konisationen erbringt,
- im Bereich der KV Nordrhein, der KV Westfalen-Lippe, der KV Niedersachsen, der LKG Nordrhein-Westfalen oder der LQS Niedersachsen tätig ist
- durch seinen bzw. ihren Softwareanbieter die notwendigen technischen Anpassungen für den Probetrieb vornehmen lässt

Besteht eine Verpflichtung zur Teilnahme an den Probetrieben?

Es besteht keine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an den Probetrieben. Gleichwohl bietet Ihnen die Teilnahme am Probetrieb die Möglichkeit, frühzeitig Erfahrungen mit den neuen Verfahren zu sammeln und sich aktiv an der Gestaltung der sektorenübergreifenden QS zu beteiligen. So wird es beispielsweise nach Abschluss der Probetriebe die Möglichkeit zum Feedback und für Optimierungsvorschläge Ihrerseits geben.

Welche finanzielle Unterstützung kann ich erwarten?

Eine finanzielle Unterstützung der an den Probetrieben freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer ist vorgesehen. Einzelheiten dazu teilen wir oder Ihre Ansprechpartner auf der Landesebene auf Anfrage gerne mit.

Wie sieht der Zeitplan für die Probetriebe aus?

Beginn	Ende	Name der Aufgabe
01.07.12	30.09.12	Dokumentation der Daten in den Einrichtungen
01.09.12	15.09.12	Export Probedatenpool
01.10.12	15.10.12	Datenexport und Datenprüfungen (auch: Vollzähligkeit/Sollstatistik)
16.10.12	31.10.12	Nachlieferungsfristen
31.10.12	15.12.12	Befragung der Einrichtungen
01.07.12	30.11.12	Erstellung eines Auswertungskonzeptes, Erstellung und Prüfung der Berichte
01.12.12		Bereitstellung der Feedbackberichte
Dezember 2012		Abschlussworkshop mit den beteiligten Institutionen auf Landesebene (ggf. auch mit weiteren Beteiligten)
	31.12.2012	Berichterstellung

Kann ich auch zu einem späteren Zeitpunkt an den Probetrieben teilnehmen?

Eine spätere Teilnahme an den Probetrieben Katarakt und Konisation ist leider nicht möglich, da die Verfahren im Probetrieb einmalig im festgelegten Zeitraum stattfinden.

Wo finde ich weitere Informationen über die Verfahren und zur Teilnahme?

Weitere Informationen und Unterlagen zu diesen und weiteren Verfahren finden Sie unter <http://www.sgg.de/entwicklung/neue-verfahren/index.html>.

Wer sind meine Ansprechpartner auf Länderebene?

- KV Westfalen-Lippe:
 - o Technische Anforderungen und Regelbetrieb:
Herr Kampe, Tel.: 0231 9432 3223, E-Mail: stefan.kampe@kvwl.de
 - o Allgemeine Fragen:
Frau Pflanz, Tel.: 0231 9432-34 15, E-Mail: hedwig.pflanz@kvwl.de
Herr Kintrup, Tel.: 0231 9432 1030, E-Mail: andreas.kintrup@kvwl.de
- KV Nordrhein:
 - o Technische Fragen:
Herr Mohr, Tel.: 0211 59708005, E-Mail: gilbert.mohr@kvno.de
 - o Allgemeine Fragen:
Frau Mühlenkamp, Tel.: 0211 59708088, E-Mail: kirsten.muehlenkamp@kvno.de
Herr Bohnekamp, Tel.: 0211 59708213, E-Mail: stephan.bohnekamp@kvno.de
- KV Niedersachsen: Frau Kuhn, Tel.: 0511 3803330, E-Mail: Sybille-Nadja.Kuhn@kvn.de
- LKG Niedersachsen: Herr Dr. Weirich, Tel.: 0511 3076331, E-Mail: pgs-qs@t-online.de
- LKG Nordrhein-Westfalen: Herr Färber, Tel.: 0211 4781922, E-Mail: rfaerber@kgnw.de

An wen kann sich mein Softwareanbieter wenden?

Die ambulanten Softwareanbieter wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit Schreiben vom 10. Oktober 2011 über die bevorstehenden Probebetriebe bereits informiert. Er bittet die Anbieter, Leistungserbringer, die an den Probebetrieben teilnehmen möchten, durch rechtzeitige Schaffung der informationstechnischen Voraussetzungen in ihrem Arztinformationssystem zu unterstützen. Das Schreiben des G-BA finden Sie unter <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3100/Teilnahme-Softwareanbieter-anProbebetrieben.pdf>.

Als Hilfestellung für Sie als Interessenten haben wir diesem Merkblatt ein Anschreiben an die Softwareanbieter beigelegt. Dieses Schreiben können Sie gerne verwenden, um Ihrem Anbieter einerseits Ihre Bereitschaft zur Teilnahme zu bekunden und ihm damit gleichzeitig weitere für ihn wichtige Informationen zu den Probebetrieben zukommen zu lassen.

Für weitere Auskünfte diesbezüglich ist Ihr Ansprechpartner des AQUA-Instituts Herr Klaus Rittmeier (E-Mail: gsservice@aquainstitut.de), der Ihnen gerne bei Ihren Fragen behilflich ist.

Wie kann das AQUA-Institut bei der notwendigen Softwareanpassung helfen?

Das AQUA-Institut kann bedauerlicherweise nicht direkt vor Ort bei Ihnen tätig werden. Wir können Ihnen bzw. Ihrem Softwareanbieter jedoch mit Informationen zum technischen Verfahren behilflich sein.

Welche Daten werden erfasst?

Verständlicherweise möchten Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Indikatoren berücksichtigt und welche Daten erhoben werden sollen. Damit Sie sich ein Bild machen können, finden Sie unter http://www.sgg.de/entwicklung/technische_entwicklung/technik_gesuerl/machbarkeit_kat_koni_pci.html die Grundlagen der Verfahren. Die Informationen auf dieser Seite werden aktualisiert, sobald es interessante neue Entwicklungen gibt.

An welche Stellen werden die erfassten Daten geliefert?

Sie liefern die für Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten für kollektivvertraglich oder stationär erbrachte Leistungen wie gewohnt an die zuständige KV bzw. LKG/LQS. Dort werden die Angaben zu Ihnen als Leistungserbringer pseudonymisiert und an die so genannte Vertrauensstelle geschickt. Die Vertrauensstelle ihrerseits erstellt Patientenpseudonyme, bevor sie die Daten an die Bundesauswertungsstelle (BAS) weiterleitet. Auf dem Weg von Ihnen zur BAS ist durch verschiedene Verschlüsselungs- bzw. Pseudonymisierungsmaßnahmen gewährleistet, dass die Daten nicht unbefugt genutzt werden können und jede Stelle im Datenfluss nur genau die Teile des Datenflusses bearbeiten und einsehen kann, die für sie vorgesehen sind.

QS-Daten für selektivvertraglich erbrachte Leistungen werden von Ihnen direkt an die Vertrauensstelle geschickt. Die sicherheitstechnischen Vorkehrungen sind hier ebenso gestaltet wie im vorherigen Absatz beschrieben.

Das vollständige Datenflussmodell der sektorenübergreifenden Verfahren finden Sie unter http://www.g-ba.de/downloads/83-691-210/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20_Anlage.pdf.



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Ergebnisbericht zum Probebetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Kataraktoperation

Stand: 5. Juni 2013

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Ergebnisbericht zum Probetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Kataraktoperation

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

15. März 2012

Datum der Abgabe:

14. Januar 2013, redaktionell überarbeitete Version vom 05. Juni 2013

Signatur:

12-SQG-027

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis.....	8
0. Management Summary	9
1. Einleitung	11
1.1. Kataraktoperationen.....	11
1.2. Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	11
1.3. Ziel des Probetriebs	11
1.4. Vorgesehene Erprobungsgegenstände.....	12
1.5. Erhebungsform	12
1.6. Notwendige Teilnehmer	12
2. Grundlagen des Probetriebs	14
2.1. Indikatorenset.....	14
2.2. Erhebungsinstrumente.....	14
2.3. QS-Auslösekriterien.....	15
2.3.1. Stand: Abschlussbericht und Beginn der Machbarkeitsprüfung.....	15
2.3.2. Stand: Ergebnisprotokoll Machbarkeitsprüfung und Beginn Probetrieb	16
2.3.3. Vor- und Nachteile der für den Probetrieb vorgeschlagenen QS-Auslösung.....	17
2.4. Datenfeldebene	18
2.4.1. Stand: Abschlussbericht und Beginn der Machbarkeitsprüfung.....	18
2.4.2. Stand: Ergebnisprotokoll Machbarkeitsprüfung und Beginn Probetrieb	18
3. Vorbereitung des Probetriebs	21
3.1. Zeitplan zur Vorbereitung des Probetriebs.....	22
3.2. Vorbereitung und Abstimmung der technischen Spezifikation.....	22
3.3. Vorbereitung eines Patientenmerkblatts	23
3.4. Definition der gesuchten Regionen	23
3.5. Rekrutierung der teilnehmenden Institutionen	24
3.5.1. Institutionen auf Länderebene /Datenannahmestellen.....	24
3.5.2. Softwareanbieter	24
3.5.3. Einrichtungen.....	24
3.6. Erkenntnisse aus der Rekrutierung	25
3.6.1. Hinderungsgründe für Softwareanbieter	25
3.6.2. Hinderungsgründe für Datenannahmestellen	25
3.6.3. Rekrutierungsschwierigkeiten für das AQUA-Institut.....	25
3.7. Kommunikationsplattform und Hotline.....	26

3.8. Operative Abstimmung mit den beteiligten Institutionen	26
3.9. Vorbereitung und Testung der Software	26
3.10. Startworkshop	27
4. Umsetzung des Probetriebs	28
4.1. Verschiebung des Beginns der Dokumentation	28
4.2. Zeitplan zur Umsetzung der Probetriebe	28
4.3. Beschränkung auf die Dokumentation im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich	29
4.4. Dokumentation der Daten in den Arztpraxen	29
4.5. Schriftliche Befragung der Einrichtungen	29
4.6. Auswertungskonzept und Berichterstellung	29
4.6.1. Grundsätzliche Überlegungen zu den Feedbackberichten für Leistungserbringer in sektorenübergreifenden Verfahren	30
4.6.2. Empfehlungen zu den Feedbackberichten für Leistungserbringer in sektorenübergreifenden Verfahren	32
4.6.3. Rechtlicher Kontext von Rückmeldungen an Leistungserbringer in sektorenübergreifenden Verfahren	33
4.6.4. Fazit zu den grundsätzlichen Überlegungen	34
4.6.5. Feedbackberichte im Probetrieb Kataraktoperation	35
4.6.6. Struktur und Inhalte der Feedbackberichte für den Probetrieb Kataraktoperation	36
4.6.7. Grafische Darstellung der Ergebnisse	38
4.6.8. Gesamtauswertung des Probetriebs („Bundesauswertung“)	41
4.6.9. Risikoadjustierung in QS-Verfahren	42
4.6.10. Risikoadjustierung im Probetrieb Katarakt	42
4.7. Bereitstellung und Weiterleitung der Feedbackberichte	42
4.7.1. Berichtsübermittlung im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich	42
4.7.2. Einsatz des Verschlüsselungsprogramms des AQUA-Instituts beim LE	42
4.7.3. Verfahren der Berichtsübermittlung	43
4.8. Testung der Vertrauensstelle als Datenannahmestelle	43
5. Ergebnisse der Durchführung	45
5.1. Gelieferte Daten und Datenauswertung - Übersicht	45
5.1.1. Anzahl Testdaten liefernder Praxen	45
5.1.2. Anzahl Echtdaten liefernder Praxen	45
5.1.3. Anzahl gelieferter, ausgewerteter und zusammengeführter Echtdatensätze	46
5.2. Gelieferte Daten und Datenauswertung - Ergebnisse	46
5.2.1. Darstellung der falsch positiven Auslösungen - Indexbogen	46
5.2.2. Darstellung der falsch positiven Auslösungen - Follow-up-Bogen	47
5.2.3. Darstellung der gelieferten Datensätze	48
5.2.4. Datensätze im Auswertungsdatenpool	49

5.3.	Ergebnisse auf Basis der QS-Auslösung	49
5.4.	Ergebnisse in Bezug auf die Indikatoren und die jeweils benötigten Datenfelder	56
5.4.1.	E07: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bis Visus cc \geq 0,6	56
5.4.2.	E01: Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation.....	57
5.4.3.	E17: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation.....	58
5.4.4.	E52: Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation.....	59
5.4.5.	E56: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation.....	60
5.4.6.	S88: Anästhesie-assoziierte Komplikationen.....	62
5.4.7.	S95: Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge	62
5.5.	Beurteilung des Datenflusses/Übertragungsverfahrens	63
5.5.1.	Nicht-Export der PID im Testexport	63
5.5.2.	Fehlende Rückprotokollierung der DAS	64
5.5.3.	Spezifikationsfehler	64
5.5.4.	Öffentliche Schlüssel der Vertrauensstelle	64
5.5.5.	Prüfungsablauf und Statusprotokollierung der VST-PSN	64
5.6.	Auswertung der schriftlichen Befragung der Einrichtungen	65
5.6.1.	Fragen zur Durchführung der Dokumentation.....	65
5.6.2.	Fragen zum Dokumentationsaufwand	65
5.7.	Ergebnisse des Abschlussworkshops.....	70
5.7.1.	Erkenntnisse aus Sicht des Softwareanbieters	70
5.7.2.	Erkenntnisse aus Sicht der Datenannahmestelle.....	71
5.7.3.	Erkenntnisse aus Sicht der teilnehmenden Leistungserbringer	72
6.	Schlussfolgerungen	74
6.1.	Beurteilung der technischen Umsetzung.....	74
6.2.	Umsetzungsszenarien.....	74
6.2.1.	Szenario 1: keine Umsetzung.....	75
6.2.2.	Szenario 2: Umsetzung des Dokumentationsbogens KAT sowie Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung	75
6.2.3.	Szenario 3: Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung	76
6.3.	Empfehlung.....	76
6.3.1.	QS-Auslösung.....	76
6.3.2.	Indikatoren und benötigte Datenfelder.....	77
6.3.3.	Zusammenfassung der Empfehlungen zur Spezifikation	81
7.	Vorschläge für die themenspezifischen Bestimmungen	83

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht des abgestimmten Indikatorensets und seiner Modifizierung in den Entwicklungsphasen des Verfahrens	14
Tabelle 2: Übersicht der Dokumentationsbögen und Modifizierung in den Entwicklungsphasen des Verfahrens	15
Tabelle 3: Übersicht der QS-Auslösung und Modifizierung in den Entwicklungsphasen des Verfahrens	18
Tabelle 4: Optionen für die Inhalte von Feedbackberichten (vorbehaltlich der datenschutzrechtlichen Bewertung)	30
Tabelle 5: Ergebnis- und Dokumentationsverantwortung Kataraktoperation	35
Tabelle 6: Datengrundlage (Probetrieb)	37
Tabelle 7: Übersicht erprobte Qualitätsindikatoren (Beispielwerte).....	37
Tabelle 8: Ergebnisse (Beispielwerte)	38
Tabelle 9: Grundgesamtheiten („Selbst operiert und selbst nachuntersucht“; Beispielwerte)	39
Tabelle 10: Verteilungen (Min, Perzentile, Median, Max; Beispielwerte).....	41
Tabelle 11: Anzahl Testdaten liefernder Praxen	45
Tabelle 12: Anzahl Echtdaten liefernder Praxen	45
Tabelle 13: Übersicht über gelieferte und empfangene Datensätze	46
Tabelle 14: ICD-Kodes bei falsch positiv ausgelösten Indexbögen.....	47
Tabelle 15: Freitextkommentare bei falsch positiv ausgelösten Indexbögen	47
Tabelle 16: GOP-Ziffern bei falsch positiv ausgelösten Follow-up-Bögen.....	47
Tabelle 17: Freitextkommentare bei falsch positiv ausgelösten Follow-up-Bögen (GOP-Ziffern)	48
Tabelle 18: ICD-Kodes bei falsch positiv ausgelösten Follow-up-Bögen.....	48
Tabelle 19: Freitextkommentare bei falsch positiv ausgelösten Follow-up-Bögen (ICD-Kodes).....	48
Tabelle 20: Gelieferte Datensätze und Datensätze im Datenannahmepool	49
Tabelle 21: Datensätze im Auswertungsdatenpool.....	49
Tabelle 22: Szenario 1 zur QS-Auslösung Kataraktoperation.....	50
Tabelle 23: Szenario 2 zur QS-Auslösung Kataraktoperation.....	51
Tabelle 24: Szenario 3 zur QS-Auslösung Kataraktoperation.....	51
Tabelle 25: Szenario 4 zur QS-Auslösung Kataraktoperation.....	52
Tabelle 26: Szenario 5 zur QS-Auslösung Kataraktoperation.....	52
Tabelle 27: Szenario 6 zur QS-Auslösung Kataraktoperation.....	53
Tabelle 28: Szenario 1 zur QS-Auslösung Katarakt Follow-up.....	54
Tabelle 29: Szenario 2 zur QS-Auslösung Katarakt Follow-up.....	54
Tabelle 30: Szenario 3 zur QS-Auslösung Katarakt Follow-up	55
Tabelle 31: Szenario 4 zur QS-Auslösung Katarakt Follow-up.....	55
Tabelle 32: Szenario 5 zur QS-Auslösung Katarakt Follow-up	55
Tabelle 33: Überwiegende Durchführung der Dokumentation (Operateure).....	65

Tabelle 34: Überwiegende Durchführung der Dokumentation (Follow-up)	65
Tabelle 35: Ärzte - Zeitaufwand für die Einarbeitung in die Dokumentation	66
Tabelle 36: Ärzte - Beurteilung des Zeitaufwands für die Einarbeitung in die Dokumentation.....	66
Tabelle 37: Mitarbeiter - Zeitaufwand für die Einarbeitung in die Dokumentation.....	66
Tabelle 38: Mitarbeiter - Beurteilung des Zeitaufwands für die Einarbeitung in die Dokumentation	67
Tabelle 39: Durchschnittlicher Zeitaufwand pro dokumentationspflichtigem Fall	67
Tabelle 40: Beurteilung des durchschnittlichen Zeitaufwands pro dokumentationspflichtigen Fall.....	68
Tabelle 41: Zeitraum zwischen Operation und QS-Dokumentation	68
Tabelle 42: Durchschnittlicher Zeitaufwand pro dokumentationspflichtigem Fall (Follow-up).....	69
Tabelle 43: Beurteilung des durchschnittlichen Zeitaufwands pro dokumentationspflichtigem Fall (verwertbare Antworten: 26)	69
Tabelle 44: Zeitraum zwischen einer Kataraktoperation und der Follow-up-Dokumentation (verwertbare Antworten: 27)	70
Tabelle 45: Übersicht der Indikatoren	75
Tabelle 46: Szenario 1 zur QS-Auslösung Kataraktoperation.....	76
Tabelle 47: Mögliche Auslösekriterien für den Dokumentationsbogen KAT_FU_S	77
Tabelle 48: Vorschläge für die themenspezifischen Bestimmungen	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Liniendiagramm (Beispielwerte).....	38
Abbildung 2: Darstellung der Grundgesamtheiten („Selbst operiert und selbst nachuntersucht“; Beispielwerte)	39
Abbildung 3: Box-and-Whisker Plot (Beispielwerte).....	39
Abbildung 4: Benchmarkdiagramm (Beispielwerte)	40

0. Management Summary

Die Summary gibt überblicksartig die Hauptkenntnisse aus dem Probetrieb und die Empfehlungen des AQUA-Instituts für das Verfahren *Kataraktoperation* wieder und bezieht sich dabei unmittelbar auf die in Abschnitt 1.4. beschriebenen Erprobungsgegenstände. Nähere Erläuterungen finden sich dann in den entsprechenden Kapiteln.

Grundsätzliche Anmerkungen:

Ein QS-Verfahren Kataraktoperation mit den im Probetrieb eingesetzten Instrumenten kann nicht oder nur sehr eingeschränkt für den Regelbetrieb empfohlen werden, da sich ein Follow-up mit den vorhandenen Erhebungsinstrumenten nicht abbilden lässt und der Aufwand in keinem Verhältnis zum Nutzen des Verfahrens steht. Alternativ könnte geprüft werden ob eine Datenerhebung mit Sozialdaten bei den Krankenkassen und Daten aus Patientenbefragungen in das Verfahren eingebunden werden könnte.

Dennoch macht das AQUA-Institut Vorschläge zu den themenspezifischen Bestimmungen, wie sie sich aktuell darstellen würden.

Die Rahmenbedingungen zur Erprobung im Einzelnen:

- Die Erprobung fand mit niedergelassenen Ärzten eines Bundeslandes, eines Softwareanbieters (Duria eG) und einer Datenannahmestelle (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein) vom 1. Juli bis 31. Dezember 2012 statt.
- Im stationären Sektor erfolgte mangels teilnahmebereiter Softwareanbieter keine Erprobung.
- Selektivvertragliche Fälle, die im Rahmen eines Selektivvertrags der KV Nordrhein erbracht wurden, wurden im Rahmen des Probetriebs als kollektivvertragliche Fälle dokumentiert und ausgewertet. Eine Erprobung des Datenflusses für selektivvertragliche Fälle, die nicht über die KV abgerechnet wurden, hat nicht stattgefunden.

Die Ergebnisse aus dem Probetrieb

- Die Testung der Vertrauensstelle als Datenannahmestelle im selektivvertraglichen Bereich durch das AQUA-Institut hat Fragen aufgeworfen, die ab Januar 2013 im Rahmen des Fachausschusses IT-QS besprochen werden sollen.
- Die Zusammenführung von Behandlungsergebnissen konnte mangels Teilnehmern aus dem stationären Bereich nicht sektorenübergreifend erprobt werden. Es konnten jedoch mittels Patientenspseudonymen die patientenbezogenen Behandlungsergebnisse von Kataraktoperationen und den folgenden Nachbehandlungen verknüpft werden.
- Die Verständlichkeit der Erhebungsinstrumente, die Verfügbarkeit der Daten und die Praktikabilität der Datenerhebung sowie die Funktionalität und Sachgerechtigkeit der Plausibilitätsprüfungen wurden ebenfalls erprobt.
- Implementationsbarrieren wurden insbesondere aus den Rückmeldungen der teilnehmenden Ärzte deutlich.
- Die Vertrauensstelle konnte hinsichtlich ihrer Funktion als Pseudonymisierungsstelle erfolgreich erprobt werden.
- Ein Auswertungskonzept wurde erstellt und anhand der konkreten übermittelten Daten erprobt, indem Berichte für die einzelnen Teilnehmer und eine Gesamtauswertung aller Daten des Probetriebs erstellt wurden.
- Nicht alle Aspekte des Datenflusses konnten erprobt werden, insbesondere nicht die Rückprotokollierung und die Ermittlung und Übermittlung der Sollstatistik.
- Der Datenfluss und die daraus resultierenden technischen Anforderungen werden von der Datenannahmestelle und dem Softwareanbieter als komplex, aber umsetzbar betrachtet.

- Vor weiteren Probetrieben wird von den Teilnehmern jedoch eine längere Vorbereitungs- und Erprobungsphase befürwortet.
- Die Erfahrungen im Probetrieb zeigen Änderungsbedarf insbesondere hinsichtlich der Follow-up-Indikatoren. Empfohlen wird die Streichung der Follow-up-Dokumentationen im ambulanten und im stationären Bereich für einen Regelbetrieb.
- Empfohlen wird eine Prüfung, inwieweit die Informationen aus den Follow-up im ambulanten und im stationären Bereich durch Sozialdaten bei den Krankenkassen und Daten aus einer Patientenbefragung ersetzt werden können.
- Als Ergebnis der Erprobung macht das AQUA-Institut Vorschläge für die Gestaltung der themenspezifischen Bestimmungen für einen Regelbetrieb des sektorenübergreifenden Verfahrens Kataraktoperation.

1. Einleitung

Der vorliegende Bericht beschreibt die Weiterentwicklung des sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens Kataraktoperation nach Abschluss der dazugehörigen Machbarkeitsprüfung. Die Machbarkeitsprüfung kann anhand des Protokolls vom 17. Februar 2012 nachvollzogen werden.

Der sich an die Machbarkeitsprüfung anschließende Probetrieb Kataraktoperation mit Dokumentationen durch die Leistungserbringer (LE), zunächst geplant ab dem 1. April 2012, fand ab dem 1. Juli 2012 statt. Die Dokumentation wurde jedoch nur im Bereich niedergelassener operierender bzw. nachbehandelnder Augenärzte durchgeführt. Eine Dokumentation im stationären Bereich konnte nicht stattfinden. Die entsprechenden Gründe dafür werden ebenfalls in diesem Bericht dargestellt.

Hauptgegenstand ist die Beschreibung der Vorbereitung des Probetriebs, dessen Durchführung, die Auswertung der Durchführung sowie die daraus resultierenden Vorschläge des AQUA-Instituts für die themenspezifischen Bestimmungen für den Regelbetrieb des Verfahrens Kataraktoperation.

1.1. Kataraktoperationen

Als Katarakt wird jede Trübung der ursprünglich klaren Augenlinse bezeichnet, und zwar unabhängig von ihrer Ursache. Die auch als „Grauer Star“ bekannte Eintrübung beeinträchtigt zunächst die Sehschärfe und kann über einen zunehmenden Sehverlust bis zur vollständigen Erblindung führen. Typische Symptome der Katarakt sind u.a. eine zunehmende Blendempfindlichkeit sowie ein unscharfes, weniger farbintensives Bild. Die Erkrankung, von der Frauen häufiger betroffen sind als Männer, verläuft schmerzlos und ist die weltweit am häufigsten auftretende Ursache für Erblindung. Ein vom IQWiG im Auftrag des G-BA erstellter Bericht wurde Anfang 2009 veröffentlicht und verweist auf die demografische Entwicklung und die damit zu erwartende einhergehende zukünftige Zunahme des Erkrankungsbildes.

1.2. Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 15. März 2012 wurde das AQUA-Institut als Institution nach § 137 SGB V mit der Durchführung eines Probetriebs für das QS-Verfahren Kataraktoperation vom 1. Juli bis zum 31. Dezember 2012 beauftragt. Gegenstand der Beauftragung war die Umsetzung dieses Probetriebs gemäß dem „Konzept zur Umsetzung der Probetriebe für Kataraktoperation und Konisation“ des AQUA-Instituts vom 8. März 2012.

1.3. Ziel des Probetriebs

Im Rahmen des Probetriebs sollten nach erfolgter informationstechnischer Aufbereitung und Durchführung der Machbarkeitsprüfung die weiteren Voraussetzungen und Möglichkeiten für die erfolgreiche Umsetzung des QS-Verfahrens Kataraktoperation in den Regelbetrieb geschaffen werden.

Dabei sollte auch ermittelt werden, ob die Daten entsprechend der vom AQUA-Institut vorgesehenen Planungen für die vorgeschlagenen Indikatoren und Instrumente erhebbar und die Ergebnisse aussagekräftig sowie für die Durchführung der Qualitätssicherung (QS) verwertbar sind. Neben diesen Aspekten sollten zudem die Weiterleitung und die Auswertung der Daten sowie die Erstellung und Versendung der Rückmeldeberichte im Fokus der Erprobung stehen.

1.4. Vorgesehene Erprobungsgegenstände

Innerhalb der sektorenübergreifenden QS-Verfahren gibt es zahlreiche neue Aspekte und Akteure, insbesondere:

- die Einbeziehung stationär, ambulant-kollektiv- und ambulant-selektivvertraglich erbrachter Leistungen,
- die Betrachtungen der Qualität von Behandlungsergebnissen nicht nur sektorenübergreifend, sondern auch im Zeitverlauf durch sog. Follow-up, ermöglicht durch die Mitlieferung und spätere Verknüpfung der (pseudonymisierten) Patientendaten (patientenidentifizierende Daten, PID) sowie
- die Einbindung der sog. Vertrauensstelle (VST), die für die Pseudonymisierung dieser persönlichen Daten der gesetzlich Versicherten zuständig ist.

Die konkreten Gegenstände der vorgesehenen Erprobung waren dementsprechend vielfältig:

- Verständlichkeit der Erhebungsinstrumente (Datensätze/Items, Ausfüllhinweise)
- Verfügbarkeit der Daten (für die Datenerfassung, Auslösung und Sollstatistik)
- Praktikabilität der Datenerhebung (z.B. Integration in den Workflow)
- Funktionalität und Sachgerechtigkeit der Plausibilitätsprüfungen
- Aufwandsschätzung
- Technische Funktionsfähigkeit des Verfahrenskonzepts (erweiterter Machbarkeitstest)
- Datenflüsse inkl. Rückmeldeprotokolle und Einbindung der Vertrauensstelle
- Verwendbarkeit (Auswertbarkeit) der Daten (Ergebnisse und Sollstatistik)
- Erstellung und Erprobung eines Auswertungskonzepts
- Verwertbarkeit der Daten für die Durchführung der QS, insbesondere die Identifikation auffälliger Ergebnisse aus der die Einleitung von Maßnahmen gem. § 17 der Qesü-RL abgeleitet werden kann
- Erkennen von Implementationsbarrieren (z.B. Mehrkosten, ablehnende Grundhaltung der Beteiligten o.ä.)

Im Probetrieb Kataraktoperation sollten dazu konkret die Daten der sog. Indexleistung, also der eigentlichen Operation des Grauen Stars, dokumentiert werden. Diese Dokumentation sollte im stationären, im ambulant-kollektivvertraglichen und im ambulant-selektivvertraglichen Bereich erfolgen. Diese Informationen der Indexleistung sollten schließlich mit den Dokumentationen der Nachbehandlung (stationär oder ambulant) auf Patientenebene verknüpft werden.

1.5. Erhebungsform

Die Erhebung sollte – bezogen auf die Patienten der teilnehmenden LE – als Vollerhebung über einen bestimmten Zeitraum (1. Juli bis 30. September 2012) bei freiwillig teilnehmenden LE stattfinden. Ein zweites Erhebungsinstrument, insbesondere zum Aufwand der Dokumentation und zur Einschätzung des Verfahrens durch die teilnehmenden LE, war eine Befragung der beteiligten LE, die nach Abschluss der Dokumentation durchgeführt wurde.

1.6. Notwendige Teilnehmer

Die entwickelten Indikatoren sollten probeweise anhand einer größeren Anwendergruppe aus ca. 40 freiwillig teilnehmenden LE und ihren jeweiligen Softwareanbietern (SWA) erhoben werden. In die Dokumentation sollten stationär, ambulant-kollektivvertraglich und ambulant-selektivvertraglich tätige LE einbezogen werden.

Zudem sollte sichergestellt werden, dass Softwareimplementierungen unterschiedlicher Hersteller mit Spezialisierung auf den ambulanten und den stationären Sektor einbezogen werden. Pro Sektor sollte dementsprechend mindestens eine Softwarevariante durch Integration in das führende Primärsystem (Praxisverwaltungssystem (PVS) bzw. Krankenhausinformationssystem (KIS)) erprobt werden.

In den Probetrieb aufgenommen werden sollten gesetzlich versicherte Patienten, die sich bei den am Probetrieb teilnehmenden LE einer Kataraktoperation unterzogen haben bzw. die im Anschluss an eine solche eine Nachuntersuchung erhielten. Dabei wurden nur Patienten berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Operation mindestens 50 Jahre alt waren. Von diesen Patienten sollten Daten entsprechend den Vorgaben des Beschlusses zur Durchführung des Probetriebs¹ dokumentiert werden.

Da es sich angesichts der erwarteten Fallzahlen zugleich um ein voraussichtlich länderbezogenes Verfahren handelt, sollten darüber hinaus Vertreter der Landesebene (Datenannahmestellen und Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) bzw. Vertreter der die LAG konstituierenden Organisationen) einbezogen werden, um den Datenfluss möglichst analog dem späteren Regelbetrieb zu erproben. Der Probetrieb fand im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) statt und die Daten wurden insoweit als regional begrenzte Stichprobe erhoben.

Die Beteiligung der Vertrauensstelle war im Rahmen des Probetriebs Kataraktoperation sowohl in der Funktion als Pseudonymisierungsstelle (VST-PSN) für die patientenidentifizierenden Daten (PID) als auch als Datenannahmestelle im selektivvertraglichen Bereich (VST-DAS) vorgesehen gewesen.

Das AQUA-Institut hatte die Aufgabe, die für den Probetrieb notwendigen Auslösekriterien und die technische Spezifikation mit den Beteiligten abzustimmen und bereitzustellen. Im Probetrieb selbst sollte das Institut die Daten in seiner Rolle als Bundesauswertungsstelle annehmen, prüfen und auswerten, Feedbackberichte für die beteiligten LE erstellen und übermitteln sowie den Bericht zum Probetrieb und die darauf basierenden Vorschläge für die themenspezifischen Bestimmungen erarbeiten und dem G-BA vorlegen.

¹ http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1435/2011-12-15_Probetrieb_Kataraktoperation.pdf und http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1464/2012-03-15_Beschluss-Aenderung_Kataraktoperation.pdf

2. Grundlagen des Probetriebs

2.1. Indikatorenset

Im Abschlussbericht wurden alle in Tabelle 1 aufgeführten Indikatoren zur Umsetzung empfohlen. Mit Ausnahme der Indikatoren zur Patientenbefragung (P85: Aufklärung über die Risiken der Behandlung aus Patientensicht, P96: Gemeinsame Entscheidungsfindung aus Patientensicht, P97: Ergebnis der Kataraktoperation aus Patientensicht) und dem Indikator (S95: Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge) wurden alle Indikatoren in der Machbarkeitsprüfung überprüft. Die Indikatoren P85, P85 und P97 werden in der Patientenbefragung erhoben und waren aus diesem Grund für den Probetrieb nicht relevant.

- Wie in Tabelle 1 dargestellt, wurden im Probetrieb, mit Ausnahme des o.g Indikators aus der Patientenbefragung, alle Indikatoren in der Auswertung des Probetriebs berücksichtigt.
- Im Anhang A.1 und A.2 befinden sich zur Ansicht die Indikatordatenblätter der verschiedenen Entwicklungsstadien (Stand: Abschlussbericht und Stand: nach Machbarkeitsprüfung).

Tabelle 1: Übersicht des abgestimmten Indikatorensets und seiner Modifizierung in den Entwicklungsphasen des Verfahrens

QI-ID	Bezeichnung	Abschlussbericht	Machbarkeitsprüfung	Probetrieb
E07	Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc $\geq 0,6$	X	X	X
E01	Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation	X	X	X
E17	Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation	X	X	X
E52	Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation	X	X	X
E56	Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation	X	X	X
S88	Anästhesie-assoziierte Komplikationen	X	X	X
S95	Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge	X		X
P85	Aufklärung über die Risiken der Behandlung aus Patientensicht	X		
P96	Gemeinsame Entscheidungsfindung aus Patientensicht	X		
P97	Ergebnis der Kataraktoperation aus Patientensicht	X		

2.2. Erhebungsinstrumente

In Tabelle 2 ist dargestellt, welche Dokumentationsbögen in den verschiedenen Phasen der Entwicklung und Erprobung des Verfahrens Kataraktoperation entwickelt bzw. geprüft wurden.

Im Abschlussbericht sowie zu Beginn der Machbarkeitsprüfung gab es zwei Dokumentationsbögen, einen Bogen zur Dokumentation der Indexleistung (KAT) und einen Bogen zur Dokumentation des Follow-up (KAT_FU). Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung und während der Vorbereitung des Probetriebs wurde festgestellt, dass in bestimmten Fallkonstellationen der Indikator E52 „Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis

innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation“ mit den in der Machbarkeitsprüfung getesteten Dokumentationsbögen nicht abgebildet werden kann, da mit den Dokumentationsbögen KAT und KAT_FU lediglich ermittelt werden kann, wie viele Patienten eine Endophthalmitis hatten, unabhängig davon, ob das Krankheitsbild stationär behandelt worden ist. Zudem würden Patienten nicht erfasst werden, die nach der Frist der Fallzusammenführung eine stationäre Einrichtung aufgrund einer Endophthalmitis nach Kataraktoperation aufsuchen. Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurde deshalb eine Erhebung des Indikators über Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen. Da dies im Probetrieb nicht möglich war, sollte der Indikator über eine manuelle Dokumentation erhoben werden. Um die Abbildung des Indikators in allen Fällen zu gewährleisten, wurde ein weiterer Dokumentationsbogen mit separater Auslösung speziell für diesen einen Indikator im stationären Bereich erstellt.

Für den Probetrieb bestand die Spezifikation daher aus drei Dokumentationsbögen (KAT, KAT_FU_A und KAT_FU_S).

Im Anhang B.1 bis B.7 befinden sich die Dokumentationsbögen der verschiedenen Entwicklungsstadien.

Tabelle 2: Übersicht der Dokumentationsbögen und Modifizierung in den Entwicklungsphasen des Verfahrens

Stand Dokumentationsbogen	Ab- schluss- bericht	Beginn Mach- barkeits- prüfung	Ergebnisprotokoll Machbarkeits- prüfung	Beginn Probetrieb
Kataraktoperation (KAT)	X	X	X	X
Katarakt Follow-up (KAT_FU)	X	X		
Katarakt Follow-up ambulant (KAT_FU_A)			X	X
Katarakt Follow-up stationär (KAT_FU_S)			X	X

2.3. QS-Auslösekriterien

2.3.1. Stand: Abschlussbericht und Beginn der Machbarkeitsprüfung

Im Abschlussbericht der Verfahrensentwicklung Kataraktoperation wurde für die Auslösung der Dokumentationspflicht die Kombination der Diagnosestellung (H25.- bis H28.-, Affektionen der Linse) in Verbindung mit dem Prozedurenschlüssel (5-144.-) vorgeschlagen (siehe Tabelle 3). Durch diese weit gefasste Auslösung sollte erreicht werden, dass auch Dokumentationen wie z.B. Patient mit Diabetes mellitus (E11.3- + H28.0*) sowie sonstige oder nicht näher bezeichnete Affektionen der Linse (H27.8 und H.27.9) eine QS-Dokumentation auslösen. Zudem hätte die Dokumentation nicht durch eine geringfügige Umkodierung umgangen werden können. Eine Bereinigung sollte durch einen Ausschluss von Patienten, die jünger als 50 Jahre sind, erfolgen.

Da sowohl Diabetes mellitus als Vorerkrankung als auch andere OP-relevante Risikofaktoren (u.a. Cataracta matura und hypermatura) erfasst werden, wäre eine diesbezügliche Stratifizierung möglich gewesen, d.h., die Vorerkrankungen bzw. Risikofaktoren hätten für eine Risikoadjustierung berücksichtigt werden können. Dies hätte eine verbesserte Validität und Vollzähligkeit der Daten ermöglicht.

Follow-up

Die Auslösung der Follow-up-Dokumentation über ICD- und OPS-Kodes wurde aufgrund der vorgegebenen Bedingungen (Zustand nach Kataraktoperation + Zeitfenster zwischen Operation und Nachuntersuchung + Auftreten einer Komplikation oder Bestimmung der post-operativen Refraktion) als eher ungeeignet eingeschätzt.

Im Rahmen des Abschlussberichts wurde eine Identifizierung der dokumentationspflichtigen Nachsorgeuntersuchungen über einen „QS-Marker“ auf der elektronische Gesundheitskarte (eGK) empfohlen. Mit der Auslösung über den „QS-Marker“ sollte ebenfalls die zeitnahe Dokumentation gewährleistet werden.

Im Rahmen der Vorbereitungen auf die Machbarkeitsprüfung stellte sich heraus, dass die Verwendung des „QS-Markers“ auf der eGK nicht in absehbarer Zeit möglich sein wird.

2.3.2. Stand: Ergebnisprotokoll Machbarkeitsprüfung und Beginn Probetrieb

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurden die Kriterien zur Umsetzung angepasst. Es wurde weiterhin empfohlen die ICD-Kodes und OPS-Kodes weit zu fassen, um unerwünschte Effekte (nicht vollzählige Erfassung der Kataraktoperationen) zu vermeiden. Die Wirksamkeit sollte im Probetrieb geprüft werden.

Aufgrund der Erfahrungen und Aussagen beteiligter Experten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurden die in Tabelle 3 angegebenen Kriterien zur QS-Auslösung definiert. Unterschieden wurden hier jeweils die Auslösung im ambulanten bzw. stationären Sektor sowie die Auslösung im Rahmen von Selektivverträgen im ambulanten Bereich.

Operation

Auslösung im ambulanten und im stationären Sektor

Das AQUA-Institut empfahl, für die Auslösung der Indexleistung grundsätzlich die unter 5-144.* stehenden OPS-Kodes sowie die unter 5-143.* stehenden OPS-Kodes zu verwenden. Um das spezifische Patientenkollektiv zu erreichen, wurden für die Auslösung zusätzlich die ICD-Kodes H25.- bis H28.- sowie das Alter ≥ 50 Jahre als Auslösekriterien berücksichtigt (siehe Tabelle 3). Zudem wurde empfohlen, die verwendeten Kodes als Viersteller (OPS-Kodes) oder als Dreisteller (ICD-Kodes) in die Dokumentationspflicht zu überführen, um alle Variationen in der endstelligen Verschlüsselung zu erfassen. Den aufgeführten OPS- und ICD-Kodes wird zudem die Abfrage der Filterfrage „Hatte der Patient eine Kataraktoperation?“ nachgeschaltet, um sicherzustellen, dass auch eine Kataraktoperation durchgeführt wurde. Wenn die Filterfrage verneint wurde, sollten die Operateure gleichzeitig erfassen, welcher OPS- bzw. ICD-Kode die (Falsch-)Auslösung verursacht hat, um so nach Abschluss des Probetriebs geeignete von ungeeigneten Auslösern unterscheiden zu können.

Besonderheiten der Auslösung im Rahmen von Selektivverträgen

Im ambulante-selektivvertraglichen Bereich wurde aufgrund der bekannten Selektivvertragsvarianten empfohlen, einen Algorithmus anzuwenden, bei dem die Dokumentation der Indexleistung entweder durch einen OPS-Kode oder durch einen ICD-Kode ausgelöst wird. Zusätzlich sollte auch hier sowohl das Alter der Patienten (≥ 50 Jahre) abgefragt als auch die Filterfrage „Hatte der Patient eine Kataraktoperation?“ gestellt werden. Wenn die Filterfrage verneint wurde, sollten die Operateure gleichzeitig erfassen, welcher (OPS-) ICD-Kode die (Falsch-)Auslösung verursacht hat, um so nach Abschluss des Probetriebs geeignete von ungeeigneten Auslösern unterscheiden zu können.

Follow-up (ambulant)

Auslösung im ambulanten Sektor

Das AQUA-Institut hat im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung die Auslösung zur Dokumentation durch GOP-Ziffern empfohlen. Diese GOP-Ziffern stehen allerdings für die Vergütung der unspezifischen Leistung „Postoperative Behandlung aufgrund einer intraokularen Operation“ und können deswegen die Nachuntersuchung nach Katarakt-OP nicht spezifisch auslösen. Daher wurden die in Tabelle 3 aufgeführten ICD-Kodes sowie das Alter des Patienten als weitere Auslösekriterien (logische UND-Verknüpfungen) ergänzt.

Für den Probetrieb sollte zum einen die Filterfrage „Hatte der Patient eine Kataraktoperation in den letzten 6 Wochen?“ immer abgefragt werden, zum anderen wurde in den Dokumentationsbogen ein zusätzliches Datenfeld zur Überprüfung der angegebenen unspezifischen Kriterien zur QS-Auslösung eingefügt. Dieses Datenfeld sollte dazu dienen, die Spezifität der Kriterien zur QS-Auslösung zu erhöhen.

Besonderheiten der Auslösung im Rahmen von Selektivverträgen

Im ambulant-selektivvertraglichen Bereich wurde aufgrund der bekannten Selektivvertragsvarianten empfohlen, einen Algorithmus anzuwenden, bei dem die Dokumentation der Nachbehandlung entweder durch eine GOP-Ziffer oder einen ICD-Kode ausgelöst wird. Zusätzlich sollte auch hier sowohl das Alter der Patienten (≥ 50 Jahre) abgefragt als auch die Filterfrage „Hatte der Patient eine Kataraktoperation?“ gestellt werden. Wenn die Filterfrage verneint wurde, sollten die Operateure gleichzeitig erfassen, welche GOP-Ziffer bzw. welcher ICD-Kode die Auslösung verursacht hat, um so nach Abschluss des Probetriebs geeignete von ungeeigneten Auslösern unterscheiden zu können.

Follow-up (stationär)

Da der Indikator E52 „Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation“ auch durch Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden kann, hat das AQUA-Institut eine Erhebung über diese Quelle empfohlen, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, den Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer zu verringern.

Der Indikator sollte dennoch im Rahmen der Probetriebe über die Leistungserbringer zu Testzwecken erhoben werden, und um den Dokumentationsaufwand abzuschätzen. Dies sollte mit einem separaten QS-Dokumentationsbogen (KAT_FU_S) geschehen. Der Bogen sollte ausgelöst werden, wenn eine stationäre Einrichtung die ICD-Kodes H44.0 (Purulente Endophthalmitis) oder H44.1 (Sonstige Endophthalmitis) verschlüsselt hat und der Patient 50 Jahre oder älter ist. Daraufhin sollte die Filterfrage „Hatte der Patient innerhalb der letzten 3 Monate eine Kataraktoperation?“ erscheinen (siehe Tabelle 3).

2.3.3. Vor- und Nachteile der für den Probetrieb vorgeschlagenen QS-Auslösung

Die zum Probetrieb empfohlene Auslösung hat folgende Nachteile:

- Im ambulant-selektivvertraglichen Bereich würden durch die aufgeführten ICD-Kodes auch viele nicht dokumentationspflichtige Fälle ausgelöst werden. Die Häufigkeiten zur Dokumentation dieser Codes sind dem AQUA-Institut allerdings nicht bekannt.
- Grundsätzlich ist es bei einer Auslösung mit ICD- und OPS-Kodes nicht möglich, die ambulant-selektivvertraglichen und die ambulant-kollektivvertraglich abgerechneten Patienten voneinander zu unterscheiden. Daher können auch die Auslöskriterien nicht differenziert abgefragt werden. Folglich würden, bezogen auf die Empfehlungen für den Probetrieb, die aufgeführten ICD-Kodes für den ambulant-selektivvertraglichen Bereich auch im stationären und im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich zu einer Auslösung führen. Das bedeutet, dass jeder Arzt, der eine der aufgeführten Diagnosen dokumentiert, einen Dokumentationsaufwand durch das Verneinen der Filterfrage hat, unabhängig davon, ob der Patient während desselben Aufenthalts/bei derselben Untersuchung operiert wird.

Ziel und zugleich der entscheidende Vorteil der Empfehlungen für den Probetrieb war, möglichst alle Kataraktoperationen und Nachbehandlungen zu erfassen und im Probetrieb gleichzeitig den potenziellen Mehrwert bzw. den Aufwand, der mit den weitgefassten Auslöskriterien einhergeht, zu ermitteln. Aus diesem Grund wurde ein zusätzliches Datenfeld eingefügt. Dieses Datenfeld schloss sich unmittelbar an die Filterfrage an und sollte dazu dienen, die Spezifität der Kriterien zur QS-Auslösung zu erhöhen, indem bei Verneinung der Filterfrage derjenige OPS- und/oder ICD-Kode angegeben werden soll, der zur Falschauslösung geführt hat.

Tabelle 3: Übersicht der QS-Auslösung und Modifizierung in den Entwicklungsphasen des Verfahrens

Stand: Abschlussbericht	Stand: Beginn Machbarkeitsprüfung	Stand: Ergebnisprotokoll Machbarkeitsprüfung	Stand: Beginn Probebetrieb
KAT ICD: H25.- bis H28.- OPS: 5-144.-	KAT ICD: H25.- bis H28.- OPS: 5-144.-	KAT ICD: H25.- bis H28.- OPS: 5-144.-, 5-143.- + Filterfrage	KAT ICD: H25.- bis H28.- OPS: 5-144.-, 5-143.- + Filterfrage
KAT_FU: eGK, Patientenpass	KAT_FU	KAT_FU_A: ICD: Z96.1, H27.0 GOP: 31718, 31716, 31719, 31717, 90778, 99881E, 99881K, 90446 + Filterfrage	KAT_FU_A: ICD: Z96.1, H27.0 GOP: 31718, 31716, 31719, 31717, 90778, 99881E, 99881K, 90446 + Filterfrage
_____	_____	KAT_FU_S: ICD: H44.0, H44.1 + Filterfrage	KAT_FU_S: ICD: H44.0, H44.1 + Filterfrage

2.4. Datenfeldebene

Neben den oben beschriebenen Änderungen wurden im Rahmen der weiteren Entwicklung des Verfahrens auch Änderungen für die Datenfelder der Dokumentationsbögen und der entsprechenden Ausfüllhinweise sowie Plausibilitätsregeln umgesetzt. Änderungen administrativer Datenfelder werden hier nicht berücksichtigt.

2.4.1. Stand: Abschlussbericht und Beginn der Machbarkeitsprüfung

Folgende Datenfelder wurden im Dokumentationsbogen KAT angepasst:

- Das Datenfeld „Pupillendurchmesser in Mydriasis“ ist in der weiteren Vorbereitung der Machbarkeitsprüfung gestrichen worden.
- Das Datenfeld „OP am falschen Patienten“ ist im Rahmen der Vorbereitung für die Machbarkeitsprüfung ergänzt worden.
- Das Datenfeld „Entlassungsdatum“ ist im Rahmen der Vorbereitung für die Machbarkeitsprüfung ergänzt worden.
- Das Datenfeld „Entlassungsdiagnose“ ist im Rahmen der Vorbereitung für die Machbarkeitsprüfung ergänzt worden.

Folgende Datenfelder wurden im Dokumentationsbogen KAT_FU angepasst:

- Das Datenfeld „Aufnahmediagnose“ ist in der weiteren Vorbereitung der Machbarkeitsprüfung gestrichen worden.
- Die Datenfeldbeschreibung des Datenfelds „Nachbehandeltes Auge“ wurde in „Operiertes Auge“ geändert.

2.4.2. Stand: Ergebnisprotokoll Machbarkeitsprüfung und Beginn Probebetrieb

Folgende Datenfelder wurden im Dokumentationsbogen KAT angepasst:

- Für das Datenfeld „OP-relevante Komorbidität(en)“ wurden die Ausfüllhinweise angepasst. Zudem wurde empfohlen, die Antwortmöglichkeit „Drogenabhängigkeit“ im Datenfeld „Art der OP-relevanten Komorbidität(en)“ zu streichen.

- Im Rahmen des Datenfelds „Präoperativ bestimmte Refraktion (sphärisch)“ wurde empfohlen, die Datenfeldbeschreibung auf „Präoperativ festgelegte Zielrefraktion“ abzuändern. Der Zusatz (sphärisch) sollte auf „sphärisches Äquivalent“ erweitert werden. Für die Ausfüllhinweise wurde eine kurze Erläuterung („Gemeint ist die Eingabe der mit dem Patienten abgestimmten und festgelegten Zielrefraktion“) hinzugefügt.
- Das Datenfeld „(verwendete) Messmethode zur Bestimmung der Zielrefraktion“ wurde gestrichen.
- Die Datenfeldbeschreibung des Datenfelds „Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge inkl. Lasik“ wurde in „Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge **oder** Lasik“ umbenannt.
- Für das Datenfeld „Bulbuslänge“ wurde empfohlen, die Antwortmöglichkeiten anzupassen. Zur Erleichterung der Dokumentation wurde auf die Erhebung der Nachkommastellen verzichtet, da diese nicht zur Berechnung des Indikators benötigt werden.
- Die Feldgruppenlogik des Datenfelds „Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens“ wurde entfernt. Das Datenfeld ist nun immer zu dokumentieren und wurde in „Art der zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens“ umbenannt. Aufgrund der Anpassung wurde ein weiteres Datenfeld vorgeschaltet. In diesem Datenfeld wird mit der Antwortoption Ja/Nein (Datenfeld „Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens“) abgefragt, ob zusätzliche Einschränkungen des Sehvermögens vorhanden sind. Im Datenfeld „Art der zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens“ können mehrere Antworten ausgewählt werden.
- Durch die beschriebene Änderung der Feldgruppenlogik des Datenfelds „Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens“ wurde das Datenfeld „Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens“ mit der Antwortoption Ja/Nein aufgenommen.
- Das Datenfeld „Pupillendurchmesser in Mydriasis“ wurde in die Spezifikation aufgenommen. Die Angabe des Durchmessers ist in Millimetern ohne Nachkommastelle anzugeben.
- Das Datenfeld „OP am falschen Patienten“ wurde in die Spezifikation aufgenommen.

Weiterentwicklungen im Rahmen der Vorbereitungen des Probetriebs

Wie bereits in Absatz 2.3.2 beschrieben, wurden weitere Datenfelder zur Überprüfung der Auslösung definiert. Aus diesem Grund sind folgende Datenfelder generiert worden:

- „Welche der angegebenen OPS-Kodes wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?“ – Antwortoptionen waren die im Abschnitt 2.3.2 zur Auslösung angegebenen OPS-Kodes.
- „Anmerkung“ – Anmerkungen konnten in einem Freitextfeld angegeben werden.
- „Welche der angegebenen ICD-Kodes wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?“ – Antwortoptionen waren die im Abschnitt 2.3.2 zur Auslösung angegebenen ICD-Kodes.
- „Anmerkung“ – Anmerkungen konnten in einem Freitextfeld angegeben werden.

Folgende Datenfelder wurden im Dokumentationsbogen KAT_FU_A angepasst:

- Die Datenfeldbeschreibung des Datenfelds „Aufnahmedatum“ wurde in „Untersuchungsdatum“ geändert. Gleichzeitig wurde der Ausfüllhinweis in „Erster Termin, an dem der Patient zur Nachsorge erscheint“ angepasst.
- Das Datenfeld „Kataraktoperation innerhalb der letzten 3 Monate“ wurde durch die Filterfrage „Hatte der Patient eine Kataraktoperation in den letzten 6 Wochen?“ ersetzt. Der Zeitraum wurde für den Probetrieb auf 6 Wochen angepasst.
- Die Datenfeldbeschreibung des Datenfelds „Refraktionsmessung erfolgt“ wurde in „Postoperative Bestimmung der Refraktion möglich“ angepasst.
- Das Datenfeld „Datum der postoperativen Refraktionsmessung“ wurde in „Datum der postoperativen Bestimmung der Refraktion“ umbenannt. Zudem wurde in den Ausfüllhinweisen vermerkt, dass die Bestimmung der Refraktion erst nach Abheilung des Auges durchgeführt werden sollte und dass diese Bestimmung die Abschlussuntersuchung der operativen Nachbehandlung ist.
- Der Zusatz „nach stationärem Aufenthalt“ im Datenfeld „Postoperative Komplikation(en)“ wurde gestrichen.

Weiterentwicklungen im Rahmen der Vorbereitungen des Probetriebs

Wie bereits in Absatz 2.3.2 beschrieben, wurden weitere Datenfelder zur Überprüfung der Auslösung definiert. Aus diesem Grund sind folgende Datenfelder generiert worden:

- „Welche der angegebenen GOP-Ziffern wurde im aktuellen Quartal dokumentiert?“ – Antwortoptionen waren die im Abschnitt 2.3.2 zur Auslösung angegeben GOP-Ziffern.
- „Anmerkung“ – Anmerkungen konnten in einem Freitextfeld angegeben werden.
- „Welche der angegebenen ICD-Kodes wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?“ – Antwortoptionen waren die im Abschnitt 2.3.2 zur Auslösung angegeben ICD-Kodes.
- „Anmerkung“ – Anmerkungen konnten in einem Freitextfeld angegeben werden.

Folgende Datenfelder wurden im Dokumentationsbogen „KAT_FU_S“ entwickelt:

Neben den Basisfeldern der Dokumentation enthält dieser Bogen noch folgende weitere Felder:

- Aufnahme datum
- Operationen- und Prozedurenschlüssel
- zu behandelnde Seite
- Entlassungsdiagnose
- Entlassungsdatum

Im Anhang B.1 bis B.7 befinden sich die Dokumentationsbögen der verschiedenen Entwicklungsphasen. Die Ausfüllhinweise sind ebenfalls im Anhang unter C.1 bis C.6 zu finden.

Es wurde im Rahmen der Machbarkeitsprüfung empfohlen, die umgesetzten Änderungen im Rahmen des Probetriebs zu überprüfen.

3. Vorbereitung des Probetriebs

Die beiden parallel entwickelten QS-Verfahren Kataraktoperation und Konisation sind die ersten sektorenübergreifenden QS-Verfahren, die für den die Entwicklung abschließenden Probetrieb vorgesehen waren. Neben den in Kapitel 2 geschilderten verfahrensspezifischen Vorbereitungen sind die technischen Neuentwicklungen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bzw. deren Erprobung der zweite wichtige Bestandteil der Entwicklung und somit auch der Vorbereitung des Probetriebs gewesen.

Auf dem Gebiet der Qualitätssicherung stehen bislang keine Ergebnisindikatoren zur Verfügung, die aussagekräftige Rückschlüsse auf den mittel- und langfristigen Behandlungserfolg bei einem bestimmten Patienten über die Sektorengrenzen hinweg zulassen. Dazu bedarf es mittel- und langfristiger Follow-up von Behandlungsmaßnahmen, also einer längsschnittlichen Datenerhebung und -zusammenführung, unabhängig vom Sektor, in dem sie erbracht werden. Konkret bedeutet dies, dass Möglichkeiten geschaffen werden, Patienten nicht nur im Zeitverlauf, sondern auch einrichtungs- und sektorenübergreifend zu identifizieren, um ihre Daten dann in einem zweiten Schritt zusammenzuführen.

Es ist offensichtlich, dass dafür neue Verfahren der Datenerhebung, der Datenübertragung, der Datenzusammenführung und der Datenauswertung notwendig sind. Dabei mussten Lösungen gefunden werden, die die Anonymität der Patienten schützen und zugleich technisch realisierbar sind.

Im Folgenden wird der Datenfluss allgemein dargestellt:

Bei einem Leistungserbringer werden Behandlungsdaten dokumentiert. Diese Daten werden in verschlüsselter Form an die jeweils zuständige Datenannahmestelle auf Landesebene oder im selektivvertraglichen Bereich an die Vertrauensstelle in ihrer Funktion als DAS (VST-DAS) übermittelt. Die DAS hat die leistungserbringeridentifizierenden Daten zu pseudonymisieren und die Daten anschließend an die Vertrauensstelle in ihrer Funktion als Pseudonymisierungsstelle (VST-PSN) weiterzuleiten. Die Vertrauensstelle pseudonymisiert die PID und leitet die Datenlieferung an die Bundesauswertungsstelle (BAS, AQUA-Institut) weiter. Durch dieses gestufte Verfahren und verschiedene Verschlüsselungsverfahren ist sichergestellt, dass zum einen jede Stelle im Datenfluss nur diejenigen Daten einsehen kann, die sie auch zu bearbeiten hat, zum anderen, dass die BAS keinerlei Klardaten zu den Leistungserbringern oder den Patienten erhält.

Ein zweiter Bestandteil des Datenflusses ist die Protokollierung der Datenlieferungen. Dabei gibt jede datenentgegennehmende Stelle der an sie datenliefernden Stelle jeweils Rückmeldung über die Fehlerfreiheit der Datenlieferung durch die sogenannten Transaktionsprotokolle (TAP). Die BAS bildet hier insofern eine Ausnahme, als dass sie zusammenfassende Datenflussprotokolle (DFP) für die Datenlieferungen der DAS und der Leistungserbringer erstellt.

Diese stark vereinfachte Beschreibung verdeutlicht bereits die Komplexität des Vorhabens sowohl in technischer Hinsicht als auch hinsichtlich der Zusammenführbarkeit der Daten. Die Probetriebe dienen somit der Erprobung dieser beiden Aspekte und der Weiterentwicklung des Verfahrens unter Mithilfe aller Beteiligten, um einen späteren reibungslosen Regelbetrieb zu ermöglichen.

Dieser Abschnitt beinhaltet die Beschreibung der Abstimmung der technischen Voraussetzungen durch die technische Spezifikation. Den Abschluss bilden weitere notwendige Vorbereitungsschritte: Definition von und Suche nach geeigneten Regionen, das Patientenmerkblatt, die Rekrutierung der Teilnehmer und die Abstimmung mit den Teilnehmern.

3.1. Zeitplan zur Vorbereitung des Probetriebs

Der Zeitplan² nach Abschluss der Machbarkeitsprüfung ergab sich für die Erprobung des Datenflusses aus den oben beschriebenen Elementen:

Beginn	Ende	Name der Aufgabe	Anmerkungen
Februar 2011	März 2012	Vorbereitung und Abstimmung der Spezifikation	Die abschließende Spezifikation für den Probetrieb wurde am 5. April 2012 durch das AQUA-Institut veröffentlicht.
Dezember 2011	Oktober 2012	Hotline zu den Probetrieben	Die Hotline wurde in die SQG-Hotline integriert und steht den Teilnehmern zur Verfügung.
November 2011		Definition der gesuchten Regionen zu den jeweiligen Themen	siehe Kapitel 3.4
Oktober 2011	November 2011	Vorbereitung des Patienteninformationsblattes	siehe Kapitel 3.2
Oktober 2011	Dezember 2011	Rekrutierung der beteiligten Institutionen auf Länderebene inkl. Vorschlägen zur Honorierung	siehe Kapitel 3.5.1
Juli 2011	Juni 2011	Rekrutierung der Softwareanbieter	siehe Kapitel 3.5.2
Dezember 2011	Juni 2011	Rekrutierung der Einrichtungen	siehe Kapitel 3.5.3
	Juni 2011	Beauftragung durch den G-BA	Die Beauftragung erfolgte durch Beschluss vom 15. März 2012, siehe Kapitel 1.2.
Dezember 2011	Dezember 2012	Kommunikationsplattform	Laufende technische Abstimmung mit DAS, SWA und VST, siehe Kapitel 3.7
Dezember 2011	Juli 2012	Operative Abstimmung mit den DAS	siehe Kapitel 3.2, 3.8 und 3.10
Februar 2012	August 2012	Vorbereitung und Testung der Software/Installation in den Einrichtungen	Testinstanzen wurden vom AQUA-Institut bereitgestellt.

3.2. Vorbereitung und Abstimmung der technischen Spezifikation

Von besonderer Bedeutung bei der Entwicklung der Spezifikation waren die neuen PID, die bei den zeitpunktbezogenen Betrachtungen der bisherigen rein stationären QS-Verfahren und des Dialyseverfahrens im ambulanten Bereich nicht betrachtet wurden. Erst durch die Nutzung von PID, also pseudonymisierten patientenbezogenen Daten, ist eine sektorübergreifende Längsschnittbetrachtung möglich, da diese erst die nachträgliche Zusammenführung aufeinander bezogener Behandlungsfälle und -informationen zu verschiedenen Zeitpunkten und bei verschiedenen Leistungserbringern ermöglichen.

Im Zuge dessen ist in diesem Verfahren die Beteiligung einer weiteren Institution notwendig, die die Pseudonymisierung der PID vornimmt. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass jede Stelle im Datenfluss nur genau

² Der hier dargestellte Zeitplan ging vom Beginn der Dokumentation durch die Leistungserbringer ab 1. Juli 2012 aus.

die Informationen einsehen kann, die sie auch einsehen darf und die durch sie zu bearbeiten ist. Diese gegenüber den stationären Verfahren erweiterten Anforderungen an die Datenübertragung bedurften der Einführung eines neuen Datenübertragungsformats, das die zielgenaue Ver- und Entschlüsselung bestimmter Datenbereiche (administrative Daten, LE-Daten, QS-Daten, PID) ermöglicht. Aus diesem Grund wurde das Datenübertragungsformat XML gewählt, das bereits in der Erprobung der rein stationären Follow-up-Verfahren Anwendung findet.

Als verfahrensübergreifende Elemente der technischen Erprobung im Rahmen des Probetriebs ergeben sich daraus:

- Datenexport und -annahme im XML-Format
- Datenprüfung
- Ver- und Entschlüsselung der Daten
- Pseudonymisierung der Daten durch die Vertrauensstelle
- Rückprotokollierung über empfangene Datenlieferungen
- Zusammenführbarkeit der Daten

In die Vorbereitung der Spezifikation für die Datenerfassung und die Schnittstellen waren alle beteiligten Institutionen einzubeziehen und laufend zu informieren. Die geschah im Rahmen diverser Zusammensetzungen und Termine:

- AG Qesü-RL
- Projektgruppe zur Abstimmung der sektorenübergreifenden Spezifikation
- Fachausschuss IT QS
- Treffen des AQUA-Instituts mit den Landesstellen
- Informationsveranstaltungen für ambulante und stationäre Softwareanbieter des AQUA-Instituts
- Informationsveranstaltung der KVNO

Die Spezifikation wurde auf Grundlage des Beschlusses des G-BA vom 15. März 2012 am 5. April 2012 vom AQUA-Institut veröffentlicht.

3.3. Vorbereitung eines Patientenmerkblatts

Gem. §24 Qesü-RL sind die betroffenen Patienten von den Leistungserbringern in verständlicher Weise über Zweck und Inhalt des QS-Verfahrens zu informieren. Diese Informationspflicht erstreckt sich auch auf die zu erhebenden Daten, die beteiligten Institutionen sowie die Verwendung der und den Umgang mit den Daten.

Dieses Merkblatt wurde vom AQUA-Institut entwickelt und in der AG Qesü-RL modifiziert und konsentiert. Am 15. Dezember 2011 wurde das Merkblatt vom G-BA zur Verwendung für die Probetriebe beschlossen.³

3.4. Definition der gesuchten Regionen

Die Definition der entsprechenden Regionen wurde und wird grundsätzlich als wichtige Grundlage für die Auswahl der Teilnehmer (sowohl DAS als auch LE) angesehen.

Dabei wurde als Region ein Gebiet innerhalb eines Bundeslandes festgelegt, in dem eine stationäre, eine ambulant-kollektivvertragliche und eine ambulant-selektivvertragliche DAS tätig ist, wobei letztere bundeseinheitlich die VST-DAS ist. Es sollten drei Regionen mit jeweils ca. 10 bis 20 teilnehmenden LE zusammengestellt werden, in denen ein sich möglichst überschneidendes Patientenkollektiv behandelt wird. Außerdem sollten in mindestens einer der Regionen Selektivverträge für die Durchführung von Kataraktoperationen existieren, um die Einbindung der VST-DAS erproben zu können.

³ Siehe Anlage zum Beschluss des G-BA über die pflichtige Erhebung und Nutzung personenbezogener Daten von Patientinnen und Patienten nach Maßgabe des §299 SGB V im Probetrieb des sektorenübergreifenden QS-Verfahrens *Kataraktoperation* unter http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1435/2011-12-15_Probetrieb_Kataraktoperation.pdf

Speziell sollten sich in den Regionen folgende Einrichtungen befinden:

- Mindestens ein ambulantes Zentrum mit ca. 400 bis 500 Kataraktoperationen pro Jahr und ca. 20 festen Zuweisern sowie mindestens ein Anbieter der Leistung mit kleiner Fallzahl
- Möglichst verschiedene Softwareanbieter mit hohem Verbreitungsgrad bei niedergelassenen Augenärzten
- Mindestens ein Krankenhaus, das sowohl stationär als auch ambulant operiert und auf ein Netzwerk von zuweisenden, konservativ tätigen Ärzten zurückgreifen kann
- Einrichtungen, die (auch) selektivvertraglich abrechnen

3.5. Rekrutierung der teilnehmenden Institutionen

Der Probetrieb sollte entsprechend den Bedingungen des späteren Regelbetriebs durchgeführt werden, insbesondere hinsichtlich des durch die Qesü-RL vorgesehenen Datenflusses. Daraus und aus der in Abschnitt 3.4 dargestellten Anforderungen ergeben sich die am Verfahren Beteiligten (Leistungserbringer, Softwareanbieter, Datenannahmestellen auf Landesebene, Vertrauensstelle), die durch das AQUA-Institut mit Unterstützung des G-BA und seiner Bänke rekrutiert werden sollten. Eine Ausnahme bildet die Vertrauensstelle, die zur Teilnahme an der Erprobung der Verfahren mit PID gem. Qesü-RL und QSKH-RL verpflichtet ist.

3.5.1. Institutionen auf Länderebene/Datenannahmestellen

Die Träger des G-BA, KBV, DKG und des GKV-SV hatten im Vorfeld des Probetriebs die Aufgabe, aktiv die KV und die Landeskrankengesellschaften zur Teilnahme am Probetrieb aufzufordern, um Datenannahmestellen in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich einzurichten. Diese Landesstellen haben dann an der Rekrutierung und der Auswahl von Leistungserbringern entscheidend mitgewirkt.

Zur Rekrutierung von Datenannahmestellen auf Länderebene hat der G-BA im Oktober 2010 ein Schreiben an alle potenziellen Teilnehmer auf Länderebene gesendet und um ihre Mithilfe bei der Durchführung der Probetriebe Kataraktoperation und Konisation gebeten (siehe Anhang D). Voraussetzung für die Teilnahme war, dass sich in einem Bundesland sowohl eine stationäre als auch eine ambulant-kollektivvertragliche DAS zur Teilnahme bereiterklärte. Die infrage kommenden Bundesländer wurden am 30. November 2011 im Rahmen der AG Qesü-RL vorgestellt: Niedersachsen (Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, LQS Niedersachsen; KV Niedersachsen, KVN) und Nordrhein-Westfalen (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, KGNW; KVNO; KV Westfalen-Lippe, KVWL).

Schlussendlich standen nach der Nichtteilnahme der niedersächsischen Datenannahmestellen und der kurzfristigen Absage der KVWL lediglich noch die KGNW (stationär) und die KVNO (ambulant) als Datenannahmestellen in Nordrhein-Westfalen bzw. Teilen Nordrhein-Westfalens zur Verfügung. Die Teilnahme der KGNW konnte aufgrund des Fehlens geeigneter stationärer Softwareanbieter (siehe Abschnitt 3.5.2) nicht realisiert werden.

3.5.2. Softwareanbieter

Auch hinsichtlich der Rekrutierung von Softwareanbietern war der G-BA durch ein entsprechendes Anschreiben vom 10. Oktober 2011 unterstützend tätig geworden (siehe Anhang E). Das ursprüngliche Ziel war es, schon im Rahmen der Machbarkeitsprüfung Softwareanbieter aus dem stationären und dem ambulanten Bereich für den Probetrieb zu gewinnen. Dieses Vorhaben gelang für das Verfahren Kataraktoperation jedoch nicht. Es ist zu konstatieren, dass sich trotz umfangreicher Bemühungen aller Beteiligten mit der Duria eG lediglich ein Softwareanbieter aus dem ambulanten Bereich zur Teilnahme bereiterklärt hat. Im stationären Bereich fand sich kein Softwareanbieter, sodass der Probetrieb trotz einiger teilnahmebereiter Krankenhäuser im Zuständigkeitsbereich der KGNW auf den ambulanten Sektor beschränkt werden musste.

3.5.3. Einrichtungen

Die teilnehmenden Einrichtungen sollten auf Grundlage des Profils der gesuchten Regionen (siehe Abschnitt 3.4) gemeinsam mit den beteiligten Ländern rekrutiert werden. Das Einbeziehen der der Landesebene ist auch deshalb so bedeutsam, weil sie über Vorerfahrungen hinsichtlich der Geeignetheit und des Interesses von Einrichtungen für den Probetrieb verfügt. Vom AQUA-Institut wurde den DAS ein Merkblatt mit ersten Informati-

onen zum Probetrieb für interessierte Leistungserbringer und verschiedene andere unterstützende Schreiben zur Verfügung gestellt (siehe Anhänge F.1 bis F.5).

3.6. Erkenntnisse aus der Rekrutierung

Im Bericht zum Probetrieb Konisation wurden bereits gewonnene Erkenntnisse aus den Schwierigkeiten im Rahmen der Rekrutierungsbemühungen erläutert. Diese sind auch für den Probetrieb Kataraktoperation relevant, wenngleich dieser Probetrieb durchgeführt werden konnte.

3.6.1. Hinderungsgründe für Softwareanbieter

Bereits während der Machbarkeitsprüfung hatten stationäre Softwareanbieter angegeben, dass ihnen die kurzfristige Umsetzung der Anforderungen für die Machbarkeitsprüfung und/oder den Probetrieb nicht möglich sei. Zudem wollten sie mit der ressourcenintensiven Implementierung der Vorgaben erst dann beginnen, wenn eine Refinanzierung der Kosten qua Umsetzung als Regelbetrieb konkret möglich und der Zeitpunkt der Einführung der neuen Verfahren bekannt sei. Letzteres galt nach Auskunft verschiedener stationärer Softwareanbieter umso mehr in Anbetracht der Tatsache, dass zwischen April und Juni der Sonderexport im Rahmen der QSKH-RL stattfand, der in Vorbereitung und Durchführung Ressourcen der Softwareanbieter in großem Maße gebunden habe. Man sah die parallele Entwicklung und Erprobung zweier so komplexer Verfahren als ressourcentechnisch unmöglich an.

Für die ambulanten Softwareanbieter kommt erschwerend hinzu, dass sich im niedergelassenen Bereich die Erfahrungen nur auf einen kleinen Bereich der Dialyse beziehen, wogegen der stationäre Bereich aufgrund der QSKH-RL-Verfahren bereits über deutlich mehr Erfahrungen verfügt. Zudem existiert zwischen den LE und den Datenannahmestellen kein einheitliches System der Datenübertragung im Abrechnungsbereich, das für die Übermittlung von QS-Daten genutzt werden könnte. Kommen bei den Kunden des Softwareanbieters mehrere Übertragungssysteme zum Einsatz, so besteht die Gefahr, dass er für ebenso viele Systeme Adjustierungen vornehmen muss. Im Falle der Teilnahme der KVWL am Probetrieb beispielsweise hätte der Softwareanbieter seine Software auf zwei unterschiedliche Systeme anpassen müssen, die bei den KVs zum Einsatz kommen. Dies kann und muss über lange Sicht für die Softwareanbieter leistbar sein, bedeutet aber einen höheren Aufwand, der zu einem dreimonatigen Probetrieb in keinem Verhältnis steht.

3.6.2. Hinderungsgründe für Datenannahmestellen

Die Datenannahmestellen stehen für einen Probetrieb ebenfalls vor der Schwierigkeit, dass für einen sehr kurzen Zeitraum ein erheblicher Aufwand betrieben werden muss und die personellen und finanziellen Ressourcen erst dann aufgebracht werden, sobald eine entsprechende Verpflichtung besteht. Dieser Umstand wird verstärkt durch die Tatsache, dass für den Datenfluss und seine Bestandteile in den Qesü-Verfahren nicht das im stationären Bereich übliche Datenübertragungsformat CSV, sondern das neu eingeführte Format XML genutzt werden muss.

Zudem können die Datenannahmestellen auch dann, wenn sie die Mittel aufbringen könnten und bereit sind, an der Erprobung teilzunehmen, nur dann sinnvoll beteiligen, wenn es in ihrem Zuständigkeitsbereich sowohl teilnahmebereite LE als auch die dazugehörigen Softwareanbieter gibt.

3.6.3. Rekrutierungsschwierigkeiten für das AQUA-Institut

Das AQUA-Institut war zwar darauf vorbereitet, das XML-Format zu bedienen und hat alle für die Erprobung notwendigen Testinstanzen bereitgestellt. Als Hindernis erwiesen sich jedoch vor allem zwei Faktoren, nämlich die Rekrutierungszeiträume und die wechselseitigen Abhängigkeiten der potenziellen Teilnehmer:

Es stellte sich heraus, dass die vorgesehenen Zeiträume zur Rekrutierung von Teilnehmern sehr kurz waren. Zwar fanden sich teilnahmewillige Datenannahmestellen und Leistungserbringer, allerdings erwies es sich als nahezu unmöglich, auch die dazugehörigen und notwendigen Softwareanbieter zu mobilisieren. Erschwert wurde diese Tatsache außerdem durch den Umstand, dass sich Softwareanbieter verständlicherweise nur dann beteiligen wollten, wenn eine ausreichend hohe Zahl ihrer Kunden ebenfalls beteiligt wäre. Die Kunden ihrer-

seits ließen sich zumindest teilweise nicht zu verbindlichen Teilnahmeerklärungen bewegen, solange die Teilnahme des Softwareanbieters nicht feststand. Durch gegenseitige Verweise auf zunächst erforderliche Zusagen der jeweils anderen potenziellen Parteien entstand zusammengefasst eine Situation, die die Durchführung des Probetriebs erheblich erschwerte und letztendlich zur Beschränkung auf die Teilnahme niedergelassener Augenärzte im Zuständigkeitsbereich lediglich einer einzelnen KV führte.

3.7. Kommunikationsplattform und Hotline

Alle Beteiligten hatten die Möglichkeit, sich für die entsprechenden Bereiche auf der Kommunikationsplattform des AQUA-Instituts anzumelden. Diese Möglichkeit bestand durchgehend. Diese Kommunikationsplattform ist ein Ort für den Austausch über technische Aspekte des Probetriebs, d.h., sie stand und steht interessierten LE offen, dürfte aber angesichts der Tatsache, dass die technische Umsetzung in aller Regel durch die jeweiligen Softwareanbieter erfolgt, für diesen Kreis weniger von Interesse sein. Dementsprechend war auch keine Anmeldung eines LE zu verzeichnen.

Die Hotline wurde in die SQG-Hotline integriert. Dadurch war gewährleistet, dass LE und Softwareanbieter bei Bedarf das AQUA-Institut mit ihren Fragen und Anregungen erreichen konnten. Die Erfahrung zeigte allerdings, dass die Beteiligten regelmäßig nicht die Hotlinenummer nutzen, sondern sich direkt mit den jeweiligen Ansprechpartnern in Verbindung setzen.

Die Anfragen, die an das AQUA-Institut in technischer Hinsicht gerichtet wurden, werden derzeit im Hinblick auf zukünftige Verfahren und Teilnehmer an diesen Verfahren als FAQ aufbereitet und werden in der Folge bei Bedarf ergänzt und erweitert. Die initiale Veröffentlichung dieser FAQ ist für Januar 2013 geplant.

3.8. Operative Abstimmung mit den beteiligten Institutionen

Entsprechend der in Abschnitt 3.7 gemachten Aussagen gab es keine konkreten Anfragen über die Hotline und die Kommunikationsplattform, sondern es wurden bei Fragen direkte Kommunikationskanäle, insbesondere der telefonische, gewählt.

Der Großteil der operativen Abstimmungen erfolgte schließlich im Rahmen des Auftaktworkshops zum Probetrieb (siehe Abschnitt 3.10).

Dieser Umstand ist dabei sicherlich der geringen Teilnehmerzahl geschuldet. Ein zusätzlicher Faktor waren die grundsätzlichen Fragen zu dem unbekanntem Verfahren, die eine andere, direkte Form der Betreuung durch das AQUA-Institut erforderlich machte. Nichtsdestotrotz wurde beispielsweise bereits für den Probetrieb PCI eine intensivere Nutzung der Kommunikationsplattform vereinbart und die Hotline wird allen Beteiligten weiterhin zur Verfügung stehen.

3.9. Vorbereitung und Testung der Software

Die im Rahmen des Probetriebs zum Einsatz gekommenen Programme des AQUA-Instituts sind bereits vor und während des Sonderexports gemäß QSKH-RL entwickelt und erprobt worden. Hier wurden daher nur noch geringe Anpassungen vorgenommen. Die Testinstanzen standen ab Juni 2012 bereit und konnten von der KVNO genutzt werden, nachdem die vollständige Spezifikation für den Probetrieb am 5. April 2012 veröffentlicht worden war.

Die Testung der Software obliegt nicht dem AQUA-Institut. Auch die sonst im ambulanten Bereich übliche Zertifizierung durch die KBV wurde nicht durchgeführt.

3.10. Startworkshop

Der Auftaktworkshop sollte vor allem einen Überblick über den Stand der Vorbereitungen des Probetriebs geben und die Möglichkeit zur direkten Klärung technischer Fragen eröffnen. Teilgenommen haben die Duria eG als ambulanter Softwareanbieter, die KV Westfalen-Lippe und Nordrhein, die VST sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Im Vorfeld hatten die Teilnehmer ihre offenen Fragen an das AQUA-Institut geschickt, die im Rahmen einer Präsentation beantwortet wurden. Zudem wurde den Teilnehmern der Ablauf des gesamten Datenflusses durch das AQUA-Institut dargestellt und die Duria eG stellte ihre Softwareentwicklung für den Probetrieb vor.

Es wurden zahlreiche Detailfragen zu technischen Abläufen gestellt und beantwortet, die den Anlagen G.1 (Fragekatalog) und G.2 (Ergebnisse) zu entnehmen sind. Einige wichtige Punkte daraus:

Behandlung falsch ausgelöster, nicht zu dokumentierender Fälle

Das AQUA-Institut wies im Rahmen des Workshops darauf hin, dass gemäß Spezifikation nicht der Anwender die Möglichkeit haben dürfe, darüber zu entscheiden, ob ein Fall dokumentiert wird oder nicht. Vielmehr ergeben sich daraus, dass der Dokumentierende jeweils angeben sollte, welche Diagnose oder welcher Umstand die Falschauslösung verursacht hat, wichtige Informationen zur Schärfung der Auslösekriterien.

Fehlermeldungen

Es wurde festgestellt, dass die Fehlermeldungen im Verlauf des Datenflusses nicht uneingeschränkt anwendergeeignet sind. Angesichts der zu erwartenden engen Zusammenarbeit zwischen den LE und dem Softwareanbieter wurde dies jedoch für den Probetrieb als nicht problematisch angesehen. Für die spätere Verwendung im Regelbetrieb müssten die Fehlermeldungen jedoch verständlicher und menschenlesbar gestaltet werden.

Protokolle für die Leistungserbringer

Die konkrete Ausgestaltung der Übermittlung der Transaktions- und Datenflussprotokolle an die LE wurde den DAS überlassen, die den Prozess der Übermittlung gemeinsam mit dem Softwareanbieter an die vorhandenen Technologien anpassen sollten. Die Unverzichtbarkeit der Übermittlung der Protokolle an sich wurde jedoch betont.

Sollzahlen

Die Übermittlung von Sollzahlen wurde von den KVs als für den Probetrieb nicht realisierbar eingeschätzt, da deren Ermittlung gem. Qesü-RL aus administrativen (in der Regel voraussichtlich Abrechnungs-) Daten zu erfolgen hat, die einer KV nach Schätzungen der KVNO frühestens acht bis sechzehn Wochen nach Quartalsende zur Verfügung stehen und somit den Zeitrahmen des Probetriebs gesprengt hätten.

Eindeutige ID/Vorgangsnummern

Da die LE nicht durch die KV registriert werden, ist die Nutzung solcher Registrierungsnummern (analog dem stationären Verfahren) nicht möglich. Für den Probetrieb einigte man sich daher darauf, statt dessen GUIDs für den Probetrieb zu nutzen.

4. Umsetzung des Probetriebs

Als ursprünglicher Beginn des dreimonatigen Dokumentationszeitraums war der 1. April 2012 vorgesehen. Dieser Termin wurde auf den 1. Juli 2012 verschoben.

4.1. Verschiebung des Beginns der Dokumentation

Am 23. Februar 2012 unterbreitete das AQUA-Institut, unterstützt von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) und der zuständigen Arbeitsgemeinschaft Qesü-Richtlinie (AG Qesü) des G-BA, den Vorschlag, den Beginn der Dokumentation auf den 1. Juli 2012 zu verschieben. Als Begründung wurden Schwierigkeiten bei der Rekrutierung geeigneter Teilnehmer und bei der Schaffung der technischen Voraussetzungen angeführt. Dies galt insbesondere für Softwareanbieter und teilnahmebereite Datenannahmestellen. Dieser Vorschlag wurde von der AG Qesü zunächst zur Kenntnis genommen. Eine weitere Ursache für die Verschiebung waren zudem Verzögerungen in der Abstimmung des dem Probetrieb zugrundeliegenden Ergebnisses der Machbarkeitsprüfung.

Die Verschiebung erfolgte schließlich auf Empfehlung des Unterausschusses QS vom 7. März 2012 durch Beschluss des Plenums vom 15. März 2012.

4.2. Zeitplan zur Umsetzung der Probetriebe

Die Dokumentation durch die freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer begann am 1. Juli 2012 und dauerte drei Monate. Daraus ergab sich der folgende Zeitplan zur Durchführung des Probetriebs Kataraktoperation.

Beginn	Ende	Name der Aufgabe
1. Juli 2012	30. September 2012	Dokumentation der Daten in den Einrichtungen
1. Juli 2012	15. August 2012	Export Probedatenpool
1. Oktober 2012	15. Oktober 2012	Datenexport und Datenprüfung (auch: Vollzähligkeitsprüfung und Sollstatistik)
16. Oktober 2012	31. Oktober 2012	Nachlieferungsfristen
30. Oktober 2012	6. Dezember 2012	Befragung der Einrichtungen
1. Juli 2012	30. November 2012	Erstellung eines Auswertungskonzepts (QIDB mit Rechenregeln, Musterberichte, Validierung der Rechenregeln, Erstellung und Prüfung der Berichte)
1. Dezember 2012		Bereitstellung der Feedbackberichte
Zweite Dezemberwoche 2012		Abschlussworkshop mit den beteiligten Institutionen auf Landesebene
1. Juli 2012	31.12.2012	Berichterstellung

4.3. Beschränkung auf die Dokumentation im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich

Da kein stationärer Softwareanbieter am Probetrieb teilnehmen konnte, war es von vornherein auch nicht möglich, Krankenhäuser in den Probetrieb einzubeziehen, obwohl einige Krankenhäuser Interesse signalisiert hatten. Weil es auch keine geeigneten selektivvertraglich tätigen Teilnehmer gab, musste die Durchführung des Probetriebs auf den ambulant-kollektivvertraglichen Sektor beschränkt werden.⁴

Die Einbindung der VST-DAS konnte mangels Kenntnis eines geeigneten Selektivvertrags ebenfalls nicht realisiert werden. Stattdessen hat das AQUA-Institut in Absprache und in Kooperation mit der VST-DAS umfangreiche Tests durchgeführt, um zumindest die grundlegenden Funktionalitäten zu überprüfen (zu den Erkenntnissen siehe Abschnitt 4.8).

4.4. Dokumentation der Daten in den Arztpraxen

Die Dokumentation erfolgte in 34 Augenarztpraxen im Zuständigkeitsbereich der KVNO, die alle mit der Software des Herstellers Duria eG ausgestattet waren und die Ergänzung für den Probetrieb Kataraktoperation erhalten hatten. Zudem sollten alle Praxen mit dem System d2d ausgestattet sein, welches die Übertragung von Datenpaketen über einen sicheren Kanal auch ohne zusätzliche Transportverschlüsselung ermöglicht.

Die Dokumentation fand zwischen dem 1. Juli 2012 und dem 30. September 2012 statt.

4.5. Schriftliche Befragung der Einrichtungen

Ein Element der Erkenntnisgewinnung war die Befragung aller teilnehmenden Leistungserbringer. Die Befragung wurde im Juni/Juli 2012 entwickelt und Teile davon – namentlich die zur Aufwandsabschätzung – fünf freiwilligen Ärzten für einen Pretest zugesandt, die auch am Probetrieb teilnahmen. Abschließend wurde der Fragebogen der KVNO mit der Bitte um Beurteilung und Ergänzungswünsche zugesandt. Auf diesem Weg erhielten wir wertvolle Hinweise und Anregungen vom Landesvorsitzenden Nordrhein des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands, die, soweit möglich und als Mehrwert erzeugend eingeschätzt, noch eingearbeitet wurden.

Die Inhalte lassen sich wie folgt aufteilen (siehe auch Anlage H):

- Allgemeine Fragen zur Dokumentation von Kataraktoperationen und Follow-up
- Bewertung der Indikatoren und der Dokumentation
- Dokumentationsaufwand
- Fragen zu Fehlermeldungen der Software

Die Fragebögen wurden am 9. November 2012 an die Teilnehmer verschickt, die Darstellung der Ergebnisse ist Gegenstand des Kapitels 5.6, einzelne Erkenntnisse fließen auch in die Kapitel 5.3 und 5.4 ein.

4.6. Auswertungskonzept und Berichterstellung

Im Folgenden wird das Auswertungskonzept für das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren Kataraktoperation dargestellt und erläutert. Das Auswertungskonzept zu einem Qualitätssicherungsverfahren umfasst die Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Rechenregeln sowie eine Musterauswertung zur Veranschaulichung der späteren Darstellung der zu veröffentlichenden Ergebnisse.

⁴ Im Rahmen eines Selektivvertrags der KV Nordrhein erbrachte Leistungen wurden dokumentiert und wie kollektivvertraglich erbrachte Leistungen übermittelt und ausgewertet. Es erfolgte jedoch keine explizite Erprobung des Datenflusses für selektivvertraglich erbrachte Leistungen gem. Qesü-RL.

Ziel eines Auswertungskonzeptes ist es, einen Überblick über die Möglichkeiten der Analyse- und Darstellungsformen, sowohl unter besonderer Berücksichtigung der unterschiedlichen am Versorgungsprozess beteiligten Akteure als auch unter Beachtung der zusätzlichen Informationen und Analysemöglichkeiten, zu geben, die sich durch das sektorenübergreifende Follow-up oder ggf. durch andere Datenquellen wie den Krankenkassen vorliegende Sozialdaten oder Patientenbefragungen ergeben.

Bei Auswertungskonzepten für sektorenübergreifende QS-Verfahren sind – im Vergleich mit den Konzepten in der stationären QS – neue Aspekte zu berücksichtigen. Es existiert in der Regel ein Follow-up und häufig sind deswegen mehrere Leistungserbringer am Versorgungsprozess beteiligt. Während sich die Frage nach der Gesamtauswertung des Probetriebs weitgehend aus den entwickelten Qualitätsindikatoren ergab, stellte sich im Kontext der sektorenübergreifenden QS die Frage noch einmal neu, welche Berichtsformen für welche Adressaten die jeweils geeigneten sind.

Der Probetrieb Kataraktoperation war der erste Probetrieb, der in einem sektorenübergreifenden Verfahren durchgeführt und ausgewertet werden konnte. Unabhängig von der Tatsache, dass ausschließlich niedergelassene Ärzte teilgenommen haben, stellte sich dennoch die Frage, wie die Gesamtauswertung und wie vor allem die Feedbackberichte für die Teilnehmer aussehen sollten. Aus diesem ersten praktischen Beispiel erwuchs vor allem die Frage, wie die Auswertung für diejenigen Teilnehmer aussehen sollte, die keine Indexleistung erbracht – also keine Kataraktoperationen selbst durchgeführt – haben, sondern ausschließlich Nachuntersuchungen durchführten.

Die Entscheidung, welche Berichte für welche Teilnehmer geeignet und notwendig sind, ist verfahrensspezifisch unterschiedlich zu beurteilen. Aus diesem Grund bilden einige grundsätzliche Überlegungen einen großen Teil des folgenden Abschnitts, die zu einem Leitfragenkatalog führen sollen.

Bei den folgenden Ausführungen – insbesondere bei einzelnen Konstellationen in Tabelle 4 und deren Implikationen für die möglichen Inhalte von Feedbackberichten – ist zu beachten, dass alle Überlegungen unter dem Vorbehalt datenschutzrechtlicher Überprüfungen stehen und lediglich die denkbaren Möglichkeiten darstellen (s. auch Abschnitt 4.6.3.).

4.6.1. Grundsätzliche Überlegungen zu den Feedbackberichten für Leistungserbringer in sektorenübergreifenden Verfahren

Grundsätzlich gibt es, abhängig von der verfahrensspezifischen Konstellation, mehrere Optionen für die inhaltliche Ausgestaltung von Feedbackberichten für Leistungserbringer, die hier tabellarisch grob wiedergegeben sind:

Tabelle 4: Optionen für die Inhalte von Feedbackberichten (vorbehaltlich der datenschutzrechtlichen Bewertung)

Konstellation	Umfang des Feedbackberichts
Nur Indexleistung ⁵	Der Erbringer der Indexleistung erhält einen Bericht über alle Qualitätsindikatoren, die für diese Indexleistung vorgesehen sind. Sein Bericht umfasst alle Patienten, für die er die Indexleistung erbracht hat (sog. Index-Patienten). ⁶
Indexleistung und (geplantes oder situationsabhängiges) Follow-up aus sonstigen Datenquellen (z.B. Sozialdaten bei den Krankenkassen und/oder Patientenbefragungen), die keinen anderen Leistungserbringer betreffen	Der Erbringer der Indexleistung erhält einen Bericht über alle Qualitätsindikatoren, die für diese Indexleistung vorgesehen sind, und für das Follow-up, sofern der Follow-up-Indikator eine Aussage zur Qualität der Indexleistung impliziert vorgesehen sind. Sein Bericht umfasst alle Index-Patienten, für die er die Indexleistung erbracht hat.

⁵ Medizinische Leistung, die den Startpunkt für ein QS-Verfahren (die QS-Auslösung) genau definiert (im Regelfall OPS-Kodes)

⁶ Patient, der eine Index-Leistung erhalten hat und in einem QS-Verfahren für einen definierten Zeitraum dokumentationspflichtig ist

Konstellation	Umfang des Feedbackberichts
Indexleistung und (geplantes oder situationsabhängiges) Follow-up, die durch denselben Leistungserbringer erbracht wurden	Der Erbringer der Indexleistung erhält einen Bericht über alle Qualitätsindikatoren, die für diese Indexleistung und das Follow-up vorgesehen sind für alle Index-Patienten. Sein Bericht umfasst alle Index-Patienten, für die er die Indexleistung und das Follow-up erbracht hat.
Indexleistung und (geplantes oder situationsabhängiges) Follow-up, die durch unterschiedliche Leistungserbringer erbracht wurden (es gibt keine eigenen QI für die Durchführung des Follow-up)	<p>Fest stehend:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Erbringer der Indexleistung erhält einen Bericht über alle Qualitätsindikatoren, die für diese Indexleistung und das Follow-up vorgesehen sind für alle Index-Patienten. Sein Bericht umfasst alle Index-Patienten, für die er die Indexleistung erbracht hat. ▪ Der Erbringer der Follow-up-Leistung erhält eine Basisauswertung⁷ für alle Patienten, für die er das Follow-up erbracht hat. <p>Verfahrensspezifisch darüber hinausgehend zu prüfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Erbringer der Indexleistung erhält zusätzliche (Teil-) Informationen über das Follow-up für alle/einen Teil seiner Index-Patienten. ▪ Der Erbringer der Indexleistung erhält zusätzlich Informationen über den/die Erbringer des Follow-up für seine Index-Patienten. ▪ Der Erbringer des Follow-up erhält zusätzlich (Teil-) Informationen zur Indexleistung für alle/einen Teil der Patienten. ▪ Der Erbringer des Follow-up erhält zusätzlich Informationen über den/die Erbringer der Indexleistung. <p>Mögliche Konsequenzen der zusätzlichen Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ermöglichung von Rückschlüssen auf die Qualität der Erbringer der Indexleistung durch die Erbringer des Follow-ups (z.B. Zuweiser, die gleichzeitig Nachbehandler sind).
Indexleistung und geplantes oder situationsabhängiges Follow-up, die durch unterschiedliche Leistungserbringer erbracht wurden (es gibt eigene QI für die Durchführung des Follow-up)	<p>Feststehend:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Erbringer der Indexleistung erhält einen Bericht über alle Qualitätsindikatoren, die für diese Indexleistung und das Follow-up vorgesehen sind. Sein Bericht umfasst alle Index-Patienten, für die er die Indexleistung erbracht hat. ▪ Der Erbringer der Follow-up-Leistung erhält eine Basisauswertung für alle Patienten, für die er das Follow-up erbracht hat. ▪ Der Erbringer der Follow-up-Leistung erhält zusätzlich einen Bericht über alle Qualitätsindikatoren/Nebenkenzahlen für alle Patienten, für die er das Follow-up erbracht hat. <p>Verfahrensspezifisch darüber hinausgehend zu prüfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Erbringer der Indexleistung erhält zusätzlich (Teil-) Informationen zum Follow-up für alle/einen Teil der Patienten.

⁷ Definition Basisauswertung: Auswertung der grundlegenden Angaben zu einem Leistungsbereich (Angaben zu Fallzahlen, Patienten, Aufenthaltssdauer, Diagnostik, Therapie usw.).

Konstellation	Umfang des Feedbackberichts
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Erbringer der Indexleistung erhält Informationen über den/die Erbringer des zusätzlich Follow-up. ▪ Der Erbringer des Follow-up erhält zusätzlich (Teil-)Informationen zur Indexleistung für alle/einen Teil der Patienten. ▪ Der Erbringer des Follow-up erhält zusätzlich Informationen über den/die Erbringer der Indexleistung. <p>Mögliche Konsequenzen der zusätzlichen Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ermöglichung von Rückschlüssen auf die Qualität der Erbringer des Follow-ups durch die Erbringer der Indexleistung. ▪ Ermöglichung von Rückschlüssen auf die Qualität der Erbringer der Indexleistung durch die Erbringer des Follow-ups (z.B. Zuweiser, die gleichzeitig Nachbehandler sind).

Angesichts der möglichen Konstellationen ist es notwendig, sich weitere Gedanken zur wünschenswerten inhaltlichen Ausgestaltung von Feedbackberichten in sektorenübergreifenden Verfahren zu machen und dazu das Methodenpapier des AQUA-Instituts als Quelle heranzuziehen.

4.6.2. Empfehlungen zu den Feedbackberichten für Leistungserbringer in sektorenübergreifenden Verfahren

Im Kontext der Ergebnisberichterstattung zu Follow-up-Indikatoren wird im Methodenpapier des AQUA-Instituts zwischen der „Dokumentationsverantwortung“ und der „Ergebnisverantwortung“ eines Leistungserbringers unterschieden:

- Die Dokumentationsverantwortung liegt in der Regel beim Leistungserbringer, der die jeweilige Leistung erbringt.
- Ergebnisverantwortung eines Leistungserbringers bedeutet, dass er für das Ergebnis eine Mitverantwortung trägt und auch z.B. wegen einer rechnerischen Auffälligkeit ggf. Ansprechpartner im Zusammenhang mit dem Strukturierten Dialog, werden kann.

Hinsichtlich der Ergebnisverantwortung sind bei einem Follow-up die folgenden Aspekte zu beachten:

- Die Ergebnisverantwortung für einen Ersteingriff/eine Indexleistung liegt beim Erbringer dieser Leistung.
- Die Ergebnisverantwortung für die Durchführung eines Follow-ups in Form z.B. eines Folgeeingriffs liegt beim Erbringer der betreffenden Leistung.
- Zusätzlich fallen anlässlich eines Folgeeingriffs/einer Nachbehandlung Daten an, die ggf. Rückschlüsse auf die Qualität der vorangehenden Indexleistung, aber ggf. auch zur Indikationsstellung eines Folgeeingriffs/einer Nachbehandlung erlauben.

Den Vorgaben des AQUA-Methodenpapiers folgend ist vorgesehen, in Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer eine Darstellung der Ergebnisse von Follow-ups anzubieten, die von der Dokumentations- bzw. Ergebnisverantwortung abhängige Resultate erkennbar macht, falls diese auftreten. Für den Erbringer der Indexleistung wird die folgende Stratifizierung des Ergebnisses der Indexleistung nach dem Ort der Folgeleistung vorgenommen:

- Die Folgeleistung wurde von demselben Leistungserbringer erbracht, der auch die Index-Leistung erbracht hat.
- Die Folgeleistung wurde von einem anderen Leistungserbringer erbracht.

Die grafischen und tabellarischen Darstellungen in den Rückmeldeberichten für Leistungserbringer sollen darüber hinaus dem Leistungserbringer ermöglichen, den Bezug zu den Ergebnissen des eigenen Bundeslandes (indirekte Verfahren) bzw. der Bundesebene (direkte Verfahren) herzustellen (sog. Benchmarking).

Es soll zudem sichergestellt werden, dass jeder Leistungserbringer eine Rückmeldung für alle von ihm behandelten Patienten erhält, unabhängig davon, ob Teil- oder Vorleistungen durch andere Leistungserbringer erbracht wurden.

Erbringer einer Indexleistung sollten daher – soweit vorhanden – in ihrem Rückmeldebericht zusätzlich für Follow-up-Indikatoren eine Basisauswertung erhalten, die kontext- und verfahrensbezogen deskriptive Kennwerte der Patienten des Leistungserbringers mitteilt, z.B.:

- Patientenmerkmale: z.B. Geschlecht, Alter
- Komorbiditäten
- Informationen zu aufgetretenen Komplikationen oder notwendigen Folgeeingriffen/-behandlungen
- Falls es zu Komplikationen, Folgeeingriffen oder -behandlungen kommt: wurden sie durch den Leistungserbringer selber oder durch andere Leistungserbringer erbracht?

Die Auswahl der Datenfelder für die indikatorbezogene Rückmeldung ist hier beispielhaft vorgenommen worden. Die Auswahl der jeweils für ein Verfahren geeigneten und notwendigen Follow-up-Indikatoren wird Teil der jeweiligen Entwicklungsleistungen des AQUA-Instituts sein.

Die Basisauswertungen enthalten auf der Ebene von Datenfeldern bzw. deren Schlüsseln aggregierte Informationen. Zusätzlich ist es denkbar und sinnvoll, den Einrichtungen für ihre interne Qualitätssicherung fallbezogene Informationen zu Index-Leistungen, bei denen es Auffälligkeiten z.B. im Rahmen eines Follow-ups gibt, zu übermitteln, z.B.:

- die Vorgangsnummer des betroffenen Falls
- den zeitlichen Abstand des Follow-ups zur Indexleistung
- Informationen zur Komplikation oder Indikation des Folgeeingriffs bzw. Informationen zur Folgebehandlung

Das AQUA-Institut verfolgt mit diesen Empfehlungen für leistungserbringerbezogene Rückmeldeberichte das Ziel, den Erbringern der Indexleistung möglichst detaillierte und konstruktive Rückmeldungen zu Follow-up-Ergebnissen zu geben, die – wenn erforderlich – eine Aufarbeitung von Auffälligkeiten und ggf. die Behebung potenzieller Qualitätsmängel im Rahmen der internen Qualitätssicherung ermöglichen.

Für den Erbringer der Folgeleistung soll, analog zur Aufschlüsselung bei der Indexleistung nach Ort der Folgeleistung eine Darstellung der Ergebnisse der Folgeleistung nach Ort der Indexleistung angeboten werden:

- Die Indexleistung wurde von demselben Leistungserbringer erbracht, der auch die Folgeleistung erbracht hat
- Die Indexleistung wurde von einem anderen Leistungserbringer erbracht

4.6.3. Rechtlicher Kontext von Rückmeldungen an Leistungserbringer in sektorenübergreifenden Verfahren

Zum datenschutzrechtlichen Problem der Übermittlung fallbezogener Information zu Folgeeingriffen an Leistungserbringer, die eine vorangehende Indexleistung durchgeführt haben, hat das AQUA-Institut eine vorläufige Rechtsauffassung gleichsam als Arbeitshypothese bis zur abschließenden Klärung.

Demnach wird die Übermittlung fallbezogener Informationen als unproblematisch eingestuft, wenn Index- und Folgeleistung von demselben Leistungserbringer durchgeführt worden sind. Klärungsbedürftig ist allerdings die Zulässigkeit der Übermittlung fallbezogener Informationen, wenn diese bei einem Folgeeingriff bei Leistungserbringer Y dokumentiert wurden, aber Leistungserbringer X (d.h. ein anderer Leistungserbringer) die Indexleistung durchgeführt hat.

Für den letztgenannten Fall gelten die folgenden Rahmenbedingungen:

- Zweck einer Pseudonymisierung ist es, eine spätere Zuordnung bzw. Re-Identifizierung zu ermöglichen. Hätte der Gesetzgeber dies in §299 SGB V nicht gewünscht, hätte er eine Anonymisierung vorgesehen.
- Eine Re-Identifizierung der Patienten durch die involvierten Leistungserbringer im Rahmen des indirekten Verfahrens dient grundsätzlich der Qualitätssicherung:
 - Valide Qualitätssicherung ist nur dann möglich, wenn Qualitätsdefizite zweifelsfrei als solche identifiziert werden können.
 - Um Fehlinterpretationen auszuschließen, muss den Leistungserbringern eine Zuordnung zu konkreten Behandlungen ermöglicht werden, um einzelfallbezogen Stellung nehmen zu können.
 - Es gibt jedoch keine ausdrückliche Regelung dieses Verfahrens in SGB V. Dies bleibt einer entsprechenden Richtlinie des G-BA vorbehalten.

Die Weitergabe fallbezogener Informationen unterliegt allerdings in jedem Fall dem „need to know-Prinzip“ (Kenntnis nur bei Bedarf) und dem Gebot der Datensparsamkeit. Der Informationsempfänger erhält nur genau die Information, die er zur Erfüllung seiner Aufgaben benötigt.

Dies bedeutet beispielsweise:

- Der Leistungserbringer, der die Indexleistung erbracht hat, darf darüber informiert werden, dass eine Folgebehandlung durchgeführt wurde. Weitere Informationen zur Folgebehandlung können übermittelt werden, soweit der Erbringer der Indexleistung sie zur Erfüllung seiner Aufgaben, etwa zur Behebung von Qualitätsmängeln, benötigt.
- Es ist nicht erforderlich, dass der Erbringer der Indexleistung Kenntnis darüber erlangt, welcher andere Leistungserbringer die Folgebehandlung durchgeführt hat. Die Weitergabe dieser Information widerspricht der Datensparsamkeit und dem „need to know-Prinzip“.

Schlussfolgerungen:

- Vor der Übermittlung von Informationen zu Folgebehandlungen ist, soweit es sich beim Empfänger um einen anderen Leistungserbringer handelt, für jeden Indikator/jede Information fachlich zu beantworten, ob der Empfänger zur Erledigung seiner Aufgaben auf diese Information angewiesen ist.
- Der Rahmen für die Übermittlung fallbezogener Information sollte jedoch durch eine Richtlinie des G-BA abgesteckt werden.

4.6.4. Fazit zu den grundsätzlichen Überlegungen

Die für den Probetrieb Kataraktoperationen vom AQUA-Institut getroffene Entscheidung hinsichtlich der Feedbackberichte für die teilnehmenden Leistungserbringer (s.u. Abschnitt 4.6.5) kann aufgrund der oben dargestellten theoretisch möglichen Konstellationen nicht als Blaupause für alle zukünftigen Qesü-Verfahren dienen. Vielmehr ist die Ausgestaltung der Feedbackberichte an die Leistungserbringer – vorbehaltlich der abschließenden datenschutzrechtlichen Bewertungen – immer von mehreren Faktoren abhängig und muss daher für jedes Verfahren spezifisch neu getroffen werden. Die Ausgestaltung der Feedbackberichte für Leistungserbringer muss sich mindestens an folgenden Fragen orientieren:

- Gibt es ein geplantes Follow-up im Sinne einer geplanten Kontrolluntersuchung?
- Gibt es Qualitätsindikatoren für diese Kontrolluntersuchung oder nur für die Indexleistung?
- Gibt es ein anlassbezogenes Follow-up im Sinne einer Folgebehandlung z.B. als Folge einer aufgetretenen Komplikation?
- Bezieht das Follow-up einen oder mehrere Leistungserbringer ein oder wird es z.B. über Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben?
- Welche Informationen zur Indexleistung dürfen LE, die ein Follow-up durchführen, erhalten?
- Welche Informationen zum Follow-up dürfen LE, die die Indexleistung erbracht haben, erhalten?

Betont werden muss die oben bereits beschriebene Prämisse, dass die Datenweitergabe und -aufbereitung einem gerechtfertigten Erkenntnisinteresse des jeweiligen LE dienen und nicht zum Selbstzweck verkommen.

4.6.5. Feedbackberichte im Probetrieb Kataraktoperation

Grundsätzlich sollte ein Leistungserbringer, der eine Indexleistung erbringt, die Ergebnisse der Untersuchung im Rahmen des Follow-ups (typischerweise Indikatoren der Ergebnisqualität) für alle seine Patienten dargestellt bekommen. Darin eingeschlossen ist jeweils der Vergleich mit den Werten der Vergleichsgruppe, die für den Leistungserbringer ein Benchmarking⁸ darstellen. Ein Leistungserbringer, der Nachbehandlungen/-untersuchungen durchführt, sollte, soweit möglich und im Verfahren angelegt, mindestens die Ergebnisse für alle seine Nachbehandlungen/-untersuchungen dargestellt bekommen. Bei dieser Art der Darstellung kann es sich unter Umständen nicht um Indikatoren der Ergebnisqualität, sondern um Indikatoren der Prozessqualität oder Informationen über die dokumentierten Inhalte im Rahmen des Follow-ups, z.B. in Form einer quantitativen Basisauswertung, handeln.

Während sich, wie erwähnt, die Gestaltung der Gesamtauswertung für den Probetrieb Kataraktoperation weitgehend aus den Qualitätsindikatoren ergab, war die Frage nach der Gestaltung der Feedbackberichte für die teilnehmenden Leistungserbringer komplexer. Die Rückmelde- bzw. Feedbackberichte für die Leistungserbringer stellen deren jeweilige individuelle Auswertung der dokumentierten Fälle dar. Bei der Suche nach der geeigneten inhaltlichen Ausgestaltung waren zumindest folgende Fragen zu beantworten:

- Für welche Leistungserbringer sind die Informationen wie aufzubereiten?
- Wie sind die Informationen im Follow-up aufzubereiten?

Wie oben dargestellt (s. Tabelle 4) gibt es mehrere grundsätzlich denkbare Möglichkeiten, wie die Inhalte der Feedbackberichte für die Leistungserbringer aussehen können. Der maßgebliche Faktor für die Identifizierung der geeigneten Form ist dabei die Ergebnisverantwortung für die einzelnen Qualitätsindikatoren.

Die Ergebnis- und die Dokumentationsverantwortlichkeiten⁹ (s.o. 4.6.1) für die Qualitätsindikatoren¹⁰ lassen sich für das Beispiel Kataraktoperation wie folgt darstellen:

Tabelle 5: Ergebnis- und Dokumentationsverantwortung Kataraktoperation

Qualitätsindikator	Ergebnisverantwortung	Dokumentationsverantwortung
QI 1 (E 07): Indikationsstellung zur Kataraktoperation bis Visus $cc \geq 0,6$	LE Index-Leistung	LE Index-Leistung
QI 2 (E 01): Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation	LE Index-Leistung	LE Index-Leistung
QI 3 (E 17): Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation	LE Index-Leistung	LE Index-Leistung, LE Follow-up ¹¹
QI 4 (E 52): Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation	LE Index-Leistung	LE Follow-up

⁸ Datengestützter Vergleich von Ergebnissen, Prozessen und Strukturen einzelner Institutionen mit definierten Zielgrößen (benchmark) bzw. mit aggregierten Daten anderer Institutionen.

⁹ Die Nachuntersuchung kann entweder von dem Arzt durchgeführt werden, der auch die Operation durchgeführt hat, als auch von einem anderen Arzt

¹⁰ Stand der Indikatoren: Beginn Probetrieb

¹¹ Die Dokumentationsverantwortung kann geteilt sein, wenn zur Berechnung des Qualitätsindikators sowohl Datenfelder herangezogen werden, die während der Indexleistung dokumentiert werden müssen, als auch solche, die während der Nachuntersuchung zu dokumentieren sind

Qualitätsindikator	Ergebnisverantwortung	Dokumentationsverantwortung
QI 5 (E 56): Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation	LE Index-Leistung	LE Index-Leistung, LE Follow-up
QI 6 (S 88): Anästhesie-assoziierte Komplikationen	LE Index-Leistung	LE Index-Leistung
QI 7 (S 95): Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge	LE Index-Leistung	LE Index-Leistung

Aus der Tabelle lässt sich erkennen, dass es im Probetrieb Kataraktoperation keine Qualitätsindikatoren gab, für die der Follow-up-Leistungserbringer die Ergebnisverantwortung trug und die dadurch eine Aussage über die Qualität der Follow-up-Untersuchungen zulassen. Diese Untersuchungen dienen angesichts der faktischen Ausgestaltung des Verfahrens allein der Beurteilung der Qualität der Kataraktoperationen. Das AQUA-Institut hat sich angesichts der nur für die Indexleistung vorhandenen Qualitätsindikatoren einerseits und der ausstehenden abschließenden Klärung der datenschutzrechtlichen Fragen andererseits zu einem in dieser Hinsicht unproblematischen Weg entschieden, was den Inhalt der Feedbackberichte im Probetrieb Kataraktoperation angeht, der im Folgenden beschrieben wird.

Dementsprechend erhielten Augenärzte, die Kataraktoperationen durchgeführt haben, Berichte, die neben der rein quantitativen Basisauswertung auch eine Darstellung der von ihnen durchgeführten Operationen und der zugehörigen Nachuntersuchungen inklusive Benchmarks für ihre Vergleichsgruppe beinhalteten. Die Augenärzte, die allein Nachuntersuchungen durchführten, erhielten lediglich eine Basisauswertungen zu den von ihnen durchgeführten Nachuntersuchungen, die keinerlei Informationen zu den zugehörigen Indexleistungen enthielten.

4.6.6. Struktur und Inhalte der Feedbackberichte für den Probetrieb Kataraktoperation

Im Folgenden wird auf die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer für das sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren „Kataraktoperation“ eingegangen.¹²

Die Struktur der Feedbackberichte orientiert sich an folgendem Schema:

1. Datengrundlage
2. Übersicht der Qualitätsindikatoren
3. Ergebnisse (gegliedert nach den Qualitätsindikatoren)
4. Erläuterungen (optional)
5. Basisauswertung

Tabelle „Datengrundlage“

Diese Tabelle informiert über die Datenbasis der Rückmeldeberichte für Kataraktoperationen während des Probetriebs. Die Angabe des Erfassungsjahres 2012 ist durchgehend als Zeitraum des Probetriebs zu verstehen. Folgende Angaben können der Tabelle entnommen werden:

- Anzahl der gelieferten und erwarteten Datensätze
- Anzahl der Einrichtungen, die im aktuellen Erfassungsjahr Daten geliefert haben
- Vollständigkeit der Datenerfassung in %

¹² Beispiele für die Rückmeldeberichte sind die Anhänge I_1 (Feedbackbericht Operateure) und I_2 (Feedbackbericht Follow-up). Bei den dort aufgeführten Daten handelt es sich jeweils um Beispielwerte. Zudem ist zu beachten, dass die Änderungen, die als Erkenntnis aus dem Probetrieb hinsichtlich der Gesamtauswertung bereits vorgenommen worden sind in diesen Beispielen noch keinen Niederschlag gefunden haben.

Tabelle 6: Datengrundlage (Probetrieb)

2012	Datenbestand	Erwartet	Vollzähligkeit in %
Datensätze gesamt			

Neben Angaben zur Anzahl der vollständigen Datensätzen (Basisdaten) wird in der Tabelle 6 auch die Zahl der erwarteten Datensätze genannt. Diese Tabelle ist in den vorliegenden Feedbackberichten nur teilweise gefüllt, da z.B. Aussagen zur Vollzähligkeit im Rahmen der Erhebungen im Probetrieb nicht möglich sind. Der gleiche Hinweis gilt auch für alle weiteren Tabellen.

Abbildung „Übersicht Qualitätsindikatoren“

Diese Tabelle ist ein Verzeichnis der Indikatorengruppen und Qualitätsindikatoren: Alle Indikatoren, zu denen Ergebnisse berichtet werden, sind hier aufgeführt. Außerdem werden die Referenzbereiche sowie die Ergebnisse der Einrichtung und die Bundesergebnisse des aktuellen und des vorangehenden Berichtsjahres dargestellt. Das Ergebnis Bund ist als Ergebnis aller Teilnehmer des Probetriebs zu verstehen. Für den vorliegenden Bericht konnte kein Vergleich mit dem Vorjahr durchgeführt werden, da es sich bei dem Verfahren Kataraktoperation um einen neuen Leistungsbereich handelt und die Datenerhebung lediglich im Rahmen des Probetriebs stattgefunden hat.

Tabelle 7: Übersicht erprobte Qualitätsindikatoren (Beispielwerte)

QI	Bezeichnung	Referenzbereich	Ergebnis Einrichtung 2012	Ergebnis Bund 2012
QI 1	Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc $\geq 0,6$	nicht definiert	22,9 %	6,1 %
QI 2	Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation	nicht definiert	0,0 %	0,6 %
QI 3	Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation	nicht definiert	26,5 %	8,8 %
QI 4	Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation	nicht definiert	8,6 %	1,0 %
QI 5	Anästhesie-assoziierte Komplikationen	nicht definiert	0,0 %	0,0 %
QI 6	Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge	nicht definiert	0,0 %	0,0 %

Tabelle „Basisauswertung“

Die Basisauswertung ist der abschließende Teil der Auswertung. Sie enthält deskriptive Statistiken (Median, Mittelwert und/oder weitere Kennwerte) sowie Häufigkeiten (in Tabellenform und/oder grafischer Darstellung) für alle wichtigen Datenfelder, die für den jeweiligen Leistungsbereich erfasst werden.

Die deskriptiven Analysen beziehen sich in unterschiedlichem Umfang auf folgende Gebiete:

- Patientenmerkmale
- Anamnese/Befunde
- Prä- und postoperative Diagnostik
- Operation/Behandlung
- Status des Patienten bei Entlassung

4.6.7. Grafische Darstellung der Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden die unterschiedlichen Diagrammtypen beschrieben, die zur visuellen Aufbereitung der Ergebnisse zur Anwendung kommen: Liniendiagramme, Box-and-Whisker Plots und Benchmarkdiagramme.

Liniendiagramme

Auch hier die Einschränkung, dass ein Vergleichszeitraum nicht vorhanden ist und der Hinweis, dass die Grundgesamtheit „Bund“ der Grundgesamtheit „Teilnehmer am Probetrieb“ entspricht.

Das Liniendiagramm wird verwendet, um vergleichend die Ergebnisse eines Qualitätsindikators für das aktuelle Berichtsjahr grafisch darzustellen.

Die Basis der Berechnungen (Anzahl der Fälle respektive Patienten) kann der zweiten Zeile des Grafiktitels entnommen werden.

Grundgesamtheit

(2012: N = 35 Fälle)

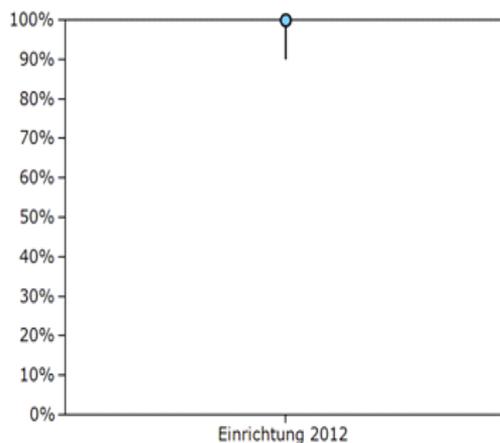


Abbildung 1: Liniendiagramm (Beispielwerte)

Die Konfidenzintervalle (Vertrauensbereiche) der Jahreswerte werden als senkrechte Linien gezeigt. Es ist allerdings möglich, dass ein Konfidenzintervall nicht erkennbar ist, weil seine Grenzen – abhängig vom Maßstab der y-Achse – sehr eng beieinander liegen. Falls für den Qualitätsindikator ein Referenzbereich definiert ist, ist dieser farbig (gelb) unterlegt.

In einer Tabelle unterhalb des Liniendiagramms (s. u.) sind die Indikator-Werte („Ergebnis“ oder „Ergebnis %“), die Werte für Zähler („n“) und Grundgesamtheit („N“) sowie die Grenzen des zweiseitigen 95%-Konfidenzintervalls (Vertrauensbereich) aufgeführt.

Tabelle 8: Ergebnisse (Beispielwerte)

	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung 2012	35/35	100,0	90,0 - 100,0

Im Bericht werden die Ergebnisse getrennt voneinander dargestellt, und zwar als Gruppe „selbst operiert (GG1)“ und als Gruppe „selbst nachuntersucht (GG2)“.

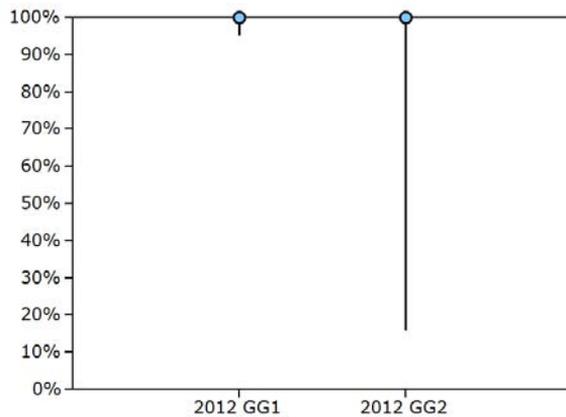


Abbildung 2: Darstellung der Grundgesamtheiten („Selbst operiert und selbst nachuntersucht“; Beispielwerte)

Tabelle 9: Grundgesamtheiten („Selbst operiert und selbst nachuntersucht“; Beispielwerte)

	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung 2012	5 / 57	8,8	2,8 - 19,4
selbst operiert (GG 1)	5 / 57	8,8	2,8 - 19,4
selbst nachuntersucht (GG2)	3 / 35	8,6	1,6 - 23,3

Box-and-Whisker Plots

Auch hier die Einschränkung, dass ein Vergleichszeitraum nicht vorhanden ist und der Hinweis, dass die Grundgesamtheit „Bund“ der Grundgesamtheit „Teilnehmer am Probetrieb“ entspricht.

Die Ergebnisse für Einrichtungen werden mithilfe von Boxplots (Box-and-Whisker Plots) und Benchmarkdiagrammen grafisch dargestellt.

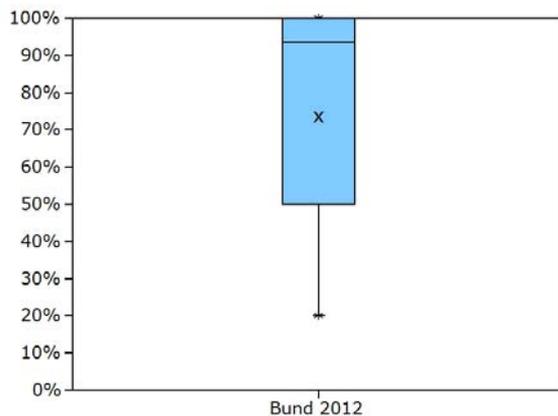


Abbildung 3: Box-and-Whisker Plot (Beispielwerte)

Die Boxplots zeigen die Verteilungen der Einrichtungswerte für die Qualitätsindikatoren.

Die Verteilungen können unmittelbar miteinander verglichen werden. Das Rechteck („Box“) schließt alle Werte zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil ein – es deckt somit den Interquartilbereich ab. In diesem Bereich liegen 50% aller Werte einer Verteilung.

Der Median der Werte der Einrichtungsverteilung ist als waagerechte Linie eingezeichnet. Die Linie trennt die oberen 50% der Werte von den unteren 50%.

Zusätzlich ist der Bundeswert des Indikators – berechnet auf Fallbasis – als „X“ eingezeichnet.

Senkrechte Linien („Whiskers“), die von der Box ausgehen, verbinden diese mit dem 5. und dem 95. Perzentil der Einrichtungsverteilung; die beiden Perzentile werden durch kurze waagerechte Striche markiert.

Schließlich sind im Box-Plot noch das Minimum, d.h. der kleinste Datenwert und das Maximum, d.h. der größte Datenwert als „*“ eingezeichnet. Falls das Minimum oder das Maximum mit dem Minimalwert bzw. dem Maximalwert des möglichen Wertebereichs eines Indikators zusammenfallen (z. B. 0 % oder 100 %), erscheint das „*“ Symbol auf der oberen oder unteren Umrandungslinie der Grafik und ist deshalb u. U. weniger deutlich zu erkennen.

Der Referenzbereich eines Indikators wird in der Grafik farbig unterlegt.

Benchmarkdiagramm

Auch hier gilt für den Probetrieb die Einschränkung, dass ein Vergleichszeitraum nicht vorhanden ist und der Hinweis, dass die Grundgesamtheit „Bund“ der Grundgesamtheit „Teilnehmer am Probetrieb“ entspricht.

Benchmarkdiagramme ermöglichen in der Regel den Vergleich der Einrichtungen für ein Berichtsjahr. Im Rahmen des Probetriebs beziehen sich die Diagramme jedoch lediglich auf den Zeitraum des Probetriebs.

Einrichtungen

(2012: N = 14 Einrichtungen)

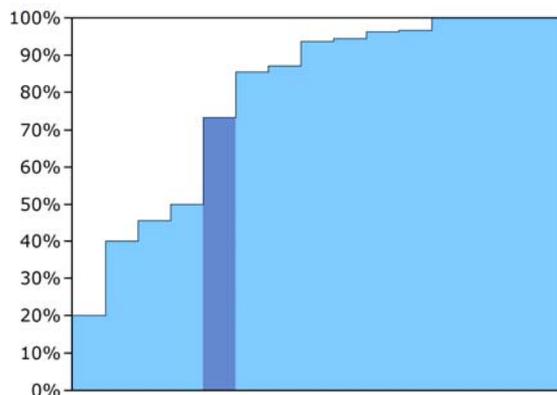


Abbildung 4: Benchmarkdiagramm (Beispielwerte)

Ein Benchmarkdiagramm zeigt die Indikatorwerte der einzelnen Einrichtungen. Für jede Einrichtung wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch einen Balken dargestellt. Wegen der begrenzten Größe der Grafiken entsteht ein „flächiger“ Eindruck, wenn die Balken sehr vieler Einrichtungen auf engem Raum nebeneinander gestellt werden. Ein Benchmarking ist prinzipiell möglich, weil der durch einen Balken angezeigte QI-Wert einer einzelnen Einrichtung unmittelbar mit den Indikatorwerten der anderen Einrichtungen verglichen werden kann. In den Rückmeldeberichten wird deshalb der Balken für die eigene Einrichtung farblich gekennzeichnet

Der Referenzbereich des Indikators (sofern definiert) wird auch im Benchmarkdiagramm als farbig unterlegte Fläche (gelb) kenntlich gemacht.

In einigen Fällen sind für Indikatoren auch Referenzbereiche definiert, die durch 2 Trennlinien abgegrenzt werden. Dies ist der Fall, wenn extreme Werte als auffällig gelten sollen (z. B. „< 5 %“ oder „> 95 %“). Umgekehrt

können auch Werte im mittleren Bereich als auffällig definiert werden („ $\geq 5\%$ “ und „ $\leq 95\%$ “). Auch für diese Spezialfälle gilt die Regel, dass die Balken für auffällige Einrichtungen außerhalb der Referenzbereiche enden.

Im anderen Fall werden Box-and-Whisker-Plots sowie Benchmarkdiagramme durch eine Ergebnistabelle ergänzt, der die Minima und Maxima der Einrichtungs-Verteilung des Indikators sowie wichtige Perzentile der Verteilung entnommen werden können.

Tabelle 10: Verteilungen (Min, Perzentile, Median, Max; Beispielwerte)

	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	2,7	2,7

Benchmarkdiagramme versus Box-and-Whisker Plots

Im Rückmeldebericht werden die Ergebnisse für die Einrichtungen sowohl durch Benchmarkdiagramme als auch durch Box-and-Whisker Plots veranschaulicht.

- Die Benchmarkdiagramme zeigen auf einen Blick die Ergebnisse aller Einrichtungen für das aktuelle Berichtsjahr. Die Darstellung der Einrichtungsergebnisse als Balken macht es möglich, den Wert einer Einrichtung direkt mit den Ergebnissen aller anderen Einrichtungen zu vergleichen.
- Die Box-and-Whisker Plots machen die Verteilung der Einrichtungsergebnisse über ihren möglichen Wertebereich sichtbar. Man erkennt sofort, in welchem Wertebereich sich der überwiegende Anteil der Ergebnisse der Leistungsträger befindet. Außer der Verteilung des aktuellen Berichtsjahres wird auch die Verteilung der Ergebnisse des Vorjahres durch einen weiteren Box-and-Whisker Plot grafisch aufbereitet. Diese Darstellung ermöglicht eine vergleichende Beurteilung von Veränderungen.

Benchmarkdiagramme sind für alle Indikatoren verfügbar. Für einen Teil der Qualitätsindikatoren musste jedoch auf die Box-and-Whisker Plots verzichtet werden. Der Grund dafür liegt in extremen Verteilungen der Ergebnisse für einige Qualitätsindikatoren: Bei extremen Boden- oder Deckeneffekten ist eine die Perzentile differenzierende Darstellung der Werteverteilung als Box-and-Whisker Plot nicht möglich.

4.6.8. Gesamtauswertung des Probetriebs („Bundesauswertung“)

Ein weiteres Element der Auswertung ist die Bundesauswertung bzw. die Auswertung der Dokumentationen aller Teilnehmer eines QS-Verfahrens. Die Gesamtauswertung für den Probetrieb Kataraktoperation befindet sich in Anlage I.4.

Dabei handelt es sich um die Teilnehmer des Probetriebs Kataraktoperation, die die Grundgesamtheit dieser Auswertung darstellen. Erfassungsjahr ist dementsprechend auch nicht, wie angegeben, das Jahr 2012 sondern der Dokumentationszeitraum des Probetriebs vom 1. Juli bis 30. September 2012.

Aus den besonderen Rahmenbedingungen des Probetriebs ergibt sich zudem, dass sich auf der einen Seite die Angaben zu den beiden Follow-up-Indikatoren „Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation“ und „Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation“ der Grundgesamtheit aller dokumentierten Operationen des Probetriebs (N=523) bedienen, der Zähler n aber nur aus den per PID im Probetrieb zusammenführbaren Behandlungsvorgängen (Operation + Follow-up, n = 171) resultiert.

Zudem ist auf den Unterschied zwischen einem Follow-up und einer Nachuntersuchung hinzuweisen. Die Nachuntersuchung ist ein Baustein des Follow-up-Dokumentationsbogens. Ein Follow-up kann mehrere Nachuntersuchungen haben. Die Nachuntersuchungen werden jedoch nur als Datum innerhalb eines Follow-up-Dokumentationsbogens registriert. Der Nutzen erscheint zweifelhaft. Eine Limitierung der Anzahl von Nachuntersuchungen, die im Rahmen eines Follow-up dokumentiert werden können über die Spezifikation wird für sinnvoll erachtet.

4.6.9. Risikoadjustierung in QS-Verfahren

Der für einen Qualitätsindikator erhobene Wert für einen Patienten hängt nicht nur von der Qualität der behandelnden Einrichtung ab, sondern auch von individuellen patientenbezogenen Risikofaktoren wie z.B. dem Schweregrad der Erkrankung, demografischen Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht), klinischen Faktoren (z.B. Komorbiditäten, Vorerkrankungen), sozioökonomischen Faktoren (z.B. Bildung), gesundheitsbezogenes Verhalten (z.B. Rauchen), Einstellungen und Präferenzen von Patienten (z.B. hinsichtlich Lebensqualität). Die zentrale Herausforderung bei der statistischen Analyse von Qualitätsindikatoren mit dem Ziel einer Gegenüberstellung der Ergebnisse verschiedener Einrichtungen besteht deshalb darin, durch die Anwendung sogenannter Risikoadjustierungsverfahren einen fairen Vergleich zu ermöglichen, indem Unterschiede in den Ausgangsbedingungen hinsichtlich patientenbezogener Einflussbedingungen ausgeglichen werden.

4.6.10. Risikoadjustierung im Probetrieb Katarakt

Mögliche relevante Risikofaktoren für das Verfahren Kataraktoperationen waren im Entwicklungsprozess definiert worden. Eine Risikoadjustierung im Zuge der Auswertung des Probetriebs wurde jedoch nicht vorgenommen, weil aufgrund der geringen und selektiven Teilnehmer- und Fallzahl kein valides Risikomodell geschätzt werden kann. Dies soll und kann erstmals im Echtbetrieb erfolgen, wenn auf der Datenbasis des ersten Erhebungszeitraums ein entsprechendes Modell erstellt werden kann.

4.7. Bereitstellung und Weiterleitung der Feedbackberichte

Das vollständige Beispiel für einen Feedbackbericht, wie er in Abschnitt 4.6.4 beschrieben wird und den teilnehmenden Ärzten zur Verfügung gestellt wurde, findet sich in Anlage I.1 (Operateure) und I.3 (Nachbehandler). Zudem erhielten die Operateure eine ausführliche Leseanleitung (siehe Anlage I.2, mit Beispielwerten) und alle Teilnehmer erhielten mit dem Bericht eine Textdatei, die die zuständige Ansprechpartnerin beim AQUA-Institut nannte.

4.7.1. Berichtsübermittlung im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich

Die Qesü-RL sieht vor, dass ambulante DAS keine Einsicht in die Feedbackberichte erhalten dürfen. Das hat zur Folge, dass das AQUA-Institut einen Weg finden musste, die Berichte transportverschlüsselt einem Leistungserbringer via DAS zuzustellen, von dem sie nur das Pseudonym kennt. Gleichzeitig muss für jeden Leistungserbringer für die Transportver- bzw. -entschlüsselung ein Kennwort zur Verfügung stehen, das ausschließlich dem Leistungserbringer und dem AQUA-Institut, nicht aber der ambulanten DAS bekannt ist. Im stationären und im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich stellt sich dieses Problem nicht, da die jeweilige DAS die Berichte unverschlüsselt erhalten und weiterleiten darf.

Für den Probetrieb wurde ein Ablauf vereinbart, dass den Anforderungen der Qesü-RL Rechnung trägt:

- Der LE schickt ein mit dem öffentlichen Schlüssel der Bundesauswertungsstelle (BAS, AQUA-Institut) verschlüsseltes Passwort mit den (durch die DAS nicht einsehbaren) QS-Daten mit.
- Die BAS verschlüsselt den Bericht mit diesem Passwort.
- Die BAS schickt den so verschlüsselten Bericht an die DAS, wobei der Dateiname des Berichts das LE-Pseudonym enthält.
- Die DAS ersetzt den Dateinamen bzw. das LE-Pseudonym innerhalb des Dateinamens, da der LE sein eigenes Pseudonym nicht kennen darf.
- Der LE entschlüsselt die Datei mit dem von ihm selbst vergebenen Kennwort.

4.7.2. Einsatz des Verschlüsselungsprogramms des AQUA-Instituts beim LE

Die Transportverschlüsselung bzw. deren Entschlüsselung durch den Leistungserbringer erfordert das Vorhandensein eines geeigneten Verschlüsselungsprogramms beim LE. Im stationären Bereich kann dieser Umstand vorausgesetzt werden, da eine identische Technik bei der Datenübermittlung im Rahmen der QSKH-Verfahren genutzt wird. Die Datenübermittlung zwischen ambulantem LE und der KV läuft dem gegenüber jedoch häufig über gesicherte Datenkanäle, die eine Transportverschlüsselung überflüssig machen. Vor der Übermittlung der

Feedbackberichte durch das AQUA-Institut stellte sich dieser Umstand als Hindernis heraus, da bei den LE kein Verschlüsselungsprogramm in die Export-Software integriert worden war. Da jedoch das Verschlüsselungsprogramm des AQUA-Instituts für die Transportverschlüsselung der Datenlieferungen der Leistungserbringer an die KVNO zwar nicht benötigt wurde, aber dennoch durch den Softwareanbieter im Paket an die Praxen mit ausgeliefert worden war, konnte es für die Transportverschlüsselung der Feedbackberichte des AQUA-Instituts an die Leistungserbringer verwendet werden.

Als Reaktion auf dieses konkretes Hindernis, das voraussichtlich im Regelbetrieb immer wieder auftreten würde, entschied das AQUA-Institut, die verbindliche Implementierung eines geeigneten Verschlüsselungsprogramms in die Spezifikation der sektorenübergreifenden QS-Verfahren aufzunehmen.

4.7.3. Verfahren der Berichtsübermittlung

Die Berichte wurden im Dezember 2012 durch das AQUA-Institut erstellt, am 7. Januar 2013 an die KVNO übermittelt und dort auch empfangen.

Dazu wurde je Bericht eine E-Mail an die für die Datenannahme vorgesehene E-Mail-Adresse der KVNO geschickt. Jede E-Mail enthielt eine zip.aes-Datei mit folgenden Namensformaten:

- *2012_PSEUDONYM_MKAT_OP.zip.aes* für Operateure und
- *2012_PSEUDONYM_MKAT_NACH.zip.aes* für Nachbehandler

Der Dateiname erschien zusätzlich im Betreff der E-Mails. Auch die Syntax der Benennung der Dateien wird für den Regelbetrieb – unabhängig vom Verfahren – spezifiziert werden, was wiederum automatisierte technische Vorgänge beim AQUA-Institut, den Datenannahmestellen und den Leistungserbringern ermöglicht.

Die KVNO hat ein automatisiertes Verfahren zur Weiterleitung der Feedbackberichte implementieren können und die Feedbackberichte am 10. Januar 2013 an die Ärzte weitergeleitet.

4.8. Testung der Vertrauensstelle als Datenannahmestelle

Es hat keine Erprobung des selektivvertraglichen Datenflusses stattfinden können, da keine geeigneten Teilnehmer für diesen Bereich rekrutiert werden konnten.¹³ Angesichts der Bedeutung dieses Datenweges mit der Vertrauensstelle als Datenannahmestelle (VST-DAS) hatte sich das AQUA-Institut entschlossen, die VST-DAS basierend auf der Spezifikation vom 15. Juni 2012 intensiv zu testen und diese Tests bis Ende November 2012 durchgeführt.

Die Testfälle und die Ergebnisse finden sich in Anlage J. In diesen wird ersichtlich, dass einige Fehler unterschiedlichen Schweregrads von der VST-DAS nicht erkannt wurden. Im Hinblick auf weitere Probebetriebe und den Regelbetrieb müssen diese Fehler abgestellt werden. Die VST-DAS und das AQUA-Institut werden die Sitzung des Fachausschusses IT-QS im Januar 2013 nutzen, diese Fehler zu besprechen, aufzuarbeiten und Lösungen zu finden.

Zudem ist aus Sicht des AQUA-Instituts von besonderer Bedeutung, dass neben der korrekten technischen Umsetzung der Spezifikation auch die Anwenderfreundlichkeit gewährleistet ist. Die selektivvertraglich tätigen Ärzte sollen ihre Dateien mittels eines Webportals an die VST-DAS übermitteln. Dabei ist für jeden Hochladevorgang ein neues Passwort erforderlich: Um Zugang zu diesem Portal zu erlangen, erhalten sie nach Anmeldung einen Zugangskode per SMS auf ihr Handy, der ihnen zeitnah die Eingabe ermöglichen soll.

Für die oben genannten Tests wurde eben dieses VST-Portal verwendet. Im Vorfeld hatte sich ein AQUA-Mitarbeiter bei der VST-DAS registriert und ein Zertifikat mit einem entsprechenden Passwort erhalten. Nach der Installation des Zertifikats konnte er XML-Dateien in das Portal hochladen. Zunächst hat es am Anfang der

▪ ¹³ Im Rahmen eines Selektivvertrags der KV Nordrhein erbrachte Leistungen wurden dokumentiert und wie kollektivvertraglich erbrachte Leistungen übermittelt und ausgewertet. Es erfolgte jedoch keine explizite Erprobung des Datenflusses für selektivvertraglich erbrachte Leistungen gem. Qesü-RL.

Tests unzumutbar lange gedauert (bis zu 24 Stunden), bis eine SMS mit den Zugangsdaten verschickt wurde. Nach einigen Korrekturen dauert es mittlerweile nur noch einige Sekunden bis zum Empfang der SMS. Aus Sicht des AQUA-Instituts wird es für die Akzeptanz dieses von der VST selbst gewählten Verfahrens unabdingbar sein, dass sich auch zukünftig bei stärkerer Nutzung des Dienstes die Antwortzeiten im Rahmen einiger Sekunden bewegen. Gleichzeitig weist das AQUA-Institut darauf hin, dass aus seiner Sicht die Übertragung an das Portal der VST-PSN sich in der Praxis als problematisch erweisen könnte, weil sie manuelle Bearbeitungsschritte durch jeden einzelnen Arzt erfordert. Dies birgt sowohl hinsichtlich der Datenexporte als auch hinsichtlich der Sollstatistik die Gefahr von Fehlern und/oder eines „Vergessens“ der Datenübermittlung. Eine Alternative zumindest für die Sollstatistik kann aus Sicht des AQUA-Instituts die automatische Erzeugung der erforderlichen Angaben durch die Export-Software und ihre Übermittlung in den Metadaten der QS-Datenlieferung sein.

5. Ergebnisse der Durchführung

5.1. Gelieferte Daten und Datenauswertung - Übersicht

Dieser Abschnitt stellt die Datengrundlage dar, auf der die Berechnungen und Auswertungen für den Probebetrieb Kataraktoperation basieren. Den Anfang der Darstellung bildet dementsprechend eine Übersicht der Daten liefernden Praxen, der übermittelten, der empfangenen, der auswertbaren und der zusammenführbaren Datensätze. Es folgen abschließend die Angaben der Datensätze, die nach weiteren Bereinerungsschritten für den Auswertungsdatenpool genutzt wurden. Abschließend werden die Angaben der Praxen zu den Datensätzen dargestellt, die aus falsch positiven Auslösungen bei den LE resultierten.

5.1.1. Anzahl Testdaten liefernder Praxen

Ab dem 1. September 2012 erfolgte der testweise Datenexport der bis zu diesem Zeitpunkt dokumentierten Fälle. Nach Zählung der KVNO und des AQUA-Instituts wurden folgende Anzahlen an Dokumentationen von Praxen im Verlauf des Testexports gesendet bzw. empfangen:

Tabelle 11: Anzahl Testdaten liefernder Praxen

	< 50 Datensätze	≥ 50 Datensätze	Praxen gesamt
Anzahl Daten liefernder Praxen im Testbetrieb, gesendet von der KVNO 1.9. – 30.9.2012	15	14	29
Anzahl Daten liefernder Praxen im Testbetrieb, empfangen vom AQUA-Institut 1.9. – 30.9.2012	13	10	23

5.1.2. Anzahl Echtdaten liefernder Praxen

Der Export aller Daten für den sogenannten Probedatenpool des AQUA-Instituts sollte ursprünglich zwischen dem 1. und dem 31. Oktober 2012 erfolgen. Zwischenzeitlich erhielt das AQUA-Institut jedoch Kenntnis darüber, dass die KVNO die Frist zur Datenannahme gegenüber den Praxen verlängert hatte. Am 23. November teilte das AQUA-Institut der KVNO mit, aus Zeitgründen keine weiteren Daten für die Auswertung mehr annehmen zu können.

Nach Zählung der KVNO und des AQUA-Instituts wurden Dokumentationen von folgenden Anzahlen an Praxen im Verlauf des Echtexports gesendet bzw. empfangen:

Tabelle 12: Anzahl Echtdaten liefernder Praxen

	< 50 Datensätze	≥ 50 Datensätze	Praxen gesamt
Anzahl Daten liefernder Praxen im Echtbetrieb, gesendet von der KVNO 1.10. – 23.11.2012	22	12	34
Anzahl Daten liefernder Praxen im Echtbetrieb, empfangen vom AQUA-Institut 1.10. – 23.11.2012	18	13	31

Die weitere Beurteilung des technischen Verfahrens insgesamt, der hier dargestellten Zahlen und insbesondere der möglichen Ursachen für abweichende Zahlen zwischen der KVNO und dem AQUA-Institut folgen in Abschnitt 5.2.3.

5.1.3. Anzahl gelieferter, ausgewerteter und zusammengeführter Echtdatensätze

Die Auswertbarkeit der gelieferten Datensätze wurde unter zwei Aspekten betrachtet. Der eine betrifft die im Probetrieb verlangte Auswertbarkeit der falsch positiv ausgelösten Index- und Follow-up-Leistungen (sog. „Minimaldatensätze“) hinsichtlich ihrer Aussagekraft für die Ursachen der falsch positiven Auslösungen. Der zweite Aspekt bezieht sich auf die Auswertung für die Qualitätssicherung, speziell die Zusammenführbarkeit von Index- und Follow-up-Leistungen.

Insofern teilt sich die Übersicht in drei Teile: grundsätzlich gesendete und empfangene Datensätze, für die QS und die Zusammenführbarkeit auswertbare Datensätze, sowie für die Schärfung der Auslösung relevante Datensätze.

Tabelle 13: Übersicht über gelieferte und empfangene Datensätze

	Anzahl Datensätze
Von der KVNO insgesamt gelieferte Datensätze bis Dezember 2012	4230
Vom AQUA-Institut insgesamt empfangene Datensätze bis Dezember 2012	3317
▪ Davon auswertbar (empfangen bis 23. November 2012)	3205
- Auswertbar hinsichtlich der Ursachen falsch positiver Auslösungen	1414
- Falsch positiv ausgelöste Indexbögen	59
- Falsch positiv ausgelöste Follow-up-Bögen	1355
- Auswertbar für QS und Zusammenführung	1791
- Richtig positiv ausgelöste Indexbögen	528
- Richtig positiv ausgelöste Follow-up-Bögen:	1263
- Zusammenführbare Paare (Index und Follow-up)	171

Weitere Erläuterungen zu den einzelnen Zahlen und Auswertungen in dieser Übersicht finden sich in den folgenden Abschnitten.

5.2. Gelieferte Daten und Datenauswertung - Ergebnisse

5.2.1. Darstellung der falsch positiven Auslösungen – Indexbogen

Führte die Erfassung eines OPS- oder eines ICD-Kodes zur Auslösung eines Indexbogens, wurde die Filterfrage „Wurde eine Kataraktoperation durchgeführt?“ gestellt. Verneinte der Dokumentierende diese Frage, sollte er anschließend angeben, welcher OPS-Kode bzw. welcher ICD-Kode diese falsch positive Auslösung verursacht hat. Die folgende Tabelle zeigt, wodurch diese Auslösungen verursacht wurden und gibt die Antworten der Dokumentierenden wieder. Insgesamt wurden 59 solcher Fälle dokumentiert, in allen Fällen wurde als OPS-Kode 5.143* genannt, während die ICD-Kodes variierten:

Tabelle 14: ICD-Kodes bei falsch positiv ausgelösten Indexbögen

ICD-Kode	Anzahl	Anteil in Prozent
H25.-	35	59,32
H26.-	22	37,29
H27.-	1	1,69
H28.-	1	1,69
Summe	59	100,00

Die folgende Tabelle zeigt, welche Freitextkommentare zusätzlich zu den beiden oben genannten Angaben gemacht wurden.

Tabelle 15: Freitextkommentare bei falsch positiv ausgelösten Indexbögen

Kommentar	Anzahl	Anteil in Prozent
Katarakt-OP erfolgte stationär	16	27,12
Belegarzt-OP	5	8,47
Nicht selbst operiert	3	5,08
Doppelt dokumentiert	3	5,08
Falsche Eingabe	1	1,69
Länger zurückliegende Katarakt-OP	3	5,08
Nur Nachbehandlung	1	1,69
Privat-OP	2	3,39
Keine Angabe	25	42,37
Summe	59	100,00

5.2.2. Darstellung der falsch positiven Auslösungen – Follow-up-Bogen

Führte die Erfassung einer GOP-Ziffer oder eines ICD-Kodes zur Auslösung eines Follow-up-Bogens, wurde die Filterfrage „Hatte der Patient eine Kataraktoperation in den letzten 6 Wochen?“ gestellt. Verneinte der Dokumentierende diese Frage, sollte er danach angeben, welche GOP-Ziffer bzw. welcher ICD-Kode diese falsch positive Auslösung verursacht hat. Die folgenden Tabellen zeigen, wodurch diese Auslösungen verursacht wurden und geben die Freitextantworten der Dokumentierenden wieder. Insgesamt wurden 1.355 solcher Fälle dokumentiert.

Tabelle 16: GOP-Ziffern bei falsch positiv ausgelösten Follow-up-Bögen

GOP-Ziffer	Anzahl	Anteil in Prozent
31.716	7	0,52
31.717	396	29,23
31.719	138	10,18
90.778	27	1,99
Keine Angabe	787	58,08
Summe	1.355	100,00

Tabelle 17: Freitextkommentare bei falsch positiv ausgelösten Follow-up-Bögen (GOP-Ziffern)

Kommentar	Anzahl	Anteil in Prozent
Doppelt dokumentiert	106	7,82
Falsche Eingabe	5	0,37
Keine Katarakt-OP	7	0,52
Katarakt-OP liegt länger als 6 Wochen zurück	53	3,91
Katarakt-OP erfolgte stationär	2	0,15
Sonstige	3	0,22
Keine Angabe	1.179	87,01
Summe	1.355	100,00

Tabelle 18: ICD-Kodes bei falsch positiv ausgelösten Follow-up-Bögen

ICD-Kode	Anzahl	Anteil in Prozent
Z96.1	787	58,08
Keine Angabe	568	41,92
Summe	1.355	100,00

Tabelle 19: Freitextkommentare bei falsch positiv ausgelösten Follow-up-Bögen (ICD-Kodes)

Kommentar	Anzahl	Anteil in Prozent
Dauerdiagnose	105	7,75
Doppelt dokumentiert	99	7,31
Falsche Eingabe	57	4,21
Keine Katarakt-OP	8	0,59
Katarakt-OP liegt länger als 6 Wochen zurück	152	11,22
Vertretungspatient	10	0,74
Sonstiges	23	1,70
Keine Angabe	901	66,49
Summe	1.355	100,00

5.2.3. Darstellung der gelieferten Datensätze

Die folgende Tabelle gibt die Anzahl der gelieferten Datensätze wieder. Dabei wird unterschieden zwischen den Datensätzen, die die KVNO gezählt hat und denjenigen, die in den Datenannahmepool des AQUA-Instituts eingeflossen sind (registrierte Datensätze). Dabei wird jeder Datensatz immer genau einmal, nämlich in seiner jeweils höchsten Versionsnummer als registriert gezählt.

Tabelle 20: Gelieferte Datensätze und Datensätze im Datenannahmepool

KVNO Testlieferung 1. September bis 30. September 2012	KVNO Echtlieferung 1. Oktober bis 23. November 2012	AQUA-Institut Testlieferung 1. September bis 30. September 2012	AQUA-Institut Echtlieferung 1. Oktober bis 23. November 2012	AQUA-Institut Echtlieferung 1. Oktober bis Ende Dezember 2012
2.941 verschickte Datensätze	4.230 verschickte Datensätze	2.264 registrierte Datensätze	3.205 registrierte Datensätze	3.317 registrierte Datensätze

Die Werte unterscheiden sich in ihrer Höhe und diese Unterschiede sind zu begründen. Die abschließende Klärung mit der KVNO steht derzeit noch aus. Es ist aus Sicht des AQUA-Instituts aber zu vermuten, dass von-seiten der KVNO zwar alle verschickten Datensätze gezählt wurden, zurückgewiesene Datensätze/-lieferungen jedoch nicht von dieser Anzahl wieder abgezogen wurden. Auf diese Weise wären von der VST-PSN oder dem AQUA-Institut zurückgewiesene Datensätze zwar nicht erfolgreich übermittelt, aber als solche gezählt worden. Ebenso kann es sein, dass Korrektur-Datensätze als neue Datensätze und somit mehrfach gezählt wurden. Das AQUA-Institut kann hingegen nur solche Datensätze berücksichtigen, die tatsächlich und die einmalig angekommen sind bzw. einen bereits gelieferten Datensatz korrigieren, wobei der korrigierte Datensatz dann aus der Zählung herausfällt. Dieser Erklärungsansatz gilt auch für die Differenzen, die sich hinsichtlich der Anzahl Daten liefernder Praxen ergeben haben (s.o. Tabelle 20 und Tabelle 21).

Es ist an dieser Stelle ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die hier dargestellten Differenzen keinerlei Rückschlüsse über die Datenqualität oder die Funktionalitäten des Datenflusses erlauben. Es besteht hier ausschließlich eine Differenz in der Zählung der Datensätze.

5.2.4. Datensätze im Auswertungsdatenpool

In den Auswertungsdatenpool fließen keine Dubletten ein, insbesondere wird von jedem Datensatz nur die Version mit der höchsten Versionsnummer verwendet. Aus diesem Grund unterscheiden sich die Zahlen des Datenannahmepools (siehe voriger Abschnitt) von denen, die letztendlich ausgewertet werden konnten. Im Endeffekt standen für die Auswertungen und Berechnungen folgende Datensätze zur Verfügung:

Tabelle 21: Datensätze im Auswertungsdatenpool

Indexbögen insgesamt	Falsch positiv ausgelöste In- dexbögen	Richtig positiv ausgelöste In- dexbögen	Follow-up- Bögen insge- samt	Falsch positiv ausgelöste Fol- low-up-Bögen	Richtig positiv ausgelöste Fol- low-up-Bögen
587	59	528	2618	1355	1263

Insgesamt konnten 3.205 Datensätze genutzt werden. 1.791 Datensätze wiederum konnten für die Auswertung herangezogen werden. 171 Operationen konnte eine Nachbehandlung zugeordnet werden. Insgesamt konnten dabei für 141 Patienten¹⁴ ein Index- und ein Follow-up-Bogen über das Patientenpseudonym miteinander verknüpft werden.

5.3. Ergebnisse auf Basis der QS-Auslösung

Wie bereits in Abschnitt 2.3.2 erwähnt, wurden die Kriterien zur QS-Auslösung mit dem Ziel empfohlen, möglichst alle Kataraktoperationen und Follow-up-Fälle zu erfassen und im Probetrieb gleichzeitig den potenziellen Mehrwert bzw. den Aufwand, der mit den weitgefassten Auslösungskriterien einhergeht, zu ermitteln.

¹⁴Die zahlenmäßige Differenz ergibt sich daraus, dass für manche Patienten die Bögen von zwei Operationen (= beide Augen) mit dem jeweils dazu gehörigen Follow-up-Bogen zusammengeführt werden konnten.

Da der Probetrieb lediglich im ambulanten Sektor stattgefunden hat, beschränken sich unsere Ergebnisse auf die ambulante QS-Auslösung. Die Erkenntnisse zur Auslösung sollten sowohl aus der Dokumentation der Filterfrage als auch aus den in Abschnitt 2.3.2 genannten Datenfeldern zur Verbesserung der Auslösung sowie über die Befragung der Leistungserbringer gewonnen werden.

In der Umsetzung der Datenerhebung über die Software wurde jedoch folgender Umstand festgestellt, der die Generierung von Erkenntnissen aus den Datenquellen erschwerte.

Zur Korrektur von Fehlern wurden über den teilnehmenden Softwareanbieter nach Beginn des Probetriebs mehrere Updates versendet. Diese Updates betrafen u.a. auch die Struktur der QS-Auslösung. Es ist davon auszugehen, dass die Auslösung zu Beginn des Probetriebs bis zu einem gewissen Zeitpunkt fehlerhaft war. Hinzu kommt die fehlende Transparenz über das Einlesen der Updates bei den Leistungserbringern, was bedeutet, dass nicht nachvollzogen werden kann, ob die Leistungserbringer alle notwendigen Updates zeitnah eingespielt haben.

Die Ergebnisse, die hier gewonnen werden konnten, sind daher mit Vorbehalt zu bewerten, werden jedoch durch die Ergebnisse des Abschlussworkshops unterstützt.

Kataraktoperation

Für die Auslösung des Kataraktoperationsbogens haben sich neben den generellen Problemen, welche in Abschnitt 2.3.2 beschrieben sind, folgende Problematiken herausgestellt:

- In den durch die Filterfrage ausgelösten Datensätzen wurden regelhaft die Diagnosen H25.1 „Cataracta nuclearis senilis“ und H25.9 „Senile Katarakt nicht näher bezeichnet“ angegeben. OPS-Kodes wurden nicht dokumentiert, was darauf hinweist, dass eine Operation tatsächlich nicht stattgefunden hat. Über die Befragung der Leistungserbringer und sonstige Rückmeldungen konnte festgestellt werden, dass in mindestens zwei konservativ tätigen, also nachbehandelnden Praxen, der Operationsbogen ausgelöst wurde. Diese Information lässt vermuten, dass auch in konservativ tätigen Praxen im Rahmen der Abrechnung Kriterien zur Auslösung der Indexleistung herangezogen werden.
- Die Auslösung mit ICD-Kodes ist problematisch, da hier kein Zusammenhang mit der Durchführung der Kataraktoperation vorhanden ist und die Dokumentation von ICD-Kodes im ambulanten Sektor nicht über Richtlinien geregelt ist.
- Durch Teilnehmer des Abschlussworkshops wurde verdeutlicht, dass im Bereich der ambulanten Selektivverträge keine einheitliche Kodierpraxis vorhanden ist. Selbst von einer einheitlichen Dokumentation von ICD-Kodes kann hier nicht ausgegangen werden.

Aufgrund der genannten Punkte kann man verschiedenen Möglichkeiten der QS-Auslösung des Dokumentationsbogens zusammenfassen und folgende Vor- und Nachteile benennen:

Tabelle 22: Szenario 1 zur QS-Auslösung Kataraktoperation

Auslösung	Beschreibung
OPS: 5-144.-, 5-143.- ICD: H25.- bis H28.-	Auslösung mit den Codes 5-143.- (Intrakapsuläre Ex-traktion der Linse) oder 5-144.- (Extrakapsuläre Ex-traktion der Linse [ECCE]) UND einem der aufgeführten ICD-Kodes bei Patienten ≥ 50 Jahre

Vorteile:

Eine Identifikation von stationären und ambulanten (im Rahmen von Kollektivverträgen) Kataraktoperationen ist mit den beschriebenen Kriterien aus Tabelle 22 möglich. Die Selektion der Fälle durch die Filterfrage wäre in diesem Szenario nicht notwendig.

Nachteile:

Die Identifikation von ambulanten Kataraktoperationen im Rahmen von Selektivverträgen erscheint unwahrscheinlich. Im Rahmen des Probetriebs wurde bestätigt, dass hier keine allgemein gültigen Dokumentationsanforderungen bestehen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass ICD-Kodes und/oder OPS-Kodes dokumentiert werden.

Kataraktoperationen, bei welchen kein ICD-Code verschlüsselt wird, würden hier nicht erfasst werden. Ein Grund dafür könnte das Fehlen allgemeingültiger Kodierrichtlinien im ambulanten Sektor sein.

Tabelle 23: Szenario 2 zur QS-Auslösung Kataraktoperation

Auslösung	Beschreibung
OPS: 5-144.-, 5-143.- ICD: H25.- bis H28.-	Auslösung mit einem der aufgeführten OPS-Kodes oder mit einem der aufgeführten ICD-Kodes

Vorteile:

Wie für Szenario 1 beschrieben wurde, bestehen für den ambulant-selektivvertraglichen Bereich keine allgemein gültigen Dokumentationsanforderungen, in denen OPS-Kodes keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielen. Der Vorteil von Szenario 2 ist der, dass ICD-Kodes und OPS-Kodes in einer ODER Verknüpfung abgefragt werden und dadurch die Möglichkeit vorhanden ist, auch Kataraktoperationen im ambulant-selektivvertraglichen Bereich zu identifizieren.

Nachteile:

Grundsätzlich ist es durch Abrechnungsangaben nicht möglich, die ambulant-selektivvertraglich und die ambulant-kollektivvertraglich behandelten Patienten im Rahmen der Auslösung voneinander zu unterscheiden. Daher können auch die Auslösekriterien nicht differenziert abgefragt werden. Die aufgeführten ICD-Kodes würden daher sowohl im ambulant-selektivvertraglichen Bereich als auch im stationär- und ambulant-kollektivvertraglichen Bereich zu einer Auslösung führen. Aus diesem Grund würden sowohl im ambulant-selektivvertraglichen Bereich als auch in den anderen Sektoren durch die aufgeführten ICD-Kodes viele nicht dokumentationspflichtige Fälle ausgelöst werden. Das bedeutet, dass jeder Arzt, der eine der aufgeführten Diagnosen dokumentiert, einen Dokumentationsaufwand durch das Verneinen der Filterfrage hätte, unabhängig davon, ob bei dem Patienten im selben Aufenthalt/ bei derselben Untersuchung eine Kataraktoperation durchgeführt wurde.

Wie bereits erwähnt, ist in diesem Szenario eine Filterfrage erforderlich.

Tabelle 24: Szenario 3 zur QS-Auslösung Kataraktoperation

Auslösung	Beschreibung
OPS: 5-144.- 5-143.-	Auslösung durch den OPS-Kode 5-143.- (Intrakapsuläre Extraktion der Linse) oder 5-144.- (Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE])

Vorteile:

Eine Auslösung könnte hier auch dann stattfinden, wenn die ICD-Kodes (H25.- bis H28.-) nicht regelhaft kodiert werden würden.

Nachteile:

Die unter den OPS-Kodes stehenden Operationstechniken werden jedoch nicht nur bei einer Kataraktoperation dokumentiert, sondern beispielsweise auch bei unfallbedingten Verletzungen der Linse, die eine Entnahme der

Linse zur Folge haben. Bei einer Auslösung mit den aufgeführten OPS-Kodes ohne weitere Kriterien besteht die Wahrscheinlichkeit, dass auch andere Indikationen ausgelöst werden.

Daher wäre auch bei diesem Szenario eine Filterfrage erforderlich.

Tabelle 25: Szenario 4 zur QS-Auslösung Kataraktoperation

Auslösung	Beschreibung
GOP/EBM: 31331, 36331, 31332, 36332, 31351, 36351, 31350, 36350	Die aufgeführten GOP vergüten je einen intraokularen Eingriff der Kategorien V1, V2, X1 und X2.

Vorteile:

Im Rahmen des Abschlussworkshops wurde u.a. vorgeschlagen, die Auslösung über ambulante Abrechnungsziffern zu realisieren, um möglichst alle Kataraktoperationen zu erfassen, auch wenn keine OPS-Kodes oder ICD-Kodes dokumentiert wurden. Nach eingehender Prüfung überwiegen jedoch die Nachteile des Szenarios.

Nachteile:

Nachteil dieser Auslösungsmöglichkeit ist zum einen, dass die GOP neben der Kataraktoperation auch andere Operationen vergütet, wie z.B. 5-145.* (Andere Linsenextraktionen) oder 5-146.* (Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse). Eine Auslösung wäre daher nur unter Verwendung der Filterfrage möglich. Zum anderen können die GOP nur für eine Auslösung im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich verwendet werden. Aus diesem Grund müssten weitere Kriterien zur Auslösung für den stationären- und ambulant-selektivvertraglichen Bereich zugefügt werden. Durch die Definition sektorenspezifischer Kriterien ist eine einheitliche Erfassung von Patienten im ambulanten und stationären Sektor nicht mehr gegeben. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse in den Sektoren würde damit erschwert werden.

Tabelle 26: Szenario 5 zur QS-Auslösung Kataraktoperation

Auslösung	Beschreibung
Länderspezifische Ziffern: z.B. Nordrhein 90633 90660 90661 90662 90998D 90701 90704 90701 90704 90707	Die aufgeführten GOP-Ziffern vergüten eine ambulante Kataraktoperation oder werden zur Abrechnung des ärztlichen Honorars herangezogen. Die Positionen würden in der Auslösung in einer ODER Verbindung bei Patienten ≥ 50 Jahren auslösen.

Vorteile:

Ein Vorteil bestünde dann, wenn die derzeit länder- bzw. vertragsspezifischen Ziffern bundeseinheitlich verwendet werden würden (siehe Tabelle 26).

Nachteile:

Nachteil dieser Auslösungsmöglichkeit ist zum einen, dass die länderspezifischen GOP von den Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegt werden können. Jede Landes-KV hat dadurch andere Ziffernkombinationen und

Leistungskomplexe, die sie vergütet. Dies hat zur Folge, dass das Patientenkollektiv innerhalb des ambulanten Sektors nicht einheitlich erfasst werden könnte. Zudem besteht die Möglichkeit, dass Ziffernkonstellationen bundesweit für unterschiedliche Operationen/Leistungskomplexe vergeben werden können. Die GOP könnten zum anderen nur für eine Auslösung im ambulant-selektivvertraglichen Bereich verwendet werden. Aus diesem Grund müssten weitere Kriterien zur Auslösung für den stationären- und ambulant-kollektivvertraglichen Bereich zugefügt werden. Durch die Definition sektorenspezifischer Kriterien ist eine einheitliche Erfassung von Patienten im ambulanten und stationären Sektor nicht mehr gegeben. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse in den Sektoren würde damit erschwert werden.

Tabelle 27: Szenario 6 zur QS-Auslösung Kataraktoperation

Auslösung	Beschreibung
GOP/EBM: Bundeseinheitliche Ziffer	Entwicklung einer bundeseinheitlichen Ziffer, die die Inhalte verschiedener Indikatoren umfasst.

Vorteile:

Im Rahmen des ambulant-kollektivvertraglichen Bereichs wäre mit einer bundesweit einheitlichen GOP eine spezifische Auslösung möglich. Eine Filterfrage wäre nicht mehr notwendig.

Beispielsweise könnten hierzu die bestehenden Ziffern aufgeteilt werden in:

1. Gebührenordnungspositionen, die eine Kataraktoperation vergüten
2. Gebührenordnungspositionen, die alle weiteren intraokulare Eingriffe vergüten

Der Leistungsumfang sowie die Vergütung der Operationen müssten dabei nicht abgeändert werden.

Nachteile:

Die GOP könnte nur für eine Auslösung im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich verwendet werden. Aus diesem Grund müssten weitere Kriterien zur Auslösung für den stationären- und ambulant-selektivvertraglichen Bereich zugefügt werden. Durch die Definition sektorenspezifischer Kriterien ist eine einheitliche Erfassung von Patienten im ambulanten und stationären Sektor nicht mehr gegeben. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse in den Sektoren würde damit erschwert werden.

Katarakt Follow-up

Für die Auslösung des Dokumentationsbogens KAT_FU haben sich folgende Probleme ergeben:

- Die Anzahl von Fehlauflösungen aufgrund der im allgemeinen Teil beschriebenen Problemlage ist nicht bekannt. Den Ergebnissen der schriftlichen Befragung der Leistungserbringer konnte aber entnommen werden, dass
 - Fälle ausgelöst wurden, die nicht im entsprechenden Quartal der Datenerhebung eine Kataraktoperation hatten (Vertretungsfälle, neue Patienten)
 - Fälle häufig mehrfach ausgelöst wurden
- Die Auslösung mit ICD-Kodes ist problematisch, da hier kein Zusammenhang mit der Durchführung der Nachbehandlung von Kataraktoperationen vorhanden ist. Zudem ist die Dokumentation von ICD-Kodes im ambulanten Sektor nicht über Richtlinien geregelt.
- Hinzu kommt, dass es sich bei den zur Auslösung verwendeten ICD-Kodes um Dauerdiagnosen handelt. Diese Diagnosen werden beständig in der Patientenkartei mitgeführt, was zwei weitere Probleme aufwirft:
 - Es wurde berichtet, dass auch Fälle ausgelöst wurden, bei denen die Operation mehr als 3 Monate zurück lag. Zur Fehlauflösung kam es auch in Fällen, in denen die Diagnose bei der Anamnese für neue Patienten oder bei Patienten, die in Vertretung behandelt werden, dokumentiert wurde.
 - Die zur Auslösung verwendeten Diagnose-Kodes wurden anfangs in der Software nicht als Dauerdiagnose bezeichnet. Dies führte dazu, dass die Diagnosen vom QS-Filter nicht erkannt wurden. Zudem

musste ein Zeitraum definiert werden, da lediglich die Diagnosen zu einer Auslösung führen sollten, die im Erhebungszeitraum des Probetriebs dokumentiert wurden. Diese Probleme konnten mithilfe eines Updates gelöst werden.

- Teilnehmer des Abschlussworkshops verdeutlichten, dass im Bereich der ambulanten Selektivverträge keine einheitliche Kodierpraxis vorhanden ist. Selbst von einer einheitlichen Dokumentation von ICD-Kodes könne hier nicht ausgegangen werden.

Die aufgeführten Probleme führten dazu, dass teilnehmende Leistungserbringer anmerkten, dass eine Auslösung der QS-Dokumentation aus ihrer Sicht unter den gegebenen Rahmenbedingungen zu zeitaufwendig und daher nicht praktikabel sei.

Auf Basis der genannten Punkte können verschiedenen Möglichkeiten zur QS-Auslösung des Dokumentationsbogens zusammengefasst und mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen aufgeführt werden.

Tabelle 28: Szenario 1 zur QS-Auslösung Katarakt Follow-up

Auslösung	Beschreibung
GOP/EBM: 31718, 31716, 31719, 31717, 90778, 99881E, 99881K, 90446 ICD: Z96.1, H27.0	Auslösung mit den aufgeführten GOP zur Nachbehandlung eines intraokularen Eingriffes und einer der angegebenen ICD (Zustand nach Kataraktoperation).

Vorteile:

Durch die UND-Verknüpfung ist die Wahrscheinlichkeit einer Fehlauflösung gering, da die Kriterien spezifisch genug filtern. Die Filterfrage wäre daher nicht nötig.

Nachteile:

Die Verwendung von Dauerdiagnosen in der QS-Auslösung stellte sich als problematisch dar, da hier für eine spezifische Auslösung weitere Kriterien herangezogen werden müssen. Zudem gibt es keine allgemein gültigen ambulanten Kodierrichtlinien, die die Kodierung dieser Diagnosen regeln.

Die Identifikation von ambulanten Kataraktoperationen im Rahmen von Selektivverträgen erscheint unwahrscheinlich. Von Teilnehmern des Abschlussworkshops wurde bestätigt, dass hier keine allgemein gültigen Dokumentationsanforderungen bestehen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass ICD-Kodes und/oder GOP dokumentiert werden.

Tabelle 29: Szenario 2 zur QS-Auslösung Katarakt Follow-up

Auslösung	Beschreibung
GOP/EBM: 31718, 31716, 31719, 31717, 90778, 99881E, 99881K, 90446 ICD: Z96.1, H27.0	Auslösung mit den aufgeführten GOP zur Nachbehandlung eines intraokularen Eingriffes ODER einer der angegebenen ICD (Zustand nach Kataraktoperation).

Vorteile:

Wie unter Szenario 1 (siehe Tabelle 28) beschrieben wurde, bestehen für den ambulant-selektivvertraglichen Bereich keine allgemein gültigen Dokumentationsanforderungen, beispielsweise Selektivverträge, in denen GOP-Kodes keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielen. Der Vorteil des 2. Szenarios (siehe Tabelle 29) ist der, dass ICD-Kodes und GOP in einer ODER-Verknüpfung abgefragt werden und dadurch die Möglichkeit vorhanden ist auch Kataraktoperationen im ambulant-selektivvertraglichen Bereich zu identifizieren.

Nachteile:

Die Verwendung von Dauerdiagnosen in der QS-Auslösung stellte sich als problematisch dar, da hier für eine spezifische Auslösung weitere Kriterien herangezogen werden müssen. Zudem gibt es keine allgemein gültigen ambulanten Kodierrichtlinien, die die Kodierung dieser Diagnosen regeln.

Die Filterfrage würde für eine spezifische Auslösung auf Grund der ODER-Verknüpfung notwendig sein.

Tabelle 30: Szenario 3 zur QS-Auslösung Katarakt Follow-up

Auslösung	Beschreibung
GOP/EBM: Bundeseinheitliche Ziffer	Entwicklung einer bundeseinheitlichen Ziffer, die die Inhalte verschiedener Indikatoren beinhaltet.

Vorteile:

Durch eine Bundeseinheitliche GOP, die vorzugsweise die Leistungsinhalte umfasst, die über die Follow-up-Indikatoren des Verfahrens erfasst werden, wäre eine spezifische Auslösung möglich. Die Filterfrage würde daher nicht mehr benötigt werden.

Beispielsweise könnten hierzu die bestehenden Ziffern aufgeteilt werden in:

1. Gebührenordnungspositionen, die eine Kataraktoperation vergüten
2. Gebührenordnungspositionen, die alle weiteren intraokularen Eingriffe vergüten

Der Leistungsumfang sowie die Vergütung der Operationen müssten dabei nicht abgeändert werden.

Nachteile:

Die GOP könnte nur für eine Auslösung im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich verwendet werden. Aus diesem Grund müssten weitere Kriterien zur Auslösung für den stationären- und ambulant-selektivvertraglichen Bereich zugefügt werden. Durch die Definition sektorenspezifischer Kriterien ist eine einheitliche Erfassung von Patienten im ambulanten und stationären Sektor nicht mehr gegeben. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse in den Sektoren würde damit erschwert werden.

Tabelle 31: Szenario 4 zur QS-Auslösung Katarakt Follow-up

Auslösung	Beschreibung
eGK	Marker auf der Karte „Dieser Patient hatte eine Kataraktoperation...“

Vorteile:

In diesem Szenario ist die Auslösung der QS-Dokumentation nicht an das Kodierverhalten der Ärzte gebunden.

Nachteile:

Auch bei diesem Szenario der Auslösung ist die Einbindung des ambulant-selektivvertraglichen Bereichs höchstwahrscheinlich nicht zu 100% möglich, da hier das Einlesen der Versichertenkarte in den meisten Fällen zur Abrechnung nicht benötigt wird.

Um die eGK in dieser Form nutzen zu können, bedarf es weiterer Entwicklungsarbeit. Die Implementierung dieser Möglichkeit ist zurzeit nicht absehbar.

Tabelle 32: Szenario 5 zur QS-Auslösung Katarakt Follow-up

Auslösung	Beschreibung
Den Krankenkassen vorliegende Sozialdaten	Ermittlung verschiedener Indikatoren über Sozialdaten bei den Krankenkassen

Vorteile:

Bei einer Auslösung und Abbildung der Indikatoren über die den Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten würde sich der Dokumentationsaufwand für die betroffenen Leistungserbringer verringern. Damit würden auch die Probleme der Auslösung aufseiten der Leistungserbringer gelöst werden.

Nachteile:

Eine Umsetzung über die den Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten würde jedoch bedeuten, dass nicht alle Indikatoren abgebildet werden können. Dies hätte eine Reduzierung/Modifikation der Indikatoren zur Folge. Die Nutzung von Sozialdaten ist zurzeit noch in der Entwicklung. Eine Überprüfung der Möglichkeiten zur Abbildung von Nachuntersuchungen im Follow-up des Verfahrens Katarakt im Rahmen von Selektivverträgen steht noch aus.

5.4. Ergebnisse in Bezug auf die Indikatoren und die jeweils benötigten Datenfelder

In folgendem Abschnitt sind die Indikatoren sowie die zur deren Berechnung benötigten Datenfelder aufgeführt. Die Ergebnisse in Bezug zu den Datenfeldern, die im Rahmen des Probebetriebs erarbeitet wurden, sind daher ebenfalls in diesem Abschnitt zu finden.

Unter dem Punkt „Zusammenfassung“ sind jeweils alle Anmerkungen zur Umsetzung des Indikators abgebildet.

Mit Ausnahme des Indikators „E52: Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation“ konnten alle Indikatoren abgebildet werden, was bedeutet, dass die relevanten Datenfelder ausgefüllt werden konnten und keine Probleme in der Dokumentation aufwiesen. Da die Risikoadjustierung im Probebetrieb nicht durchgeführt wurde, gilt diese Aussage nicht für die Datenfelder die lediglich zur Risikoadjustierung benötigt werden.

Der Indikator „E52: Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation“ konnte nicht abgebildet werden, da keine stationären Einrichtungen am Probebetrieb teilgenommen haben. Somit gibt es in Bezug auf diese Datenfelder keine Ergebnisse, jedoch wurde im Rahmen der Befragung der Leistungserbringer die Frage der Abbildung des Indikators im ambulanten Sektor thematisiert (s. Abschnitt 6.3.2.).

5.4.1. E07: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bis Visus cc \geq 0,6

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT:

Datenfeld „Präoperativer Visus cc“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probebetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probebetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Art der zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens“:

Wie bereits in Abschnitt 2.4.2. beschrieben wurde die Feldgruppenlogik des Datenfelds „Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens“ entfernt. Das Datenfeld wurde in „Art der zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens“ umbenannt und kann nun unabhängig von den Visusangaben befüllt werden. Im Probebetrieb wurden keine Anmerkungen zur Optimierung oder zu einer Fehlfunktion gemeldet.

Datenfeld „Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens“:

Durch die beschriebene Änderung der Feldgruppenlogik des Datenfelds „Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens“ wurde das Datenfeld „Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens“ mit der Antwortoption Ja/Nein aufgenommen. Im Probebetrieb wurden keine Anmerkungen zur Optimierung oder zu einer Fehlfunktion gemeldet.

Datenfeld „Operationen- und Prozedurenschlüssel“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Ergebnis des Indikators in der Gesamtauswertung: Im Rahmen des Indikators ist eine Indikationsstellung dann gegeben, wenn der Visus cc $\leq 0,6$ beträgt oder wenn der Visus cc $\geq 0,6$ beträgt und eine zusätzliche Einschränkung besteht. Das Qualitätsziel besteht in einem möglichst geringen Anteil an Kataraktoperationen, bei denen diese Indikationsstellung nicht gegeben war. Im Rahmen des Probetriebs beträgt das Ergebnis des Indikators 6,1%.

Zusammenfassung: Die notwendigen Datenfelder zur Berechnung des Indikators (E07: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bis Visus cc $\geq 0,6$) konnten in der Erprobungsphase problemlos erhoben werden. Eine spezifische Bewertung des errechneten Ergebnisses ist derzeit nicht möglich, da noch kein Referenzbereich festgelegt ist. Der entwickelte Indikator wird jedoch grundsätzlich als abbildbar beurteilt. Weitere Anmerkungen zur Umsetzbarkeit des Indikators sind nicht vorhanden.

5.4.2. E01: Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT:

Datenfeld „Intraoperative Komplikation(en)“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Art der intraoperativen Komplikation(en)“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Operationen- und Prozedurenschlüssel“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Pupillendurchmesser in Mydriasis“:

Das Datenfeld wurde für den Probetrieb aufgenommen. Es wird zur Risikoadjustierung des Indikators benötigt. In der Befragung der Leistungserbringer wurden die Ärzte gefragt, ob der Durchmesser regelhaft dokumentiert wird. Von 12 verwertbaren Antworten, verneinten 10 Befragte die Frage, 2 bejahten die Frage. Die Mehrheit gab an, dass, wenn sie den Durchmesser ermitteln würden, dieser qualitativ angegeben werde.

Datenfeld „Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Art der ophthalmologischen Vorerkrankung“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Ergebnis des Indikators in der Gesamtauswertung: Im Rahmen des Indikators werden Patienten mit Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie als intraoperative Besonderheit erfasst. Das Qualitätsziel besteht in einem möglichst geringen Anteil an Patienten, bei denen diese Komplikationen aufgetreten sind. Im Rahmen des Probetriebs beträgt das Ergebnis des Indikators 0,6 %.

Zusammenfassung: Die notwendigen Datenfelder zur Berechnung des Indikators (E01: Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation) konnten in der Erprobungsphase erhoben werden. Eine spezifische Bewertung des errechneten Ergebnisses ist derzeit nicht möglich, da noch kein Referenzbereich festgelegt ist. Der entwickelte Indikator wird jedoch grundsätzlich als abbildbar beurteilt. Da allerdings die intraoperativen Kom-

plicationen pro Operation auftreten können wurde im Rahmen des Probetriebs eine entsprechende Anpassung vorgenommen: Der Indikator zeigt nun nicht mehr den Anteil der Patienten an, bei denen eine intraoperative Komplikation festgestellt wurde, sondern den der Kataraktoperationen. Weitere Anmerkungen zur Umsetzbarkeit des Indikators sind nicht vorhanden.

5.4.3. E17: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT:

Datenfeld „Bulbuslänge“:

Auch mit den vorgenommenen Änderungen zur Erleichterungen der Dokumentation (siehe Abschnitt 2.4.2.) konnte das Datenfeld zur Berechnung des Indikators hinzugezogen werden. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Präoperativ festgelegte Zielrefraktion (sphärisches Äquivalent)“:

Das Datenfeld wurde regelhaft mit verwertbaren Daten gefüllt. Das Datenfeld wurde zur Berechnung des Indikators hinzugezogen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Operationen- und Prozedurenschlüssel“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Vorliegen einer ophthalmologischen Vorerkrankung“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT_FU_A:

Datenfeld „Postoperative Bestimmung der Refraktion möglich“:

Das Datenfeld wurde regelhaft mit verwertbaren Daten gefüllt. Das Datenfeld wurde zur Berechnung des Indikators hinzugezogen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert. Jedoch wurde festgestellt, dass bei einem Großteil der Fälle angegeben wurde, dass die Bestimmung der Refraktion nicht möglich ist. Mögliche Ursachen dafür sind Komplikationen, die eine Messung der Refraktion verhindern oder Patienten, die nicht innerhalb des betrachteten Zeitraums nachuntersucht werden konnten.

Datenfeld „Datum der postoperativen Refraktionsbestimmung“:

Im Rahmen der Befragung der Leistungserbringer gaben 30 von 32 teilnehmenden Ärzten an, dass die Beschreibung des Datenfeldes verständlich sei. Zwei Ärzte äußerten sich zu dieser Frage nicht oder machten nicht verwendbare Angaben.

Datenfeld „Postoperative Refraktion – sphärisch“ und Datenfeld „Postoperative Refraktion – zylindrisch“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Bei der Befragung der Leistungserbringer gaben alle Teilnehmer (n=32) an, dass die Beschreibung der Datenfelder verständlich sei. 62,7% der Ärzte gaben an, dass die Datenerhebung der QS-Dokumentation identisch mit der Datenerhebung der Praxis sei. Zudem wurde gefragt, wie die Daten in der Patientenakte dokumentiert werden. Die teilnehmenden Ärzte gaben hier an, dass sowohl der sphärische Wert als auch der zylindrische Wert fortlaufend mit Achse dokumentiert werde (Bsp.: +1,0/-0,5/155°). Des Weiteren gaben Ärzte an, dass die Angaben zur Refraktion automatisch eingespeist werden sollten oder dass sie die Refraktion nicht erfassen, wenn der Visus gut sei.

Ergebnis des Indikators in der Gesamtauswertung: Die Zielstellung des Indikators sind möglichst viele Übereinstimmungen zwischen präoperativ festgelegtem und postoperativ festgestelltem Wert (Ergebnis = 100%). Die Auswertung zeigt, dass lediglich in 8,8 % der Fälle die Refraktion mit der präoperativ bestimmten Zielrefraktion

im angegebenen Zeitraum übereingestimmt hat. Das niedrige Ergebnis des Probetriebs stellt eine Abweichung zur Zielstellung des Indikators dar.

Eine Überprüfung des Ergebnisses ergab, dass der Indikator wie im Indikatorblatt beschrieben berechnet wurde. Weitere Überprüfungen ergaben, dass stattdessen folgende andere Faktoren für das niedrige Ergebnis verantwortlich sind:

- Im Nenner werden alle diejenigen Patienten erfasst, bei denen eine Kataraktoperation durchgeführt wurde. Der Nenner des Indikators wurde für eine Vollerhebung mit regelhaft durchgeführten Follow-ups festgelegt, d.h. es ist theoretisch davon auszugehen, dass für jede Kataraktoperation auch ein entsprechendes Follow-up dokumentiert und ausgewertet wird. Im Probetrieb wurde jedoch nicht jedes Follow-up eines Patienten erfasst, der eine Kataraktoperation hatte. Grund dafür ist die begrenzte Stichprobe freiwillig am Probetrieb teilnehmender Ärzte.
- Sonderauswertungen ergaben weiterhin, dass bei 33,9% der postoperativ gemessenen Refraktionen die Messung nicht innerhalb von 4 bis 6 Wochen durchgeführt wurde. Jedoch konnte eine Übereinstimmung mit der präoperativ festgelegten Zielrefraktion festgestellt werden. Es ist daher anzunehmen, dass die postoperative Refraktionsmessung nicht in dem von den Experten im Panelverfahren festgelegten Zeitrahmen (4 bis 6 Wochen nach Operation), sondern entweder bereits vorher oder aber später durchgeführt wurde.
- Wie bereits in Datenfeld „Postoperative Bestimmung der Refraktion möglich“ beschrieben, wurde oftmals angegeben, dass eine postoperative Refraktion nicht möglich war.

Der Nenner des Indikators ist daher im Rahmen des Probetriebs wie folgt definiert: Alle Kataraktoperationen zu denen eine postoperative Refraktionsmessung im Rahmen einer Nachuntersuchung innerhalb von 4 bis 6 Wochen durchgeführt wurde“.

- Zudem wurde festgestellt, dass eine getrennte Ausweisung zweier Ergebnisse (Abweichung von +/- 0,5 dpt bzw. +/- 1,0 dpt) für einen Indikator nicht möglich ist. In den Auswertungen wurde somit nur die Übereinstimmung der präoperativ festgelegten Zielrefraktion mit einer Abweichung von +/- 1,0 dpt dargestellt. Für den Probetrieb wurde die Ausweisung dieser Abweichung festgelegt, weil sie die größere Abweichung vom präoperativ festgelegten Wert der Zielrefraktion darstellt.

Zusammenfassung: Die notwendigen Datenfelder zur Berechnung des Indikators (E17: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation) konnten in der Erprobungsphase erhoben werden. Da allerdings die Übereinstimmung der Zielrefraktion pro operiertem Auge präoperativ festgelegt und postoperativ gemessen wird, wurde im Rahmen des Probetriebs eine entsprechende Anpassung vorgenommen: Der Indikator zeigt nun nicht mehr den Anteil der Patienten an, bei dem eine Übereinstimmung der präoperativ festgelegten Zielrefraktion mit dem postoperativ gemessenen Wert vorliegt, sondern den der Kataraktoperationen.

Weiterhin wurde festgestellt, dass die Refraktionsbestimmung oftmals nicht im Zeitraum von 4 bis 6 Wochen durchgeführt wurde und dass, wie beschrieben, bei einem Großteil der Fälle die Bestimmung der Refraktion nicht möglich war. Dies führte in der Gesamtauswertung dazu, dass die Anzahl der Patienten, die im Zähler des Indikators erfasst wurden sehr gering ist.

Zu den daraus resultierenden Vorschlägen zum Indikator „Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation“ s. auch die Gesamtwürdigung des Indikators in Abschnitt 6.3.2.

5.4.4. E52: Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation

Anmerkung: Da keine stationären Einrichtungen am Probetrieb teilgenommen haben, konnten für den Indikator keine Daten erfasst werden. Die Datenfelder, die dennoch erhoben wurden, waren Datenfelder, die zur Risikoadjustierung genutzt werden sollen.

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT:

Datenfeld „OP-relevante Komorbidität(en)“:

Das Datenfeld wurde regelhaft mit verwertbaren Daten gefüllt. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Art der OP-relevanten Komorbidität(en)“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT_FU_S:

Der Dokumentationsbogen wurde im Rahmen des Probetriebs nicht erprobt.

Ergebnis des Indikators in der Gesamtauswertung: Da für diesen Indikator keine Daten erfasst wurden, konnte Auswertung und Darstellung des Indikators nicht erfolgen.

Zusammenfassung: Im Rahmen der Befragung der Leistungserbringer gaben 12 Teilnehmer an (27 verwertbare Antworten), dass sie bereits ambulant Endophthalmitiden behandelt haben. Im Durchschnitt wurden von diesen Teilnehmern in den letzten 5 Jahren 2,7 und in den letzten 5 bis 10 Jahren 4,2 Patienten auf Grund einer Endophthalmitis ambulant behandelt.

5.4.5. E56: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT:

Datenfeld „Postoperative Komplikation(en)“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Art der postoperativen Komplikation(en)“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Im Rahmen der Befragung der Leistungserbringer bemängelten Ärzte, dass die meisten Komplikationen erst in den Tagen nach der Operation zu erkennen seien. Dies wurde im Abschlussworkshop bestätigt.

Datenfeld „Operationen- und Prozedurenschlüssel“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Diagnose“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Pupillendurchmesser in Mydriasis“:

Das Datenfeld wurde für den Probetrieb aufgenommen. Es wird zur Risikoadjustierung des Indikators benötigt. In der Befragung der Leistungserbringer wurden die Ärzte gefragt, ob der Durchmesser regelhaft dokumentiert wird. Von 13 verwertbaren Antworten, verneinten 10 Befragte die Frage, 3 bejahten die Frage. Die drei teilnehmenden Leistungserbringer gaben an, dass der Durchmesser qualitativ angegeben werden würde. Zwei der Leistungserbringer gaben jedoch ebenfalls an, dass sie die Angabe auch quantitativ vornehmen.

Datenfeld „Bulbuslänge“:

Auch mit den vorgenommenen Änderungen zur Erleichterung der Dokumentation konnte das Datenfeld zur Berechnung des Indikators hinzugezogen werden. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Art der ophthalmologischen Vorerkrankung“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge oder Lasik“:

Das Datenfeld wurde regelhaft mit verwertbaren Daten gefüllt. Das Datenfeld wurde zur Berechnung des Indikators hinzugezogen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT_FU_A:

Datenfeld „Postoperative Komplikation(en)“:

Das Datenfeld wurde regelhaft mit verwertbaren Daten gefüllt. Das Datenfeld wurde zur Berechnung des Indikators hinzugezogen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Art der postoperativen Komplikation(en)“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Im Rahmen der Befragung der Leistungserbringer bemängelten einzelne Ärzte, dass hier nur seltene Komplikationen erhoben werden. Dies wurde im Abschlussworkshop bestätigt.

Datenfeld „Datum der Kataraktoperation“:

Das Datenfeld ist im Indikatordatenblatt des beschriebenen Indikators nicht für die Berechnung angegeben. Im Rahmen der Datenauswertung wurde jedoch festgestellt, dass das Datum zur Berechnung benötigt wird.

Ergebnis des Indikators in der Gesamtauswertung: Im Rahmen des Indikators werden Patienten mit Komplikationen erfasst, die innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach der Operation auftreten und dokumentiert werden. Das Qualitätsziel ist ein möglichst geringer Anteil an Patienten, bei denen Komplikationen in diesem Zeitraum entstanden sind. Im Rahmen des Probetriebs beträgt das Ergebnis des Indikators 1,0 %.

Dieser Anteil bezieht sich in der Grundgesamtheit auf alle durchgeführten Kataraktoperationen, wobei die postoperativen Komplikationen sowohl im Indexaufenthalt als auch im Follow-up erhoben werden. Im Rahmen des Probetriebs wurde jedoch nicht für jeden Patient ein Follow-up durchgeführt. Der Indikator erfasst somit in der Grundgesamtheit Fälle, über die keine Aussagen hinsichtlich des Auftretens von Komplikationen im Follow-up-Zeitraum getätigt werden können. In diesen Fällen wird derzeit angenommen, dass hier keine Komplikationen aufgetreten sind. Da dies zu einer Verfälschung der Aussage des Indikators führt, müsste die Definition des Nenners angepasst werden, z.B.: Alle Kataraktoperationen zu denen eine Nachuntersuchung durchgeführt wurde.

Im Rahmen einer Vollerhebung wären jedoch auch Fälle zu beachten, bei denen im Rahmen der Indexleistung bereits Komplikationen dokumentiert wurden, jedoch keine Follow-up-Untersuchung stattgefunden hat. Diese Fälle würden mit der neuen Definition der Grundgesamtheit nicht beachtet werden.

Zusammenfassung: Die notwendigen Datenfelder zur Berechnung des Indikators konnten in der Erprobungsphase erhoben werden. Zur Berechnung des Indikators wurde allerdings ein weiteres Datenfeld benötigt (Datenfeld „Datum der Kataraktoperation“). Eine spezifische Bewertung des errechneten Ergebnisses ist derzeit nicht

möglich, da noch kein Referenzbereich festgelegt ist. Da die Komplikationen pro Operation auftreten können wurde im Rahmen des Probetriebs eine entsprechende Anpassung vorgenommen: Der Indikator zeigt nun nicht mehr den Anteil der Patienten an, bei denen eine postoperative Komplikation festgestellt wurde, sondern den der Kataraktoperationen. Der entwickelte Indikator wird jedoch grundsätzlich als abbildbar beurteilt. Weitere Anmerkungen zur Berechnung des Indikators sind nicht vorhanden.

5.4.6. S88: Anästhesie-assoziierte Komplikationen

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT:

Datenfeld „Anästhesie-assoziierte Komplikation“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Operationen- und Prozedurenschlüssel“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „OP-relevante Komorbidität(en)“:

Das Datenfeld wurde regelhaft mit verwertbaren Daten gefüllt. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Art der OP-relevanten Komorbidität(en)“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Art der Anästhesie“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Ergebnis des Indikators in der Gesamtauswertung: Im Rahmen des Indikators werden Patienten mit Anästhesie-assoziierten Komplikationen erfasst. Das Qualitätsziel ist ein möglichst geringer Anteil an Patienten, bei denen diese Komplikationen aufgetreten sind. Im Rahmen des Probetriebs beträgt das Ergebnis des Indikators 0,0 %.

Zusammenfassung: Die notwendigen Datenfelder zur Berechnung des Indikators konnten in der Erprobungsphase erhoben werden. Eine spezifische Bewertung des errechneten Ergebnisses ist derzeit nicht möglich, da noch kein Referenzbereich festgelegt ist. Der entwickelte Indikator wird jedoch grundsätzlich als abbildbar beurteilt. Weitere Anmerkungen zur Umsetzbarkeit des Indikators sind nicht vorhanden.

5.4.7. S95: Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT:

Datenfeld „OP am falschen Patienten“:

Das Datenfeld wurde regelhaft mit verwertbaren Daten gefüllt. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „OP am falschen Auge“:

Das Datenfeld wurde regelhaft mit verwertbaren Daten gefüllt. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Datenfeld „Operationen- und Prozedurenschlüssel“:

Hier wurden keine Änderungen vor Beginn des Probetriebs vorgenommen. Es wurden im Rahmen des Probetriebs keine Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Datenfeldes geäußert.

Ergebnis des Indikators in der Gesamtauswertung: Im Rahmen des Indikators werden Kataraktoperationen erfasst, bei denen der falsche Patient oder das falsche Auge operiert wurde. Das Qualitätsziel ist ein möglichst geringer Anteil an Kataraktoperationen, bei denen diese Komplikation aufgetreten ist. Im Rahmen des Probetriebs beträgt das Ergebnis des Indikators 0,0 %.

Zusammenfassung: Die notwendigen Datenfelder zur Berechnung des Indikators konnten in der Erprobungsphase erhoben werden. Im Laufe des Probetriebs und im Rahmen des Abschlussworkshops wurde jedoch vonseiten der Leistungserbringer darauf hingewiesen, dass eine wahrheitsgemäße Angabe bei einem „Fehler“ unwahrscheinlich sei. Im Rahmen der Befragung der Leistungserbringer wurde die Aussagekraft des Indikators (1 = überhaupt nicht aussagekräftig, 9 = sehr aussagekräftig) im Durchschnitt mit 5,2 angegeben. Eine spezifische Bewertung des errechneten Ergebnisses ist derzeit nicht möglich, da noch kein Referenzbereich festgelegt ist. Der entwickelte Indikator wird jedoch grundsätzlich als abbildbar beurteilt. Weitere Anmerkungen zur Umsetzbarkeit des Indikators sind nicht vorhanden.

Weitere Datenfelder:

In folgendem Abschnitt werden Datenfelder thematisiert, die nicht im Zusammenhang mit den oben ausführlich beschriebenen Indikatoren erwähnt wurden.

Nicht thematisiert werden die Datenfelder, die, wie bereits in Absatz 2.3.2. beschrieben, zur Überprüfung der Auslösung definiert wurden (z.B. Datenfeld: „Welche der angegebenen OPS-Kodes wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?“). Diese Datenfelder wurden lediglich im Rahmen des Probetriebs erhoben und sind damit nicht Inhalt der Spezifikation für den Regelbetrieb.

Das Datenfeld der Filterfrage wird sowohl zur Spezifizierung der QS-Auslösung als auch zur Definition der Grundgesamtheit verwendet. Durch die in Abschnitt 6.1 beschriebenen Problematiken wurde jedoch deutlich, dass die Verwendung einer Filterfrage nicht für den Regelbetrieb geeignet ist. Die Auslösung sowie die Definition der Grundgesamtheit muss daher so spezifisch umgesetzt werden, dass lediglich für die im Nenner beschriebene Patientengruppe ein Dokumentationsaufwand entsteht. QI E19: Postoperativer Visus: Visusverbesserung bei operierten Augen ohne visusreduzierende Veränderungen

Im Rahmen der Vorbereitung des Probetriebs wurde die Aufnahme des Indikators E19: „Postoperativer Visus: Visusverbesserung bei operierten Augen ohne visusreduzierende Veränderungen“ in das Indikatorenset diskutiert. Da eine Aufnahme des Indikators in das Indikatorenset nicht ohne weitere Bewertung möglich ist, wurde die Relevanz des Indikators im Rahmen der Befragung der Leistungserbringer ermittelt. Das arithmetische Mittel lag in dieser Befragung bei 5,25 (1 = überhaupt nicht relevant, 9 = sehr relevant). Zudem wurde angegeben, dass bei einer Kataraktoperation bei vielen Patienten nicht die Visusverbesserung im Fokus stünde. Diese Aussage wurde im Abschlussworkshop bestätigt.

5.5. Beurteilung des Datenflusses/Übertragungsverfahrens

Das Datenflussverfahren wurde vom Softwareanbieter Duria und der KVNO als komplex, aber als den von der Qesü-RL aufgestellten Vorgaben angemessen und grundsätzlich umsetzbar beurteilt. Aufgetretene technische Schwierigkeiten im Probetrieb resultierten dementsprechend nicht aus grundlegenden Fehlern des vorgesehenen Datenflusses, sondern aus anderen Ursachen, die im Folgenden näher beschrieben werden.

5.5.1. Nicht-Export der PID im Testexport

Im Zeitraum für den Testexport wurden durch den Softwarehersteller keine PID exportiert. Dieser Umstand führte dazu, dass zum geplanten Zeitpunkt eine sinnvolle Erprobung des Auswertungstools durch das AQUA-Institut nicht möglich war, da dazu die PID benötigt werden.

Die Ursache dafür war ein Missverständnis in der Spezifikation. Der PID-Export wurde als grundsätzlich optional interpretiert und aus Gründen der Datensparsamkeit wollte der Softwareanbieter für die Testexporte auf die PID

verzichten. Die Spezifikation ist diesbezüglich jedoch eindeutig und die Exporte nach Abschluss der Dokumentation enthielten die PID, ohne dass dabei weitere Schwierigkeiten aufgetreten wären.

5.5.2. Fehlende Rückprotokollierung der DAS

Die KVNO als DAS hatte in der Kürze der Vorbereitungszeit die Rückprotokollierung an die Praxen und die Auswertung der eigenen Rückprotokolle nicht umsetzen können. Dieser Umstand wurde dem AQUA-Institut erst im Verlauf des Abschlussworkshops bekannt und hatte mehrere Folgen:

- Die Praxen waren verunsichert, ob die Daten überhaupt und ob sie korrekt angekommen waren.
- Die Rückprotokolle wurden zwar von der VST-PSN und vom AQUA-Institut erstellt und verschickt, die Auswertung erfolgte jedoch nicht und dieser Bestandteil des Datenflusses wurde somit nicht erprobt.
- Der Softwareanbieter hat keine Kenntnis darüber gewinnen können, ob seine Software die Protokolle korrekt verarbeitet.
- Die Leistungserbringer konnten keine Erkenntnisse darüber gewinnen, ob die Protokolle für sie als Endanwender geeignet und verständlich aufbereitet sind.

5.5.3. Spezifikationsfehler

Es wurden kleinere Fehler in der Spezifikation des AQUA-Instituts moniert, die teilweise vor Beginn der Dokumentation behoben, teilweise aber erst im bereits laufenden Betrieb korrigiert werden konnten und somit aufseiten des Softwareanbieters und der DAS die Notwendigkeit von Anpassungen hervorriefen. Alle bekannten Schwierigkeiten dieser Art konnten jedoch beseitigt werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es Fehler in den Vorgaben des AQUA-Instituts gab, die aber behoben wurden, während andere Probleme aus fehlender und fehlerhafter Umsetzung der Vorgaben resultierten. Daraus wird die Folgerung abgeleitet, dass das Zeitfenster zur Vorbereitung größer sein muss und die Kommunikation zwischen allen Beteiligten noch besser.

5.5.4. Öffentliche Schlüssel der Vertrauensstelle

Die Vertrauensstelle hat zwei öffentliche Schlüssel auf ihrer Webseite veröffentlicht, die für die Datenannahmestellen von Relevanz sind.¹⁵ Davon ist wiederum einer für eine Testinstanz relevant, die der rein technischen Erprobung dienen soll. Daneben gibt es den Schlüssel für die Echt- oder Produktivinstanz, die für alle Datenlieferungen mit PID an das AQUA-Institut zu nutzen ist.

Diese Bezeichnung stellte sich in der Vergangenheit als irreführend heraus, denn es wurde versucht, Daten in Erprobungsverfahren wie dem Probetrieb Kataraktoperation mit dem öffentlichen Schlüssel der Testinstanz über die Produktivinstanz der VST-PSN an das AQUA-Institut zu leiten, in der Annahme, Testdaten bedürften der Verwendung des Testschlüssels.

5.5.5. Prüfungsablauf und Statusprotokollierung der VST-PSN

An dem Beispiel aus Abschnitt 5.5.5 wird ein zweites Problem deutlich, dass die unmittelbare Folge des oben beschriebenen Vorgehens ist, aber den Ablauf der Prüfungen der VST-PSN und ihre Rückprotokollierung betrifft.

Der oben beschriebene Versuch, mit dem Testschlüssel der VST-PSN verschlüsselte PID über die Produktivinstanz der VST-PSN an das AQUA-Institut zu schicken, resultiert in einer Fehlermeldung an die DAS, die allerdings erst durch das AQUA-Institut und nicht durch die Vertrauensstelle verschickt wird. Das wiederum ergibt sich aus dem folgenden Ablauf der Prüfungen durch die VST-PSN:

- Die VST-PSN führt eine Eingangsprüfung durch und gibt nach Abschluss dieser Prüfung eine Statusmeldung mit „OK“ oder „WARNING“ zurück an die DAS; beides verhindert die Weiterleitung an das AQUA-Institut nicht.
- Die Entschlüsselung der PID erfolgt erst **nachdem** der Status der Eingangsprüfung an die DAS zurückgemeldet wurde.

¹⁵ <http://www.vertrauensstelle-gba.de/infodatenannahmestellen.htm>

- Tritt beim Versuch der Entschlüsselung der PID ein Fehler auf, der zum Status „ERROR“ führt (das Dokument ist nicht verarbeitbar), leitet die VST-PSN die Daten dennoch weiter und die DAS erhält die Meldung über diese Tatsache erst durch das zusammenfassende Datenflussprotokoll des AQUA-Instituts.

Diese Probleme - die bei jeglichem Fehler innerhalb der PID auftreten, der zu einem Dokumentenstatus „ERROR“ führt - sind im Datenfluss und in der Aufgabenbeschreibung der Vertrauensstelle angelegt, die keine Möglichkeit hat, die Rückmeldung erst **nach** der Entschlüsselung und Prüfung der PID an die DAS zurückzugeben. Daher kann immer wieder das Problem - unabhängig von der Test- und Produktionsinstanz - auftreten, dass DAS durch die divergierenden Rückmeldungen (VST-PSN und AQUA-Institut) verwirrt werden.

5.6. Auswertung der schriftlichen Befragung der Einrichtungen

Der Fragebogen wurde am 9. November 2012 an insgesamt 38 Praxen verschickt, 32 Bögen wurden an das AQUA-Institut zurückgeschickt und ausgewertet.

Den Schwerpunkt der Befragung bildeten Fragen zu den Indikatoren und zur Dokumentation. Diese Fragen wurden an den entsprechenden Stellen bereits aufgegriffen. An dieser Stelle sollen daher weitere Fragen ausgewertet und betrachtet werden, insbesondere die nach der Aufwandsschätzung durch die Dokumentierenden.

5.6.1. Fragen zur Durchführung der Dokumentation

Frage 3: „Durch wen wird die QS-Dokumentation überwiegend durchgeführt?“ (Operateure)

Verwertbare Antworten: 18

Tabelle 33: Überwiegende Durchführung der Dokumentation (Operateure)

Dokumentierender	Arzt/Ärztin	Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA)	Medizinische/r Dokumentar/in (MD)	Andere
Anzahl	6	11	0	1
Anteil in %	33,33	61,11	0,00	5,56

Frage 6: „Durch wen wird die QS-Dokumentation überwiegend durchgeführt?“ (Follow-up)

Verwertbare Antworten: 31

Tabelle 34: Überwiegende Durchführung der Dokumentation (Follow-up)

Dokumentierender	Arzt/Ärztin	Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA)	Medizinische/r Dokumentar/in (MD)	Andere
Anzahl	16	15	0	0
Anteil in %	51,61	48,39	0,00	0,00

5.6.2. Fragen zum Dokumentationsaufwand

Diese Fragen sollten helfen, den Dokumentationsaufwand einzuschätzen, der für die beteiligten Praxen anfiel. Dabei sollte zugleich ermittelt werden, welcher Aufwand durch die Dokumentation entstanden ist und welcher Aufwand auf die Neuartigkeit des Verfahrens und der Software zurückgeht.

Frage 23: „Wie hoch war Ihr persönlicher Zeitaufwand für die Einarbeitung in die QS-Dokumentation und -Software und wie beurteilen Sie ihn?“

Tabelle 35: Ärzte - Zeitaufwand für die Einarbeitung in die Dokumentation

Zeitaufwand für	Verwertbare Antworten	Mittelwert in Minuten	Median in Minuten	MIN/MAX in Minuten
Studieren von Anleitungen	12	71,17	60	4/180
Studieren von Ausfüllhinweisen	11	58,12	60	2/120
Schulungen/Seminare	5	108	60	0/300
Telefonische Unterstützung durch den Softwareanbieter	10	57,5	60	20/120
Telefonische Unterstützung durch das AQUA-Institut	7	16,43	10	0/60

Tabelle 36: Ärzte - Beurteilung des Zeitaufwands für die Einarbeitung in die Dokumentation

Zeitaufwand für	Verwertbare Antworten	Mittelwert (1=gering, 4=hoch)	MIN/MAX (1=gering, 4=hoch)
Studieren von Anleitungen	32	3,16	1/4
Studieren von Ausfüllhinweisen	32	3,22	1/4
Schulungen/Seminare	22	2,27	1/4
Telefonische Unterstützung durch den Softwareanbieter	29	2,72	1/4
Telefonische Unterstützung durch das AQUA-Institut	26	1,77	1/4

Frage 24: „Wie hoch war der Zeitaufwand Ihrer Mitarbeiter insgesamt für die Einarbeitung in die QS-Dokumentation und -Software und wie beurteilen Sie ihn?“

Tabelle 37: Mitarbeiter - Zeitaufwand für die Einarbeitung in die Dokumentation

Zeitaufwand für	Verwertbare Antworten	Mittelwert in Minuten	Median in Minuten	MIN/MAX in Minuten
Studieren von Anleitungen	13	67,12	60	10/120
Studieren von Ausfüllhinweisen	13	88,4	60	2/480
Schulungen/Seminare	5	78	0	0/300
Telefonische Unterstützung durch den Softwareanbieter	8	46,25	60	0/90
Telefonische Unterstützung durch das AQUA-Institut	6	25,83	17,5	0/60

Tabelle 38: Mitarbeiter - Beurteilung des Zeitaufwands für die Einarbeitung in die Dokumentation

Zeitaufwand für	Verwertbare Antworten	Mittelwert (1=gering, 4=hoch)	MIN/MAX (1=gering, 4=hoch)
Studieren von Anleitungen	24	3,08	1/4
Studieren von Ausfüllhinweisen	24	2,88	1/4
Schulungen/Seminare	16	1,88	1/4
Telefonische Unterstützung durch den Softwareanbieter	21	2,81	1/4
Telefonische Unterstützung durch das AQUA-Institut	22	2	1/4

Frage 25: „Betroffene Mitarbeiter (Anzahl)“

- Verwertbare Antworten: 22
- Mittelwert: 1,73 Mitarbeiter
- MIN/MAX: 1/7
- Median: 1

Frage 26 (für Operateure): „Wie oft wurde der QS-Dokumentationsbogen vor der Datenübermittlung bearbeitet?“

- Verwertbare Antworten: 18
- Mittelwert: 3,17
- MIN/MAX: 1/20
- Median: 2

Frage 27 (für Operateure): „Gibt es im QS-Dokumentationsbogen Fragen/Angaben, die nicht aus bestehenden Dokumentationssystemen übernommen werden können, also manuell erfasst werden mussten?“

- Verwertbare Antworten: 19
- „Ja“: 11 = 57,89%

Anmerkung: Die Frage sah vor, dass im Falle eines „Ja“ als Antwort die Feldnummern der betreffenden Angaben angegeben werden. Dies ist leider in keinem der 11 Fälle passiert, eine tiefere Auswertung ist somit nicht möglich.

Frage 28 (für Operateure): „Wie hoch war der durchschnittliche Zeitaufwand für die nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten pro dokumentationspflichtigen Fall und wie schätzen Sie ihn ein (exklusive der Einarbeitungszeit)?“

Tabelle 39: Durchschnittlicher Zeitaufwand pro dokumentationspflichtigem Fall

Zeitaufwand für	Verwertbare Antworten	Mittelwert in Minuten	Median in Minuten	MIN/MAX in Minuten
Beschaffung notwendiger patientenrelevanter Informationen und Daten für die QS-Dokumentation	11	34,32	7,5	2/300
Ausfüllen des QS-Dokumentationsbogens	11	34,73	7,5	2/300

Zeitaufwand für	Verwertbare Antworten	Mittelwert in Minuten	Median in Minuten	MIN/MAX in Minuten
Überprüfung und Fehlerkorrektur der QS-Dokumentation	10	8,9	6,25	1/30
Übermittlung und Archivierung der QS-Dokumentation	7	13,93	7,5	2/60

Tabelle 40: Beurteilung des durchschnittlichen Zeitaufwands pro dokumentationspflichtigen Fall

Zeitaufwand für	Verwertbare Antworten	Mittelwert (1=gering, 4=hoch)	MIN/MAX (1=gering, 4=hoch)
Beschaffung notwendiger patientenrelevanter Informationen und Daten für die QS-Dokumentation	20	2,80	1/4
Ausfüllen des QS-Dokumentationsbogens	20	2,85	1/4
Überprüfung und Fehlerkorrektur der QS-Dokumentation	20	2,50	1/4
Übermittlung und Archivierung der QS-Dokumentation	20	2,05	1/4

Frage 29 (für Operateure): „Wie viel Zeit lag in der Regel zwischen einer Kataraktoperation und der QS-Dokumentation?“

Anzahl verwertbarer Antworten: 19

Tabelle 41: Zeitraum zwischen Operation und QS-Dokumentation

Zeitraum	Anzahl	Anteil in %
Bis zu 24 Stunden	2	10,53
Bis zu einer Woche	2	10,53
Bis zu vier Wochen	13	68,42
Bis zu drei Monaten	2	10,53

Frage 30 (für Operateure und Nachbehandler): „Wie oft wurde der Follow-up-Dokumentationsbogen vor dem Export der Datensätze bearbeitet?“

- Verwertbare Antworten: 29
- Mittelwert: 8,17
- MIN/MAX: 1/100
- Median: 2,5

Frage 32: „Gibt es im Follow-up-Dokumentationsbogen Fragen/Angaben, die nicht aus bestehenden Dokumentationssystemen übernommen werden können, also manuell erfasst werden mussten?“

- Verwertbare Antworten: 28
- „Ja“: 14 = 50%

Anmerkung: Die Frage sah vor, dass im Falle eines „Ja“ als Antwort die Feldnummern der betreffenden Angaben angegeben werden. Dies ist leider in keinem der 11 Fälle passiert, eine tiefergehende Auswertung ist somit nicht möglich.

Frage 33: „Wie hoch war der durchschnittliche Zeitaufwand für die nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten pro Follow-up-Untersuchung (exklusive der Einarbeitungszeit) und wie schätzen Sie ihn ein?“

Tabelle 42: Durchschnittlicher Zeitaufwand pro dokumentationspflichtigem Fall (Follow-up)

Zeitaufwand in Minuten (ca.) für:	Verwertbare Antworten	Mittelwert in Minuten	Median in Minuten	MIN/MAX in Minuten
Beschaffung notwendiger patientenrelevanter Informationen und Daten für die Follow-up-Dokumentation, Zeitaufwand in Minuten (ca.)	14	11,5	10	2/60
Ausfüllen des Follow-up-Dokumentationsbogens, Zeitaufwand in Minuten (ca.)	14	10,18	6,25	2/60
Überprüfung und Fehlerkorrektur der Follow-up-Dokumentation, Zeitaufwand in Minuten (ca.)	14	10,61	7,5	1/30
Übermittlung und Archivierung der Follow-up-Dokumentation, Zeitaufwand in Minuten (ca.)	14	9,07	5	1/45

Tabelle 43: Beurteilung des durchschnittlichen Zeitaufwands pro dokumentationspflichtigem Fall (verwertbare Antworten: 26)

Beurteilung des durchschnittlichen Zeitaufwands für:	Mittelwert (1=gering, 4=hoch)	MIN/MAX (1=gering, 4=hoch)
Beschaffung notwendiger patientenrelevanter Informationen und Daten für die Follow-up-Dokumentation	2,81	2/4
Ausfüllen des Follow-up-Dokumentationsbogens	2,77	1/4
Überprüfung und Fehlerkorrektur der Follow-up-Dokumentation	2,42	1/4
Übermittlung und Archivierung der Follow-up-Dokumentation	2	1/4

Frage 34: „Wie viel Zeit lag in der Regel zwischen einer Kataraktoperation und der Follow-up-Dokumentation?“

Tabelle 44: Zeitraum zwischen einer Kataraktoperation und der Follow-up-Dokumentation (verwertbare Antworten: 27)

Zeitaufwand in Minuten (ca). für:	Anzahl	Anteil in %
bis zu einer Woche	6	22,22
bis zu vier Wochen	16	59,26
bis zu drei Monaten	3	11,11
mehr als drei Monate	2	7,41

5.7. Ergebnisse des Abschlussworkshops

Bereits im Konzept zur Durchführung des Probetriebs war ein gemeinsamer Abschlussworkshop mit den Beteiligten vorgesehen. Das AQUA-Institut nahm die Anregung der KVNO auf, hierzu gezielt auch die teilnehmenden LE einzuladen, um so den direkten Austausch möglichst vieler Beteiligten zu ermöglichen. Dementsprechend wurde die terminliche Planung so angelegt, dass viele LE die Teilnahme realisieren konnten.

Das AQUA-Institut lud alle teilnehmenden Leistungserbringer des Probetriebs, die KVNO, die KVWL, die KBV, und die Duria eG mit Schreiben vom 7. November 2012 zur Teilnahme ein (siehe Anlage K). Der Abschlussworkshop fand am 13. Dezember 2012 in den Räumlichkeiten der KVNO in Düsseldorf statt.

Angesichts der primären Zielsetzung hatte das AQUA-Institut sowohl die KVNO als auch die Duria eG gebeten, ihre Erfahrungen und Meinungen zum Probetrieb in Form einer kurzen Präsentation darzustellen. Das AQUA-Institut stellte die Hauptkenntnisse aus der Befragung der LE dar, um so eine Diskussion über die wichtigsten Punkte anzuregen.

Insgesamt konnten 7 Ärzte bzw. deren Vertreter den Termin wahrnehmen. Hinzu kamen eine Vertreterin der KBV, der Projektleiter der Duria eG und vier Vertreter der KVNO. Angesichts der Zusammensetzung sollte der Schwerpunkt der Veranstaltung darauf gelegt werden, den Ärzten ein direktes Feedback zu ermöglichen, das über die bloße systematisierte schriftliche Befragung hinausging (die ebenfalls Bestandteil der Konzeption der Probetriebe ist).

Im Folgenden werden die Erkenntnisse der verschiedenen Beteiligten schlaglichtartig dargestellt.

5.7.1. Erkenntnisse aus Sicht des Softwareanbieters

Die Duria eG war zum erstmals im Rahmen eines Treffens mit der KVNO am 28. Februar 2012 mit dem Thema Probetrieb befasst. Die Motivation zur Teilnahme war einerseits in den guten Beziehungen zur KVNO zu sehen, andererseits aber auch, weil man als Softwareanbieter relativ viele Augenärzte im Bezirk Nordrhein als Kunden hat, denen man die Teilnahme ermöglichen wollte.

Am 10. April 2012 begann man mit der Umsetzung der am 5. April veröffentlichten Spezifikation des AQUA-Instituts. Am 30. Mai und am 6. Juni nahm Duria an Informationsveranstaltungen der KVNO für interessierte Augenärzte teil.

Ende Juni 2012, also kurz vor Beginn der Dokumentation, wurde die erste Version ausgeliefert. Anfang Juli folgten die Dokumentation für diese integrierte Softwarelösung und ein Schulungstermin für teilnehmende LE, der jedoch nur wenige Teilnehmer verzeichnete.

Für den Verlauf des Probetriebs traf der Projektleiter der Duria eG mehrere Feststellungen für verschiedene Bereiche, die hier ebenfalls kurz wiedergegeben werden sollen.

Umsetzung der Spezifikation

Hier wurde bemängelt, dass die Quellen der Informationen vielfältig und in unterschiedlichen Formaten vorliegen. So wurde der QS-Filter im XML-Format, andere Bestandteile jedoch als Access-Datenbank zur Verfügung gestellt. Der QS-Filter habe keinerlei Dauerdiagnosen ausgeschlossen und somit zu vielen falsch positiven Auslösungen geführt. Zudem seien KV-spezifische Ziffern für die Kataraktoperation gar nicht berücksichtigt worden. Die Access-Datenbank habe fehlerhafte interne Strukturen aufgewiesen, die Anordnung von Feldern und Feldinhalten innerhalb der Datenbank sei praxisuntauglich aus Sicht des Entwicklers. Positiv wurde hingegen die formalisierte Regelprüfung an sich beurteilt.

Kritisiert – wenngleich als „normal“ für einen Entwicklungsprozess beurteilt – wurde, dass aufgrund von Fehlern von Anfang an Korrekturen durchgeführt werden mussten, die die nachträgliche Auslieferung, z.B. neuer Schemata, durch Duria nötig machten. Gelobt wurde in diesem Zusammenhang ausdrücklich die schnelle und kompetente Betreuung durch das AQUA-Institut.

Fazit der technischen Aspekte: Das größte Problem für Duria war, dass im Vorfeld nicht der gesamte Datenfluss und nicht alle Workflows getestet wurden, sondern diese Testung nur im Probetrieb erfolgte. Dementsprechend viele Fehler seien noch aufgetreten und hätten korrigiert werden müssen, weshalb kurzfristige Absprachen im laufenden Betrieb erfolgten. Zudem sei der Umgang mit der Soll-/Ist-Statistik noch nicht geklärt.

Fazit zu den teilnehmenden Ärzten: Duria bedauerte, dass lediglich drei Praxen die Möglichkeit der kostenlosen Schulung wahrgenommen haben. Im Zusammenhang mit der geringen Bereitschaft der Ärzte, die Anleitung zur Software zu nutzen, habe dies zu telefonischen ad-hoc-Schulungen durch die Duria-Hotline geführt. Zudem sei das für die Datenübertragung an die KVNO notwendige d2d zum Zeitpunkt des Datenexports teilweise noch gar nicht installiert gewesen.

Fazit zu internen Verbesserungsmöglichkeiten: Duria selbst hat aus dem Probetrieb die Erkenntnis gewonnen, den Zugriff auf die Karteikarteninhalte ausweiten zu müssen und die Reihenfolge der Datenfelder praxis-tauglich anzuordnen. Zudem wolle man die Prozessprotokollierung erweitern und den Workflow für den Anwender verschlanken.

Aus den gemachten Erfahrungen hat Duria abschließend einige Punkte herausgestellt, die aus Sicht eines Softwareanbieters für künftige Probetriebe unbedingt beachtet werden sollten:

- Es müsse eine Konsensbildung mit den Basisanwendern über die Inhalte und den Zweck eines Probetriebs bzw. des zu erprobenden QS-Verfahrens erfolgen.
- Die sektorenübergreifenden Komponenten müssen umgesetzt werden.
- Der Start dürfe erst bei Vorliegen qualitätsgesicherter Vorgaben erfolgen.
- Eine Testumgebung müsse aufgebaut und Testfälle zur Verfügung gestellt werden.
- Softwareanbieter müssten mindestens zwei Quartale Vorlauf haben und der Dokumentationszeitraum dürfe zwei Quartale nicht unterschreiten.
- Es müsse Workshops für Primärsysteme geben, um so eine bessere Anbindung der PVS an die QS-Dokumentationssoftware zu ermöglichen.

Resümee der Duria eG

- Die Teilnahme war sinnvoll, um den Prozess zu verstehen, und dadurch einen Informationsvorsprung gegenüber Mitbewerbern zu gewinnen.
- Ein nativer Lösungsansatz ist einem Ansatz mit Zusatzmodul vorzuziehen, sowohl aus Praktikabilitäts- als auch aus Kostengründen.

5.7.2. Erkenntnisse aus Sicht der Datenannahmestelle

Die KVNO schilderte zunächst die Rahmenbedingungen der Rekrutierung. In deren Verlauf seien insgesamt 130 Praxen angeschrieben worden, die die Duria-Software verwenden. Den Probetrieb begannen 39 Praxen, von denen fünf nicht teilnehmen konnten, weil sie die technischen Voraussetzungen (nicht rechtzeitig) erfüllten.

Nach Zählung der KVNO wurden folgende Dokumentationen im Verlauf des Probetriebs empfangen¹⁶:

	< 50 Datensätze	≥ 50 Datensätze	Praxen gesamt	Dokumentationen gesamt
Testbetrieb 1.9. – 30.9.2012	15 Praxen	14 Praxen	29	2941
Echtbetrieb 1.10. – 23.11.2012	22 Praxen	12 Praxen	34	4230

Anschließend hob die KVNO noch einige Kritikpunkte hervor:

- Die aktuelle Version der Spezifikation sei zu Beginn des Projekts nicht deutlich kommuniziert worden, was zu Verwirrungen in der Datenannahme geführt habe.
- Es gebe keine separate Spezifikation, die nur die Aufgaben einer DAS beschreibe.
- Trotz der durch das Datenprüfprogramm erkannten Validierungsfehler werden Datensätze für die Weiterleitung erstellt. Dieses begünstige Irreführungen in der weiteren Verarbeitung.
- Es habe Spezifikationsänderungen im laufenden Betrieb gegeben, die zu Anpassungsbedarfen und somit zu Mehraufwand geführt hätten.
- Es habe keinen koordinierten, hinreichend langen und somit effektiven Testbetrieb und keine Testfälle mit klar definiertem Ergebnis gegeben.
- Notwendige Fehlerkorrekturen durch Duria hätten zu manuellen Korrekturen aufseiten der DAS geführt, ohne die die weitere Verarbeitung durch die DAS nicht möglich gewesen wäre..
- Die Software des AQUA-Instituts sei ebenfalls teilweise fehlerhaft gewesen und habe Korrekturen benötigt.
- Positiv seien die schnellen und sachkundigen Reaktionen der Ansprechpartner beim AQUA-Institut gewesen.
- Die Sommermonate seien für die Durchführung eines Probetriebs angesichts der Urlaubszeit ungeeignet, da einerseits die Fallzahlen niedriger seien und andererseits die Erreichbarkeit der Beteiligten eingeschränkt sei.
- Grundsätzlich stelle sich angesichts des komplexen, aufwendigen und damit sehr teuren Verfahrens für die KVNO die Frage nach dem „Geschäftsmodell“. Insbesondere, welche Kosten auf die Praxen im Rahmen eines Regelbetriebs zukämen und von wem diese getragen werden sollen.

5.7.3. Erkenntnisse aus Sicht der teilnehmenden Leistungserbringer

An dieser Stelle sollen Anmerkungen der Ärzte aufgeführt werden, die nicht unmittelbar im Zusammenhang mit Indikatoren stehen. Vielmehr geht es um Anregungen, die sich allgemein auf die Vorbereitung und Durchführung des Probetriebs beziehen.¹⁷

- Eine ständige Kommunikation zwischen den Teilnehmern und dem AQUA-Institut sei unbedingt erforderlich.
- Als besonderes Problem wurden die zahlreichen Fehlauflösungen im Bereich des Follow up angesehen. Die Quote der richtig ausgelösten Fälle wurde auf etwa zehn Prozent geschätzt, ohne dass diese Angabe verifiziert werden konnte. Dies verlängere die „Liste der geeigneten Behandlungsfälle“, die die Software Durias bereitstellte, und aus der heraus die Fälle zu bearbeiten waren.
- Es wurde angeregt, dass es für Machbarkeitsprüfung und Probetrieb einen identischen Teilnehmerkreis geben solle, um kontinuierlicher und effizienter arbeiten und kommunizieren zu können. Zudem wäre es ggf. sinnvoll, eine Testphase mit einigen Teilnehmern zu machen, die den gesamten Workflow testen sollten. Erst im Anschluss daran sollte ein Probetrieb im herkömmlichen Sinne stattfinden.

¹⁶ Die Zahlen der KVNO decken sich nicht mit denen des AQUA-Instituts (s. Abschnitt 5.1). Dafür gibt es mehrere Erklärungsansätze, die dort ebenfalls dargestellt werden.

¹⁷ Dabei muss allerdings festgestellt werden, dass einige Anmerkungen, die im Vorfeld oder im Rahmen des Workshops gemacht wurden, auf mangelnde Vertrautheit mit den Zusammenhängen und Zuständigkeiten der Probetriebe zurückzuführen sind. Daraus ist für die Zukunft abzuleiten, dass alle Beteiligten – von den DAS bis hin zu den Bänken des G-BA – sich noch intensiver mit den potenziellen und tatsächlichen Teilnehmern der Probetriebe befassen und verstärkte Aufklärung und Information betreiben müssen.

- Möglichst wenige Daten sollten manuell erfasst werden müssen, d.h. die Kommunikation zwischen einer etwaig bestehenden Praxissoftware und der QS-Dokumentationssoftware müsse verbessert werden.
- Ein Rückprotokoll über verschickte Datenlieferungen müsse vorgesehen sein, damit der LE die Kontrolle über die von ihm verschickten Daten habe.
- Eine ausführliche Testung der Software muss vor dem Beginn der Dokumentation erfolgen.

Aus Sicht des AQUA-Instituts ist allerdings an dieser Stelle auf zwei Punkte hinzuweisen, die von Bedeutung für die Auswertung, den Datenfluss und die Beurteilung des Probetriebs sind und die während des Abschlussworkshop angesprochen wurden:

- Datensätze wurden im Testexport ab 1. September durch Duria aus Gründen der Datensparsamkeit zunächst ohne PID exportiert.
- Die KVNO hat aus Zeit- und Ressourcengründen keine Rückprotokollierung für die LE implementiert, weder für Transaktions- noch für Datenflussprotokolle.

6. Schlussfolgerungen

Aus dem Probetrieb ergeben sich Schlussfolgerungen sowohl hinsichtlich der technischen Umsetzbarkeit der sektorenübergreifenden QS-Verfahren im Allgemeinen als auch hinsichtlich einer möglichen Umsetzung des Verfahrens Kataraktoperation im Speziellen.

6.1. Beurteilung der technischen Umsetzung

Hinsichtlich der Rekrutierungserfolge des AQUA-Instituts und der KVNO gelten die im Ergebnisbericht zum Probetrieb Konisation dargestellten Schwierigkeiten, freiwillige Teilnehmer, insbesondere in den Reihen der Softwareanbieter zu finden. Im Verfahren Kataraktoperation ist es vor allem dem Engagement der KVNO und der Duria eG zu verdanken, dass der Probetrieb zumindest im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich stattfinden konnte. Ihr Einsatz ermöglichte den niedergelassenen Ärzten die Teilnahme. Dabei kann die Motivation und Bereitschaft der Ärzte, den Zusatzaufwand des Probetriebs auf sich zu nehmen, nicht genug betont werden.

Schwierigkeiten im technischen Ablauf ergaben sich aus Sicht des AQUA-Instituts daher auch nicht aus dem Datenflussmodell der Qesü-RL und der Spezifikation an sich, sondern aus den Begleitumständen des Probetriebs. Hier sind insbesondere der enge Zeitplan der Vorbereitung des Probetriebs und, damit einhergehend, die fehlende Zeit zum Testen der Implementierungen zu nennen. Dieser Zeitmangel führte zu kleineren Fehlern in der Spezifikation, die mangels Erprobungszeit in der Praxis erst relativ spät entdeckt wurden, sowie unzulänglich bzw. gar nicht umgesetzten Bestandteilen der technischen Vorgaben.

Im Verlauf des Probetriebs zeigte sich, dass die technischen Anforderungen des Probetriebs zwar komplex, den Zielen und Erfordernissen der sektorenübergreifenden Verfahren jedoch angemessen und grundsätzlich auch umsetzbar sind. Eine verfahrensunabhängige verbindliche Implementierung und Erprobung durch alle potenziell Beteiligten ist daher weiterhin eine dringende Empfehlung des AQUA-Instituts für die zukünftige Umsetzung sektorenübergreifender Verfahren.

Die Frage, welche Daten direkt aus dem jeweiligen PVS bzw. KIS automatisch übernommen werden können, ist eine Frage der Schnittstellen zwischen den je verwendeten Primärsystemen und der QS-Software, die der jeweilige Softwareanbieter klären muss, um seinen Kunden eine möglichst anwenderfreundliche Dokumentationssoftware bereitzustellen. Gleiches gilt für die durch Ärzte stellenweise bemängelte Eingabemasken und andere Funktionalitäten der QS-Dokumentationssoftware.

Grundsätzlich ist die Kommunikation zwischen den Beteiligten weiter zu verbessern. Dieser Erkenntnis hatte das AQUA-Institut bereits im Probetrieb PCI Rechnung getragen, z.B. durch die Schaffung von FAQs im technischen Bereich, die Einrichtung eines separaten Bereichs auf der Kommunikationsplattform und die Planung eines zweiten Workshops nach der testweisen Übertragung von Daten im März 2013.

Nicht erprobt werden konnte vor allem die Erstellung und Übermittlung von Sollzahlen. Im stationären und im ambulant-selektivvertraglichen Bereich wird diese Erprobung im Rahmen des Probetriebs PCI erfolgen. Im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich müssen die weiteren Umsetzungsschritte mit den hier Beteiligten entwickelt werden.

6.2. Umsetzungsszenarien

Für den Regelbetrieb des Verfahrens Kataraktoperation sind verschiedene Szenarien der Umsetzung denkbar. Diese Szenarien wurden angesichts der Problematik der QS-Auslösung erstellt, für die es verschiedene Optionen gibt (siehe Abschnitt 5.3.).

Für die Auslösung des Dokumentationsbogens KAT gibt es Szenarien, die zwar Nachteile aufweisen, welche jedoch die Vorteile nicht überwiegen, so z.B. bei dem in Tabelle 22/Abschnitt 5.3. diskutierten Auslösungsszenario. Bei der Auslösung des Dokumentationsbogens für das ambulante Follow-up überwiegen jedoch die dargestellten Nachteile, die sich aus den gegebenen Rahmenbedingungen (z.B. keine spezifische Abdeckung über medizinische Dokumentation; Nutzung von alternativen Auslösemechanismen wie eGK derzeit nicht verfügbar) ergeben. Diese Rahmenbedingungen haben zur Folge, dass die Follow-up-Erhebung nicht spezifisch und nicht ohne Filterfrage ausgelöst werden kann. Zudem werden bestimmte Patientengruppen, wie z.B. im Rahmen eines Selektivvertrags¹⁸ behandelte Personen, nicht in die QS-Dokumentation einbezogen.

Die in Abschnitt 5.3. beschriebenen Schwierigkeiten bleiben somit bestehen, was dazu führt, dass eine Dokumentation des Follow-up-Bogens bei den ambulanten Leistungserbringern nicht ausgelöst und somit auch nicht durchgeführt werden kann. Im Rahmen des Follow-up werden aber Datenfelder abgefragt, die zur Berechnung der Ergebnisindikatoren des Verfahrens benötigt werden, aber nicht beim Leistungsbringer erhoben werden können (siehe markierte Indikatoren in Tabelle 45).

Aus diesem Grund wurden drei grundsätzlich denkbare Szenarien zur Umsetzung des Verfahrens im Regelbetrieb in Betracht gezogen, die in folgendem Abschnitt dargestellt werden.

Tabelle 45: Übersicht der Indikatoren

lfd. Nr.	Indikator-ID	Indikatorenbezeichnung
Qualitätsdimensionen Effektivität		
1	E07	Indikationsstellung zur Kataraktoperation bis Visus cc $\geq 0,6$
2	E01	Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation
3	E17	Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation
4	E52	Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation
5	E56	Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation
Qualitätsdimension Patientensicherheit		
6	S88	Anästhesie-assoziierte Komplikationen
7	S95	Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge

6.2.1. Szenario 1: keine Umsetzung

In Szenario 1 wird das Verfahren nicht im Regelbetrieb umgesetzt. Hintergrund hierfür ist, dass das Verhältnis von Aufwand und Nutzen aufgrund der oben beschriebenen Problematik hier grundsätzlich fraglich wäre. Nachteil dieses Szenarios wäre der Verzicht auf eine bundesweite verpflichtende Qualitätssicherung mit überprüfbarer Datenqualität.

6.2.2. Szenario 2: Umsetzung des Dokumentationsbogens KAT sowie Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung

Da eine Auslösung des Kataraktoperationsbogens wie oben beschrieben möglich ist, könnte dieser Dokumentationsbogen über die Leistungserbringer erhoben werden. Zudem besteht die Möglichkeit, schwerwiegende Komplikationen, wie z.B. die Endophthalmitis oder die Netzhautablösung, über Sozialdaten bei den Krankenkassen abzubilden. Zusätzlich könnte überprüft werden, welche der in Tabelle 45 aufgeführten Indikatoren über die Patientenbefragung erfasst werden könnten.

¹⁸ Dies gilt zumindest solange wie im selektivvertraglichen Bereich keine eindeutigen und einheitlich bundesweit festgelegten, zur Auslösung der Dokumentationspflicht nutzbaren Ziffern bzw. Codes verwendet werden.

Ein Vorteil dieses Szenarios ist, dass dadurch der Erhebungsaufwand der Leistungserbringer verringert werden kann. Insbesondere würde vermieden, dass ausschließlich konventionell tätige Ärzte keiner Dokumentationspflicht hinsichtlich von Nachbehandlungen unterliegen würden, über die sie keinerlei Rückmeldungen bezüglich der Qualität ihrer Leistungen erhalten. Zwar ist dieser Umstand nicht immer zu vermeiden, ist aber in diesem Fall als Vorteil zu werten.

Nachteilig ist, dass die Ergebnisindikatoren (siehe markierte Indikatoren in Tabelle 45) nicht vollumfänglich abgebildet werden können. Zu weiteren Einschätzung der Abbildbarkeit bedarf es weiterer Überprüfungen.

6.2.3. Szenario 3: Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung

Bei einer Reduzierung der Erhebungsinstrumente auf die Krankenkassendaten und die Patientenbefragung entfällt jeglicher Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob sich dann noch verlässliche Aussagen zur Qualität der Kataraktoperation treffen ließen. Eine Aussage darüber, welche Indikatoren dann über welches Erhebungsinstrument abgebildet werden könnten, müsste gesondert überprüft werden.

6.3. Empfehlung

Das AQUA-Institut empfiehlt zur Umsetzung des Verfahrens in den Regelbetrieb Szenario 2, also die Kombination aus Indexbogen, Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung. Folgende Begründungen sind dementsprechend auf das in Abschnitt 6.2.2 beschriebene Szenario ausgerichtet.

6.3.1. QS-Auslösung

Kataraktoperation:

Wie bereits in den Abschnitten 5.3. und 6.2. beschrieben, gibt es verschiedene Rahmenbedingungen, die Einfluss auf die QS-Auslösung haben. Betrachtet man die Vor- und Nachteile der in Abschnitt 5.3. beschriebenen Szenarien, lässt sich erkennen, dass unter den gegebenen Bedingungen das folgende Szenario (siehe Tabelle 46) für die QS-Auslösung am geeignetsten ist. Die in Abschnitt 5.3. unter Tabelle 22 aufgeführten Vorteile überwiegen die aufgeführten Nachteile, z.B. wird der Aufwand für die Leistungserbringer minimiert, da die Auslösekriterien in dieser Verbindung das gewünschte Patientenkollektiv mit Ausnahmen (s.u.) erfassen, wodurch die Filterfrage hier nicht notwendig ist. Die Wahrscheinlichkeit einer Fehlauflösung durch die Kombination von OPS- und ICD-Kodes wird als gering eingeschätzt.

Ein bedeutender Nachteil ist, dass bestimmte Patientengruppen (z.B. selektivvertraglich versicherte Patienten) mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mit dieser Konstellation der Auslösekriterien erfasst werden. Hintergrund hierzu ist, dass hier keine allgemein gültigen Dokumentationsanforderungen bestehen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass ICD-Kodes oder/und OPS-Kodes dokumentiert werden. Aus diesem Grund wird empfohlen, die Kriterien für die selektivvertragliche Auslösung im Rahmen der Weiterentwicklung zu optimieren.

Tabelle 46: Szenario 1 zur QS-Auslösung Kataraktoperation

Auslösung	Beschreibung
OPS: 5-144.-, 5-143.- ICD: H25.- bis H28.-	Auslösung mit den OPS-Kodes 5-143.- (Intrakapsuläre Extraktion der Linse) oder 5-144.- (Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]) und einem der aufgeführten ICD-Kodes bei Patienten > 50 Jahre.

Katarakt Follow-up ambulant:

Unter den gegebenen Bedingungen sind die in Abschnitt 5.3. beschriebenen Szenarien aus Sicht des AQUA-Instituts nicht zur Auslösung der QS-Dokumentation geeignet. Es konnten keine weiteren Kriterien gefunden werden, die spezifisch genug wären, um als Auslöskriterium verwendet werden zu können.

Dies hätte zur Folge, dass die folgenden Indikatoren in der derzeitigen Beschreibung nicht abgebildet werden könnten:

- E17: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation
- E56: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation

Das AQUA-Institut empfiehlt eine alternative Erhebung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen oder eine Patientenbefragung (weitere Ausführung siehe Abschnitt 6.3.2.).

Katarakt Follow-up stationär:

Das stationäre Follow-up dient zur Erhebung des Indikators E52 „Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation“. Die Endophthalmitis wird mit den ICD-Kodes H44.0 „Purulente Endophthalmitis“ und H44.1 „Sonstige Endophthalmitis“ kodiert. Ein Zusammenhang dieser Komplikationen mit einer Kataraktoperation ist nicht direkt über diese ICD-Kodes gegeben. Allerdings können Patienten mit Kataraktoperation (gemäß OPS/ICD-Kombination) nach den genannten ICD-Kodes in einem Zeitrahmen von bis zu 3 Monaten gefiltert werden. Zusätzlich dient das Alter des Patienten (≥ 50 J.) als Filterfunktion. Das AQUA-Institut empfiehlt aus diesem Grund folgende Filterfunktion zur Erhebung des Indikators über Sozialdaten bei den Krankenkassen:

Tabelle 47: Mögliche Auslösekriterien für den Dokumentationsbogen KAT_FU_S

	QS-Auslösung Vorschlag zur Umsetzung im Regelbetrieb
Operation:	OPS: 5-144.-, 5-143.- UND ICD: H25.- bis H28.-
Zeitraum:	Bis zu 3 Monate nach OP
Endophthalmitis	ICD: H44.0 Purulente Endophthalmitis ODER H44.1 Sonstige Endophthalmitis
Alter:	Pat. ≥ 50 J.

6.3.2. Indikatoren und benötigte Datenfelder

In folgendem Abschnitt wird vorgestellt, welche Indikatoren abgebildet werden können und bei welchen Indikatoren bzw. Datenfeldern der Indikatoren Änderungen empfohlen werden. Zudem wird thematisiert, welche Datenfelder nicht abgebildet werden können, z.B. aufgrund der nicht ausreichend spezifischen Auslösemöglichkeiten, sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Abbildbarkeit der Indikatoren. Für diese Fälle werden jeweils alternative Erhebungsformen thematisiert.

Im Anhang L ist ein Entwurf der Indikatorblätter mit den Empfohlenen Änderungen zu finden.

E07: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bis Visus cc \geq 0,6

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT:

Für die folgenden Datenfelder werden keine Änderungen empfohlen. Änderungen, die aufgrund des Ergebnisprotokolls der Machbarkeitsprüfung in Bezug auf die Datenfelder und die Ausfüllhinweise für den Probebetrieb umgesetzt wurden, bleiben bestehen:

- Datenfeld „Präoperativer Visus cc“
- Datenfeld „Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens“
- Datenfeld „Art der zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens“
- Datenfeld „Operationen- und Prozedurenschlüssel“

Zusammenfassung: Der Indikator kann über die genannten Datenfelder vollständig abgebildet werden. Die Datenfelder werden mittels des Dokumentationsbogens KAT erhoben. Ein geeigneter Auslösungsmechanismus ist vorhanden.

E01: Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT:

Für die folgenden Datenfelder werden keine Änderungen empfohlen:

- Datenfeld „Intraoperative Komplikation(en)“
- Datenfeld „Art der intraoperativen Komplikation(en)“:
- Datenfeld „Operationen- und Prozedurenschlüssel“
- Datenfeld „Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges“
- Datenfeld „Art der ophthalmologischen Vorerkrankung“
- Datenfeld „Pupillendurchmesser in Mydriasis“

Zusammenfassung: Der Indikator kann über die genannten Datenfelder vollständig abgebildet werden. Die Datenfelder werden mittels des Dokumentationsbogens KAT erhoben. Ein geeigneter Auslösungsmechanismus ist hier vorhanden.

E17: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation

Der Indikator kann über die unten aufgeführten Datenfelder grundsätzlich vollständig abgebildet werden. Die Datenfelder werden im Rahmen der Dokumentationsbögen KAT und KAT_FU_A erhoben.

Wie in Abschnitt 5.4.3 beschrieben gibt es jedoch mehrere Faktoren, die eine Abbildung des Indikators in der Art, wie er im Rahmen der Verfahrensentwicklung entwickelt und bewertet wurde, verhindern. Diese Faktoren ergeben sich u.a. aus der Diskrepanz zwischen dem theoretischen Versorgungspfad und dem tatsächlichen Ablauf in der Realität.

Angesichts der in Abschnitt 5.4.3 genannten Einschränkungen ist es notwendig, die Berechnung dieses Indikators sowohl für den Probebetrieb als auch für einen eventuellen Regelbetrieb hinsichtlich des Nenners anzupassen und nur diejenigen Fälle zu berücksichtigen, bei denen die Nachuntersuchung innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach der Kataraktoperation durchgeführt wurde. Zusätzlich muss die Bedingung erfüllt sein, dass im Rahmen dieser Nachuntersuchung die Refraktionsmessung durchgeführt wurde.

Diese Neufassung des Indikators führt jedoch dazu, dass Dokumentationen für die Berechnung nicht betrachtet werden:

- Kataraktoperationen, für die keinerlei Nachuntersuchung durchgeführt wurde.
- Kataraktoperationen, für die zwar eine postoperative Refraktionsmessung durchgeführt wurde, diese Untersuchung aber außerhalb des festgelegten Zeitraums von 4 bis 6 Wochen stattgefunden hat.

- Kataraktoperationen, für die zwar eine Nachuntersuchung, stattgefunden hat, in deren Rahmen jedoch keine Refraktionsmessung durchgeführt wurde.

Diese drei Gruppen sollten hinsichtlich möglicher Auffälligkeiten ausgewertet werden. Dabei erscheinen folgende Fragen sinnvoll:

- In wie vielen Fällen wurde ein Follow-up durchgeführt?
Gemessen an: alle Kataraktoperationen
- Wie viele Refraktionen wurden postoperativ durchgeführt?
Gemessen an: alle Kataraktoperationen mit Follow-up
- In wie vielen Fällen wurde die Refraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen durchgeführt?
Gemessen an: alle Kataraktoperationen mit Follow-up und postoperativ gemessener Refraktion
- In wie vielen Fällen stimmt die Refraktion mit der Zielrefraktion (+/- 0,5 dpt) überein, obwohl der Zeitraum nicht eingehalten wurde?
Gemessen an: alle Kataraktoperationen mit Follow-up und postoperativ gemessener Refraktion in einem Zeitraum von </> 4 bis 6 Wochen nach Operation
- In wie vielen Fällen stimmt die Refraktion mit der Zielrefraktion (+/- 1 dpt) überein, obwohl der Zeitraum nicht eingehalten wurde?
Gemessen an: alle Kataraktoperationen mit Follow-up und postoperativ gemessener Refraktion in einem Zeitraum von </> 4 bis 6 Wochen nach Operation
- In wie vielen Fällen, bei denen eine Refraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen möglich war und durchgeführt wurde, stimmt die Refraktion (+/- 0,5 dpt) überein?
Gemessen an; alle Kataraktoperationen mit Follow-up und postoperativ gemessener Refraktion in innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Operation
- In wie vielen Fällen, die zusammenführbar waren, bei denen eine Refraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen möglich war und durchgeführt wurde, stimmt die Refraktion (+/- 1 dpt) überein?
Gemessen an: alle Kataraktoperationen mit Follow-up und postoperativ gemessener Refraktion in innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Operation

Eine Abbildung des Indikators ist jedoch aufgrund der fehlenden Auslösungsmechanismen für den Dokumentationsbogen im Follow-up grundsätzlich problematisch (siehe Abschnitt 6.2.), weil er nicht über die Leistungserbringer erhebbar ist. Eine Abbildung des Indikators über die vorgestellten alternativen Erhebungswege muss überprüft werden. Nach ersten Abschätzungen ist die Abbildung jedoch unwahrscheinlich.

Daraus folgt die Empfehlung, sowohl die unten benannten Datenfelder des Dokumentationsbogens KAT_FU_A als auch die benannten Datenfelder des Dokumentationsbogens KAT sowie die zugehörigen Ausfüllhinweise zu streichen.

Im Falle einer Erhebung des Indikators im Regelbetrieb empfiehlt das AQUA-Institut die beschriebene Umgestaltung des ursprünglichen Indikators bzw. eine Überprüfung der vorgestellten Fragestellungen und ggf. die Ausarbeitung zu Indikatoren im Rahmen der Systempflege und Weiterentwicklung in Zusammenarbeit mit Experten. Zudem wäre im Rahmen der Systempflege und Weiterentwicklung der Erhebungszeitraum von 4 bis 6 Wochen zu überprüfen und ggf. ein neuer Erhebungszeitraum auf Grundlage der erhobenen Daten zu definieren.

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT:

- Datenfeld „Präoperativ festgelegte Zielrefraktion (sphärisches Äquivalent)“

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT_FU_A:

- Datenfeld „Datum der Kataraktoperation“
- Datenfeld „Postoperative Bestimmung der Refraktion möglich“
- Datenfeld „Datum der postoperativen Refraktionsbestimmung“
- Datenfelder „Postoperative Refraktion – sphärisch“
- Datenfeld „Postoperative Refraktion – zylindrisch“

E52: Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation

Wie bereits in Abschnitt 6.3.1. beschrieben, konnte der Indikator im Probetrieb nicht erhoben werden. Für den Indikator wird – wie bereits im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung festgehalten – eine Erhebung über die Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen, da eine Auslösung des Dokumentationsbogens KAT_FU_S nicht ohne Filterfrage möglich ist.

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung in Abschnitt 5.4.4. wurde bereits dargestellt, dass auch im ambulanten Sektor Behandlungen der Endophthalmitis durchgeführt werden. Aus diesem Grund empfiehlt das AQUA-Institut den Indikator auf den ambulanten Sektor auszuweiten. Da auch im ambulanten Sektor die Behandlung einer Endophthalmitis selten ist, wird auch hier die Abfrage über Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen. Im Falle einer Ausweitung des Indikators auf den ambulanten Sektor wird zudem empfohlen, den Schweregrad der Erkrankung zu spezifizieren.

E56: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation

Der Indikator kann über die unten aufgeführten Datenfelder vollständig abgebildet werden. Die Datenfelder werden im Rahmen der Dokumentationsbögen KAT und KAT_FU_A erhoben. Jedoch ist ein Auslösungsmechanismus lediglich für den Dokumentationsbogen KAT vorhanden bzw. umsetzbar (siehe Abschnitt 6.2. und 6.3.1.). Da wie in Abschnitt 6.3.1. beschrieben keine spezifische Auslösung des ambulanten Follow-up-Dokumentationsbogens vorhanden ist, kann eine manuelle Erhebung dieser Datenfelder nicht stattfinden. Dies bedeutet, dass der Indikator nicht über die Leistungserbringer vollumfänglich abgebildet werden kann. Daher wird empfohlen zu überprüfen, welche der Komplikationen sich über Sozialdaten bei den Krankenkassen erheben lassen und den Indikator dahingehend anzupassen bzw. in Anlehnung an den Indikator E56 einen neuen Indikator zu entwickeln.

Zudem wird empfohlen, postoperative Komplikationen im Rahmen des Indexaufenthaltes weiterhin zu erheben sowie die zur Risikoadjustierung benötigten Datenfelder.

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT:

Für die folgenden Datenfelder werden keine Änderungen empfohlen:

- Datenfeld „Postoperative Komplikation(en)“
- Datenfeld „Art der postoperativen Komplikation(en)“
- Datenfeld „Operationen- und Prozedurenschlüssel“
- Datenfeld „Diagnose“
- Datenfeld „Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges“
- Datenfeld „Art der ophthalmologischen Vorerkrankung“
- Datenfeld „Pupillendurchmesser in Mydriasis“

Für die folgenden Datenfelder bleiben die Änderungen, die aufgrund des Ergebnisprotokolls der Machbarkeitsprüfung in Bezug auf die Datenfelder und die Ausfüllhinweise für den Probetrieb umgesetzt wurden, bestehen

- Datenfeld „Bulbuslänge“
- Datenfeld „Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge oder Lasik“

Daraus folgt die Empfehlung, die beiden unten benannten Datenfelder und die zugehörigen Ausfüllhinweise des Dokumentationsbogens KAT_FU_A zu streichen.

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT_FU_A:

- Datenfeld „Postoperative Komplikation(en)“
- Datenfeld „Art der postoperativen Komplikation(en)“

S88: Anästhesie-assoziierte Komplikationen

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT:

Für die folgenden Datenfelder werden keine Änderungen empfohlen:

- Datenfeld „Anästhesie-assoziierte Komplikation“
- Datenfeld „Operationen- und Prozedurenschlüssel“
- Datenfeld „Art der OP-relevanten Komorbidität(en)“
- Datenfeld „Art der Anästhesie“

Für das folgende Datenfeld bleiben die Änderungen, die aufgrund des Ergebnisprotokolls der Machbarkeitsprüfung in Bezug auf die Datenfelder und die Ausfüllhinweise für den Probetrieb umgesetzt wurden, bestehen:

- Datenfeld „OP-relevante Komorbidität(en)“

Zusammenfassung: Der Indikator kann über die aufgeführten Datenfelder vollständig abgebildet werden. Die Datenfelder werden mittels des Dokumentationsbogens KAT erhoben. Ein geeigneter Auslösungsmechanismus ist vorhanden.

S95: Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge

Wie bereits im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung beschrieben, ist der im Indikator zu erhebende Sachverhalt ein strafrechtlich relevanter Tatbestand. Eine wahrheitsgemäße Angabe wurde sowohl in der Machbarkeitsprüfung als auch im Probetrieb als unwahrscheinlich eingeschätzt. Die Abbildung über Leistungserbringer wird daher nicht empfohlen.

Daraus folgt die Empfehlung, die unten benannten Datenfelder und zugehörigen Ausfüllhinweise des Dokumentationsbogens KAT zu streichen.

Datenfelder zur Berechnung des Indikators aus dem Dokumentationsbogen KAT:

- Datenfeld „Operation am falschen Auge“
- Datenfeld „Operation am falschen Patient“

QI E19: Postoperativer Visus: Visusverbesserung bei operierten Augen ohne visusreduzierende Veränderungen

Aufgrund der beschriebenen Probleme der QS-Auslösung (siehe Abschnitt 5.3.) wird empfohlen, den Indikator zurückzustellen.

6.3.3. Zusammenfassung der Empfehlungen zur Spezifikation

Dokumentationsbogen KAT:

Folgende Datenfelder, Ausfüllhinweise und Plausibilitätsregeln werden ohne weitere Änderungen zur Umsetzung im Regelbetrieb empfohlen:

- Datenfeld „Präoperativer Visus cc“
- Datenfeld „Art der zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens“
- Datenfeld „Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens“
- Datenfeld „Intraoperative Komplikation(en)“
- Datenfeld „Art der intraoperativen Komplikation(en)“:
- Datenfeld „Operationen- und Prozedurenschlüssel“
- Datenfeld „Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges“
- Datenfeld „Art der ophthalmologischen Vorerkrankung“
- Datenfeld „Pupillendurchmesser in Mydriasis“:
- Datenfeld „Postoperative Komplikation(en)“
- Datenfeld „Art der postoperativen Komplikation(en)“

- Datenfeld „Diagnose“
- Datenfeld „Bulbuslänge“
- Datenfeld „Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge oder Lasik“
- Datenfeld „OP-relevante Komorbidität(en)“
- Datenfeld „Anästhesie-assoziierte Komplikation“
- Datenfeld „Art der OP-relevanten Komorbidität(en)“
- Datenfeld „Art der Anästhesie“

Folgende Datenfelder, zugehörige Ausfüllhinweise und Plausibilitätsregeln werden **nicht** zur Umsetzung im Regelbetrieb empfohlen:

- Datenfeld „Präoperativ festgelegte Zielrefraktion (sphärisches Äquivalent)“
- Datenfeld „Operation am falschen Auge“
- Datenfeld „Operation am falschen Patient“
- Datenfeld „Wurde eine Kataraktoperation durchgeführt?“

Die Datenfelder zur Überprüfung der Auslösung („Filterfrage“, siehe Abschnitt 2.3.2) werden nicht mehr empfohlen. Hierunter fallen alle in Abschnitt 2.3.2. definierten Datenfelder zur Überprüfung der Auslösung.

Dokumentationsbogen KAT_FU_A

Aufgrund der genannten Probleme der Auslösung (siehe Abschnitte 5.3. und 6.3.1.) sowie mit Blick auf das vom AQUA-Institut präferierte Umsetzungsszenario 2 (siehe Abschnitt 6.1), empfiehlt das Institut den Dokumentationsbogen KAT_FU_ambulant sowie die zugehörigen Ausfüllhinweise zu streichen.

Dokumentationsbogen KAT_FU_S:

Wie in den Abschnitten 6.3.1 und 6.3.2 ausgeführt, empfiehlt das AQUA-Institut die Abbildung des einzigen hier zu erhebenden Indikators (E52) über Sozialdaten bei den Krankenkassen. Aus diesem Grund wird empfohlen, den Dokumentationsbogen und die zugehörigen Ausfüllhinweise zu streichen, da diese bei einer Erhebung über die Krankenkassen nicht benötigt werden.

Im Anhang M und N sind ein Entwurf des verbleibenden Dokumentationsbogens sowie die zugehörigen Ausfüllhinweise mit den empfohlenen Änderungen zu finden.

7. Vorschläge für die themenspezifischen Bestimmungen

Gemäß §4 Abs. 3 der Qesü-RL erstellt und beschließt der G-BA themenspezifische Bestimmungen dieser Richtlinie für jedes Verfahren unter Beachtung der Ergebnisse der Institution nach § 137a SGB V.

Die durch den G-BA zu treffenden Festlegungen zu den ausgewählten Themen werden auf Grundlage der durch die Institution nach § 137a SGB V entwickelten Indikatoren und Instrumente getroffen. Die grundsätzlich zu treffenden Festlegungen sind in §3 der Qesü-RL festgelegt.

Die Vorschläge dazu werden durch das AQUA-Institut gegenüber dem G-BA gemacht und sind in der Folge tabellarisch dargestellt.

Tabelle 48:Vorschläge für die themenspezifischen Bestimmungen

Laufende Nummer	Thema	Verweis Qesü-RL	Empfehlung des AQUA-Instituts	Anmerkung
0.1	Titel des QS-Verfahrens	§3 Nr. 1	Kataraktoperation (Cataracta senilis)	Gegenstand des QS-Verfahrens soll allein die altersbedingte Katarakt („Grauer Star“) sein, sich also auf Patienten beschränken, die mindestens 50 Jahre alt sind.
0.2	Verfahrensnummer	§3 Nr. 1	01	Erstes sektorenübergreifendes QS-Verfahren
1.	Allgemeines			
1.1.	Ziele des Verfahrens	§3 Nr. 2	<p>Sektorbezogenes Verfahren (ambulant-kollektivvertraglicher, ambulant-selektivvertraglicher und stationärer Bereich); Sicherung der Qualität mit folgenden Qualitätsindikatoren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qualitätsdimensionen Effektivität: <ol style="list-style-type: none"> a. „Indikationsstellung zur Kataraktoperation bis Visus cc \geq 0,6“ b. „Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation“ c. „Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation 2. Qualitätsdimension Patientensicherheit: <ol style="list-style-type: none"> a. Anästhesie-assoziierte Komplikationen 	Je nachdem, welche Option zur Durchführung des Verfahrens vom G-BA ausgewählt wird, sind hier ggf. noch Anpassungen vorzunehmen.
1.2.	Art des Verfahrens	§2 Abs. 3, §3 Nr. 3	Länderbezogenes Verfahren	<p>Die relativ hohe Fallzahl an Kataraktoperationen begründet den Vorschlag, ein länderbezogenes Verfahren durchzuführen.</p> <p>Die Leistung wird ca. 600.000 bis 700.000 pro Jahr mal in Deutschland durchgeführt.</p>

Laufende Nummer	Thema	Verweis Qesü-RL	Empfehlung des AQUA-Instituts	Anmerkung
1.3.	Dauer des Verfahrens		Durchführung über vier Jahre, danach obligatorische Entscheidung über die Fortführung des Verfahrens	<p>Im ersten Jahr können keine verlässlichen Daten erwartet werden (z.B. aufgrund von Unsicherheiten, Missverständnissen bei der Spezifikationsumsetzung und/oder der Dokumentation, technische Probleme etc.).</p> <p>Im zweiten Jahr ist eine erste verlässliche Datengrundlage zu erwarten.</p> <p>Im dritten Jahr erfolgt die Bewertung im strukturierten Dialog.</p> <p>Im vierten Jahr erfolgt die Bewertung der qualitätsverbessernden Maßnahmen.</p>
1.4.	Zulässige Zeitdauer der Speicherung und des Zeitpunkts der Löschung des Schlüssels durch die Vertrauensstelle	§3 Nr. 3	Löschung des Schlüssels ein Jahr nach Beendigung des Dokumentationszeitraums	
1.5.	Art und Umfang der Stichprobe, ggf. Begründung für eine Vollerhebung	§3 Nr. 6	<p>Vollerhebung zur Ermittlung vorhandener Qualitätsdefizite bzw. Fallzahlen und um einen Leistungserbringervergleich sicherzustellen</p> <p>Das AQUA-Institut empfiehlt, die Einführung des QS-Verfahrens „Kataraktoperation“ in Form einer Vollerhebung mit der Option, auf Basis der dann guten Datenlage nach zwei bis vier Jahren erneut eine Entscheidung zu treffen.</p> <p>Eine Stichprobe könnte sinnvoll sein, wenn zu messende Qualitätsprobleme a) schon bekannt sind oder b) sehr häufig auftreten. Aus der im Rahmen der Verfahrensentwicklung analysierten Literatur geht allerdings hervor, dass gerade die Endophthalmitis als schwerwiegende Komplikation nur selten auftritt. Daher besteht die Gefahr, dass diese bedeutende Komplikation bei einer Stichprobe nur sehr selten sichtbar wird und folglich schwer zu interpretieren ist. Daher wird auch eine Identi-</p>	Perspektivisch wäre eine Reduzierung auf eine patientenbezogenen Stichprobenerhebung möglich, sobald Defizite bzw. Fallzahlen bekannt sind.

Laufende Nummer	Thema	Verweis Qesü-RL	Empfehlung des AQUA-Instituts	Anmerkung
			fikation von problematischen Einrichtungen auf Basis einer Stichprobenerhebung nicht möglich sein. Aus dem gleichen Grund wird auch eine Identifikation von Problemgruppen in Stichprobenerhebungen erschwert bzw. unmöglich gemacht.	
2.	Erhebung, Weiterleitung, Prüfung, Auswertung der Daten			
2.1.	Festlegung der zu erhebenden Daten	§3 Nr. 6, §14 Abs. 3, §13 Abs. 2, §14 Abs. 4		Gemäß Anl. L und M zum Ergebnisbericht Kataraktoperation vom 14. Januar 2014 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anlage L: Indikatorendatenblätter ▪ Anlage M: Dokumentationsbogen Kataraktoperationen Patientenbefragung (das Befragungsinstrument ist noch in der Entwicklung) Zusätzlich: ggf. Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen
2.2.	Zugehöriges Datenflussmodell	§3 Nr. 4, §13 Abs. 2	Datenflussmodell der Qesü-RL, Anlage 1	
2.3.	Konkretisierungen zum Datenfluss	§13 Abs. 4	Zusätzlich Nutzung von Daten gem. §299 Abs. 1a (Sozialdaten bei den Krankenkassen) Zusätzlich Nutzung von Daten aus Patientenbefragungen	
2.4.	Bundeseinheitliche Kriterien für:			
2.4.1.	Datenprüfung	§ 3 Nr. 9	Siehe Spezifikation und Qualitätsindikatorblätter	
2.4.2.	Datenauswertung	§ 3 Nr. 9	Siehe Spezifikation und Qualitätsindikatorblätter Empfehlung zur halbjährlichen Datenauswertung für die Leistungserbringer (Rückmeldeberichte) und jährlich an den G-BA und die Öffentlichkeit (Landes- und Bundes-	Der Umfang möglicher Qualitätsverbesserungen zum Thema „Kataraktoperation“ ist derzeit nicht bekannt. Referenzbereiche für die Qualitätsindikatoren können erst im Zuge der Umsetzung entwickelt werden, wenn

Laufende Nummer	Thema	Verweis Qesü-RL	Empfehlung des AQUA-Instituts	Anmerkung
			qualitätsbericht). Referenzwerte: Es kommt die Regelung des 5 % oder 95 % Perzentil zur Anwendung. Änderungen können noch nach den Auswertungen zum Probetrieb oder der ersten Probeauswertung festgelegt werden.	empirische Daten vorliegen. Die Ziele eines QS-Verfahrens zum Thema können daher nur allgemein formuliert werden. Das Indikatorenset zum QS-Verfahren inkl. der Indikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive ist entsprechend „neutral“ entwickelt worden.
2.4.3.	Datenbewertung	§3 Nr. 9	Erfolgt einmal jährlich über alle vier Quartale Siehe auch QIDB	Empfehlungen von Fachexperten (Panel, BFG), bestimmte Qualitätsindikatoren mit einem besonderen Handlungsbedarf bei der Bewertung herauszustellen, sind möglich. Zu den in § 17 beschriebenen Bewertungen gibt es für das Verfahren Katarakt keine zusätzlichen Empfehlungen.
2.4.4.	Kriterien für die Einleitung von Maßnahmen gegenüber Leistungserbringern		Qualitätsindikatordatenblätter und QIDB, wenn es erste Probeauswertungen gibt. Es werden keine zusätzlichen oder anderen Maßnahmen empfohlen, als in der Qesü-RL beschrieben.	Da noch keine Ergebnisse vorhergesagt werden können, muss eine Empfehlung zu qualitätsfördernden Maßnahmen allgemein gehalten werden.
2.5.	Datenvalidierung	§16 Abs. 2	Siehe Bericht zur Datenvalidierung Empfohlen wird eine Datenvalidierung, sobald ein stabiles Verfahren besteht. Z.B. im zweiten Erfassungsjahr können Kriterien zur Prüfung entwickelt werden.	
3.	Durchführung			
3.1.	Fachkommissionen	§5 Abs. 5	Empfehlung AQUA: QM Erfahrung für alle, Methodiker, Mitarbeiter der LAG (KV, NKG, KK), Augenärzte und Patientenvertreter.	(Zahnärzte, Psychotherapeuten, Pflegeberufe und weitere Fachrichtungen sind nicht erforderlich).
3.2.	Fristen	§3 Nr. 7	Jährliche Durchführung des Strukturierten Dialogs. Die Fristen können erst festgelegt werden, wenn sich der G-BA für eine Option zur Empfehlung zum Verfahren Katarakt ausgesprochen hat, da die Fristen je Option unterschiedlich sein werden.	
3.3.	Bundesstelle	§7		

Laufende Nummer	Thema	Verweis Qesü-RL	Empfehlung des AQUA-Instituts	Anmerkung
4.	Datenschutz			
4.1.	Zweckbindung der Daten	§3 Nr. 6	Formulierungen zu Zweckbindung und Datensicherheit könnten dem Patienteninformationsblatt zum Probebetrieb entnommen werden.	„Bisher war eine Zusammenführung der Behandlungsdaten des Ersteingriffes mit den Daten eines möglicherweise notwendig werdenden Folgeeingriffes nicht möglich. Um dies zukünftig leisten zu können, wird Ihre Krankenversicherungsnummer vom Krankenhaus an eine Vertrauensstelle weitergeleitet. Von dieser Vertrauensstelle wird die Krankenversicherungsnummer in ein Pseudonym umgewandelt und danach sofort gelöscht. So ist ein direkter Patientenbezug nicht mehr möglich, wohl aber ein Fallbezug und eine Rückverfolgung zum Behandlungsort. So können ein Erst- und ein eventueller Folgeeingriff zukünftig über dieses Pseudonym zusammengeführt werden.“ (Patienteninformationsblatt)
5.	Berichterstattung			
5.1.	Berichterstattung	§3 Nr. 9	Nach Bildung der LAG legt das AQUA-Institut in Absprache mit den LAG eine Spezifikation für eine Berichterstattung der LAG an das AQUA-Institut nach den Kriterien des §19 Abs. 3 Qesü-RL fest.	

Laufende Nummer	Thema	Verweis Qesü-RL	Empfehlung des AQUA-Instituts	Anmerkung
5.2.	Fristen zur Berichterstattung	§3 Nr. 7	Siehe Qesü RL Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer werden jeweils für das 1. Halbjahr bis zum 1.10, für das 2. Halbjahr bis zum 1.4. des Folgejahres erstellt.	
5.3.	Berichterstattung zu Maßnahmestufe 2	§17 Abs. 8	Siehe Qesü RL Die LAG übermitteln einen jährlichen Qualitätssicherungsergebnisbericht in einem maschinenlesbaren und auswertbaren Format bis zum 15. März eines jeden Jahres an das AQUA-Institut.	
5.4.	Qualitätssicherungsergebnisbericht	§19 Abs. 1	Siehe Qesü RL Der G-BA erhält den Bericht jeweils am 15. August eines jeden Jahres.	
6.	Dokumentation			
6.1.	Bestimmung der bundeseinheitlichen Dokumentation	§3 Nr. 8	Veröffentlichung der Spezifikation durch das AQUA-Institut erfolgt für das folgende Erfassungsjahr nach G-BA-Beschluss bis zum 30.6. eines jeden Jahres.	
6.2.	Konformitätserklärung	§15 Abs. 3	Soll-Statistik und Konformitätserklärungen werden einmal jährlich von den Leistungserbringern bis zum 28.2. erstellt.	
6.3.	Fehlende Dokumentation der Datensätze	§17 Abs. 6	Berichte zur Mahnstufe 2 sind unverzüglich nach Feststellung an die verantwortliche Stelle zu melden.	



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Anhang zum Abschlussbericht zum Probebetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Kataraktoperation

Stand: 05. Juni 2013

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Probetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Kataraktoperation

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

15. März 2012

Datum der Abgabe:

14. Januar 2013, aktualisierte Version vom 05. Juni 2013

Signatur:

12-SQG-027

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Anhang A.1	Indikatordatenblätter Stand Abschlussbericht
Anhang A.2	Indikatordatenblätter Stand Ergebnis Machbarkeitsprüfung
Anhang B.1	Dokumentationsbogen Kataraktoperation Stand Abschlussbericht
Anhang B.2	Dokumentationsbogen Katarakt Follow-up Stand Abschlussbericht
Anhang B.3	Dokumentationsbogen Kataraktoperation Stand Beginn Machbarkeitsprüfung
Anhang B.4	Dokumentationsbogen Katarakt Follow-up Stand Beginn Machbarkeitsprüfung
Anhang B.5	Dokumentationsbogen Kataraktoperation Stand Ergebnis Machbarkeitsprüfung
Anhang B.6	Dokumentationsbogen Katarakt Follow-up ambulant Stand Ergebnis Machbarkeitsprüfung
Anhang B.7	Dokumentationsbogen Katarakt Follow-up stationär Stand Ergebnis Machbarkeitsprüfung
Anhang C.1	Ausfüllhinweise Kataraktoperation und Follow-up Stand Abschlussbericht
Anhang C.4	Ausfüllhinweise Kataraktoperation Stand Ergebnis Machbarkeitsprüfung
Anhang C.5	Ausfüllhinweise Katarakt Follow-up ambulant Stand Ergebnis Machbarkeitsprüfung
Anhang C.6	Ausfüllhinweise Katarakt Follow-up stationär Stand Ergebnis Machbarkeitsprüfung
Anhang D	Schreiben G-BA - Landesebene_10.10.2012
Anhang E	Schreiben G-BA - Softwareanbieter_10.10.2012
Anhang F.1	Merkblatt Leistungserbringer_22.12.2011
Anhang F.2	Merkblatt Leistungserbringer_21.03.2012
Anhang F.3	Anschreiben Leistungserbringer_22.12.2011
Anhang F.4	Interessenbekundung Leistungserbringer_22.12.2011
Anhang F.5	Formulierungshilfe Leistungserbringer - Softwareanbieter_22.12.2011
Anhang G.1	Auftaktworkshop Fragenkatalog
Anhang G.2	Auftaktworkshop Ergebnisse
Anhang H	Befragung Leistungserbringer
Anhang I.1	Beispiel Feedbackbericht OP+F-U
Anhang I.2	Leseanleitung Feedbackbericht OP+F-U
Anhang I.3	Beispiel Feedbackbericht F-U

Anhang I.4	Gesamtauswertung Probetrieb (Bundesauswertung)
Anhang K	Einladung Abschlussworkshop
Anhang L	Indikatordatenblätter Stand Ergebnis Probetrieb
Anhang M	Dokumentationsbogen Kataraktoperation Stand Ergebnis Probetrieb
Anhang N	Ausfüllhinweise Kataraktoperation Stand Ergebnis Probetrieb

**Anhang_A_1 Indikatordatenblätter
Stand Abschlussbericht**

Anhang: Indikatorenregister

Indikator Nr. E07: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc $\geq 0,6$	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patienten bei denen eine Kataraktoperation durchgeführt worden ist und die einen Visus cc $\geq 0,6$ hatten.
Zähler	Anzahl der Augen mit einem Visus cc $\geq 0,6$, bei denen eine kataraktoperation durchgeführt wurde
Nenner	Gesamtzahl der Augen, bei denen eine Kataraktoperation durchgeführt wurde
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Strenge Indikationsstellung bei einem Visus cc $\geq 0,6$ Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	<p>Im Rahmen der Entwicklung des Indikators wurde festgelegt, dass bei einem Visus cc von unter 0,6 und einer entsprechenden Linsentrübung eine Indikation zur Kataraktoperation besteht.</p> <p>Bei einem Visus cc von $\geq 0,6$ müssen weitere Bedingungen gegeben sein, um den Eingriff zu rechtfertigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhöhte Blendung - Eingeschränktes Nah-Sehen und eingeschränkte Lesefähigkeit - Eingeschränkte Kraftfahrtauglichkeit - Kataraktbedingte Anisometropie (unterschiedliche Brechungsverhältnisse von rechtem und linkem Auge) - Eingeschränkte Berufstauglichkeit - Linsenbedingter Druckanstieg <p>Ein kataraktbedingte Einschränkung des Visus und damit einhergehender Funktionsverlust gilt national wie international als angemessene Veranlassung zur Kataraktoperation (Quintana, 2006; Reiche, 2006). Dabei wird häufig empfohlen den Grenzwert zur Indikation an rechtliche Voraussetzungen zur Ausübung allgemein bedeutsamer Aktivitäten zu koppeln (COS, 2008)</p>
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator entstammt dem Indikatoren-Set der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS). Es wurden redaktionelle Anpassungen des Indikators durch das Expertengremium vorgenommen. ▪ Als Referenz der angegebenen Grenze des Visus wird die Fahrerlaubnisverordnung (FEV), die der Empfehlung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft zur Fahreignungsbegutachtung für den Straßenverkehr entspricht, herangezogen (AAD, 2008).
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>BQS 2008[1]; AAD 2008 [2], Quintana 2006 [3]; COS 2008 [5]; Reiche 2006 [4]</p> <p>Kernempfehlung (COS 2008): Cataract surgery is indicated primarily for the correction of visual impairment that cannot be adequately improved nonsurgically and that is directly attributable to the presence of a lens opacity (Level 3).</p>

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: keine Risikoadjustierung vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Präoperativer Visus cc	Angabe des korrigierten Visus nach Snellen als Dezimalzahl (Erhebung über Datenquelle 3). Werte $<$ 0,01 sind als 0,01 anzugeben.
	Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens	Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Erhöhte Blendempfindlichkeit 2 = Kataraktbedingte Anisometropie 3 = Linsenbedingter Druckanstieg 4 = Subjektive erhebliche Einschränkungen des Patienten
	Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung	
	nicht vorgesehen	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Präoperativer Visus cc	Angabe des korrigierten Visus nach Snellen als Dezimalzahl (Erhebung über Datenquelle 3). Werte $<$ 0,01 sind als 0,01 anzugeben.
	Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens	Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Erhöhte Blendempfindlichkeit 2 = Kataraktbedingte Anisometropie 3 = Linsenbedingter Druckanstieg 4 = Subjektive erhebliche Einschränkungen des Patienten
	Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung	
	nicht vorgesehen	

Indikator Nr. E01: Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation	
Beschreibung	Anteil der Patienten, bei denen während der Durchführung einer Kataraktoperation eine der Komplikationen: Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper, oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie auftreten.
Zähler	Anzahl der Patienten mit Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie
Nenner	Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil von Patienten mit Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper, oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie als intraoperative Besonderheit. Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	<p>Der Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper kann zu einer verlängerten entzündlichen Reaktion und zu einer Reihe von weiteren Komplikationen führen. Zur Verhinderung dieser Komplikationen ist häufig eine Erweiterung des operativen Vorgehens notwendig.</p> <p>Eine weitere Komplikation bei der extrakapsulären Linsenextraktion ist der Riss der hinteren Linsenkapsel. Dieses Ereignis macht in der Regel die vordere Vitrektomie erforderlich. Diese Komplikation sollte möglichst nicht auftreten.</p> <p>In Registerstudien (Lum, 2000; Lundstrom, 2001b) sowie bisherigen Datenerhebungen zur Qualitätssicherung (BQS, 2003) wurden folgende Komplikationsraten berichtet. Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie: 1,1% - 1,5% Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper: 0,2%<1%</p>
Anmerkungen	<p>Der Indikator entstammt dem Indikatoren-Set der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS). Der Indikator in der vorliegenden Form entstand durch Zusammenfassung der BQS-Indikatoren „Intraoperative Besonderheiten (4): Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper“ und „Intraoperative Besonderheiten (3): Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie“. Es wurden weitere Anpassungen des Indikators durch das Expertengremium vorgenommen.</p> <p>Der Indikator hat Ähnlichkeit mit einem Indikator des ACHS.</p> <p>Für diesen Indikator ist eine Risikoadjustierung (Stratifizierung) vorgesehen. Dabei werden der Pupillendurchmesser in Mydriasis (<5mm) sowie folgende op-relevanten ophthalmologischen Vorerkrankungen des zu operierenden Auges berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) ▪ Zustand nach Glaukomanfall ▪ Uveitis/hintere Synechien ▪ Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation ▪ Zustand nach Bulbustrauma ▪ Glaukom mit engem Kammerwinkel
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	ACHS 2009 [6]; BQS 2008 [1]; BQS 2004 [9]; Lundstrom 2001 [8]; Lum 2000 [7]

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Stratifizierung nach Pupillendurchmesser in Mydriasis (< 5 mm) und relevanten ophthalmologischen Vorerkrankungen des zu operierenden Auges, die präoperativ erhoben werden (s. Datenfelder zur Risikoadjustierung)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28. aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Intraoperative Komplikation(en)	Vorliegen einer oder mehrerer intraoperativer Komplikationen der Kataraktoperation. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der intraoperativen Komplikation(en)	Relevante intraoperative Komplikationen der Kataraktoperation. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper 2 = Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie
	Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.* aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Stratifizierung	
	Feld	Beschreibung
	Pupillendurchmesser in Mydriasis	Angabe des Pupillendurchmessers in Mydriasis in mm (Erhebung über Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Pupillendurchmesser in Mydriasis < 5 mm
Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges	Vorliegen einer oder mehrerer ophthalmologischer Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja	
Art der ophthalmologischen Vorerkrankung	OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Angabe erforderlich, wenn Angabe 1 = ja im Feld „Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges“. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis/hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustraua 8 = Glaukom mit engem Kammerwinkel	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.* aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD Kode H25.* bis H28.* aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Intraoperative Komplikation(en)	Vorliegen einer oder mehrerer intraoperativer Komplikationen der Kataraktoperation. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der intraoperativen Komplikation(en)	Relevante intraoperative Komplikationen der Kataraktoperation. Angabe erforderlich, wenn Angabe 1 = ja im Feld „Intraoperative Komplikation(en)“. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper 2 = Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie
	Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.* aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Stratifizierung	
	Feld	Beschreibung
	Pupillendurchmesser in Mydriasis	Angabe des Pupillendurchmessers in Mydriasis in mm (Erhebung aus Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Pupillendurchmesser in Mydriasis $<$ 5 mm
	Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges	Vorliegen einer oder mehrerer ophthalmologischer Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der ophthalmologischen Vorerkrankung	OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Angabe erforderlich, wenn Angabe 1 = ja im Feld „Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges“. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis/hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustrauma 8 = Glaukom mit engem Kammerwinkel

Indikator Nr. E17: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation	
Beschreibung	Anteil der Patienten, bei denen die berechnete Zielrefraktion mit einer Abweichung von maximal +/- 1 dpt (QI 17a) bzw. +/- 0,5 dpt (QI 17b) zum sphärischen Äquivalent nach einer Kataraktoperation innerhalb von 4 bis 6 Wochen erreicht wird.
Zähler	Anzahl der Patienten, die die präoperativ berechneten Zielwerte der Refraktion mit maximaler Abweichung +/- 1 dpt bzw. +/- 0,5 dpt innerhalb von 4 bis 6 Wochen postoperativ erreicht haben
Nenner	Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 50 Jahre ▪ Patienten, bei denen keine Zielrefraktion berechnet wurde. ▪ Patienten, deren Bulbuslänge kleiner 20 mm oder größer 27 mm ist.
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil von Patienten bei denen die berechnete Refraktion (Differenz des sphärischen Äquivalents zur Zielfraktion +/-1 Dioptrie bzw. +/- 0,5 dpt) erreicht wird Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Bei jeder Kataraktoperation wird präoperativ eine Zielrefraktion festgelegt. Trotz weit entwickelter Messsysteme (zum Beispiel Ultraschall-Biometrie) kommt es zu postoperativen Abweichungen von dieser Zielrefraktion, sodass unter Umständen eine weitere Operation mit Linsenaustausch oder eine Korrektur nötig wird. Das Erreichen der Zielrefraktion wird international als ein vor allem auch für den Patienten relevantes Ergebnis der Kataraktoperation betrachtet (AAO 2006, RCO 2007). Studien (und auch den früheren BQS-Ergebnissen) zufolge wird eine maximale postoperative Abweichung von +/- 1 Dioptrie in 76 bis 82% der Fälle und +/- 0,5 Dioptrie bei 48 bis 62% der Fälle erreicht. Zum Teil werden deutliche Unterschiede zwischen Leistungserbringern deutlich (BQS 2003, 2004, Lum 2000, Lundstrom 2001b, Gale 2009, Reiche 2006). Die präzise Bestimmung der Zielrefraktion umfasst insbesondere die Messung der Achsenlänge, die Brechkraft der Hornhaut und die Berechnung der adäquaten IOL (COS 2008)
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem Indikatorenset der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS). Es wurden Anpassungen des Indikators durch das Expertengremium vorgenommen. ▪ Der Indikator macht eine Mehrpunktmessung erforderlich ▪ Für den Indikator ist eine Risikoadjustierung mit folgenden Parametern vorgesehen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Messmethode zur Bestimmung der Zielrefraktion ▪ Vorliegen einer ophthalmologischen Vorerkrankung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>Gale 2009 [12]; BQS 2008 [1]; COS 2008 [5]; RCO 2007 [11]; Reiche 2006 [4]; AAO 2006 [10]; BQS 2004 [9]; Lundstrom 2001b [8]; Lum 2000 [7]</p> <p><u>Kernempfehlung (COS 2008):</u> Either optical coherence or immersion ultrasonographic biometry should be considered to provide the greatest accuracy and consistency in determination of axial length (Level 1B)</p> <p>Rec.32: In order to provide the highest level of postoperative target refraction accuracy and consistency, latest-generation theoretical IOL formulas, including Holladay, SRK/T, and Hoffer Q should be used (Level 1B)</p>

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Mehrpunktmessung: Berechnung erfolgt nur dann, wenn die Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Katarakt-Operation gemessen wurde und die Bulbuslänge präoperativ zwischen 20 und 27mm liegt.

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Bulbuslänge	Angabe der Bulbuslänge in mm (Erhebung über Datenquelle 3).
	Präoperativ berechnete Zielrefraktion (sphärisch)	Angabe mit Vorzeichen (Erhebung über Datenquelle 3)
	Refraktionsmessung erfolgt	Erhebung notwendig, da mehrere Follow-up-Dokumentationen (auch in unterschiedlichen Einrichtungen) möglich sind. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Datum der postoperativen Refraktionsmessung	Erhebung über Datenquelle 3
	Postoperative Refraktion – sphärisch	Gemessene Refraktion innerhalb 4 bis 6 Wochen postoperativ; Angabe mit Vorzeichen (Erhebung über Datenquelle 3)
	Postoperative Refraktion – zylindrisch	Gemessene Refraktion innerhalb 4 bis 6 Wochen postoperativ; Angabe als negativer Wert (Erhebung über Datenquelle 3)
	Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Vorliegen einer ophthalmologischen Vorerkrankung	Liegt eine ophthalmologische Vorerkrankung vor? (Inbegriffen sind alle ophthalmologischen Vorerkrankungen, die im gleichnamigen Feld [„Ophthalmologische Vorerkrankungen“] aufgeführt sind.) Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja
	(verwendete) Messmethode zur Bestimmung der Zielrefraktion	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 1= Ultraschallmessung 2= Laserinterferometrie

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Bulbuslänge	Angabe der Bulbuslänge in mm (Erhebung über Datenquelle 3).
	Präoperativ berechnete Zielrefraktion (sphärisch)	Angabe mit Vorzeichen (Erhebung über Datenquelle 3)
	Refraktionsmessung erfolgt	Erhebung notwendig, da mehrere Follow-up-Dokumentationen (auch in unterschiedlichen Einrichtungen) möglich sind. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Datum der postoperativen Refraktionsmessung	Erhebung über Datenquelle 3
	Postoperative Refraktion – sphärisch	Gemessene Refraktion innerhalb 4 bis 6 Wochen postoperativ; Angabe mit Vorzeichen (Erhebung über Datenquelle 3)
	Postoperative Refraktion – zylindrisch	Gemessene Refraktion innerhalb 4 bis 6 Wochen postoperativ; Angabe als negativer Wert (Erhebung über Datenquelle 3)
	Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Vorliegen einer ophthalmologischen Vorerkrankung	Liegt eine ophthalmologische Vorerkrankung vor? (Inbegriffen sind alle ophthalmologischen Vorerkrankungen, die im gleichnamigen Feld [„Ophthalmologische Vorerkrankungen“] aufgeführt sind.) Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja
	(verwendete) Messmethode zur Bestimmung der Zielrefrakton	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 1= Ultraschallmessung 2= Laserinterferometrie

Indikator Nr. E52:	Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation
Beschreibung	Anteil der Patienten, die innerhalb von 3 Monaten nach einer Indexleistung mit der Diagnose „Endophthalmitis“ stationär behandelt werden.
Zähler	Anzahl der Patienten, die innerhalb von 3 Monaten nach einer Indexleistung mit der Diagnose „Endophthalmitis“ stationär behandelt wurden.
Nenner	Gesamtzahl der Patienten, die sich innerhalb des Beobachtungszeitraums einer Kataraktoperation unterzogen haben.
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil von Patienten mit postprozeduraler Endophthalmitis. Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Endophthalmitis gilt als ernste Komplikation in Verbindung mit der Kataraktoperation, die den völligen Verlust der Sehfähigkeit oder des ganzen Auges nach sich ziehen kann. Im Jahr 2008 wurden insgesamt 1.740 Patienten aufgrund einer Endophthalmitis (H44.0 und H44.1) stationär behandelt. Mit Bezug zur Kataraktoperation wird in internationalen Leitlinien eine Inzidenz von 0,06% bis 0,17% (AAO 2006) bzw. 0,05% bis 0,33% (COS 2008) beschrieben. Für Deutschland wurde Ende der 90er-Jahre noch eine Rate von 0,15% gemeldet (Schmitz, 1999). Nach weiterem Fortschritt der Operationsmethoden sank die Inzidenz in Skandinavien Mitte des neuen Jahrtausends auf 0,05%[11].
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem Indikatoren-Set des Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). ▪ Daten des Indexaufenthaltes (Kataraktoperation) und Zweitdiagnosestellung „Endophthalmitis“ werden über Mehrpunktmessung zusammengeführt. ▪ Für diesen Indikator ist eine Risikoadjustierung vorgesehen. Folgende Parameter werden dabei berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorliegen OP-relevanter Komorbiditäten ▪ Vorliegen OP-relevanter ophthalmologischer Vorerkrankungen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	ACHS 2009 [6]; COS 2008 [5]; Lundstrom 2007 [14]; AAO 2006 [10]; Schmitz 1999 [13] <u>Kernempfehlung (COS 2008):</u> In order to reduce the risk of endophthalmitis, all patients should have proper draping (Level 3), preoperative management of lid margin disease (Level 3), and use 5% of povidoneiodine (Level 2).

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Mehrpunktmessung, Zeit zwischen Indexleistung und stationärer Behandlung ≤ 3 Monate

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert, voraussichtlich Sentinel Event

Risikoadjustierung: vorgesehen (OP-relevante Komorbiditäten und OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Kataraktoperation (cataracta senilis) innerhalb der letzten 3 Monate	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Endophthalmitis	ICD Kode H44.0 oder H44.1 (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Postoperative Komplikation(en)	Vorliegen einer oder mehrerer postoperativer Komplikationen. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der postoperativen Komplikation(en)	Erhebung über Datenquelle 3 mit der relevanten Ausprägung: 2 = Endophthalmitis Möglichkeit einer Datenvalidierung mit Hilfe des Feldes „Aufnahmediagnose(n)“ aus der Basisdokumentation (ICD-Kode der Endophthalmitis aus Datenquelle 1)
	Aufnahmedatum	Erhebung aus Datenquelle 1
	Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Datum der Prozedur	Erhebung aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	OP-relevante Komorbidität(en)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der OP-relevanten Komorbidität(en)	Erhebung über Datenquelle 3 mit der relevanten Ausprägung: 2 = Diabetes mellitus
	Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges	Liegt eine ophthalmologische Vorerkrankung vor? (Inbegriffen sind alle ophthalmologischen Vorerkrankungen, die im Feld [„Art der ophthalmologische Vorerkrankung“] aufgeführt sind.) Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja

Indikator Nr. E56: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation	
Beschreibung	Anteil der Patienten, bei denen innerhalb von 6 Wochen nach Durchführung einer Kataraktoperation Komplikationen auftreten.
Zähler	Anzahl der Patienten mit einer der unten genannten Komplikationen im Zusammenhang mit der durchgeführten Kataraktoperation, die innerhalb von 6 Wochen postoperativ auftraten
Nenner	Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil an Patienten mit den unten genannten Komplikationen. Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Im Allgemeinen stellt die Kataraktoperation einen sicheren und erfolgversprechenden Eingriff dar. Nur in relativ seltenen Fällen kommt es zu Komplikationen, die dauerhaft die Sehfähigkeit des Patienten beeinträchtigen (COS 2008). Der Indikator leistet einen Beitrag zur Abschätzung des Komplikationsspektrums.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem Eye Care Physician Performance Measurement Set des Physician Consortium for Performance Improvement der American Academy of Ophthalmology (2007) ▪ Indikator wird unterstützt durch Kohnen (2009) ▪ Folgende postoperative Komplikationen werden erfasst: <ul style="list-style-type: none"> - Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper/verbliebene Kernfragmente - Endophthalmitis - dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) - refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL - Netzhautablösung - Läsion der Iris - Hornhautdekomensation/ -ödem - visuell bedeutsames zystoides Makulaödem - zu versorgende Wunddehiszenz - verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer ▪ Für den Indikator ist unter Berücksichtigung folgender Faktoren eine Risikoadjustierung vorgesehen: <ul style="list-style-type: none"> - OP-relevante Komorbiditäten, OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges, okuläre Voroperationen und präoperative Befunde (Pupillendurchmesser und Bulbuslänge)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	Kohnen 2009 [15]; COS 2008 [5]; American Academy of Ophthalmology 2007 [16]; American Academy of Ophthalmology 1996 [17]

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Mehrpunktmessung: Berechnung erfolgt nur dann, wenn Kataraktoperation innerhalb der letzten 6 Wochen = ja (s. Auslösekriterien).

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: OP-relevante Komorbiditäten, OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges, okuläre Voroperationen und präoperative Befunde (Pupillendurchmesser und Bulbuslänge) (s. Datenfelder zur Risikoadjustierung; Erhebung präoperativ).

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten, ggf. Patientenpass, Versicherungskarte, eGK

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Kataraktoperation innerhalb der letzten 6 Wochen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Postoperative Komplikation(en)	Vorliegen einer oder mehrerer postoperativer Komplikationen. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der postoperativen Komplikation(en)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper/verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer
	Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	OP-relevante Komorbidität(en)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der OP-relevanten Komorbidität(en)	Relevante Grunderkrankungen. Erhebung über Datenquelle 3 mit der relevanten Ausprägung: 2 = Diabetes mellitus
	Pupillendurchmesser in Mydriasis	Angabe des Pupillendurchmessers in Mydriasis in mm (Erhebung aus Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Pupillendurchmesser in Mydriasis $<$ 5 mm
Bulbuslänge	Angabe der Bulbuslänge in mm (Erhebung über Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Bulbuslänge $<$ 20 mm und $>$ 27 mm.	

Fortsetzung Datenfelder für die Risikoadjustierung		
STATIONÄR	Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges	Vorliegen einer oder mehrerer ophthalmologischer Vorerkrankungen des operierten Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der ophthalmologischen Vorerkrankung	OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis/hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustraua 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura
	Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge inkl. Lasik	Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Kataraktoperation innerhalb der letzten 6 Wochen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Postoperative Komplikation(en)	Vorliegen einer oder mehrerer postoperativer Komplikationen. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der postoperativen Komplikation(en)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper/verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer
Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.* aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
OP-relevante Komorbidität(en)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en)	Relevante Grunderkrankungen. Erhebung über Datenquelle 3 mit der relevanten Ausprägung: 2 = Diabetes mellitus
Pupillendurchmesser in Mydriasis	Angabe des Pupillendurchmessers in Mydriasis in mm (Erhebung aus Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Pupillendurchmesser in Mydriasis $<$ 5 mm
Bulbuslänge	Angabe der Bulbuslänge in mm (Erhebung über Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Bulbuslänge $<$ 20 mm und $>$ 27 mm.
Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges	Vorliegen einer oder mehrerer ophthalmologischer Vorerkrankungen des operierten Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der ophthalmologischen Vorerkrankung	OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis/hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustraua 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura
Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge inkl. Lasik	Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja

Indikator Nr. S88: Anästhesie-assoziierte Komplikationen	
Beschreibung	Anteil der Patienten, bei denen eine Anästhesie- assoziierte Komplikation aufgetreten ist.
Zähler	Anzahl der Patienten mit Anästhesie- assoziierte Komplikationen
Nenner	Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 50 Jahre ▪ ▪ Immunsupprimierte Patienten (z.B. bei Drogenabusus, HIV)
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil von Patienten mit Anästhesie- assoszierten Komplikationen
Begründung	Kenntnisse über Anästhesie-induzierte Komplikationen sind wichtig für die Bewertung der Patientensicherheit.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt den Patient Safety Indicators der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): PSI 1 und dem Catalogue of Patient Safety Indicators SimPatiE: PSI 15 ▪ Für diesen Indikator ist eine Risikoadjustierung unter Berücksichtigung folgender Faktoren vorgesehen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ OP-relevante Komorbiditäten ▪ Art der Anästhesie (Vollnarkose, Injektionsanästhesie & Tropfanästhesie)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	AHRQ 2007 [18]; Kristensen 2007 [20]; Iezzoni 1994 [19]

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn kein Ausschlusskriterium (Immunsuppression=nein, Drogenabhängigkeit = nein) vorliegt

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: nach OP-relevanten Komorbiditäten, Art der Anästhesie

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Anästhesie-assoziierte Komplikation	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
OP-relevante Komorbidität(en)	Vorliegen einer oder mehrerer OP-relevanter Komorbiditäten. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en)	Ausschluss der Patienten mit Immunsuppression und/oder Drogenabhängigkeit. Erhebung über Datenquelle 3 mit den relevanten Ausprägungen: 1 = Immunsuppression 7 = Drogenabhängigkeit
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Art der Anästhesie	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 1 = Vollnarkose 2 = Injektionsanästhesie 3 = Tropfanästhesie
OP-relevante Komorbidität(en)	Vorliegen einer oder mehrerer OP-relevanter Komorbiditäten. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en)	Relevante Grunderkrankungen. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 2 = Diabetes mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz 6 = Gerinnungsstörung

STATIONÄR

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Anästhesie-assoziierte Komplikation	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
	OP-relevante Komorbidität(en)	Vorliegen einer oder mehrerer OP-relevanter Komorbiditäten. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der OP-relevanten Komorbidität(en)	Ausschluss der Patienten mit Immunsuppression und/oder Drogenabhängigkeit. Erhebung über Datenquelle 3 mit den relevanten Ausprägungen: 1 = Immunsuppression 7 = Drogenabhängigkeit
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Anästhesie	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 1 = Vollnarkose 2 = Injektionsanästhesie 3 = Tropfanästhesie
	OP-relevante Komorbidität(en)	Vorliegen einer oder mehrerer OP-relevanter Komorbiditäten. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en)	Relevante Grunderkrankungen. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 2 = Diabetes mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz 6 = Gerinnungsstörung	

Indikator Nr. S95: Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge	
Beschreibung	Anteil der Operationen am falschen Patienten oder am falschen Auge.
Zähler	Anzahl an Operationen am falschen Patienten oder am falschen Auge
Nenner	Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil an Operationen am falschen Patienten oder am falschen Auge Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Operationen am falschen Auge oder am falschen Patienten können schwerwiegende Folgen haben. Die Untersuchung des Auftretens von falsch lokalisierten Operationen ist ein bedeutsamer Indikator zur Patientensicherheit.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieser Indikator entstammt den Patient Safety Indicators der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): PSI 2 und dem „Catalogue of Patient Safety Indicators SimPatiE: PSI 2“ ▪ Der Indikator wird in seiner praktischen Umsetzung (Dokumentation durch die betreffende Einrichtung) in seiner Aussagefähigkeit teilweise angezweifelt. Daher ist zum Abgleich und als Hinweis auf mögliche Unstimmigkeiten zusätzlich eine Abfrage im Patientenfragebogen vorgesehen.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit/Patientenorientierung (Erfassung zusätzlich über die Patientenbefragung)
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	AHRQ 2007 [18]; Kristensen 2007 [20]

Instrumente/Datenquellen		
Spezifizierung für Berechnung: Sentinel Event		
Auffälligkeit: jedes Ereignis wird als Auffälligkeit gezählt, Sentinel Event		
Risikoadjustierung: keine Risikoadjustierung vorgesehen		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
4. Patientenbefragung (Fragebogen)		
STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	OP am falschen Patienten	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	OP am falschen Auge	Erhebung über Datenquelle 3 (zusätzliche Abfrage im Patientenfragebogen) 0 = nein 1 = ja Plausibilitätskontrolle über Abfrage im Patientenfragebogen
	Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

Instrumente/Datenquellen		
Spezifizierung für Berechnung: Sentinel Event		
Auffälligkeit: jedes Ereignis wird als Auffälligkeit gezählt, Sentinel Event		
Risikoadjustierung: keine Risikoadjustierung vorgesehen		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
4. Patientenbefragung (Fragebogen)		
AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	OP am falschen Patienten	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	OP am falschen Auge	Erhebung über Datenquelle 3 (zusätzliche Abfrage im Patientenfragebogen) 0 = nein 1 = ja Plausibilitätskontrolle über Abfrage im Patientenfragebogen
	Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

Indikatoren zur Patientenperspektive

Die Felder zur Darstellung des Instruments/der Datenquelle sind bis auf die konkrete Frage zur Abbildung des Indikators für alle Indikatoren zur Patientenperspektive gleich.

Indikator Nr. P85: Aufklärung über die Risiken der Behandlung aus Patientensicht	
Beschreibung	Anteil der Patienten, die angeben, dass sie verständlich über die Risiken der Behandlung informiert werden.
Zähler	Anzahl der Patienten, die angeben, dass sie verständlich über die Risiken der Behandlung informiert wurden.
Nenner	Anzahl der Patienten, die an der Befragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben.
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre, Demenz, Patient verstorben, Patient versteht die Sprache des Fragebogens nicht (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die angeben, dass sie über die Behandlungsrisiken verständlich informiert wurden.
Begründung	Eine Aufklärung des Patienten über die Risiken der Behandlung ist bedeutsam für die Entscheidungsfindung und die Wahrung der Patienteninteressen und -autonomie. Auch mit Bezug auf das Erreichen eines optimalen Behandlungsergebnisses kommt der umfassenden Aufklärung eine hohe Bedeutung zu (COS 2008)
Anmerkungen	Der Indikator wurde in Anlehnung an den QUOTE Cataract Questionnaire (Nijkamp 2002a) und unter Bezug zum Indikatoren-Set des National Health Service abgeleitet und wird durch Studien gestützt.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>NHS 2009a [23]; NHS 2009b [24]; Lockey 2009 [25]; COS 2008 [5]; Nijkamp 2002a [21]; Nijkamp 2002b [22]</p> <p>Kernempfehlung (COS 2008): <i>As surgical cases of increased difficulty can sometimes be predicted preoperatively and are also associated with an increased risk of complications (Level 3), surgeons must realistically evaluate the anticipated difficulty of high-risk risk cases and refer it the anticipated difficulty exceeds their personal level of competence (consent).</i></p>

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Familienstand/Wohnsituation, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) ▪ Pseudonym der Einrichtung
Basisdaten für das Verfahren Katarakt im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestätigung, dass die Kataraktoperation im gg. Zeitraum stattgefunden hat. ▪ Angabe, an welchem Auge die Operation stattgefunden hat (R/L) ▪ Abfrage, ob eine ophthalmologische Vorerkrankung vorliegt
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:	Wurden Sie verständlich über die Risiken der Kataraktoperation informiert?
	<p>Die Alternativen A und B stellen, zur Veranschaulichung, zwei mögliche Antwortskalen dar. Das Panel bewertet nur den Indikator und nicht die Antwortskala.</p> <p>A) <input type="checkbox"/> Ja, voll und ganz <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>B) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Teils / teils <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 6–8 Wochen nach der Index-Leistung in der Einrichtung
Stichprobe:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zweistufige Klumpenstichprobe: ▪ 1. Bundesweite Zufallsstichprobe von 64 Einrichtungen (ambulante und stationäre Versorgung) ▪ 2. Befragung einer definierten Anzahl von Patienten (z.B. N=58) in den Einrichtungen <p>Ggf. erfolgt nach Vorliegen von Erfahrungen aus Machbarkeitsstudie und Probetrieb eine Anpassung der Vorgaben zur Stichprobenziehung</p>
Versendung der Fragebögen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenversendung durch die Einrichtungen (6 bis 8 Wochen postoperativ) an alle entlassenen Patienten zum Verfahren Kataraktoperation; konsekutiv, bis eine Anzahl von 58 Patienten erreicht ist. ▪ Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ durch das AQUA-Institut ▪ Auswertung auf Bundesebene ▪ Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

Indikator Nr. P96: Gemeinsame Entscheidungsfindung aus Patientensicht	
Beschreibung	Anteil der Patienten, die berichten, dass sie ausreichend über Vor- und Nachteile der Kataraktoperation sowie über mögliche Alternativen informiert und, sofern von ihnen gewünscht, in die Entscheidung für oder gegen den Eingriff einbezogen werden.
Zähler	Anzahl der Patienten, die berichten, dass sie ausreichend über Vor- und Nachteile der Kataraktoperation sowie über mögliche Alternativen informiert und, sofern von ihnen gewünscht, in die Entscheidung für oder gegen den Eingriff einbezogen wurden
Nenner	Anzahl der Patienten, die an der Befragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben,
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre, Demenz, Patient verstorben, Patient versteht die Sprache des Fragebogens nicht (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die berichten, dass sie ausreichend informiert und wunschgemäß in die Entscheidungsfindung bezüglich der Durchführung der Kataraktoperation einbezogen wurden.
Begründung	Eine Einbeziehung des Patienten in die Entscheidungsfindung bzgl. eines Eingriffs ist notwendig. Die Sicherstellung der Patienteninteressen und -autonomie ist, unter Berücksichtigung der individuellen Werte und Prioritäten des Patienten, zu gewährleisten. Auch mit Bezug auf das Erreichen eines optimalen Behandlungsergebnisses kommt einem umfassenden Austausch und gelingender Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine hohe Bedeutung zu (COS 2008).
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde in Anlehnung an die Indikatoren PE 15 und PE 16 des National Health Service sowie Indikator 16 des SAPHORA Questionnaire (Satisfaction V3) entwickelt und wird durch Studienergebnisse gestützt.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>NHS 2009a [23]; NHS 2009b [24]; COS 2008 [5]; SAPHORA 2006 [26]; Ross 2003 [27]; Churchill 2003 [28]; Ramchandani 2002 [29]; Fotaki 1999 [30]; Davies 1992 [31]; Lowe 1992 [32]</p> <p><u>Kernempfehlung (COS 2008):</u> The ophthalmic work-up of a patient being considered for cataract surgery should answer the following questions:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Is the cataract primarily responsible for the vision loss? b) Are there any comorbid conditions that may be exacerbated by the surgery? c) Are there any comorbid conditions that may complicate the execution of the surgery or minimize the visual improvement? <p>Answering these questions allows the stratification of surgical risk that should be presented to the patient as part of the consent process (Level 3).</p>

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Familienstand/Wohnsituation, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) ▪ Pseudonym der Einrichtung
Basisdaten für das Verfahren Katarakt im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestätigung, dass die Kataraktoperation im gg. Zeitraum stattgefunden hat. Angabe, an welchem Auge die Operation stattgefunden hat (R/L) ▪ Abfrage, ob eine ophthalmologische Vorerkrankung vorliegt
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:	<p>Wurden Sie ausreichend über Vor- und Nachteile der Kataraktoperation sowie über mögliche Alternativen informiert und, sofern von Ihnen gewünscht, in die Entscheidung einbezogen, ob diese Behandlung /dieser Eingriff überhaupt durchgeführt werden soll?</p> <p>Die Alternativen A und B stellen, zur Veranschaulichung, zwei mögliche Antwortskalen dar. Das Panel bewertet nur den Indikator und nicht die Antwortskala.</p> <p>A) <input type="checkbox"/> Ja, voll und ganz <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich wollte nicht in die Entscheidung einbezogen werden</p> <p>B) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 6-8 Wochen nach der Indexleistung in der Einrichtung
Stichprobe:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zweistufige Klumpenstichprobe: ▪ 1. Bundesweite Zufallsstichprobe von 64 Einrichtungen (ambulante und stationäre Versorgung) ▪ 2. Befragung einer definierten Anzahl von Patienten (z.B. N=58) in den Einrichtungen <p>Ggf. erfolgt nach Vorliegen von Erfahrungen aus Machbarkeitsstudie und Probebetrieb eine Anpassung der Vorgaben zur Stichprobenziehung</p>
Versendung der Fragebögen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenversendung durch die Einrichtungen (6 bis 8 Wochen postoperativ) an alle entlassenen Patienten zum Verfahren Kataraktoperation; konsekutiv, bis eine Anzahl von 58 Patienten erreicht ist. ▪ Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch das AQUA-Institut ▪ Auswertung auf Bundesebene ▪ Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

Indikator Nr. P97: Ergebnis der Kataraktoperation aus Patientensicht	
Beschreibung	Anteil der Patienten, die berichten, mit dem Ergebnis der Kataraktoperation zufrieden zu sein.
Zähler	Anzahl der Patienten, die berichten, mit dem Ergebnis der Kataraktoperation zufrieden zu sein.
Nenner	Anzahl der Patienten, die an der Befragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben.
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre, Demenz, Patient verstorben, Patient versteht die Sprache des Fragebogens nicht (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die mit dem Ergebnis der Kataraktoperation zufrieden sind.
Begründung	Die Zufriedenheit des Patienten mit dem Ergebnis der Kataraktoperation ist ein wesentliches Ziel der Kataraktoperation. Dieser Indikator ist somit ein wichtiges Gütekriterium der Ergebnisqualität. Die Zufriedenheit der Patienten mit dem Ergebnis der Kataraktoperation ist international relativ hoch ausgeprägt (Zufrieden oder sehr zufrieden sind ca. 95%) (Haynes 2001, Lum 2000). Wenige Patienten (6%) drücken ihre Unzufriedenheit aus (Conner-Spady, 2004). Für Deutschland wurde Mitte der 90er-Jahre eine Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis in 88% der Fälle berichtet (Wenzel 1996).
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator abgeleitet in Anlehnung an das Item: Erfolg der medizinischen Behandlung im Krankenhaus (aus Patientensicht) des „Patienten Monitor“; Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit im stationären Bereich (Bleich 2008) ▪ Der Indikator wird durch Studienergebnisse unterstützt von Lowe 1992, Foster 2001 Lundstrom 2002, Chang 2003, Smith 2001, Javitt 2003, Wenzel 1996 ▪ Das Ergebnis nach Kataraktoperation sowie auch die Zufriedenheit des Patienten können in Abhängigkeit vom Risikoprofil des Patienten variieren. Daher ist für den Indikatoreine Stratifizierung nach Vorhandensein einer ophthalmologischen Vorerkrankung vorgesehen. ▪ Zufriedenheit stellt ein komplexes Konstrukt dar (Jacob 2000). Die Aussagefähigkeit bei Reduzierung dieser Komplexität auf ein Item bzw. Erhebungszeitpunkt wird in der Literatur (Morris 2007) hinterfragt und auch im Expertenpanel thematisiert. Ein Zusammenhang der Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Operation und eine Veränderung in der Sehschärfe bzw. visuellen Funktionsfähigkeit wird empirisch berichtet (Conner-Spady 2004) aber auch kritisch diskutiert (Pager 2004, Wenzel 1996). Die Objektivierung des subjektiven Aspekts Zufriedenheit und weiterer patientenrelevanter Komplexe (Funktionsgewinn, Lebensqualität) können momentan für Kataraktpatienten nur mit erheblichem Aufwand präzise bestimmt werden (Pesudovs 2010). Trotz der Problematik wurde der Indikator vom Panel als relevant bewertet und stellt mit seinem Ziel einen insbesondere für den Patienten bedeutsamen Endpunkt dar (AAO 2006, RCO 2007).
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	Pesudovs 2010 [41]; Bleich 2008 [33]; Morris 2007 [42]; RCO 2007 [11]; AAO 2006 [10]; Pager 2004 [40]; Chang 2003 [36]; Javitt 2003 [38]; Nijkamp 2002a [21]; Nijkamp 2002b [22]; Lundstrom 2002 [35]; Foster 2001 [34]; Smith 2001 [37]; Wenzel 1996 [39]; Lowe 1992 [32]

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der ggf. zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) ▪ Pseudonym der Einrichtung
Basisdaten für das Verfahren Katarakt im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestätigung, dass die Kataraktoperation im gg. Zeitraum stattgefunden hat. Angabe, an welchem Auge die Operation stattgefunden hat (R/L) ▪ Abfrage, ob eine ophthalmologische Vorerkrankung vorliegt
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:	<p>Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Kataraktoperation?</p> <p>Die Antwort-Skala stellt lediglich eine Möglichkeit dar. Das Panel bewertet nur den Indikator und nicht die Antwort-Skala</p> <p> <input type="checkbox"/> Sehr zufrieden <input type="checkbox"/> Eher zufrieden <input type="checkbox"/> Teils / teils <input type="checkbox"/> Eher nicht zufrieden <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht zufrieden <input type="checkbox"/> Weiß nicht </p>
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 6-8 Wochen nach der Index-Leistung in der Einrichtung
Stichprobe:*	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zweistufige Klumpenstichprobe: ▪ 1. Bundesweite Zufallsstichprobe von 64 Einrichtungen (ambulante und stationäre Versorgung) ▪ 2. Befragung einer definierten Anzahl von Patienten (z.B. N=58) in den Einrichtungen <p>Ggf. erfolgt nach Vorliegen von Erfahrungen aus Machbarkeitsstudie und Probetrieb eine Anpassung der Vorgaben zur Stichprobenziehung</p>
Versendung der Fragebögen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenversendung durch die Einrichtungen (6 bis 8 Wochen postoperativ) an alle entlassenen Patienten zum Verfahren Kataraktoperation; konsekutiv, bis eine Anzahl von 58 Patienten erreicht ist. ▪ Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch das AQUA-Institut ▪ Auswertung auf Bundesebene ▪ Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

- [1] BQS. Qualitätsindikatoren für interne und externe Qualitätssicherung: Kataraktoperation. 2008.
- [2] AAD. Fahreignungsbegutachtung für den Straßenverkehr 2008. Empfehlung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) und des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (BVA): Anleitung für die augenärztliche Untersuchung und Beurteilung der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen. München: Augenärztliche Akademie Deutschland 2008.
- [3] Quintana JM, Escobar A, Arostegui I. Development of appropriateness explicit criteria for cataract extraction by phacoemulsification. BMC Health Serv Res. 2006; 6:23.
- [4] Reiche R, Klaes L, Thelen M. Modellvorhaben über eine abgestufte, flächendeckende Versorgung mit Kataraktoperationen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Bonn: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 2006.
- [5] COS. Canadian Ophthalmological Society evidence-based clinical practice guidelines for cataract surgery in the adult eye. Can J Ophthalmol. 2008; 43 Suppl 1:S7-57.
- [6] ACHS. ACHS clinical indicator users' manual 2009. ULTIMO NSW 2009.
- [7] Lum F, Schein O, Schachat AP, Abbott RL, Hoskins HD, Jr., Steinberg EP. Initial two years of experience with the AAO National Eyecare Outcomes Network (NEON) cataract surgery database. Ophthalmology. 2000; 107(4):691-697.
- [8] Lundstrom M, Barry P, Leite E, Seward H, Stenevi U. 1998 European Cataract Outcome Study: report from the European Cataract Outcome Study Group. J Cataract Refract Surg. 2001; 27(8):1176-1184.
- [9] BQS. BQS Qualitätsreport 2003. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2004.
- [10] AAO. Cataract in the Adult Eye; Preferred Practise Patterns. San Francisco: American Academy of Ophthalmology 2006.
- [11] RCO. Cataract surgery guidelines 2004. Editorial amendment made to Section 1.1 on 3rd April 2007. London: The Royal College of Ophthalmologists 2004.
- [12] Gale RP, Saldana M, Johnston RL, Zuberbuhler B, McKibbin M. Benchmark standards for refractive outcomes after NHS cataract surgery. Eye (Lond). 2009; 23(1):149-152.
- [13] Schmitz S, Dick HB, Krummenauer F, Pfeiffer N. Endophthalmitis in cataract surgery: results of a German survey. Ophthalmology. 1999; 106(10):1869-1877.
- [14] Lundstrom M, Wejde G, Stenevi U, Thorburn W, Montan P. Endophthalmitis after cataract surgery: a nationwide prospective study evaluating incidence in relation to incision type and location. Ophthalmology. 2007; 114(5):866-870.
- [15] Kohnen T, Klaproth OK, Buhren J. Effect of Intraocular Lens Asphericity on Quality of Vision after Cataract Removal. An Intraindividual Comparison. Ophthalmology. 2009; 116(9):1697-1706.
- [16] American Academy of Ophthalmology, Physician Consortium for Performance Improvement, National Committee for Quality Assurance. Eye Care 2: physician performance measurement Set. Chicago (IL): American Medical Association, National Committee for Quality Assurance 2007.
- [17] American Academy of Ophthalmology. Preferred Practice Pattern: Cataract in the Otherwise Healthy Adult Eye. San Francisco: American Academy of Ophthalmology 1996.
- [18] AHRQ. AHRQ Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators. Rockville: Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality 12.3.2007.
- [19] Iezzoni LI, Daley J, Heeren T, Foley SM, Fisher ES, Duncan C, Hughes JS, Coffman GA. Identifying complications of care using administrative data. Med Care. 1994; 32(7):700-715.
- [20] Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Catalogue of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. Aarhus: European Society for Quality in Health Care (ESQH) 2007.

- [21] Nijkamp MD, Sixma HJ, Afman H, Hiddema F, Koopmans SA, van den BB, Hendrikse F, Nuijts RM. Quality of care from the perspective of the cataract patient. QUOTE cataract questionnaire. *J Cataract Refract Surg.* 2002; 28(11):1924-1931.
- [22] Nijkamp MD, Sixma HJ, Afman H, Hiddema F, Koopmans SA, van den BB, Hendrikse F, Nuijts RM. Quality of care from the perspective of the cataract patient: the reliability and validity of the QUOTE-cataract. *Br J Ophthalmol.* 2002; 86(8):840-842.
- [23] NHS. Indicators for Quality Improvement: Full indicator list. The Health and Social Care Information Centre (UK) 2009.
- [24] NHS. Inpatient Questionnaire. NHS Care Quality Commission; Picker Institute Europe 2009.
- [25] Lockey J. The provision of information for patients prior to cataract surgery. *Br J Nurs.* 2009; 18(19):1207-1211.
- [26] Saphora. Satisfaction du patient hospitalisé, Questionnaire © SAPHORA Modifié. Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale); CCECOA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) et l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) 2006.
- [27] Ross MA, Avery AJ, Foss AJ. Views of older people on cataract surgery options: an assessment of preferences by conjoint analysis. *Qual Saf Health Care.* 2003; 12(1):13-17.
- [28] Churchill AJ, Gibbon C, Anand S, McKibbin M. Public opinion on weekend and evening outpatient clinics. *Br J Ophthalmol.* 2003; 87(3):257-258.
- [29] Ramchandani M, Mirza S, Sharma A, Kirkby G. Pooled cataract waiting lists: views of hospital consultants, general practitioners and patients. *J R Soc Med.* 2002; 95(12):598-600.
- [30] Fotaki M. The impact of market oriented reforms on choice and information: a case study of cataract surgery in outer London and Stockholm. *Soc Sci Med.* 1999; 48(10):1415-1432.
- [31] Davies B, Tyers AG. Do patients like day case cataract surgery? *Br J Ophthalmol.* 1992; 76(5):262-263.
- [32] Lowe K, Gregory D, Jeffery R, Easty D. Cataract extraction: patient characteristics and preferences. *Health Trends.* 1992; 24(4):151-153.
- [33] Bleich C, Nickel S, Trojan A. Der "Patienten-Monitor" als Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit im stationären Bereich: Überprüfung seiner psychometrischen Eignung. *Z Med Psychol.* 2008; 17(2-3):81-96.
- [34] Foster A. Cataract and "Vision 2020 - the right to sight" initiative. *Br J Ophthalmol.* 2001; 85(6):635-637.
- [35] Lundstrom M, Brege KG, Floren I, Lundh B, Stenevi U, Thorburn W. Cataract surgery and quality of life in patients with age related macular degeneration. *Br J Ophthalmol.* 2002; 86(12):1330-1335.
- [36] Chang DF. Simultaneous bilateral cataract surgery. *Br J Ophthalmol.* 2003; 87(3):253-254.
- [37] Smith GT, Liu CS. Is it time for a new attitude to "simultaneous" bilateral cataract surgery? *Br J Ophthalmol.* 2001; 85(12):1489-1496.
- [38] Javitt JC, Jacobson G, Schiffman RM. Validity and reliability of the Cataract TyPE Spec: an instrument for measuring outcomes of cataract extraction. *Am J Ophthalmol.* 2003; 136(2):285-290.
- [39] Wenzel M, Altgassen G. Über die Zufriedenheit von Katarakt-Patienten. *Klin Monbl Augenheilkd.* 1996; 209(4):215-219.
- [40] Pager CK. Assessment of visual satisfaction and function after cataract surgery. *J Cataract Refract Surg.* 2004; 30(12):2510-2516.
- [41] Pesudovs K. Item Banking: A Generational Change in Patient-Reported Outcome Measurement. *Optom Vis Sci.* 2010.
- [42] Morris D, Fraser SG, Gray C. Cataract surgery and quality of life implications. *Clin Interv Aging.* 2007; 2(1):105-108.

**Anhang_A_2 Indikatordatenblätter
Stand Ergebnis Machbarkeitsprüfung**

Indikatorenblätter

Die unter den Indikatoren aufgeführten Auslösekriterien werden im Ergebnisprotokoll, Kapitel 4.2, genauer erläutert. Zudem ist zu beachten, dass sich diese Kriterien nicht auf die Auslösung einzelner Indikatoren beziehen, sondern auf die Auslösung von Dokumentationsbögen.

Indikator Nr. E07: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc \geq 0,6	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patienten bei denen eine Kataraktoperation durchgeführt worden ist und die einen Visus cc \geq 0,6 hatten.
Zähler	Anzahl der Augen mit einem Visus cc \geq 0,6, bei denen eine kataraktoperation durchgeführt wurde
Nenner	Gesamtzahl der Augen, bei denen eine Kataraktoperation durchgeführt wurde
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Strenge Indikationsstellung bei einem Visus cc \geq 0,6 Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	<p>Im Rahmen der Entwicklung des Indikators wurde festgelegt, dass bei einem Visus cc von unter 0,6 und einer entsprechenden Linsentrübung eine Indikation zur Kataraktoperation besteht.</p> <p>Bei einem Visus cc von \geq 0,6 müssen weitere Bedingungen gegeben sein, um den Eingriff zu rechtfertigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhöhte Blendung - Eingeschränktes Nah-Sehen und eingeschränkte Lesefähigkeit - Eingeschränkte Kraftfahrtauglichkeit - Kataraktbedingte Anisometropie (unterschiedliche Brechungsverhältnisse von rechtem und linkem Auge) - Eingeschränkte Berufstauglichkeit - Linsenbedingter Druckanstieg <p>Ein kataraktbedingte Einschränkung des Visus und damit einhergehender Funktionsverlust gilt national wie international als angemessene Veranlassung zur Kataraktoperation (Quintana, 2006; Reiche, 2006). Dabei wird häufig empfohlen den Grenzwert zur Indikation an rechtliche Voraussetzungen zur Ausübung allgemein bedeutsamer Aktivitäten zu koppeln (COS, 2008)</p>
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator entstammt dem Indikatoren-Set der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS). Es wurden redaktionelle Anpassungen des Indikators durch das Expertengremium vorgenommen. ▪ Als Referenz der angegebenen Grenze des Visus wird die Fahrerlaubnisverordnung (FEV), die der Empfehlung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft zur Fahreignungsbegutachtung für den Straßenverkehr entspricht, herangezogen (AAD, 2008).
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>BQS 2008[1]; AAD 2008 [2], Quintana 2006 [3]; COS 2008 [5]; Reiche 2006 [4]</p> <p>Kernempfehlung (COS 2008): Cataract surgery is indicated primarily for the correction of visual impairment that cannot be adequately improved nonsurgically and that is directly attributable to the presence of a lens opacity (Level 3).</p>

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiertRisikoadjustierung: keine Risikoadjustierung vorgesehenMögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Präoperativer Visus cc (Index-Leistung)	Angabe des korrigierten Visus nach Snellen als Dezimalzahl (Erhebung über Datenquelle 3). Werte $<$ 0,01 sind als 0,01 anzugeben.
	Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Erhöhte Blendempfindlichkeit 2 = Kataraktbedingte Anisometropie 3 = Linsenbedingter Druckerhöhung 4 = Subjektive erhebliche Einschränkungen des Patienten
	Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung	
	nicht vorgesehen	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Präoperativer Visus cc (Index-Leistung)	Angabe des korrigierten Visus nach Snellen als Dezimalzahl (Erhebung über Datenquelle 3). Werte $<$ 0,01 sind als 0,01 anzugeben.
	Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Erhöhte Blendempfindlichkeit 2 = Kataraktbedingte Anisometropie 3 = Linsenbedingter Druckerhöhung 4 = Subjektive erhebliche Einschränkungen des Patienten
	Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung	

		nicht vorgesehen
--	--	------------------

Indikator Nr. E01: Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation	
Beschreibung	Anteil der Patienten, bei denen während der Durchführung einer Kataraktoperation eine der Komplikationen: Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper, oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie auftreten.
Zähler	Anzahl der Patienten mit Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie
Nenner	Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil von Patienten mit Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper, oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie als intraoperative Besonderheit. Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	<p>Der Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper kann zu einer verlängerten entzündlichen Reaktion und zu einer Reihe von weiteren Komplikationen führen. Zur Verhinderung dieser Komplikationen ist häufig eine Erweiterung des operativen Vorgehens notwendig.</p> <p>Eine weitere Komplikation bei der extrakapsulären Linsenextraktion ist der Riss der hinteren Linsenkapsel. Dieses Ereignis macht in der Regel die vordere Vitrektomie erforderlich. Diese Komplikation sollte möglichst nicht auftreten.</p> <p>In Registerstudien (Lum, 2000; Lundstrom, 2001b) sowie bisherigen Datenerhebungen zur Qualitätssicherung (BQS, 2003) wurden folgende Komplikationsraten berichtet. Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie: 1,1% - 1,5% Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper: 0,2%<1%</p>
Anmerkungen	<p>Der Indikator entstammt dem Indikatoren-Set der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS). Der Indikator in der vorliegenden Form entstand durch Zusammenfassung der BQS-Indikatoren „Intraoperative Besonderheiten (4): Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper“ und „Intraoperative Besonderheiten (3): Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie“. Es wurden weitere Anpassungen des Indikators durch das Expertengremium vorgenommen.</p> <p>Der Indikator hat Ähnlichkeit mit einem Indikator des ACHS.</p> <p>Für diesen Indikator ist eine Risikoadjustierung (Stratifizierung) vorgesehen. Dabei werden der Pupillendurchmesser in Mydriasis (<5mm) sowie folgende op-relevanten ophthalmologischen Vorerkrankungen des zu operierenden Auges berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) ▪ Zustand nach Glaukomanfall ▪ Uveitis/hintere Synechien ▪ Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation ▪ Zustand nach Bulbustraua ▪ Glaukom mit engem Kammerwinkel
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	ACHS 2009 [6]; BQS 2008 [1]; BQS 2004 [9]; Lundstrom 2001 [8]; Lum 2000 [7]

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Stratifizierung nach Pupillendurchmesser in Mydriasis (< 5 mm) und relevanten ophthalmologischen Vorerkrankungen des zu operierenden Auges, die präoperativ erhoben werden (s. Datenfelder zur Risikoadjustierung)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28. aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Intraoperative Komplikation(en) (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer intraoperativer Komplikationen der Kataraktoperation. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der intraoperativen Komplikation(en) (Index-Leistung)	Relevante intraoperative Komplikationen der Kataraktoperation. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper 2 = Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie
Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.* aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Stratifizierung	
Feld	Beschreibung
Pupillendurchmesser in Mydriasis (Index-Leistung)	Angabe des Pupillendurchmessers in Mydriasis in mm, ohne Nachkommastelle (Erhebung über Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Pupillendurchmesser in Mydriasis < 5 mm
Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer ophthalmologischer Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der ophthalmologischen Vorerkrankung (Index-Leistung)	OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Angabe erforderlich, wenn Angabe 1 = ja im Feld „Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges“. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis/hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustraua 8 = Glaukom mit engem Kammerwinkel

STATIONÄR

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Prozedur	OPS Kode 5-144.* aus Datenquelle 2
Diagnose	ICD Kode H25.* bis H28.* aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Intraoperative Komplikation(en) (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer intraoperativer Komplikationen der Kataraktoperation. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der intraoperativen Komplikation(en) (Index-Leistung)	Relevante intraoperative Komplikationen der Kataraktoperation. Angabe erforderlich, wenn Angabe 1 = ja im Feld „Intraoperative Komplikation(en)“. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper 2 = Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie
Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.* aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Stratifizierung	
Feld	Beschreibung
Pupillendurchmesser in Mydriasis (Index-Leistung)	Angabe des Pupillendurchmessers in Mydriasis in mm, ohne Nachkommastelle (Erhebung aus Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Pupillendurchmesser in Mydriasis < 5 mm
Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer ophthalmologischer Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der ophthalmologischen Vorerkrankung (Index-Leistung)	OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Angabe erforderlich, wenn Angabe 1 = ja im Feld „Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges“. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis/hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustraua 8 = Glaukom mit engem Kammerwinkel

AMBULANT

Indikator Nr. E17: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation	
Beschreibung	Anteil der Patienten, bei denen die berechnete Zielrefraktion mit einer Abweichung von maximal +/- 1 dpt (QI 17a) bzw. +/- 0,5 dpt (QI 17b) zum sphärischen Äquivalent nach einer Kataraktoperation innerhalb von 4 bis 6 Wochen erreicht wird.
Zähler	Anzahl der Patienten, die die präoperativ berechneten Zielwerte der Refraktion mit maximaler Abweichung +/- 1 dpt bzw. +/- 0,5 dpt innerhalb von 4 bis 6 Wochen postoperativ erreicht haben. Aus den postoperativen Refraktionswerten wird mit einer Formel (Sphärisches Äquivalent (SÄ) = Sphäre + $\frac{1}{2} \times$ Zylinder) das sphärische Äquivalent zum Vergleich errechnet.
Nenner	Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 50 Jahre ▪ Patienten, bei denen keine Zielrefraktion berechnet wurde. ▪ Patienten, deren Bulbuslänge kleiner 20 mm oder größer 27 mm ist.
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil von Patienten bei denen die berechnete Refraktion (Differenz des sphärischen Äquivalents zur Zielfraktion +/- 1 Dioptrie bzw. +/- 0,5 dpt) erreicht wird Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Bei jeder Kataraktoperation wird präoperativ eine Zielrefraktion festgelegt. Trotz weit entwickelter Messsysteme (zum Beispiel Ultraschall-Biometrie) kommt es zu postoperativen Abweichungen von dieser Zielrefraktion, sodass unter Umständen eine weitere Operation mit Linsenaustausch oder eine Korrektur nötig wird. Das Erreichen der Zielrefraktion wird international als ein vor allem auch für den Patienten relevantes Ergebnis der Kataraktoperation betrachtet (AAO 2006, RCO 2007). Studien (und auch den früheren BQS-Ergebnissen) zufolge wird eine maximale postoperative Abweichung von +/- 1 Dioptrie in 76 bis 82% der Fälle und +/- 0,5 Dioptrie bei 48 bis 62% der Fälle erreicht. Zum Teil werden deutliche Unterschiede zwischen Leistungserbringern deutlich (BQS 2003, 2004, Lum 2000, Lundstrom 2001b, Gale 2009, Reiche 2006). Die präzise Bestimmung der Zielrefraktion umfasst insbesondere die Messung der Achsenlänge, die Brechkraft der Hornhaut und die Berechnung der adäquaten IOL (COS 2008)
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem Indikatorenset der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS). Es wurden Anpassungen des Indikators durch das Expertengremium vorgenommen. ▪ Der Indikator macht eine Mehrpunktmessung erforderlich ▪ Für den Indikator ist eine Risikoadjustierung mit folgenden Parametern vorgesehen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Messmethode zur Bestimmung der Zielrefraktion ▪ Vorliegen einer ophthalmologischen Vorerkrankung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>Gale 2009 [12]; BQS 2008 [1]; COS 2008 [5]; RCO 2007 [11]; Reiche 2006 [4]; AAO 2006 [10]; BQS 2004 [9]; Lundstrom 2001b [8]; Lum 2000 [7]</p> <p><u>Kernempfehlung (COS 2008):</u> Either optical coherence or immersion ultrasonographic biometry should be considered to provide the greatest accuracy and consistency in determination of axial length (Level 1B)</p> <p>Rec.32: In order to provide the highest level of postoperative target refraction accuracy and consistency, latest-generation theoretical IOL formulas, including Holladay, SRK/T, and Hoffer Q should be used (Level 1B)</p>

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Mehrpunktmessung: Berechnung erfolgt nur dann, wenn die Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Katarakt-Operation gemessen wurde und die Bulbuslänge präoperativ zwischen 20 und 27mm liegt.

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Bulbuslänge (Index-Leistung)	Angabe der Bulbuslänge in mm (Erhebung über Datenquelle 3).
	Präoperativ bestimmte Zielrefraktion (sphärisches Äquivalent) (Index-Leistung)	Angabe mit Vorzeichen (Erhebung über Datenquelle 3)
	Bestimmung der Refraktion möglich (Follow-up)	Erhebung notwendig, da mehrere Follow-up-Dokumentationen (auch in unterschiedlichen Einrichtungen) möglich sind. Zudem kann bei auftreten postoperativer Komplikationen die Refraktion nicht bestimmt werden. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Datum der postoperativen Refraktionsbestimmung (Follow-up)	Erhebung über Datenquelle 3
	Postoperative Refraktion – sphärisch (Follow-up)	Gemessene Refraktion innerhalb 4 bis 6 Wochen postoperativ; Angabe mit Vorzeichen (Erhebung über Datenquelle 3)
	Postoperative Refraktion – zylindrisch (Follow-up)	Gemessene Refraktion innerhalb 4 bis 6 Wochen postoperativ; Angabe als negativer Wert (Erhebung über Datenquelle 3)
	Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
Vorliegen einer ophthalmologischen Vorerkrankung (Index-Leistung)	Liegt eine ophthalmologische Vorerkrankung vor? (Inbegriffen sind alle ophthalmologischen Vorerkrankungen, die im gleichnamigen Feld [„Ophthalmologische Vorerkrankungen“] aufgeführt sind.) Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja	

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
<i>Index-Leistung</i>	
Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
<i>Follow-up</i>	
Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Gebührenordnungsposition	31718 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31332, 31333 oder 31351 bei Überweisung durch den Operateur) ODER 31716 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31331 oder 31350 bei Überweisung durch den Operateur) ODER 31719 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31332, 31333 oder 31351 bei Erbringung durch den Operateur) ODER 31717 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31331 oder 31350 bei Erbringung durch den Operateur)
Diagnose	Z96.1 (Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates) ODER H27,0 (Aphakie)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Bulbuslänge (Index-Leistung)	Angabe der Bulbuslänge in mm, ohne Nachkommastelle (Erhebung über Datenquelle 3).
Präoperativ bestimmte Zielrefraktion (sphärisches Äquivalent) (Index-Leistung)	Angabe mit Vorzeichen (Erhebung über Datenquelle 3)
Bestimmung der Refraktion möglich (Follow-up)	Erhebung notwendig, da mehrere Follow-up-Dokumentationen (auch in unterschiedlichen Einrichtungen) möglich sind. Zudem kann bei auftreten postoperativer Komplikationen die Refraktion nicht bestimmt werden. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Datum der postoperativen Refraktionsbestimmung (Follow-up)	Erhebung über Datenquelle 3
Postoperative Refraktion – sphärisch (Follow-up)	Gemessene Refraktion innerhalb 4 bis 6 Wochen postoperativ; Angabe mit Vorzeichen (Erhebung über Datenquelle 3)
Postoperative Refraktion – zylindrisch (Follow-up)	Gemessene Refraktion innerhalb 4 bis 6 Wochen postoperativ; Angabe als negativer Wert (Erhebung über Datenquelle 3)
Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Vorliegen einer ophthalmologischen Vorerkrankung (Index-Leistung)	Liegt eine ophthalmologische Vorerkrankung vor? (Inbegriffen sind alle ophthalmologischen Vorerkrankungen, die im gleichnamigen Feld [„Ophthalmologische Vorerkrankungen“] aufgeführt sind.) Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja

AMBULANT

Indikator Nr. E52:	Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation
Beschreibung	Anteil der Patienten, die innerhalb von 3 Monaten nach einer Indexleistung mit der Diagnose „Endophthalmitis“ stationär behandelt werden.
Zähler	Anzahl der Patienten, die innerhalb von 3 Monaten nach einer Indexleistung mit der Diagnose „Endophthalmitis“ stationär behandelt wurden.
Nenner	Gesamtzahl der Patienten, die sich innerhalb des Beobachtungszeitraums einer Kataraktoperation unterzogen haben.
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil von Patienten mit postprozeduraler Endophthalmitis. Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Endophthalmitis gilt als ernste Komplikation in Verbindung mit der Kataraktoperation, die den völligen Verlust der Sehfähigkeit oder des ganzen Auges nach sich ziehen kann. Im Jahr 2008 wurden insgesamt 1.740 Patienten aufgrund einer Endophthalmitis (H44.0 und H44.1) stationär behandelt. Mit Bezug zur Kataraktoperation wird in internationalen Leitlinien eine Inzidenz von 0,06% bis 0,17% (AAO 2006) bzw. 0,05% bis 0,33% (COS 2008) beschrieben. Für Deutschland wurde Ende der 90er-Jahre noch eine Rate von 0,15% gemeldet (Schmitz, 1999). Nach weiterem Fortschritt der Operationsmethoden sank die Inzidenz in Skandinavien Mitte des neuen Jahrtausends auf 0,05%[11].
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem Indikatoren-Set des Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). ▪ Daten des Indexaufenthaltes (Kataraktoperation) und Zweitdiagnosestellung „Endophthalmitis“ werden über Mehrpunktmessung zusammengeführt. ▪ Für diesen Indikator ist eine Risikoadjustierung vorgesehen. Folgende Parameter werden dabei berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorliegen OP-relevanter Komorbiditäten ▪ Vorliegen OP-relevanter ophthalmologischer Vorerkrankungen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	ACHS 2009 [6]; COS 2008 [5]; Lundstrom 2007 [14]; AAO 2006 [10]; Schmitz 1999 [13] <u>Kernempfehlung (COS 2008):</u> In order to reduce the risk of endophthalmitis, all patients should have proper draping (Level 3), preoperative management of lid margin disease (Level 3), and use 5% of povidoneiodine (Level 2).

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Mehrpunktmessung, Zeit zwischen Indexleistung und stationärer Behandlung ≤ 3 Monate

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert, voraussichtlich Sentinel Event

Risikoadjustierung: vorgesehen (OP-relevante Komorbiditäten und OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten
4. Datenpool der Krankenkassen

STATIONÄR Datenpool der Krankenkassen	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Diagnose	ICD-Kodes H44.0 oder H44.1 (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Kataraktoperation (cataracta senilis) innerhalb der letzten 3 Monate	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Aufnahmedatum	Erhebung aus Datenquelle 1
	Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Datum der Prozedur	Erhebung aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	OP-relevante Komorbidität(en)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der OP-relevanten Komorbidität(en)	Erhebung über Datenquelle 3 mit der relevanten Ausprägung: 2 = Diabetes mellitus
	Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges	Liegt eine ophthalmologische Vorerkrankung vor? (Inbegriffen sind alle ophthalmologischen Vorerkrankungen, die im Feld [„Art der ophthalmologische Vorerkrankung“] aufgeführt sind.) Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja

Indikator Nr. E56: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation	
Beschreibung	Anteil der Patienten, bei denen innerhalb von 6 Wochen nach Durchführung einer Kataraktoperation Komplikationen auftreten.
Zähler	Anzahl der Patienten mit einer der unten genannten Komplikationen im Zusammenhang mit der durchgeführten Kataraktoperation, die innerhalb von 6 Wochen postoperativ auftraten
Nenner	Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil an Patienten mit den unten genannten Komplikationen. Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Im Allgemeinen stellt die Kataraktoperation einen sicheren und erfolgversprechenden Eingriff dar. Nur in relativ seltenen Fällen kommt es zu Komplikationen, die dauerhaft die Sehfähigkeit des Patienten beeinträchtigen (COS 2008). Der Indikator leistet einen Beitrag zur Abschätzung des Komplikationsspektrums.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem Eye Care Physician Performance Measurement Set des Physician Consortium for Performance Improvement der American Academy of Ophthalmology (2007) ▪ Indikator wird unterstützt durch Kohnen (2009) ▪ Folgende postoperative Komplikationen werden erfasst: <ul style="list-style-type: none"> - Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper/verbliebene Kernfragmente - Endophthalmitis - dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) - refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL - Netzhautablösung - Läsion der Iris - Hornhautdekompensation/ -ödem - visuell bedeutsames zystoides Makulaödem - zu versorgende Wunddehiszenz - verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer ▪ Für den Indikator ist unter Berücksichtigung folgender Faktoren eine Risikoadjustierung vorgesehen: <ul style="list-style-type: none"> - OP-relevante Komorbiditäten, OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges, okuläre Voroperationen und präoperative Befunde (Pupillendurchmesser und Bulbuslänge)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	Kohnen 2009 [15]; COS 2008 [5]; American Academy of Ophthalmology 2007 [16]; American Academy of Ophthalmology 1996 [17]

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Mehrpunktmessung: Berechnung erfolgt nur dann, wenn Kataraktoperation innerhalb der letzten 6 Wochen = ja (s. Auslösekriterien).

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: OP-relevante Komorbiditäten, OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges, okuläre Voroperationen und präoperative Befunde (Pupillendurchmesser und Bulbuslänge) (s. Datenfelder zur Risikoadjustierung; Erhebung präoperativ).

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten,

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
Kataraktoperation innerhalb der letzten 6 Wochen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Postoperative Komplikation(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Vorliegen einer oder mehrerer postoperativer Komplikationen. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der postoperativen Komplikation(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper/verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer
Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
Diagnose (Index-Leistung)	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
OP-relevante Komorbidität(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Relevante Grunderkrankungen. Erhebung über Datenquelle 3 mit der relevanten Ausprägung: 2 = Diabetes mellitus
Pupillendurchmesser in Mydriasis (Index-Leistung)	Angabe des Pupillendurchmessers in Mydriasis in mm (Erhebung aus Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Pupillendurchmesser in Mydriasis < 5 mm
Bulbuslänge (Index-Leistung)	Angabe der Bulbuslänge in mm (Erhebung über Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Bulbuslänge < 20 mm und > 27 mm. Erhebung in mm, ohne Nachkommastelle.

STATIONÄR

Fortsetzung Datenfelder für die Risikoadjustierung	
STATIONÄR	<p>Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges (Index-Leistung)</p> <p>Vorliegen einer oder mehrerer ophthalmologischer Vorerkrankungen des operierten Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja</p>
	<p>Art der ophthalmologischen Vorerkrankung (Index-Leistung)</p> <p>OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis/hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustraua 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura</p>
	<p>Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge oder Lasik (Index-Leistung)</p> <p>Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja</p>

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Index-Leistung	
Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Kataraktoperation innerhalb der letzten 6 Wochen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
Follow-up	
Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Gebührenordnungsposition	31718 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31332, 31333 oder 31351 bei Überweisung durch den Operateur) ODER 31716 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31331 oder 31350 bei Überweisung durch den Operateur) ODER 31719 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31332, 31333 oder 31351 bei Erbringung durch den Operateur) ODER 31717 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31331 oder 31350 bei Erbringung durch den Operateur) (Erhebung aus Datenquelle 2)
Diagnose	Z96.1 (Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates) ODER H27,0 (Aphakie) (Erhebung aus Datenquelle 2)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Postoperative Komplikation(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Vorliegen einer oder mehrerer postoperativer Komplikationen. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der postoperativen Komplikation(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper/verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer
Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
Diagnose (Index-Leistung)	ICD Kode H25.- bis H28.* aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
OP-relevante Komorbidität(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Relevante Grunderkrankungen. Erhebung über Datenquelle 3 mit der relevanten Ausprägung: 2 = Diabetes mellitus
Pupillendurchmesser in Mydriasis (Index-Leistung)	Angabe des Pupillendurchmessers in Mydriasis in mm (Erhebung aus Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Pupillendurchmesser in Mydriasis $<$ 5 mm
Bulbuslänge (Index-Leistung)	Angabe der Bulbuslänge in mm (Erhebung über Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Bulbuslänge $<$ 20 mm und $>$ 27 mm. Erhebung in mm, ohne Nachkommastelle.

AMBULANT

<p>Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges (Index-Leistung)</p>	<p>Vorliegen einer oder mehrerer ophthalmologischer Vorerkrankungen des operierten Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja</p>
<p>Art der ophthalmologischen Vorerkrankung (Index-Leistung)</p>	<p>OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis/hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustraua 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura</p>
<p>Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge oder Lasik (Index-Leistung)</p>	<p>Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja</p>

Indikator Nr. S88: Anästhesie-assoziierte Komplikationen	
Beschreibung	Anteil der Patienten, bei denen eine Anästhesie- assoziierte Komplikation aufgetreten ist.
Zähler	Anzahl der Patienten mit Anästhesie- assoziierte Komplikationen
Nenner	Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 50 Jahre ▪ ▪ Immunsupprimierte Patienten (z.B. bei Drogenabusus, HIV)
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil von Patienten mit Anästhesie- assoszierten Komplikationen
Begründung	Kenntnisse über Anästhesie-induzierte Komplikationen sind wichtig für die Bewertung der Patientensicherheit.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt den Patient Safety Indicators der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): PSI 1 und dem Catalogue of Patient Safety Indicators SimPatiE: PSI 15 ▪ Für diesen Indikator ist eine Risikoadjustierung unter Berücksichtigung folgender Faktoren vorgesehen: ▪ OP-relevante Komorbiditäten ▪ Art der Anästhesie (Vollnarkose, Injektionsanästhesie & Tropfanästhesie)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	AHRQ 2007 [18]; Kristensen 2007 [20]; lezzoni 1994 [19]

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn kein Ausschlusskriterium (Immunsuppression=nein, Drogenabhängigkeit = nein) vorliegt

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: nach OP-relevanten Komorbiditäten, Art der Anästhesie

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Anästhesie-assozierte Komplikation (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
OP-relevante Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer OP-relevanter Komorbiditäten. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Ausschluss der Patienten mit Immunsuppression und/oder Drogenabhängigkeit. Erhebung über Datenquelle 3 mit den relevanten Ausprägungen: 1 = Immunsuppression
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Art der Anästhesie (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 1 = Vollnarkose 2 = Injektionsanästhesie 3 = Tropfanästhesie
OP-relevante Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer OP-relevanter Komorbiditäten. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Relevante Grunderkrankungen. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 2 = Diabetes mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz 6 = Gerinnungsstörung

STATIONÄR

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Anästhesie-assoziierte Komplikation (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
Art der Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
OP-relevante Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer OP-relevanter Komorbiditäten. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Ausschluss der Patienten mit Immunsuppression und/oder Drogenabhängigkeit. Erhebung über Datenquelle 3 mit den relevanten Ausprägungen: 1 = Immunsuppression
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Art der Anästhesie (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 1 = Vollnarkose 2 = Injektionsanästhesie 3 = Tropfanästhesie
OP-relevante Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer OP-relevanter Komorbiditäten. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Relevante Grunderkrankungen. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 2 = Diabetes mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz 6 = Gerinnungsstörung

AMBULANT

Indikator Nr. S95: Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge	
Beschreibung	Anteil der Operationen am falschen Patienten oder am falschen Auge.
Zähler	Anzahl an Operationen am falschen Patienten oder am falschen Auge
Nenner	Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil an Operationen am falschen Patienten oder am falschen Auge Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Operationen am falschen Auge oder am falschen Patienten können schwerwiegende Folgen haben. Die Untersuchung des Auftretens von falsch lokalisierten Operationen ist ein bedeutsamer Indikator zur Patientensicherheit.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieser Indikator entstammt den Patient Safety Indicators der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): PSI 2 und dem „Catalogue of Patient Safety Indicators SimPatiE: PSI 2“ ▪ Der Indikator wird in seiner praktischen Umsetzung (Dokumentation durch die betreffende Einrichtung) in seiner Aussagefähigkeit teilweise angezweifelt. Daher ist zum Abgleich und als Hinweis auf mögliche Unstimmigkeiten zusätzlich eine Abfrage im Patientenfragebogen vorgesehen.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit/Patientenorientierung (Erfassung zusätzlich über die Patientenbefragung)
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	AHRQ 2007 [18]; Kristensen 2007 [20]

Instrumente/Datenquellen
Spezifizierung für Berechnung: Sentinel Event
Auffälligkeit: jedes Ereignis wird als Auffälligkeit gezählt, Sentinel Event
Risikoadjustierung: keine Risikoadjustierung vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten
4. Patientenbefragung (Fragebogen)

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	OP am falschen Patienten (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	OP am falschen Auge (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 (zusätzliche Abfrage im Patientenfragebogen) 0 = nein 1 = ja Plausibilitätskontrolle über Abfrage im Patientenfragebogen
	Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	OP am falschen Patienten (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	OP am falschen Auge (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 (zusätzliche Abfrage im Patientenfragebogen) 0 = nein 1 = ja Plausibilitätskontrolle über Abfrage im Patientenfragebogen
	Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

Indikatoren zur Patientenperspektive

Die Felder zur Darstellung des Instruments/der Datenquelle sind bis auf die konkrete Frage zur Abbildung des Indikators für alle Indikatoren zur Patientenperspektive gleich.

Indikator Nr. P85: Aufklärung über die Risiken der Behandlung aus Patientensicht	
Beschreibung	Anteil der Patienten, die angeben, dass sie verständlich über die Risiken der Behandlung informiert werden.
Zähler	Anzahl der Patienten, die angeben, dass sie verständlich über die Risiken der Behandlung informiert wurden.
Nenner	Anzahl der Patienten, die an der Befragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben.
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre, Demenz, Patient verstorben, Patient versteht die Sprache des Fragebogens nicht (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die angeben, dass sie über die Behandlungsrisiken verständlich informiert wurden.
Begründung	Eine Aufklärung des Patienten über die Risiken der Behandlung ist bedeutsam für die Entscheidungsfindung und die Wahrung der Patienteninteressen und -autonomie. Auch mit Bezug auf das Erreichen eines optimalen Behandlungsergebnisses kommt der umfassenden Aufklärung eine hohe Bedeutung zu (COS 2008)
Anmerkungen	Der Indikator wurde in Anlehnung an den QUOTE Cataract Questionnaire (Nijkamp 2002a) und unter Bezug zum Indikatoren-Set des National Health Service abgeleitet und wird durch Studien gestützt.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>NHS 2009a [23]; NHS 2009b [24]; Lockey 2009 [25]; COS 2008 [5]; Nijkamp 2002a [21]; Nijkamp 2002b [22]</p> <p>Kernempfehlung (COS 2008): As surgical cases of increased difficulty can sometimes be predicted preoperatively and are also associated with an increased risk of complications (Level 3), <i>surgeons must realistically evaluate the anticipated difficulty of high-risk risk cases and refer it the anticipated difficulty exceeds their personal level of competence (consent).</i></p>

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Familienstand/Wohnsituation, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) ▪ Pseudonym der Einrichtung
Basisdaten für das Verfahren Katarakt im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestätigung, dass die Kataraktoperation im gg. Zeitraum stattgefunden hat. ▪ Angabe, an welchem Auge die Operation stattgefunden hat (R/L) ▪ Abfrage, ob eine ophthalmologische Vorerkrankung vorliegt
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:	Wurden Sie verständlich über die Risiken der Kataraktoperation informiert?
	<p>Die Alternativen A und B stellen, zur Veranschaulichung, zwei mögliche Antwortskalen dar. Das Panel bewertet nur den Indikator und nicht die Antwortskala.</p> <p>A) <input type="checkbox"/> Ja, voll und ganz <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>B) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Teils / teils <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 6–8 Wochen nach der Index-Leistung in der Einrichtung
Stichprobe:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zweistufige Klumpenstichprobe: ▪ 1. Bundesweite Zufallsstichprobe von 64 Einrichtungen (ambulante und stationäre Versorgung) ▪ 2. Befragung einer definierten Anzahl von Patienten (z.B. N=58) in den Einrichtungen <p>Ggf. erfolgt nach Vorliegen von Erfahrungen aus Machbarkeitsstudie und Probetrieb eine Anpassung der Vorgaben zur Stichprobenziehung</p>
Versendung der Fragebögen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenversendung durch die Einrichtungen (6 bis 8 Wochen postoperativ) an alle entlassenen Patienten zum Verfahren Kataraktoperation; konsekutiv, bis eine Anzahl von 58 Patienten erreicht ist. ▪ Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ durch das AQUA-Institut ▪ Auswertung auf Bundesebene ▪ Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

Indikator Nr. P96: Gemeinsame Entscheidungsfindung aus Patientensicht	
Beschreibung	Anteil der Patienten, die berichten, dass sie ausreichend über Vor- und Nachteile der Kataraktoperation sowie über mögliche Alternativen informiert und, sofern von ihnen gewünscht, in die Entscheidung für oder gegen den Eingriff einbezogen werden.
Zähler	Anzahl der Patienten, die berichten, dass sie ausreichend über Vor- und Nachteile der Kataraktoperation sowie über mögliche Alternativen informiert und, sofern von ihnen gewünscht, in die Entscheidung für oder gegen den Eingriff einbezogen wurden
Nenner	Anzahl der Patienten, die an der Befragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben,
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre, Demenz, Patient verstorben, Patient versteht die Sprache des Fragebogens nicht (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die berichten, dass sie ausreichend informiert und wunschgemäß in die Entscheidungsfindung bezüglich der Durchführung der Kataraktoperation einbezogen wurden.
Begründung	Eine Einbeziehung des Patienten in die Entscheidungsfindung bzgl. eines Eingriffs ist notwendig. Die Sicherstellung der Patienteninteressen und -autonomie ist, unter Berücksichtigung der individuellen Werte und Prioritäten des Patienten, zu gewährleisten. Auch mit Bezug auf das Erreichen eines optimalen Behandlungsergebnisses kommt einem umfassenden Austausch und gelingender Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine hohe Bedeutung zu (COS 2008).
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde in Anlehnung an die Indikatoren PE15 und PE16 des National Health Service sowie Indikator 16 des SAPHORA Questionnaire (Satisfaction V3) entwickelt und wird durch Studienergebnisse gestützt.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>NHS 2009a [23]; NHS 2009b [24]; COS 2008 [5]; SAPHORA 2006 [26]; Ross 2003 [27]; Churchill 2003 [28]; Ramchandani 2002 [29]; Fotaki 1999 [30]; Davies 1992 [31]; Lowe 1992 [32]</p> <p><u>Kernempfehlung (COS 2008):</u> The ophthalmic work-up of a patient being considered for cataract surgery should answer the following questions:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Is the cataract primarily responsible for the vision loss? b) Are there any comorbid conditions that may be exacerbated by the surgery? c) Are there any comorbid conditions that may complicate the execution of the surgery or minimize the visual improvement? <p>Answering these questions allows the stratification of surgical risk that should be presented to the patient as part of the consent process (Level 3).</p>

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Familienstand/Wohnsituation, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) ▪ Pseudonym der Einrichtung
Basisdaten für das Verfahren Katarakt im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestätigung, dass die Kataraktoperation im gg. Zeitraum stattgefunden hat. Angabe, an welchem Auge die Operation stattgefunden hat (R/L) ▪ Abfrage, ob eine ophthalmologische Vorerkrankung vorliegt
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:	<p>Wurden Sie ausreichend über Vor- und Nachteile der Kataraktoperation sowie über mögliche Alternativen informiert und, sofern von Ihnen gewünscht, in die Entscheidung einbezogen, ob diese Behandlung /dieser Eingriff überhaupt durchgeführt werden soll?</p> <p>Die Alternativen A und B stellen, zur Veranschaulichung, zwei mögliche Antwortskalen dar. Das Panel bewertet nur den Indikator und nicht die Antwortskala.</p> <p>A) <input type="checkbox"/> Ja, voll und ganz <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich wollte nicht in die Entscheidung einbezogen werden</p> <p>B) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 6-8 Wochen nach der Indexleistung in der Einrichtung
Stichprobe:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zweistufige Klumpenstichprobe: ▪ 1. Bundesweite Zufallsstichprobe von 64 Einrichtungen (ambulante und stationäre Versorgung) ▪ 2. Befragung einer definierten Anzahl von Patienten (z.B. N=58) in den Einrichtungen <p>Ggf. erfolgt nach Vorliegen von Erfahrungen aus Machbarkeitsstudie und Probetrieb eine Anpassung der Vorgaben zur Stichprobenziehung</p>
Versendung der Fragebögen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenversendung durch die Einrichtungen (6 bis 8 Wochen postoperativ) an alle entlassenen Patienten zum Verfahren Kataraktoperation; konsekutiv, bis eine Anzahl von 58 Patienten erreicht ist. ▪ Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch das AQUA-Institut ▪ Auswertung auf Bundesebene ▪ Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

Indikator Nr. P97: Ergebnis der Kataraktoperation aus Patientensicht	
Beschreibung	Anteil der Patienten, die berichten, mit dem Ergebnis der Kataraktoperation zufrieden zu sein.
Zähler	Anzahl der Patienten, die berichten, mit dem Ergebnis der Kataraktoperation zufrieden zu sein.
Nenner	Anzahl der Patienten, die an der Befragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben.
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre, Demenz, Patient verstorben, Patient versteht die Sprache des Fragebogens nicht (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die mit dem Ergebnis der Kataraktoperation zufrieden sind.
Begründung	Die Zufriedenheit des Patienten mit dem Ergebnis der Kataraktoperation ist ein wesentliches Ziel der Kataraktoperation. Dieser Indikator ist somit ein wichtiges Gütekriterium der Ergebnisqualität. Die Zufriedenheit der Patienten mit dem Ergebnis der Kataraktoperation ist international relativ hoch ausgeprägt (Zufrieden oder sehr zufrieden sind ca. 95%) (Haynes 2001, Lum 2000). Wenige Patienten (6%) drücken ihre Unzufriedenheit aus (Conner-Spady, 2004). Für Deutschland wurde Mitte der 90er-Jahre eine Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis in 88% der Fälle berichtet (Wenzel 1996).
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator abgeleitet in Anlehnung an das Item: Erfolg der medizinischen Behandlung im Krankenhaus (aus Patientensicht) des „Patienten Monitor“; Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit im stationären Bereich (Bleich 2008) ▪ Der Indikator wird durch Studienergebnisse unterstützt von Lowe 1992, Foster 2001 Lundstrom 2002, Chang 2003, Smith 2001, Javitt 2003, Wenzel 1996 ▪ Das Ergebnis nach Kataraktoperation sowie auch die Zufriedenheit des Patienten können in Abhängigkeit vom Risikoprofil des Patienten variieren. Daher ist für den Indikatoreine Stratifizierung nach Vorhandensein einer ophthalmologischen Vorerkrankung vorgesehen. ▪ Zufriedenheit stellt ein komplexes Konstrukt dar (Jacob 2000). Die Aussagefähigkeit bei Reduzierung dieser Komplexität auf ein Item bzw. Erhebungszeitpunkt wird in der Literatur (Morris 2007) hinterfragt und auch im Expertenpanel thematisiert. Ein Zusammenhang der Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Operation und eine Veränderung in der Sehschärfe bzw. visuellen Funktionsfähigkeit wird empirisch berichtet (Conner-Spady 2004) aber auch kritisch diskutiert (Pager 2004, Wenzel 1996). Die Objektivierung des subjektiven Aspekts Zufriedenheit und weiterer patientenrelevanter Komplexe (Funktionsgewinn, Lebensqualität) können momentan für Kataraktpatienten nur mit erheblichem Aufwand präzise bestimmt werden (Pesudovs 2010). Trotz der Problematik wurde der Indikator vom Panel als relevant bewertet und stellt mit seinem Ziel einen insbesondere für den Patienten bedeutsamen Endpunkt dar (AAO 2006, RCO 2007).
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	Pesudovs 2010 [41]; Bleich 2008 [33]; Morris 2007 [42]; RCO 2007 [11]; AAO 2006 [10]; Pager 2004 [40]; Chang 2003 [36]; Javitt 2003 [38]; Nijkamp 2002a [21]; Nijkamp 2002b [22]; Lundstrom 2002 [35]; Foster 2001 [34]; Smith 2001 [37]; Wenzel 1996 [39]; Lowe 1992 [32]

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der ggf. zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) ▪ Pseudonym der Einrichtung
Basisdaten für das Verfahren Katarakt im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestätigung, dass die Kataraktoperation im gg. Zeitraum stattgefunden hat. Angabe, an welchem Auge die Operation stattgefunden hat (R/L) ▪ Abfrage, ob eine ophthalmologische Vorerkrankung vorliegt
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:	Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Kataraktoperation?
	<p>Die Antwort-Skala stellt lediglich eine Möglichkeit dar. Das Panel bewertet nur den Indikator und nicht die Antwort-Skala</p> <p> <input type="checkbox"/> Sehr zufrieden <input type="checkbox"/> Eher zufrieden <input type="checkbox"/> Teils / teils <input type="checkbox"/> Eher nicht zufrieden <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht zufrieden <input type="checkbox"/> Weiß nicht </p>
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 6-8 Wochen nach der Index-Leistung in der Einrichtung
Stichprobe:*	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zweistufige Klumpenstichprobe: ▪ 1. Bundesweite Zufallsstichprobe von 64 Einrichtungen (ambulante und stationäre Versorgung) ▪ 2. Befragung einer definierten Anzahl von Patienten (z.B. N=58) in den Einrichtungen <p>Ggf. erfolgt nach Vorliegen von Erfahrungen aus Machbarkeitsstudie und Probetrieb eine Anpassung der Vorgaben zur Stichprobenziehung</p>
Versendung der Fragebögen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenversendung durch die Einrichtungen (6 bis 8 Wochen postoperativ) an alle entlassenen Patienten zum Verfahren Kataraktoperation; konsekutiv, bis eine Anzahl von 58 Patienten erreicht ist. ▪ Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch das AQUA-Institut ▪ Auswertung auf Bundesebene ▪ Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

- [1] BQS. Qualitätsindikatoren für interne und externe Qualitätssicherung: Kataraktoperation. 2008.
- [2] AAD. Fahreignungsbegutachtung für den Straßenverkehr 2008. Empfehlung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) und des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (BVA): Anleitung für die augenärztliche Untersuchung und Beurteilung der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen. München: Augenärztliche Akademie Deutschland 2008.
- [3] Quintana JM, Escobar A, Arostegui I. Development of appropriateness explicit criteria for cataract extraction by phacoemulsification. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6:23.
- [4] Reiche R, Klaes L, Thelen M. Modellvorhaben über eine abgestufte, flächendeckende Versorgung mit Kataraktoperationen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Bonn: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 2006.
- [5] COS. Canadian Ophthalmological Society evidence-based clinical practice guidelines for cataract surgery in the adult eye. *Can J Ophthalmol.* 2008; 43 Suppl 1:S7-57.
- [6] ACHS. ACHS clinical indicator users' manual 2009. ULTIMO NSW 2009.
- [7] Lum F, Schein O, Schachat AP, Abbott RL, Hoskins HD, Jr., Steinberg EP. Initial two years of experience with the AAO National Eyecare Outcomes Network (NEON) cataract surgery database. *Ophthalmology.* 2000; 107(4):691-697.
- [8] Lundstrom M, Barry P, Leite E, Seward H, Stenevi U. 1998 European Cataract Outcome Study: report from the European Cataract Outcome Study Group. *J Cataract Refract Surg.* 2001; 27(8):1176-1184.
- [9] BQS. BQS Qualitätsreport 2003. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2004.
- [10] AAO. Cataract in the Adult Eye; Preferred Practise Patterns. San Francisco: American Academy of Ophthalmology 2006.
- [11] RCO. Cataract surgery guidelines 2004. Editorial amendment made to Section 1.1 on 3rd April 2007. London: The Royal College of Ophthalmologists 2004.
- [12] Gale RP, Saldana M, Johnston RL, Zuberbuhler B, McKibbin M. Benchmark standards for refractive outcomes after NHS cataract surgery. *Eye (Lond).* 2009; 23(1):149-152.
- [13] Schmitz S, Dick HB, Krummenauer F, Pfeiffer N. Endophthalmitis in cataract surgery: results of a German survey. *Ophthalmology.* 1999; 106(10):1869-1877.
- [14] Lundstrom M, Wejde G, Stenevi U, Thorburn W, Montan P. Endophthalmitis after cataract surgery: a nationwide prospective study evaluating incidence in relation to incision type and location. *Ophthalmology.* 2007; 114(5):866-870.
- [15] Kohnen T, Klaproth OK, Buhren J. Effect of Intraocular Lens Asphericity on Quality of Vision after Cataract Removal. An Intraindividual Comparison. *Ophthalmology.* 2009; 116(9):1697-1706.
- [16] American Academy of Ophthalmology, Physician Consortium for Performance Improvement, National Committee for Quality Assurance. *Eye Care 2: physician performance measurement Set.* Chicago (IL): American Medical Association, National Committee for Quality Assurance 2007.
- [17] American Academy of Ophthalmology. Preferred Practice Pattern: Cataract in the Otherwise Healthy Adult Eye. San Francisco: American Academy of Ophthalmology 1996.
- [18] AHRQ. AHRQ Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators. Rockville: Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality 12.3.2007.
- [19] Iezzoni LI, Daley J, Heeren T, Foley SM, Fisher ES, Duncan C, Hughes JS, Coffman GA. Identifying complications of care using administrative data. *Med Care.* 1994; 32(7):700-715.
- [20] Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Catalogue of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. Aarhus: European Society for Quality in Health Care (ESQH) 2007.

- [21] Nijkamp MD, Sixma HJ, Afman H, Hiddema F, Koopmans SA, van den BB, Hendrikse F, Nuijts RM. Quality of care from the perspective of the cataract patient. QUOTE cataract questionnaire. *J Cataract Refract Surg.* 2002; 28(11):1924-1931.
- [22] Nijkamp MD, Sixma HJ, Afman H, Hiddema F, Koopmans SA, van den BB, Hendrikse F, Nuijts RM. Quality of care from the perspective of the cataract patient: the reliability and validity of the QUOTE-cataract. *Br J Ophthalmol.* 2002; 86(8):840-842.
- [23] NHS. Indicators for Quality Improvement: Full indicator list. The Health and Social Care Information Centre (UK) 2009.
- [24] NHS. Inpatient Questionnaire. NHS Care Quality Commission; Picker Institute Europe 2009.
- [25] Lockey J. The provision of information for patients prior to cataract surgery. *Br J Nurs.* 2009; 18(19):1207-1211.
- [26] Saphora. Satisfaction du patient hospitalisé, Questionnaire © SAPHORA Modifié. Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale); CCECOA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) et l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) 2006.
- [27] Ross MA, Avery AJ, Foss AJ. Views of older people on cataract surgery options: an assessment of preferences by conjoint analysis. *Qual Saf Health Care.* 2003; 12(1):13-17.
- [28] Churchill AJ, Gibbon C, Anand S, McKibbin M. Public opinion on weekend and evening outpatient clinics. *Br J Ophthalmol.* 2003; 87(3):257-258.
- [29] Ramchandani M, Mirza S, Sharma A, Kirkby G. Pooled cataract waiting lists: views of hospital consultants, general practitioners and patients. *J R Soc Med.* 2002; 95(12):598-600.
- [30] Fotaki M. The impact of market oriented reforms on choice and information: a case study of cataract surgery in outer London and Stockholm. *Soc Sci Med.* 1999; 48(10):1415-1432.
- [31] Davies B, Tyers AG. Do patients like day case cataract surgery? *Br J Ophthalmol.* 1992; 76(5):262-263.
- [32] Lowe K, Gregory D, Jeffery R, Easty D. Cataract extraction: patient characteristics and preferences. *Health Trends.* 1992; 24(4):151-153.
- [33] Bleich C, Nickel S, Trojan A. Der "Patienten-Monitor" als Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit im stationären Bereich: Überprüfung seiner psychometrischen Eignung. *Z Med Psychol.* 2008; 17(2-3):81-96.
- [34] Foster A. Cataract and "Vision 2020 - the right to sight" initiative. *Br J Ophthalmol.* 2001; 85(6):635-637.
- [35] Lundstrom M, Brege KG, Floren I, Lundh B, Stenevi U, Thorburn W. Cataract surgery and quality of life in patients with age related macular degeneration. *Br J Ophthalmol.* 2002; 86(12):1330-1335.
- [36] Chang DF. Simultaneous bilateral cataract surgery. *Br J Ophthalmol.* 2003; 87(3):253-254.
- [37] Smith GT, Liu CS. Is it time for a new attitude to "simultaneous" bilateral cataract surgery? *Br J Ophthalmol.* 2001; 85(12):1489-1496.
- [38] Javitt JC, Jacobson G, Schiffman RM. Validity and reliability of the Cataract TyPE Spec: an instrument for measuring outcomes of cataract extraction. *Am J Ophthalmol.* 2003; 136(2):285-290.
- [39] Wenzel M, Altgassen G. Über die Zufriedenheit von Katarakt-Patienten. *Klin Monbl Augenheilkd.* 1996; 209(4):215-219.
- [40] Pager CK. Assessment of visual satisfaction and function after cataract surgery. *J Cataract Refract Surg.* 2004; 30(12):2510-2516.
- [41] Pesudovs K. Item Banking: A Generational Change in Patient-Reported Outcome Measurement. *Optom Vis Sci.* 2010.
- [42] Morris D, Fraser SG, Gray C. Cataract surgery and quality of life implications. *Clin Interv Aging.* 2007; 2(1):105-108.

**Anhang_B_1 Dokumentationsbogen
Kataraktoperation Stand
Abschlussbericht**

Datensatz Kataraktoperation

KAT (Spezifikation 15.0 Testinstanz)

BASIS				wenn Feld 15 = 1			
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden				16> Art der OP-relevanten Komorbidität(en) 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 1 = Immunsuppression 2 = Diabetes Mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz 6 = Gerinnungsstörung 7 = Drogenabhängigkeit 8 = sonstige OP-relevante Komorbidität			
1-14	Basisdokumentation	9				Arznummer (LANR)	
						□□□□□□□□□□	
1-5		10-16				Patient	
1-5		10-16				Patient	
1	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar	10	Einrichtunginterne Identifikationsnummer des Patienten				
	<input type="checkbox"/>		□□□□□□□□□□□□□□□□				
	0 = nein 1 = ja	11	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small>				
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse		□□.□□.□□□□□□				
3	Krankenversicherungsnummer	12	Geschlecht				
	□□□□□□□□□□□□□□		1 = männlich 2 = weiblich				
4	Einheitliche Krankenversicherungsnummer	13	Aufnahmedatum <small>TT.MM.JJJJ</small>				
	□□□□□□□□□□□□		□□.□□.□□□□□□				
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?	14	Aufnahmediagnose(n) <small>ICD-10-GM</small> <small>http://www.dimdi.de</small>				
	<input type="checkbox"/>		1. □□□□.□□□□				
	0 = nein 1 = ja		2. □□□□.□□□□				
6-9		15-16		Anamnese			
6-9		15-16		Anamnese			
6-7		15-16		Anamnese			
6-7		15-16		Anamnese			
6	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small>	15	OP-relevante Komorbidität(en)				
	□□□□□□□□□□		<input type="checkbox"/>				
6,01	Betriebsstätten-Nummer						
	□□						
7	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung</small> <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small>						
	□□□□						
	Schlüssel 1						
8-9		15-16		Anamnese			
8-9		15-16		Anamnese			
8-9		15-16		Anamnese			
8-9		15-16		Anamnese			
8	Betriebsstätten-Nummer <small>KV-Nummer</small>						
	□□□□□□□□□□						

Datensatz Kataraktoperation

OPERATION		wenn Feld 23 = 1		29	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden				Art der Anästhesie	
17-17 Eingriff					
17	Seite des operierten Auges 1 = rechts 2 = links	24>	Art der ophthalmologischen Vorerkrankung 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis / hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustrauma 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura 8 = Glaukom mit engem Kammerwinkel 9 = sonstige ophthalmologische Vorerkrankung	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>	1 = Vollnarkose 2 = Injektionsanästhesie 3 = Tropfanästhesie
18-24 Präoperative Befunde		25-26 Indikation		30-34 Intraoperative Komplikationen	
18	Präoperativ berechnete Ziel-Refraktion (sphärisch) □□□□,□□ dpt	25	Präoperativer Visus cc □,□□	30	Intraoperative Komplikation(en) 0 = nein 1 = ja
19	(verwendete) Messmethode zur Bestimmung der Zielrefraktion 1 = Ultraschallmessung 2 = Laserinterferometrie	wenn Visus cc >= 0,6		wenn Feld 30 = 1	
20	Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge inkl. Lasik 0 = nein 1 = ja	26>	Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens 1 = erhöhte Blendempfindlichkeit 2 = Kataraktbedingte Anisometropie 3 = Linsenbedingter Druckanstieg 4 = subjektive erheblich Einschränkungen des Patienten	31>	Art der intraoperativen Komplikation(en) 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 1 = Kern-oder Rindenverlust in den Glaskörper 2 = Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie 3 = sonstige intraoperative Komplikation
21	Pupillendurchmesser in Mydriasis □□,□ mm	27-29 Operation		32	
22	Bulbuslänge □□,□□ mm	27	Datum der Kataraktoperation TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	Anästhesie-assoziierte Komplikation 0 = nein 1 = ja	
23	ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges 0 = nein 1 = ja	28	Operation http://www.dimdi.de 1. □—□□□.□□ 2. □—□□□.□□ 3. □—□□□.□□ 4. □—□□□.□□ 5. □—□□□.□□	33	
				OP am falschen Patienten 0 = nein 1 = ja	
				wenn Feld 33 = 0	
				34>	
				OP am falschen Auge 0 = nein 1 = ja	
				35-36 Postoperative Komplikationen	
				35	
				Postoperative Komplikation(en) 0 = nein 1 = ja	

Datensatz Kataraktoperation

wenn Feld 35 = 1	
36>	Art der postoperativen Komplikation(en)
	1. <input type="checkbox"/>
	2. <input type="checkbox"/>
	3. <input type="checkbox"/>
	4. <input type="checkbox"/>
	5. <input type="checkbox"/>
	1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente
	2 = Endophthalmitis
	3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation)
	4 = refraktiv-chirurgische Korrekturmöglichkeit der IOL
	5 = Netzhautablösung
	6 = Läsion der Iris
	7 = Hornhautdekomensation/-ödem
	8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem
	9 = zu versorgende Wunddehiszenz
	10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer
	11 = sonstige postoperative Komplikation

Datensatz Kataraktoperation

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
37-38	Entlassung
37	Entlassungsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> □□.□□.□□□□
38	Entlassungsdiagnosen <small>http://www.dimdi.de</small> 1. □□□□.□□□ 2. □□□□.□□□ 3. □□□□.□□□ 4. □□□□.□□□ 5. □□□□.□□□

Datensatz Kataraktoperation

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1800 = Gefäßchirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1890 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1900 = Plastische Chirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1990 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1991 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1992 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2000 = Thoraxchirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2091 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2092 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2100 = Herzchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2190 = Herzchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2191 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2192 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2291 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2292 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2392 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2425 = Frauenheilkunde
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2500 = Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2591 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2592 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2790 = Augenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2791 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2891 = Neurologie
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2892 = Neurologie
0892 = Pneumologie	1792 = Neurochirurgie	2900 = Allgemeine Psychiatrie
		2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
		2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datensatz Kataraktoperation

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3690 = Intensivmedizin
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3691 = Intensivmedizin
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3692 = Intensivmedizin
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3700 = sonstige Fachabteilung
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3752 = Palliativmedizin
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3757 = Visceralchirurgie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3790 = Sonstige Fachabteilung
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3791 = Sonstige Fachabteilung
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3792 = Sonstige Fachabteilung
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3200 = Nuklearmedizin	
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3290 = Nuklearmedizin	
3291 = Nuklearmedizin	
3292 = Nuklearmedizin	
3300 = Strahlenheilkunde	
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
3390 = Strahlenheilkunde	
3391 = Strahlenheilkunde	
3392 = Strahlenheilkunde	
3400 = Dermatologie	
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3490 = Dermatologie	
3491 = Dermatologie	
3492 = Dermatologie	
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3600 = Intensivmedizin	
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie	
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie	
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	

**Anhang_B_2 Dokumentationsbogen
Katarakt Follow-up Stand
Abschlussbericht**

Datensatz Follow-Up Kataraktoperation

KATFU (Spezifikation 15.0 Testinstanz)

BASIS		9-10 ambulant	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			
1-24 Follow-up			
1	Kataraktoperation innerhalb der letzten 3 Monate 0 = nein 1 = ja	9	Betriebsstätten-Nummer <small>KV-Nummer</small> □□□□□□□□□□
2-6 Patientenidentifizierende Daten		11-14 Patient	
2	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar 0 = nein 1 = ja	10	Arztnummer (LANR) □□□□□□□□□□
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse □□□□□□□□□□	11	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten □□□□□□□□□□□□□□□□
4	Krankenversicherthenummer □□□□□□□□□□□□□□	12	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> □□.□□.□□□□
5	Einheitliche Krankenversicherthenummer □□□□□□□□□□□□	13	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich
6	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? 0 = nein 1 = ja	14	Aufnahme datum <small>ambulat / stationär</small> <small>TT.MM.JJJJ</small> □□.□□.□□□□
7-10 Leistungserbringeridentifizierende Daten			
7-8 stationär			
7	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> □□□□□□□□□□		
7,01	Betriebsstätten-Nummer □□		
8	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung</small> <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> □□□□ Schlüssel 1		

Datensatz Follow-Up Kataraktoperation

NACHBEHANDLUNG	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
15-20	Postoperative Kontrolle
wenn Feld 1 = 1	
15>	Nachbehandeltes Auge <input type="checkbox"/> 1 = rechts 2 = links
16>	Datum der Kataraktoperation <small>TT.MM.JJJJ</small> □□.□□.□□□□
17>	Refraktionsmessung erfolgt <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 17 = 1	
18>>	Datum der postoperativen Refraktionsmessung <small>TT.MM.JJJJ</small> □□.□□.□□□□
19>>	Postoperative Refraktion - sphärisch □□□, □□ dpt
20>>	Postoperative Refraktion - zylindrisch <small>Angabe als negativer Wert</small> □□□, □□ dpt
21-22	Postoperative Komplikationen
wenn Feld 1 = 1	
21>	Postoperative Komplikation(en) <small>nach stationärem Aufenthalt</small> 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>

wenn Feld 21 = 1	
22>>	Art der postoperativen Komplikation(en) <small>nach stationärem Aufenthalt</small> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturmöglichkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer 11 = sonstige postoperative Komplikation

Datensatz Follow-Up Kataraktoperation

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
23-24	Entlassung
23	<p>Entlassdatum TT.MM.JJJJ</p> <p style="text-align: right;">□□.□□.□□□□</p>
24	<p>Entlassdiagnose(n) <small>http://www.dimdi.de</small></p> <p>1. □□□□.□□□□</p> <p>2. □□□□.□□□□</p> <p>3. □□□□.□□□□</p> <p>4. □□□□.□□□□</p> <p>5. □□□□.□□□□</p> <p>6. □□□□.□□□□</p> <p>7. □□□□.□□□□</p> <p>8. □□□□.□□□□</p> <p>9. □□□□.□□□□</p> <p>10. □□□□.□□□□</p> <p>11. □□□□.□□□□</p> <p>12. □□□□.□□□□</p>

Datensatz Follow-Up Kataraktoperation

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1800 = Gefäßchirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1890 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1900 = Plastische Chirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1990 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1991 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1992 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2000 = Thoraxchirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2091 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2092 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2100 = Herzchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2190 = Herzchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2191 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2192 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2291 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2292 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2392 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2425 = Frauenheilkunde
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2500 = Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2591 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2592 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2790 = Augenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2791 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2891 = Neurologie
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2892 = Neurologie
0892 = Pneumologie	1792 = Neurochirurgie	2900 = Allgemeine Psychiatrie
		2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
		2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datensatz Follow-Up Kataraktoperation

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3690 = Intensivmedizin
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3691 = Intensivmedizin
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3692 = Intensivmedizin
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3700 = sonstige Fachabteilung
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3752 = Palliativmedizin
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3757 = Visceralchirurgie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3790 = Sonstige Fachabteilung
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3791 = Sonstige Fachabteilung
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3792 = Sonstige Fachabteilung
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3200 = Nuklearmedizin	
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3290 = Nuklearmedizin	
3291 = Nuklearmedizin	
3292 = Nuklearmedizin	
3300 = Strahlenheilkunde	
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
3390 = Strahlenheilkunde	
3391 = Strahlenheilkunde	
3392 = Strahlenheilkunde	
3400 = Dermatologie	
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3490 = Dermatologie	
3491 = Dermatologie	
3492 = Dermatologie	
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3600 = Intensivmedizin	
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie	
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie	
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	

**Anhang_B_3 Dokumentationsbogen
Kataraktoperation Stand Beginn
Machbarkeitsprüfung**

Datensatz Kataraktoperation

KAT (Spezifikation 1.0)

BASIS		bei angegebener Betriebsstätte optional		wenn Feld 17 = 1	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden					
1-16 Basisdokumentation		10>> Nebenbetriebsstättennummer NBSNR <input type="text"/>		18> Art der OP-relevanten Komorbidität(en) 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 1 = Immunsuppression 2 = Diabetes Mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz 6 = Gerinnungsstörung 7 = Drogenabhängigkeit 8 = Demenz 9 = sonstige OP-relevante Komorbidität	
1 Art der Abrechnung 1 = stationär 2 = ambulant, kollektivvertraglich 3 = ambulant, selektivvertraglich <input type="checkbox"/>		wenn der Patient ambulant behandelt wird			
2-5 Patientenidentifizierende Daten		11> Lebenslange Arztnummer LANR <input type="text"/>			
2 Institutionskennzeichen der Krankenkasse <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>		12-16 Patient			
3 Versichertennummer der alten Versichertenkarte <input type="text"/>		12 Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/>			
4 Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) <input type="text"/>		13 Geburtsdatum JJJJ-MM-TT <input type="text"/>			
5 Ist Patient(in) gesetzlich versichert? 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>		14 Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich <input type="checkbox"/>			
6-8 stationär		wenn der Patient stationär behandelt wird			
6-11 Leistungserbringeridentifizierende Daten		15> Aufnahmedatum stationär JJJJ-MM-TT <input type="text"/>			
6> Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>		16 Aufnahmediagnose(n) ICD-10-GM <small>http://www.dimdi.de</small> 1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/> 4. <input type="text"/> 5. <input type="text"/>			
7> Betriebsstättennummer <input type="text"/>					
8> Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> Schlüssel 1 <input type="text"/>					
9-11 ambulant		17-18 Anamnese			
wenn der Patient ambulant behandelt wird					
9> Betriebsstättennummer BSNR <input type="text"/>		17 OP-relevante Komorbidität(en) 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>			

Datensatz Kataraktoperation

OPERATION		26-27 Indikation		wenn Feld 31 = 1	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden		26 Präoperativer Visus cc □, □ □		32> Art der intraoperativen Komplikation(en) 1. □ 2. □ 3. □	
19-19 Eingriff		wenn Visus cc >= 0,6		1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente	
19	Seite des operierten Auges □ 1 = rechts 2 = links	27> Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens 1. □ 2. □ 3. □ 4. □		2 = Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie	
20-25 Präoperative Befunde		28-30 Operation		33 Anästhesie-assoziierte Komplikation □	
20	Präoperativ bestimmte Refraktion (sphärisch) □ □ □ □, □ □ dpt	28 Datum der Kataraktoperation <small>JJJJ-MM-TT</small> □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		0 = nein 1 = ja	
21	(verwendete) Messmethode zur Bestimmung der Zielrefraktion □ 1 = Ultraschallmessung 2 = Laserinterferometrie	29 Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS <small>http://www.dimdi.de</small> 1. □ — □ □ □ □ . □ □ □ 2. □ — □ □ □ □ . □ □ □ 3. □ — □ □ □ □ . □ □ □ 4. □ — □ □ □ □ . □ □ □ 5. □ — □ □ □ □ . □ □ □		34 OP am falschen Auge □ 0 = nein 1 = ja	
22	Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge inkl. Lasik □ 0 = nein 1 = ja	31-33 Intraoperative Komplikationen		35-36 Postoperative Komplikationen	
23	Bulbuslänge □ □ □, □ □ mm	30 Art der Anästhesie □ 1 = Vollnarkose 2 = Injektionsanästhesie 3 = Tropfanästhesie		35 Postoperative Komplikation(en) □ 0 = nein 1 = ja	
24	ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges □ 0 = nein 1 = ja	31-33 Intraoperative Komplikationen		wenn Feld 35 = 1	
wenn Feld 24 = 1		31 Intraoperative Komplikation(en) □ 0 = nein 1 = ja		36> Art der postoperativen Komplikation(en) 1. □ □ 2. □ □ 3. □ □ 4. □ □ 5. □ □	
25>	Art der ophthalmologischen Vorerkrankung 1. □ 2. □ 3. □ 4. □ 5. □ 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis / hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustraua 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura 8 = sonstige ophthalmologische Vorerkrankung 9 = Glaukom mit engem Kammerwinkel			1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekompensation/-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer 11 = sonstige postoperative Komplikation	

Datensatz Kataraktoperation

BASIS	
37-38 Entlassung	
wenn der Patient stationär behandelt wird	
37>	<p>Entlassungsdatum</p> <p>JJJ-MM-TT</p> <p style="text-align: right;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □</p>
38	<p>Entlassungsdiagnose(n)</p> <p>ICD-10-GM</p> <p>http://www.dimdi.de</p> <p>1. □ □ □ □ . □ □ □</p> <p>2. □ □ □ □ . □ □ □</p> <p>3. □ □ □ □ . □ □ □</p> <p>4. □ □ □ □ . □ □ □</p> <p>5. □ □ □ □ . □ □ □</p>

**Anhang_B_4 Dokumentationsbogen
Katarakt Follow-up Stand Beginn
Machbarkeitsprüfung**

Datensatz Kataraktoperation Follow-Up

KAT_FU (Spezifikation 1.0)

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-15	Basisdokumentation
1	Art der Abrechnung <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> 1 = stationär 2 = ambulant, kollektivvertraglich 3 = ambulant, selektivvertraglich
2-5	Patientenidentifizierende Daten
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse http://www.arge-ik.de <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
3	Versichertennummer der alten Versichertenkarte <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
4	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? 0 = nein 1 = ja <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
6-11	Leistungserbringeridentifizierende Daten
6-8	stationär
wenn der Patient stationär behandelt wird	
6>	Institutionskennzeichen http://www.arge-ik.de <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
7>	Betriebsstättennummer <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
8>	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> Schlüssel 1
9-11	ambulant
wenn der Patient ambulant behandelt wird	
9>	Betriebsstättennummer <small>BSNR</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
bei angegebener Betriebsstätte optional	
10>>	Nebenbetriebsstättennummer <small>NBSNR</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
wenn der Patient ambulant behandelt wird	
11>	Lebenslange Arztnummer <small>LANR</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
12-15	Patient
12	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
13	Geburtsdatum <small>JJJJ-MM-TT</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
14	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
wenn der Patient stationär behandelt wird	
15>	Aufnahmedatum <small>stationär JJJJ-MM-TT</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
16-16	Katarakt OP
16	Kataraktoperation innerhalb der letzten 3 Monate 0 = nein 1 = ja <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>

Datensatz Kataraktoperation Follow-Up

NACHBEHANDLUNG	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
17-24 Postoperative Behandlung	
17	Operiertes Auge <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>1 = rechts 2 = links</p>
18	Datum der Kataraktoperation <small>JJJJ-MM-TT</small> <div style="text-align: right;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>
19	Refraktionsmessung möglich <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 19 = 1	
20>	Datum der postoperativen Refraktionsmessung <small>JJJJ-MM-TT</small> <div style="text-align: right;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </div>
21>	sphärisch <div style="text-align: right;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>₀, <input type="text"/><input type="text"/>₀ dpt </div>
22>	zylindrisch <div style="text-align: right;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>₀, <input type="text"/><input type="text"/>₀ dpt </div>
23	Postoperative Komplikation(en) <small>nach stationärem Aufenthalt</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>0 = nein 1 = ja</p>

wenn Feld 23 = 1	
24>	Art der postoperativen Komplikation(en) <small>nach stationärem Aufenthalt</small> <div style="text-align: right;"> 1. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> </div> <p>1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturmotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer 11 = sonstige postoperative Komplikation</p>

**Anhang_B_5 Dokumentationsbogen
Kataraktoperation Stand Ergebnis
Machbarkeitsprüfung**

Datensatz Kataraktoperation

BASIS (WENN EINE KATARAKT-OP DURCHGEFÜHRT WIRD)		<i>bei angegebener Betriebsstätte optional</i>		<i>wenn Feld 22 = 1</i>	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden		15>> Nebenbetriebsstättennummer NBSNR <input type="text"/>		23> Art der OP-relevanten Komorbidität(en) 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 1 = Immunsuppression 2 = Diabetes Mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz 6 = Gerinnungsstörung 7 = Demenz 9 = sonstige OP-relevante Komorbidität	
6-21 Basisdokumentation		<i>wenn der Patient ambulant behandelt wird</i>			
6	Art der Abrechnung 1 = stationär 2 = ambulant, kollektivvertraglich 3 = ambulant, selektivvertraglich <input type="checkbox"/>	16> Lebenslange Arztnummer LANR <input type="text"/>			
7-10 Patientenidentifizierende Daten		17-21 Patient			
7	Institutionskennzeichen der Krankenkasse <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>	17 Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/>			
8	Versichertennummer der alten Versichertenkarte <input type="text"/>	18 Geburtsdatum JJJJ-MM-TT <input type="text"/>			
9	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) <input type="text"/>	19 Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich <input type="checkbox"/>			
10	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>	<i>wenn der Patient stationär behandelt wird</i>			
11-16 Leistungserbringeridentifizierende Daten		20> Aufnahme datum stationär JJJJ-MM-TT <input type="text"/>			
11-13 stationär		21 Aufnahme diagnose(n) ICD-10-GM <small>http://www.dimdi.de</small> 1. <input type="text"/> . <input type="text"/> 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> 3. <input type="text"/> . <input type="text"/> 4. <input type="text"/> . <input type="text"/> 5. <input type="text"/> . <input type="text"/>			
<i>wenn der Patient stationär behandelt wird</i>		22-23 Anamnese			
11>	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>	22 OP-relevante Komorbidität(en) 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>			
12>	Betriebsstättennummer <input type="text"/>	14> Betriebsstättennummer BSNR <input type="text"/>			
13>	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> Schlüssel 1 <input type="text"/>				
14-16 ambulant					
<i>wenn der Patient ambulant behandelt wird</i>					

Datensatz Kataraktoperation

OPERATION		31-33 Indikation		wenn Feld 37 = 1	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden		31		38>	
24-24 Eingriff		32		39	
24	Seite des operierten Auges 1 = rechts 2 = links	Präoperativer Visus cc		Art der intraoperativen Komplikation(en)	
25-30 Präoperative Befunde		wenn Feld 32 = 1		wenn Feld 37 = 1	
25	Präoperative festgelegte Zielrefraktion <small>sphärisches Äquivalent</small>	33>		40	
26	Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge oder Lasik	34-36 Operation		41	
27	Pupillendurchmesser in Mydriasis	34		42-43 Postoperative Komplikationen	
28	Bulbuslänge	35		42	
29	ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges	36		wenn Feld 42 = 1	
wenn Feld 29 = 1		37-39 Intraoperative Komplikationen		wenn Feld 42 = 1	
30>		37		43>	
Art der ophthalmologischen Vorerkrankung		37		43>	
1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis / hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustrauma 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura 8 = sonstige ophthalmologische Vorerkrankung 9 = Glaukom mit engem Kammerwinkel		Intraoperative Komplikation(en)		Art der postoperativen Komplikation(en)	

Datensatz Kataraktoperation

BASIS (WENN EINE KATARAKT-OP DURCHGEFÜHRT WIRD)	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
44-45 Entlassung	
wenn der Patient stationär behandelt wird	
44>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <p>Entlassungsdatum</p> <p>stationär</p> <p>J.JJ-MM-TT</p> </div> <div style="width: 15%; text-align: center;"> <input type="text"/> </div> </div>
45	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <p>Entlassungsdiagnose(n)</p> <p>ICD-10-GM</p> <p>http://www.dimdi.de</p> </div> <div style="width: 15%; text-align: center;"> <p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> </div> </div>

Datensatz Kataraktoperation

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1800 = Gefäßchirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1890 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1900 = Plastische Chirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1990 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1991 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1992 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2000 = Thoraxchirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2091 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2092 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2100 = Herzchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2190 = Herzchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2191 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2192 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2291 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2292 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2392 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2425 = Frauenheilkunde
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2500 = Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2591 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2592 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2790 = Augenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2791 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2891 = Neurologie
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2892 = Neurologie
0892 = Pneumologie	1792 = Neurochirurgie	2900 = Allgemeine Psychiatrie
		2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
		2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datensatz Kataraktoperation

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3690 = Intensivmedizin
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3691 = Intensivmedizin
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3692 = Intensivmedizin
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3700 = sonstige Fachabteilung
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3752 = Palliativmedizin
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3757 = Visceralchirurgie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3790 = Sonstige Fachabteilung
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3791 = Sonstige Fachabteilung
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3792 = Sonstige Fachabteilung
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3200 = Nuklearmedizin	
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3290 = Nuklearmedizin	
3291 = Nuklearmedizin	
3292 = Nuklearmedizin	
3300 = Strahlenheilkunde	
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
3390 = Strahlenheilkunde	
3391 = Strahlenheilkunde	
3392 = Strahlenheilkunde	
3400 = Dermatologie	
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3490 = Dermatologie	
3491 = Dermatologie	
3492 = Dermatologie	
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3600 = Intensivmedizin	
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie	
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie	
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	

**Anhang_B_6 Dokumentationsbogen
Katarakt Follow-up ambulant Stand
Ergebnis Machbarkeitsprüfung**

Datensatz Kataraktoperation Follow-Up

BASIS (WENN DER PATIENT EINE KATARAKT-OP HATTE)	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
6-20 Basisdokumentation	
6	Art der Abrechnung <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>1 = stationär 2 = ambulant, kollektivvertraglich 3 = ambulant, selektivvertraglich</p>
7-10 Patientenidentifizierende Daten	
7	Institutionskennzeichen der Krankenkasse <small>http://www.arge-ik.de</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
8	Versichertennummer der alten Versichertenkarte <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
9	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
10	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>0 = nein 1 = ja</p>
11-16 Leistungserbringeridentifizierende Daten	
11-13 stationär	
<i>wenn der Patient stationär behandelt wird</i>	
11>	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
12>	Betriebsstättennummer <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
13>	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>Schlüssel 1</p>
14-16 ambulant	
<i>wenn der Patient ambulant behandelt wird</i>	
14>	Betriebsstättennummer <small>BSNR</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>

<i>bei angegebener Betriebsstätte optional</i>	
15>>	Nebenbetriebsstättennummer <small>NBSNR</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
<i>wenn der Patient ambulant behandelt wird</i>	
16>	Lebenslange Arztnummer <small>LANR</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
17-20 Patient	
17	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
18	Geburtsdatum <small>JJJJ-MM-TT</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
19	Geschlecht <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>1 = männlich 2 = weiblich</p>
20	Untersuchungsdatum <small>JJJJ-MM-TT</small> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>

Datensatz Kataraktoperation Follow-Up

NACHBEHANDLUNG	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
21-28 Postoperative Behandlung	
21	<p>Operiertes Auge <input type="checkbox"/></p> <p>1 = rechts 2 = links</p>
22	<p>Datum der Kataraktoperation</p> <p><small>JJJJ-MM-TT</small></p> <p style="text-align: center;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □</p>
23	<p>Postoperative Bestimmung der Refraktion möglich <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 23 = 1	
24>	<p>Datum der postoperativen Bestimmung der Refraktion</p> <p><small>JJJJ-MM-TT</small></p> <p style="text-align: center;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □</p>
25>	<p>sphärisch</p> <p style="text-align: right;">□ □ □ □ , □ □ □ dpt</p>
26>	<p>zylindrisch</p> <p style="text-align: right;">□ □ □ □ , □ □ □ dpt</p>
27	<p>Postoperative Komplikation(en) <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

wenn Feld 27 = 1	
28>	<p>Art der postoperativen Komplikation(en)</p> <p style="text-align: right;">1. □ □ 2. □ □ 3. □ □ 4. □ □ 5. □ □</p> <p>1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturmotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer 11 = sonstige postoperative Komplikation</p>

Datensatz Kataraktoperation Follow-Up

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1800 = Gefäßchirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1890 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1900 = Plastische Chirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1990 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1991 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1992 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2000 = Thoraxchirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2091 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2092 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2100 = Herzchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2190 = Herzchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2191 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2192 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2291 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2292 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2392 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2425 = Frauenheilkunde
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2500 = Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2591 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2592 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2790 = Augenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2791 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2891 = Neurologie
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2892 = Neurologie
0892 = Pneumologie	1792 = Neurochirurgie	2900 = Allgemeine Psychiatrie
		2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
		2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datensatz Kataraktoperation Follow-Up

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3690 = Intensivmedizin
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3691 = Intensivmedizin
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3692 = Intensivmedizin
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3700 = sonstige Fachabteilung
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3752 = Palliativmedizin
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3757 = Visceralchirurgie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3790 = Sonstige Fachabteilung
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3791 = Sonstige Fachabteilung
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3792 = Sonstige Fachabteilung
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3200 = Nuklearmedizin	
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3290 = Nuklearmedizin	
3291 = Nuklearmedizin	
3292 = Nuklearmedizin	
3300 = Strahlenheilkunde	
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
3390 = Strahlenheilkunde	
3391 = Strahlenheilkunde	
3392 = Strahlenheilkunde	
3400 = Dermatologie	
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3490 = Dermatologie	
3491 = Dermatologie	
3492 = Dermatologie	
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3600 = Intensivmedizin	
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie	
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie	
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	

**Anhang_B_7 Dokumentationsbogen
Katarakt Follow-up stationär Stand
Ergebnis Machbarkeitsprüfung**

Datensatz Kataraktoperation Follow-Up (stationär)

KATFU_stationaer (Spezifikation sqg_2.0)

FILTER	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1	<p>Hatte der Patient eine Kataraktoperation innerhalb der letzten 3 Monate eine Kataraktoperation?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

Datensatz Kataraktoperation Follow-Up (stationär)

BASIS (WENN DER PATIENT EINE KATARAKT-OP HATTE) Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse <small>http://www.arge-ik.de</small> <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□</div>
3	Versichertennummer der alten Versichertenkarte <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□□□□□</div>
4	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□</div>
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>0 = nein 1 = ja</p>
6	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□</div>
7	Betriebsstättennummer <div style="text-align: right;">□□</div>
8	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <div style="text-align: right;">□□□□</div> <p>Schlüssel 1</p>
9	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□□□□□□□</div>
10	Geburtsdatum <small>JJJJ-MM-TT</small> <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□</div>
11	Geschlecht <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>1 = männlich 2 = weiblich</p>
12	Aufnahmedatum <small>JJJJ-MM-TT</small> <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□</div>
13	Operationen- und Prozedurenschlüssel <small>http://www.dimdi.de</small> <div style="text-align: right;"> 1. □—□□□.□□ 2. □—□□□.□□ 3. □—□□□.□□ 4. □—□□□.□□ 5. □—□□□.□□ 6. □—□□□.□□ 7. □—□□□.□□ 8. □—□□□.□□ </div>
14	Zu behandelnde Seite <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>1 = rechts 2 = links</p>
15	Entlassungsdiagnose(n) <small>http://www.dimdi.de</small> <div style="text-align: right;"> 1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ </div>
16	Entlassungsdatum <small>JJJJ-MM-TT</small> <div style="text-align: right;">□□□□□□□□□□</div>

Datensatz Kataraktoperation Follow-Up (stationär)

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1800 = Gefäßchirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1890 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1900 = Plastische Chirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1990 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1991 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1992 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2000 = Thoraxchirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2091 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2092 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2100 = Herzchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2190 = Herzchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2191 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2192 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2291 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2292 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2392 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2425 = Frauenheilkunde
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2500 = Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2591 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2592 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2790 = Augenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2791 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2891 = Neurologie
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2892 = Neurologie
0892 = Pneumologie	1792 = Neurochirurgie	2900 = Allgemeine Psychiatrie
		2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
		2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datensatz Kataraktoperation Follow-Up (stationär)

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3690 = Intensivmedizin
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3691 = Intensivmedizin
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3692 = Intensivmedizin
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3700 = sonstige Fachabteilung
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3752 = Palliativmedizin
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3757 = Visceralchirurgie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3790 = Sonstige Fachabteilung
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3791 = Sonstige Fachabteilung
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3792 = Sonstige Fachabteilung
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3200 = Nuklearmedizin	
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3290 = Nuklearmedizin	
3291 = Nuklearmedizin	
3292 = Nuklearmedizin	
3300 = Strahlenheilkunde	
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
3390 = Strahlenheilkunde	
3391 = Strahlenheilkunde	
3392 = Strahlenheilkunde	
3400 = Dermatologie	
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3490 = Dermatologie	
3491 = Dermatologie	
3492 = Dermatologie	
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3600 = Intensivmedizin	
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie	
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie	
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	

**Anhang_C_1 Ausfällhinweise
Kataraktoperation und Follow-up Stand
Abschlussbericht**

lfd. Nr.	Feldbezeichnung Klartext	Schlüsselcode	Ausfüllhinweise
QS-Filter			
OPS EINSIN KAT OPS UND DIAG EINSIN KAT ICD UND ALTER ≥ 50			
Teildatensatz Basisdokumentation			
BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Basisdokumentation (FELD 1-25)			
Patientenidentifizierende Daten (FELD 1-5)			
1	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar	0 = nein 1 = ja	Hier ist zu dokumentieren, ob die nachfolgenden Versichertendaten (Institutionskennzeichen der Krankenkasse, Versichertennummer (alt) bzw. (neu), gesetzlich versichert) im Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) verfügbar sind und ggf. automatisch in die QS-Dokumentationssoftware übernommen werden können. Eine fehlerfreie und datenschutzkonforme Zusammenführung der pseudonymisierten Datensätze ist nur möglich, wenn die personenidentifizierenden Angaben fehlerfrei dokumentiert sind. Diese Information soll genutzt werden, um später verschiedene QS-Dokumentationen (Index-Aufenthalt Kataraktoperation mit Follow-up) eines Patienten zusammenführen auswerten zu können .
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse		Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3. SGB V). Diese Information muss auch im QS-Datensatz erfasst werden.
3	Krankenversichertennummer		Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll für die Versicherten erfasst werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.
4	Einheitliche Krankenversichertennummer		Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll für Versicherte erfasst werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis des Patienten ab. Die Frage ist mit "Ja" zu beantworten, wenn ein entsprechender Versichertenstatus vorliegt. Das Feld sollte auch kongruent mit dem Feld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" sein (Es sollte geprüft werden, ob sich das Institutionskennzeichen der Krankenkasse auf eine gesetzliche Krankenkasse bezieht.)
Leistungserbringeridentifizierenden Daten (FELD 6-9)			
stationär (FELD 6-7)			
6	Institutionskennzeichen	http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein "Institutionskennzeichen" (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.

6.01	Betriebsstätten-Nummer		Diese "Betriebsstätten-Nummer" dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.
7	Fachabteilung	§ 301 SGB V; § 301-Vereinbarung: http://dkgev.de (Schlüssel 1)	selbsterklärend
ambulant (FELD 8-9)			
8	Betriebsstätten-Nummer	-	Diese "Betriebsstätten-Nummer" dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die "Betriebsstätten-Nummer" ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die "Betriebsstätten-Nummern" eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.
9	Arztnummer (LANR)	-	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.
Patient (FELD 10-14)			
10	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	-	Die "einrichtungsinterne Identifikationsnummer" erhält der Patient bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die LQS oder das AQUA-Institut übermittelt.
11	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
12	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
13	Aufnahmedatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
14	Aufnahmediagnose(n)	-	Es sollen die Aufnahmediagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag in der Einrichtung gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.
Anamnese (FELD 15-16)			
15	OP-relevante Komorbidität(en)	0 = nein 1 = ja	Gemeint sind die in Feld 16 genannten Komorbiditäten
wenn Feld 15 = 1			
16	Art der OP-relevanten Komorbidität(en)	1 = Immunsuppression 2 = Diabetes Mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz 6 = Gerinnungsstörung 7 = Drogenabhängigkeit 8 = sonstige OP-relevante Komorbidität	7 = Drogenabhängigkeit: Ist eine von der WHO verwendete allgemeine Bezeichnung für Abhängigkeit von Suchtmitteln mit zentralnervöser Wirkung (Alkohol, Amphetamine, Barbiturate, Cannabis, Cocain, Halluzinogene, Opiate).

Teildatensatz Operation			
Operation (mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Eingriff (FELD 17)			
17	Seite des operierten Auges	1 = rechts 2 = links	selbsterklärend
Präoperative Befunde (FELD 18-24)			
18	Präoperativ berechnete Zielrefraktion (sphärisch)	gültige Angabe in dpt; Angabe mit Vorzeichen	selbsterklärend
19	(verwendete) Messmethode zur Bestimmung der Zielrefraktion	1 = Ultraschallmessung 2 = Laserinterferometrie	selbsterklärend
20	Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge inkl. Lasik	0= nein 1 = ja	selbsterklärend
21	Pupillendurchmesser in Mydriasis	gültige Angabe in mm	selbsterklärend
22	Bulbuslänge	gültige Angabe in mm	selbsterklärend
23	ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges	0= nein 1 = ja	Gemeint sind die in Feld 24 genannten ophthalmologischen Vorerkrankungen
wenn Feld 23 = 1			
24	Art der ophthalmologischen Vorerkrankung	1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis / hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustrauma 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura 8 = Glaukom mit engem Kammerwinkel 9 = sonstige ophthalmologische Vorerkrankung	selbsterklärend
Indikation (FELD 25-26)			
25	Präoperativer Visus CC		Es ist der präoperative Visus CC (cum correctione): Sehvermögen bei optimaler Korrektur anzugeben.
wenn Visus cc >= 0,6			
26	Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens	1 =erhöhte Blendempfindlichkeit 2 = Kataraktbedingte Anisometropie 3 = Linsenbedingter Druckanstieg 4 = subjektiv erhebliche Einschränkung des Sehvermögens	Unter subjektiv erheblichen Einschränkungen des Sehvermögens sind zu verstehen: - eingeschränkte Kraftfahrtauglichkeit, - eingeschränkte Berufstauglichkeit, - eingeschränktes Nah-Sehen und eingeschränkte Lesefähigkeit,
Operation (FELD 27-29)			
27	Datum der Operation	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
28	Operation	http://www.dimdi.de (Schlüsseltable OPS)	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2012 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.
29	Art der Anästhesie	1 = Vollnarkose 2 = Injektionsanästhesie 3 = Tropfanästhesie	selbsterklärend

Intraoperative Komplikationen (FELD 30-34)			
30	Intraoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	selbsterklärend
wenn Feld 30 = 1			
31	Art der intraoperativen Komplikation(en)	1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper 2 = Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie 3 = sonstige intraoperative Komplikation	selbsterklärend
32	Anästhesie-assoziierte Komplikation	0 = nein 1 = ja	Umfasst unerwünschte Behandlungsfolgen, die im Zusammenhang mit der Anästhesie auftreten oder ausgelöst werden.
33	OP am falschen Patienten	0 = nein 1 = ja	selbsterklärend
wenn Feld 33 = 0			
34	OP am falschen Auge	0 = nein 1 = ja	selbsterklärend
Postoperative Komplikationen (FELD 35-36)			
35	Postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	selbsterklärend
wenn Feld 35 = 1			
36	Art der postoperativen Komplikation(en)	1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturbedürftigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation /-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer 11 = sonstige postoperative Komplikation	selbsterklärend
BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Entlassung (FELD 37-38)			
37	Entlassungsdatum	TT.MM.JJJJ	Gilt nur für stationäre Eingriffe: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationäre Aufenthalte gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV 2010
38	Entlassungsdiagnosen (ICD-10-GM)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient bis zum 31.12.2011 aufgenommen worden ist..

lfd. Nr.	Feldbezeichnung Klartext	Schlüsselcode	Ausfüllhinweise
QS-Filter			
Marker auf der Krankenversichertenkarte			
Alternativ Privatpatient: manuelle Auslösung			
BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Follow-up			
1	Kataraktoperation innerhalb der letzten 3 Monate	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld filtert die dokumentationspflichtigen Fälle. Das Ausfüllen eines Follow-up-Bogens ist erforderlich für Patienten, die sich innerhalb der letzten 3 Monate einer Kataraktoperation unterzogen haben.
Patientenidentifizierende Daten (FELD 2-6)			
2	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar	0 = nein 1 = ja	Hier ist zu dokumentieren, ob die nachfolgenden Versichertendaten (Institutionskennzeichen der Krankenkasse, Versichertennummer (alt) bzw. (neu), gesetzlich versichert) im Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) verfügbar sind und ggf. automatisch in die QS-Dokumentationssoftware übernommen werden können. Eine fehlerfreie und datenschutzkonforme Zusammenführung der pseudonymisierten Datensätze ist nur möglich, wenn die personenidentifizierenden Angaben fehlerfrei dokumentiert sind. Diese Information soll genutzt werden, um später verschiedene QS-Dokumentationen (Index-Aufenthalt Kataraktoperation mit Follow-up) eines Patienten zusammenführen auswerten zu können.
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse		Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss auch im QS-Datensatz erfasst werden.
4	Krankenversichertennummer		Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll für die Versicherten erfasst werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.
5	Einheitliche Krankenversichertennummer		Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll für Versicherte erfasst werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.
6	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis des Patienten ab. Die Frage ist mit "Ja" zu beantworten, wenn ein entsprechender Versichertenstatus vorliegt. Das Feld sollte auch kongruent mit dem Feld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" sein (Es sollte geprüft werden, ob sich das Institutionskennzeichen der Krankenkasse auf eine gesetzliche Krankenkasse bezieht.)
Leistungserbringeridentifizierenden Daten (FELD 7-10)			
stationär (FELD 7-8)			
7	Institutionskennzeichen	http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein "Institutionskennzeichen" (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.
7.01	Betriebsstätten-Nummer		Diese "Betriebsstätten-Nummer" dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die "Betriebsstätten-Nummer" ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die "Betriebsstätten-Nummern" eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.
8	Fachabteilung	§ 301 SGB V; § 301-Vereinbarung: http://dkgev.de (Schlüssel 1)	selbsterklärend
ambulant (FELD 9-10)			
9	Betriebsstättennummer		Die von der KV vergebenen "Betriebsstätten-Nummern (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten.
10	Arztnummer (LANR)		Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.

Patient (FELD 11-14)			
11	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten		Die Identifikationsnummer erhält der Patient bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die LQS oder das AQUA-Institut weitergegeben.
12	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
13	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
14	Aufnahmedatum ambulant/stationär	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
NACHBEHANDLUNG (Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Postoperative Kontrolle (FELD 15-20)			
wenn Feld 1 = 1			
15	Nachbehandeltes Auge	1 = rechts 2 = links	selbsterklärend
16	Datum der Kataraktoperation	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
17	Refraktionsmessung erfolgt	0 = nein 1 = ja	selbsterklärend
wenn Feld 17 = 1			
18	Datum der postoperativen Refraktionsmessung	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
19	Postoperative Refraktion - sphärisch	gültige Angabe in dpt; Angabe mit Vorzeichen (+/-)	selbsterklärend
20	Postoperative Refraktion - zylindrisch	gültige Angabe in dpt als negativer Wert mit Vorzeichen (Minus)	selbsterklärend
Postoperative Komplikationen (FELD 21-22)			
wenn Feld 1 = 1			
21	Postoperative Komplikation(en) (nach dem stationären Aufenthalt)	0 = nein 1 = ja	Auch für den Fall, dass sich nicht klären lässt, ob die postoperative Komplikation bereits während des Aufenthalts aufgetreten ist, sollte diese an dieser Stelle erfasst werden.
22	Art der postoperativen Komplikation(en) (nach dem stationären Aufenthalt)	1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturbedürftigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation /-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer 11 = sonstige postoperative Komplikation	selbsterklärend
BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Entlassung (FELD 23-24)			
37	Entlassungsdatum	TT.MM.JJJJ	Gilt nur für stationäre Eingriffe: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationäre Aufenthalten gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV 2010
38	Entlassungsdiagnosen (ICD-10-GM)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient bis zum 31.12.2011 aufgenommen worden ist..

lfd. Nr.	Feldbezeichnung Klartext	Schlüsselcode	Ausfüllhinweise
BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt sein)			
Basisdokumentation (FELD 1-25)			
1	zugehöriges QS-Modul	Schlüssel 1	Bei der Dokumentation des Minimaldatensatzes ist immer anzugeben, anstelle welchen QS-Moduls er angewendet wird (Bogenfeld ZUQSMODUL "Zugehöriges QS-Modul").
2	Identifikationsnummer des Patienten (im zugehörigen QS-Modul)		selbsterklärend
stationär (FELD 3-4)			
3	Institutionskennzeichen	http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein "Institutionskennzeichen" (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.
3.01	Betriebsstätten-Nummer		Diese "Betriebsstätten-Nummer" dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die "Betriebsstätten-Nummer" ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die "Betriebsstätten-Nummern" eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.
4	Fachabteilung	§ 301 SGB V; § 301-Vereinbarung; http://dkgev.de (Schlüssel 2)	selbsterklärend
ambulant (FELD 5-6)			
5	Betriebsstätten-Nummer (KV-Nummer)		Die von der KV vergebenen Betriebsstätten-Nummern (BSNR) identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten.
6	Arztnummer (LANR)		Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.
Patient (FELD 7-15)			
7	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
8	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
9	Aufnahmedatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
10	Entlassungsdatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
11	Identifikationsnummer der Patientenbefragung		selbsterklärend
12	Besteht ein Ausschlussgrund?	0 = nein 1 = ja	Ausschlussgründe für die Patientenbefragung sind: 1. Alter < 18 Jahre, 2. Schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz); 3. Patient verstorben; 4. Patient versteht die Sprache des Fragebogens nicht oder 5. Patient kann nicht lesen oder schreiben. Ein Ausschluss soll nur erfolgen, wenn ein Ausschlussgrund eindeutig vorliegt. Im Zweifelsfall soll der Patient einen Fragebogen erhalten.
wenn kein Ausschlussgrund vorliegt (Feld 12 =0)			
13	Datum der Fragebogenversendung	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
wenn der Fragebogen versendet wurde (Feld 13 <> LEER)			

**Anhang_C_2 Ausfällhinweise
Kataraktoperation Stand
Machbarkeitsprüfung**

Ausfüllhinweise Kataraktoperation (KAT)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
Teildatensatz Basis (B)				
Basisdokumentation				
1	Art der Abrechnung	1 = stationär 2 = ambulant, kollektivvertraglich 3 = ambulant, selektivvertraglich	Einrichtungen mit ambulanten Behandlungsfällen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhäuser mit Zulassung zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach § 301 SGB V) ▪ Krankenhäuser mit Ermächtigung für ambulante Leistungen nach § 116a SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach § 295 SGB V) ▪ Medizinische Versorgungszentren; selektivvertraglich und kollektivvertraglich tätig (Zulassung nach § 95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach § 295 SGB V) ▪ Facharztpraxen und Zusammenschlüsse von Facharztpraxen (Zulassung nach § 95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach § 295 SGB V) Hochschulambulanzen (Ermächtigung nach § 117 (1) SGB V, Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach § 295 SGB V)	ARTABRECHNUNG <> 1 UND IKNRKH <> LEER ARTABRECHNUNG <> 1 UND BSNR <> LEER ARTABRECHNUNG <> 1 UND FACHABT <> LEER ARTABRECHNUNG <> 1 UND AUFNDATUM <> LEER ARTABRECHNUNG <> 1 UND ENTLDATUM <> LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND IKNRKH = LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND BSNR = LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND FACHABT = LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM = LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM = LEER ARTABRECHNUNG NICHTIN (2;3) UND BSNRAMBULANT <> LEER ARTABRECHNUNG NICHTIN (2;3) UND LANR <> LEER ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND BSNRAMBULANT = LEER ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND LANR = LEER

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
				<p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > aktuellesDatum()</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > ENTLDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > OPDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM > aktuellesDatum()</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND GEBDATUM > ENTLDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND GEBDATUM > AUFNDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) > 100</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND alter(GEBDATUM;ENTLDATUM) > 100</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND OPDATUM > ENTLDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND OPDATUM - AUFNDATUM > 396</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM < '2012-01-01'</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM < '2012-01-01'</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM > '2013-01-31'</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > '2012-12-31'</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND abs(jahreswert(AUFNDATUM) - jahreswert(GEBDATUM) - alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)) > 1</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
				<p>ARTABRECHNUNG = 1 UND jahreswert(AUFNDATUM) - jahreswert(GEBDATUM) - alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)=1</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ((ENTLDATUM - AUFNDATUM) > 300) UND ((ENTLDATUM - AUFNDATUM) <= 396)</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ((ENTLDATUM - OPDATUM) > 200) UND ((ENTLDATUM - OPDATUM) <= 396)</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM - AUFNDATUM > 396</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND aktuellesDatum() < ENTLDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND OPDATUM > '2012-12-31'</p> <p>ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND OPDATUM < '2012-01-01'</p>
Patientenidentifizierende Daten				
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	-	<p>Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird nicht im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
3	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird nicht im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>	
4	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	-	<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird nicht im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das</p>	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
			BMG gesondert festgelegt.	
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	<p>Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis des Patienten ab.</p> <p>Als gesetzlich versichert gelten in diesem Zusammenhang alle Patienten, bei denen bei einem der im KIS hinterlegten potenziellen Kostenträger das Institutskennzeichen der Krankenversicherung mit der Ziffernfolge "10" beginnt.</p> <p>Dieses Datenfeld wird im Rahmen des üblichen QS-Datenexportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert.</p>	
Leistungserbringeridentifizierende Daten				
stationär				
wenn der Patient stationär behandelt wird				
6	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>	<p>ARTABRECHNUNG <> 1 UND IKNRKH <> LEER</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND IKNRKH = LEER</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
7	Betriebsstättennummer	-	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorgelegt werden.	ARTABRECHNUNG <> 1 UND BSNR <> LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND BSNR = LEER
8	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-	ARTABRECHNUNG <> 1 UND FACHABT <> LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND FACHABT = LEER
ambulant				
wenn der Patient ambulant behandelt wird				
9	Betriebsstättennummer	-	Die von der KV vergebenen "Betriebsstätten-Nummern (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten.	BSNRAMBULANT = LEER UND NBSNRAMBULANT <> LEER ARTABRECHNUNG NICHTIN (2;3) UND BSNRAMBULANT <> LEER ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND BSNRAMBULANT = LEER
bei angegebener Betriebsstätte optional				
10	Nebenbetriebsstättennummer	-	-	BSNRAMBULANT = LEER UND NBSNRAMBULANT <> LEER
wenn der Patient ambulant behandelt wird				
11	Lebenslange Arztnummer	-	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -	ARTABRECHNUNG NICHTIN (2;3) UND LANR <> LEER

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
			psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.	ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND LANR = LEER
Patient				
12	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	-	Die "einrichtungsinterne Identifikationsnummer" erhält der Patient bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle oder das AQUA-Institut übermittelt.	
13	Geburtsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	-	<p>ARTABRECHNUNG = 1 UND GEBDATUM > ENTLDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND GEBDATUM > AUFNDATUM</p> <p>GEBDATUM > OPDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) > 100</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND alter(GEBDATUM;ENTLDATUM) > 100</p> <p>alter(GEBDATUM;OPDATUM) > 100</p> <p>OPDATUM < GEBDATUM</p> <p>GEBDATUM > aktuellesDatum()</p> <p>aktuellesJahr() - jahreswert(GEBDATUM) > 100</p> <p>jahreswert(GEBDATUM) < 1870</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND abs(jahreswert(AUFNDATUM) - jahreswert(GEBDATUM) - alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)) > 1</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
				ARTABRECHNUNG = 1 UND jahreswert(AUFNDATUM) - jahreswert(GEBDATUM) - alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) = 1 aktuellesJahr() - jahreswert(GEBDATUM) > 130 jahreswert(GEBDATUM) > aktuellesJahr()
14	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-	
wenn der Patient stationär behandelt wird				
15	Aufnahmedatum	Format: JJJJ-MM-TT	Gilt nur für stationäre Eingriffe: Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011	ARTABRECHNUNG <> 1 UND AUFNDATUM <> LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM = LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > aktuellesDatum() ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > ENTLDATUM ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > OPDATUM ARTABRECHNUNG = 1 UND GEBDATUM > AUFNDATUM ARTABRECHNUNG = 1 UND alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) > 100 ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > aktuellesDatum() ARTABRECHNUNG = 1 UND OPDATUM - AUFNDATUM > 396 ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM < '2012-01-01' ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > '2012-12-31' ARTABRECHNUNG = 1 UND abs(jahreswert(AUFNDATUM) - jahreswert(GEBDATUM) - alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)) > 1

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
				ARTABRECHNUNG = 1 UND jahreswert(AUFNDATUM) - jahreswert(GEBDATUM) - alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)= 1 ARTABRECHNUNG = 1 UND ((ENTLDATUM - AUFNDATUM) > 300) UND ((ENTLDATUM - AUFNDATUM) <= 396) ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM - AUFNDATUM > 396 ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > '2012-12-31' ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM < '2012-01-01'
16	Aufnahmediagnose(n)	-	Es sollen die Aufnahmediagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag in der Einrichtung gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.	
Anamnese				
17	OP-relevante Komorbidität(en)	0 = nein 1 = ja	Gemeint sind die in Feld 16 genannten Komorbiditäten.	OPRELKOMORBIDITAETJN <> 1 UND OPRELKOMORBIDITAETART EINSNICHTIN (LEER) OPRELKOMORBIDITAETJN = 1 UND OPRELKOMORBIDITAETART JEDESIN (LEER)
wenn Feld 17 = 1				
18	Art der OP-relevanten Komorbidität(en)	1 = Immunsuppression 2 = Diabetes Mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz	9 = sonstige OP-relevanten Komorbiditäten. Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt.	OPRELKOMORBIDITAETJN <> 1 UND OPRELKOMORBIDITAETART EINSNICHTIN (LEER) OPRELKOMORBIDITAETJN = 1 UND OPRELKOMORBIDITAETART JEDESIN (LEER)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
		6 = Gerinnungsstörung 7 = Drogenabhängigkeit 8 = Demenz 9 = sonstige OP-relevante Komorbidität	Eingabe von maximal 5 Kennzahlen; Reihenfolge beliebig.	
Teildatensatz Operation (0)				
Eingriff				
19	Seite des operierten Auges	1 = rechts 2 = links	-	
Präoperative Befunde				
20	Präoperativ bestimmte Refraktion (sphärisch)	-	-	Weiche Minimalgrenze: -25 Weiche Maximalgrenze: 15
21	(verwendete) Messmethode zur Bestimmung der Zielrefraktion	1 = Ultraschallmessung 2 = Laserinterferometrie	-	
22	Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge inkl. Lasik	0 = nein 1 = ja	-	
23	Bulbuslänge	-	-	Weiche Minimalgrenze: 15 Weiche Maximalgrenze: 35
24	ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges	0 = nein 1 = ja	Gemeint sind die in Feld 24 genannten ophthalmologischen Vorerkrankungen.	OPHTHALVORERKRANKUNGJN \diamond 1 UND OPHTHALVORERKRANKUNGART EINSNICHTIN (LEER) OPHTHALVORERKRANKUNGJN = 1 UND OPHTHALVORERKRANKUNGART JEDESIN (LEER)
wenn Feld 24 = 1				
25	Art der ophthalmologischen Vorerkrankung	1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis / hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustraua 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura	9 = sonstige ophthalmologischen Vorerkrankungen Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt. Eingabe von maximal 5 Kennzahlen; Reihenfolge beliebig.	OPHTHALVORERKRANKUNGJN \diamond 1 UND OPHTHALVORERKRANKUNGART EINSNICHTIN (LEER) OPHTHALVORERKRANKUNGJN = 1 UND OPHTHALVORERKRANKUNGART JEDESIN (LEER)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
		8 = sonstige ophthalmologische Vorerkrankung 9 = Glaukom mit engem Kammerwinkel		
Indikation				
26	Präoperativer Visus cc	-	Es ist der präoperative Visus CC (cum correctione): Sehvermögen bei optimaler Korrektur anzugeben.	PRAEOPVISUS ≤ 1 UND EINSCHRAENKUNGSEHVERM EINSNICHTIN (LEER) PRAEOPVISUS = 1 UND EINSCHRAENKUNGSEHVERM JEDESIN (LEER) Weiche Minimalgrenze: 0,01 Weiche Maximalgrenze: 1
wenn Visus cc $\geq 0,6$				
27	Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens	1 = erhöhte Blendempfindlichkeit 2 = Kataraktbedingte Anisometropie 3 = Linsenbedingter Druckanstieg 4 = subjektive erhebliche Einschränkungen des Patienten	Unter subjektiv erheblichen Einschränkungen des Sehvermögens sind zu verstehen: eingeschränkte Kraftfahrtauglichkeit, eingeschränkte Berufstauglichkeit, eingeschränktes Nah-Sehen und eingeschränkte Lesefähigkeit	PRAEOPVISUS ≤ 1 UND EINSCHRAENKUNGSEHVERM EINSNICHTIN (LEER) PRAEOPVISUS = 1 UND EINSCHRAENKUNGSEHVERM JEDESIN (LEER)
Operation				
28	Datum der Kataraktoperation	Format: JJJJ-MM-TT	-	ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > OPDATUM GEBDATUM > OPDATUM alter(GEBDATUM;OPDATUM) > 100 OPDATUM < GEBDATUM OPDATUM > aktuellesDatum() ARTABRECHNUNG = 1 UND OPDATUM > ENTLDATUM ARTABRECHNUNG = 1 UND OPDATUM - AUFNDATUM > 396

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
				ARTABRECHNUNG = 1 UND ((ENTLDATUM - OPDATUM) > 200) UND ((ENTLDATUM - OPDATUM) <= 396) ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND OPDATUM > '2012-12-31' ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND OPDATUM < '2012-01-01'
29	Operationen- und Prozedurenschlüssel	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahme-tag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2012 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.	
30	Art der Anästhesie	1 = Vollnarkose 2 = Injektionsanästhesie 3 = Tropfanästhesie	-	
Intraoperative Komplikationen				
31	Intraoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	-	IOPKOMPJN <> 1 UND IOPKOMPART EINSNICHTIN (LEER) IOPKOMPJN = 1 UND IOPKOMPART JEDESIN (LEER)
wenn Feld 31 = 1				
32	Art der intraoperativen Komplikation(en)	1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie 3 = sonstige intraoperative Komplikation	3 = Sonstige intraoperative Komplikation Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt. Eingabe von maximal 3 Kennzahlen; Reihenfolge beliebig.	IOPKOMPJN <> 1 UND IOPKOMPART EINSNICHTIN (LEER) IOPKOMPJN = 1 UND IOPKOMPART JEDESIN (LEER)
33	Anästhesie-assoziierte Komplikation	0 = nein 1 = ja	Umfasst unerwünschte Behandlungsfolgen, die im Zusammenhang mit der Anästhesie auftreten oder ausgelöst werden.	
34	OP am falschen Auge	0 = nein 1 = ja	-	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
Postoperative Komplikationen				
35	Postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	Ist nicht bekannt, ob die postoperative Komplikation bereits während des Aufenthalts bestand, ist diese hier anzugeben.	POSTOPKOMPLIKATJN ≤ 1 UND POSTOPKOMPLIKATARTKAT EINSNICHTIN (LEER) POSTOPKOMPLIKATJN = 1 UND POSTOPKOMPLIKATARTKAT JEDESIN (LEER)
wenn Feld 35 = 1				
36	Art der postoperativen Komplikation(en)	1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Endophtalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer 11 = sonstige postoperative Komplikation	11 = sonstige postoperative Komplikation Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt. Eingabe von maximal 5 Kennzahlen; Reihenfolge beliebig.	POSTOPKOMPLIKATJN ≤ 1 UND POSTOPKOMPLIKATARTKAT EINSNICHTIN (LEER) POSTOPKOMPLIKATJN = 1 UND POSTOPKOMPLIKATARTKAT JEDESIN (LEER)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
Teildatensatz Basis (B)				
Entlassung				
wenn der Patient stationär behandelt wird				
37	Entlassungsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	Gilt nur für stationäre Eingriffe: Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung; bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011, 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011, Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011.	ARTABRECHNUNG <> 1 UND ENTLDATUM <> LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM = LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > ENTLDATUM ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM > aktuellesDatum() ARTABRECHNUNG = 1 UND GEBDATUM > ENTLDATUM ARTABRECHNUNG = 1 UND alter(GEBDATUM;ENTLDATUM) > 100 ARTABRECHNUNG = 1 UND OPDATUM > ENTLDATUM ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM < '2012-01-01' ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM > '2013-01-31' ARTABRECHNUNG = 1 UND ((ENTLDATUM - AUFNDATUM) > 300) UND ((ENTLDATUM - AUFNDATUM) <= 396) ARTABRECHNUNG = 1 UND ((ENTLDATUM - OPDATUM) > 200) UND ((ENTLDATUM - OPDATUM) <= 396) ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM - AUFNDATUM > 396 ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM < '2012-01-01' ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM > '2013-01-31'

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
				ARTABRECHNUNG = 1 UND aktuellesDatum() < ENTLDATUM
38	Entlassungsdiagnose(n)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.	

Glossar zu den Plausibilitätsregeln

Technischer Name	Bezeichnung
ARTABRECHNUNG	Art der Abrechnung
KASSEIKNR	Institutionskennzeichen der Krankenkasse
VERSICHERTENIDALT	Versichertennummer der alten Versichertenkarte
VERSICHERTENIDNEU	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)
GKVVERSICHERT	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?
IKNRKH	Institutionskennzeichen
BSNR	Betriebsstättennummer
FACHABT	Fachabteilung
BSNRAMBULANT	Betriebsstättennummer
NBSNRAMBULANT	Nebenbetriebsstättennummer
LANR	Lebenslange Arztnummer
IDNRPAT	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten

Technischer Name	Bezeichnung
GEBDATUM	Geburtsdatum
GESCHLECHT	Geschlecht
AUFNDATUM	Aufnahmedatum
AUFNDIAG	Aufnahmediagnose(n)
OPRELKOMBORBITAETJN	OP-relevante Komorbidität(en)
OPRELKOMBORBITAETART	Art der OP-relevanten Komorbidität(en)
OPSEITE	Seite des operierten Auges
ZIELREIMDPT	Präoperativ bestimmte Refraktion (sphärisch)
ZIELFRAKMESSMETHODE	(verwendete) Messmethode zur Bestimmung der Zielrefraktion
VOROPINTRAOKULARZUSTAND	Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge inkl. Lasik
BULBUSLAENGE	Bulbuslänge
OPHTHALVORERKRANKUNGJN	ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges
OPHTHALVORERKRANKUNGART	Art der ophthalmologischen Vorerkrankung
PRAEOPVISUS	Präoperativer Visus cc
EINSCHRAENKUNGSEHVERM	Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens
OPDATUM	Datum der Kataraktoperation
OPSCHLUESSEL	Operationen- und Prozedurenschlüssel
ANAESTHESIEART	Art der Anästhesie
IOPKOMPJN	Intraoperative Komplikation(en)
IOPKOMPART	Art der intraoperativen Komplikation(en)
KOMPLANAESTHESIEINDUZ	Anästhesie-assoziierte Komplikation
OPFALSCHESAUGE	OP am falschen Auge
POSTOPKOMPLIKATJN	Postoperative Komplikation(en)
POSTOPKOMPLIKATARTKAT	Art der postoperativen Komplikation(en)

Technischer Name	Bezeichnung
ENTLDATUM	Entlassungsdatum
ENTLDIAG	Entlassungsdiagnose(n)

**Anhang_C_3 Ausfüllhinweise Katarakt
Follow-up Stand Machbarkeitsprüfung**

Ausfüllhinweise Kataraktoperation Follow-up (KAT_FU)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
Teildatensatz Basis (B)				
Basisdokumentation				
1	Art der Abrechnung	1 = stationär 2 = ambulant, kollektivvertraglich 3 = ambulant, selektivvertraglich	Einrichtungen mit ambulanten Behandlungsfällen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhäuser mit Zulassung zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach § 301 SGB V) ▪ Krankenhäuser mit Ermächtigung für ambulante Leistungen nach § 116a SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach § 295 SGB V) ▪ Medizinische Versorgungszentren; selektivvertraglich und kollektivvertraglich tätig (Zulassung nach § 95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach § 295 SGB V) ▪ Facharztpraxen und Zusammenschlüsse von Facharztpraxen (Zulassung nach § 95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach § 295 SGB V) Hochschulambulanzen (Ermächtigung nach § 117 (1) SGB V, Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach § 295 SGB V)	ARTABRECHNUNG <> 1 UND IKNRKH <> LEER ARTABRECHNUNG <> 1 UND BSNR <> LEER ARTABRECHNUNG <> 1 UND FACHABT <> LEER ARTABRECHNUNG <> 1 UND AUFNDATUM <> LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND IKNRKH = LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND BSNR = LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND FACHABT = LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM = LEER ARTABRECHNUNG NICHTIN (2;3) UND BSNRAMBULANT <> LEER ARTABRECHNUNG NICHTIN (2;3) UND LANR <> LEER ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND BSNRAMBULANT = LEER ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND LANR = LEER ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM >

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
				<p>aktuellesDatum()</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > ENTLDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > OPDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM > aktuellesDatum()</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND GEBDATUM > ENTLDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND GEBDATUM > AUFNDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) > 100</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND alter(GEBDATUM;ENTLDATUM) > 100</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND OPDATUM > ENTLDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND OPDATUM - AUFNDATUM > 396</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM < '2012-01-01'</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM < '2012-01-01'</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM > '2013-01-</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
				<p>31'</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > '2012-12-31'</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND abs(jahreswert(AUFNDATUM) - jahreswert(GEBDATUM) - alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)) > 1</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND jahreswert(AUFNDATUM) - jahreswert(GEBDATUM) - alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)=-1</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ((ENTLDATUM - AUFNDATUM) > 300) UND ((ENTLDATUM - AUFNDATUM) <= 396)</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ((ENTLDATUM - OPDATUM) > 200) UND ((ENTLDATUM - OPDATUM) <= 396)</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND GEBDATUM > AUFNDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTLDATUM - AUFNDATUM > 396</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND aktuellesDatum() < ENTLDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND OPDATUM > '2012- 12-31'</p> <p>ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND OPDATUM < '2012- 01-01'</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
Patientenidentifizierende Daten				
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	-	<p>Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird nicht im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>	
3	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird nicht im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>	
4	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	-	<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B.</p>	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
			<p>Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird nicht im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>	
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	<p>Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis des Patienten ab.</p> <p>Als gesetzlich versichert gelten in diesem Zusammenhang alle Patienten, bei denen bei einem der im KIS hinterlegten potenziellen Kostenträger das Institutskennzeichen der Krankenversicherung mit der Ziffernfolge "10" beginnt.</p> <p>Dieses Datenfeld wird im Rahmen des üblichen QS-Datenexportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert.</p>	
Leistungserbringeridentifizierende Daten				
stationär				
wenn der Patient stationär behandelt wird				
6	Institutionskennzeichen	-	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle	<p>ARTABRECHNUNG <math>\diamond</math> 1 UND IKNRKH <math>\diamond</math> LEER</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND IKNRKH = LEER</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
			<p>Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>	
7	Betriebsstättennummer	-	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>	<p>ARTABRECHNUNG <> 1 UND BSNR <> LEER</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND BSNR = LEER</p>
8	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-	<p>ARTABRECHNUNG <> 1 UND FACHABT <> LEER</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND FACHABT = LEER</p>
ambulant				
wenn der Patient ambulant behandelt wird				
9	Betriebsstättennummer	-	<p>Die von der KV vergebenen "Betriebsstätten-Nummern (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten.</p>	<p>BSNRAMBULANT = LEER UND NBSNRAMBULANT <> LEER</p> <p>ARTABRECHNUNG NICHTIN (2;3) UND BSNRAMBULANT <> LEER</p> <p>ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND BSNRAMBULANT = LEER</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
bei angegebener Betriebsstätte optional				
10	Nebenbetriebsstättennummer	-	-	BSNRAMBULANT = LEER UND NBSNRAMBULANT <> LEER
wenn der Patient ambulant behandelt wird				
11	Lebenslange Arztnummer	-	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.	ARTABRECHNUNG NICHTIN (2;3) UND LANR <> LEER ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND LANR = LEER
Patient				
12	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	-	Die "einrichtungsinterne Identifikationsnummer" erhält der Patient bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle oder das AQUA-Institut übermittelt.	
13	Geburtsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	-	ARTABRECHNUNG = 1 UND GEBDATUM > ENTLDATUM ARTABRECHNUNG = 1 UND GEBDATUM > AUFNDATUM GEBDATUM > OPDATUM ARTABRECHNUNG = 1 UND alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) > 100 ARTABRECHNUNG = 1 UND alter(GEBDATUM;ENTLDATUM) > 100 alter(GEBDATUM;OPDATUM) > 100 OPDATUM < GEBDATUM GEBDATUM > aktuellesDatum() aktuellesJahr() - jahreswert(GEBDATUM) > 100

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
				<p>jahreswert(GEBDATUM) < 1870</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND abs(jahreswert(AUFNDATUM) - jahreswert(GEBDATUM) - alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)) > 1</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND jahreswert(AUFNDATUM) - jahreswert(GEBDATUM) - alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)=-1</p> <p>aktuellesJahr() - jahreswert(GEBDATUM) > 130</p> <p>jahreswert(GEBDATUM) > aktuellesJahr()</p>
14	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-	
wenn der Patient stationär behandelt wird				
15	Aufnahmedatum	Format: JJJJ-MM-TT	<p>Gilt nur für stationäre Eingriffe: Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p>Beispiel 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011</p>	<p>ARTABRECHNUNG <> 1 UND AUFNDATUM <> LEER</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM = LEER</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > ENTLDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > OPDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND GEBDATUM > AUFNDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) > 100</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > aktuellesDatum()</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
				<p>ARTABRECHNUNG = 1 UND OPDATUM - AUFNDATUM > 396</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM < '2012-01-01'</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > '2012-12-31'</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND abs(jahreswert(AUFNDATUM) - jahreswert(GEBDATUM) - alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)) > 1</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND jahreswert(AUFNDATUM) - jahreswert(GEBDATUM) - alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)=-1</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ((ENTL DATUM - AUFNDATUM) > 300) UND ((ENTL DATUM - AUFNDATUM) <= 396)</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ENTL DATUM - AUFNDATUM > 396</p>
Katarakt OP				
16	Kataraktoperation innerhalb der letzten 3 Monate	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld filtert die dokumentationspflichtigen Fälle. Das Ausfüllen eines Follow-up-Bogens ist erforderlich für Patienten, die sich innerhalb der letzten 3 Monate einer Kataraktoperation unterzogen haben.	
Teildatensatz Nachbehandlung (N)				
Postoperative Behandlung				
17	Operiertes Auge	1 = rechts 2 = links	-	
18	Datum der Kataraktoperation	Format: JJJJ-MM-TT	-	ARTABRECHNUNG = 1 UND AUFNDATUM > OPDATUM

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
				<p>GEBDATUM > OPDATUM</p> <p>alter(GEBDATUM;OPDATUM) > 100</p> <p>OPDATUM < GEBDATUM</p> <p>OPDATUM > aktuellesDatum()</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND OPDATUM > ENTLDATUM</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND OPDATUM - AUFNDATUM > 396</p> <p>ARTABRECHNUNG = 1 UND ((ENTLDATUM - OPDATUM) > 200) UND ((ENTLDATUM - OPDATUM) <= 396)</p> <p>ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND OPDATUM > '2012-12-31'</p> <p>ARTABRECHNUNG IN (2;3) UND OPDATUM < '2012-01-01'</p>
19	Refraktionsmessung möglich	0 = nein 1 = ja	-	<p>POSTOPREFRAKTMESSUNGJN <> 1 UND POSTSPHEADPT <> LEER</p> <p>POSTOPREFRAKTMESSUNGJN <> 1 UND POSTZYLINDPT <> LEER</p> <p>POSTOPREFRAKTMESSUNGJN = 1 UND POSTSPHEADPT = LEER</p> <p>POSTOPREFRAKTMESSUNGJN = 1 UND POSTZYLINDPT = LEER</p> <p>POSTOPREFRAKTMESSUNGJN <> 1 UND POSTOPREFRAKTMESSUNGSDATUM <> LEER</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
				POSTOPREFRAKTMESSUNGJN = 1 UND POSTOPREFRAKTMESSUNGDATUM = LEER
wenn Feld 19 = 1				
20	Datum der postoperativen Refraktionsmessung	Format: JJJJ-MM-TT	Die Refraktionsmessung sollte frühestens 3, spätestens 12 Wochen nach Op erfolgen.	POSTOPREFRAKTMESSUNGJN <> 1 UND POSTOPREFRAKTMESSUNGDATUM <> LEER POSTOPREFRAKTMESSUNGJN = 1 UND POSTOPREFRAKTMESSUNGDATUM = LEER
21	sphärisch	-	-	POSTOPREFRAKTMESSUNGJN <> 1 UND POSTSPHEADPT <> LEER POSTOPREFRAKTMESSUNGJN = 1 UND POSTSPHEADPT = LEER Weiche Minimalgrenze: -25 Weiche Maximalgrenze: 15
22	zylindrisch	-	-	POSTOPREFRAKTMESSUNGJN <> 1 UND POSTZYLINDPT <> LEER POSTOPREFRAKTMESSUNGJN = 1 UND POSTZYLINDPT = LEER Weiche Minimalgrenze: -8 Weiche Maximalgrenze: 8
23	Postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	Ist nicht bekannt, ob die postoperative Komplikation bereits während des Aufenthalts bestand, ist diese hier anzugeben.	POSTOPKOMPLIKATJN <> 1 UND POSTOPKOMPLIKATARTKAT EINSNICHTIN (LEER) POSTOPKOMPLIKATJN = 1 UND POSTOPKOMPLIKATARTKAT JEDESIN (LEER)
wenn Feld 23 = 1				
24	Art der postoperativen Komplikation(en)	1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation)	11 = sonstige postoperative Komplikation Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt. Eingabe von maximal 5 Kennzahlen; Reihenfolge	POSTOPKOMPLIKATJN <> 1 UND POSTOPKOMPLIKATARTKAT EINSNICHTIN (LEER) POSTOPKOMPLIKATJN = 1 UND POSTOPKOMPLIKATARTKAT JEDESIN (LEER)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	Plausibilitätsregeln / Wertebereiche
		4 = refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/- ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer 11 = sonstige postoperative Komplikation	beliebig.	

Glossar zu den Plausibilitätsregeln

Technischer Name	Bezeichnung
ARTABRECHNUNG	Art der Abrechnung
KASSEIKNR	Institutionskennzeichen der Krankenkasse
VERSICHERTENIDALT	Versichertennummer der alten Versichertenkarte
VERSICHERTENIDNEU	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)
GKVVERSICHERT	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?
IKNRKH	Institutionskennzeichen
BSNR	Betriebsstättennummer
FACHABT	Fachabteilung
BSNRAMBULANT	Betriebsstättennummer
NBSNRAMBULANT	Nebenbetriebsstättennummer
LANR	Lebenslange Arztnummer
IDNRPAT	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten
GEBDATUM	Geburtsdatum

Technischer Name	Bezeichnung
GESCHLECHT	Geschlecht
AUFNDATUM	Aufnahmedatum
KATOPVORDREIMONATEN	Kataraktoperation innerhalb der letzten 3 Monate
OPSEITE	Operiertes Auge
OPDATUM	Datum der Kataraktoperation
POSTOPREFRAKTMESSUNGJN	Refraktionsmessung möglich
POSTOPREFRAKTMESSUNGDATUM	Datum der postoperativen Refraktionsmessung
POSTSPHEADPT	sphärisch
POSTZYLINDPT	zylindrisch
POSTOPKOMPLIKATJN	Postoperative Komplikation(en)
POSTOPKOMPLIKATARTKAT	Art der postoperativen Komplikation(en)

**Anhang_C_4 Ausfüllhinweise
Kataraktoperation Stand Ergebnis
Machbarkeitsprüfung**



Ausfuellhinweise Kataraktoperation (KAT)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Stand: 31. Januar 2012 (QS-Spezifikation sqg_2.0)
Copyright © AQUA-Institut, Göttingen

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfuellhinweis
Teildatensatz Filter (FILTER)			
1	Wurde eine Kataraktoperation durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 1 = 0			
2	Welche der angegebenen OPS-Kodes wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?	1 = 5-143.* 2 = 5-144.*	-
3	Anmerkung	-	-
4	Welche der angegebenen ICD-Kodes wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?	1 = H25.- 2 = H26.- 3 = H27.- 4 = H28.-	-
5	Anmerkung	-	-
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfuellhinweis
Teildatensatz Basis (wenn eine Katarakt-OP durchgeführt wird) (B)			
Basisdokumentation			
6	Art der Abrechnung	1 = stationär 2 = ambulant, kollektivvertraglich 3 = ambulant, selektivvertraglich	Einrichtungen mit ambulanten Behandlungsfällen: <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhäuser mit Zulassung zum ambulanten Operieren nach §115b SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §301 SGB V) • Krankenhäuser mit Ermächtigung für ambulante Leistungen nach §116a SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) • Medizinische Versorgungszentren; selektivvertraglich und kollektivvertraglich tätig (Zulassung nach §95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) • Facharztpraxen und Zusammenschlüsse von Facharztpraxen (Zulassung nach §95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) • Hochschulambulanzen (Ermächtigung nach §117 (1) SGB V, Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V)
Patientenidentifizierende Daten			
7	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	-	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-

			<p>Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
8	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
9	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	-	<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
10	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	<p>Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis des Patienten ab.</p> <p>Als gesetzlich versichert gelten in diesem Zusammenhang alle Patienten, bei denen bei einem der im KIS hinterlegten potenziellen Kostenträger das Institutskennzeichen der Krankenversicherung mit der Ziffernfolge "10" beginnt.</p> <p>Dieses Datenfeld wird im Rahmen des üblichen QS-Datenexportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert.</p>
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
stationär			
wenn der Patient stationär behandelt wird			
11	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte</p>

			Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
12	Betriebsstättennummer	-	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
13	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-
ambulant			
wenn der Patient ambulant behandelt wird			
14	Betriebsstättennummer	-	Die von der KV vergebenen "Betriebsstätten-Nummern (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten.
bei angegebener Betriebsstätte optional			
15	Nebenbetriebsstättennummer	-	-
wenn der Patient ambulant behandelt wird			
16	Lebenslange Arztnummer	-	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.
Patient			
17	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	-	Die "einrichtungsinterne Identifikationsnummer" erhält der Patient bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle oder das AQUA-Institut übermittelt.
18	Geburtsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	-
19	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-
wenn der Patient stationär behandelt wird			
20	Aufnahmedatum	Format: JJJJ-MM-TT	Gilt nur für stationäre Eingriffe: Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.

			<u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011
21	Aufnahmediagnose(n)	-	Es sollen die Aufnahmediagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag in der Einrichtung gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.
Anamnese			
22	OP-relevante Komorbidität(en)	0 = nein 1 = ja	Gemeint sind die im nachfolgenden Feld "Art der OP-relevanten Komorbidität(en)" genannten Komorbiditäten. Zu benennende Komorbiditäten sind: Immunsuppression, Diabetes Mellitus, Hypertonie, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Gerinnungsstörung, Demenz, sonstige OP-relevante Komorbidität.
wenn Feld 22 = 1			
23	Art der OP-relevanten Komorbidität(en)	1 = Immunsuppression 2 = Diabetes Mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz 6 = Gerinnungsstörung 7 = Demenz 9 = sonstige OP-relevante Komorbidität	9 = sonstige OP-relevanten Komorbiditäten. Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt. Eingabe von maximal 5 Kennzahlen; Reihenfolge beliebig.
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Operation (O)			
Eingriff			
24	Seite des operierten Auges	1 = rechts 2 = links	-
Präoperative Befunde			
25	Präoperative festgelegte Zielrefraktion	-	Gemeint ist die Eingabe der mit dem Patienten abgestimmten Zielrefraktion.
26	Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge oder Lasik	0 = nein 1 = ja	-
27	Pupillendurchmesser in Mydriasis	-	-
28	Bulbuslänge	-	-
29	ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges	0 = nein 1 = ja	Gemeint sind die im nachfolgenden Feld genannten ophthalmologischen Vorerkrankungen.
wenn Feld 29 = 1			
30	Art der ophthalmologischen Vorerkrankung	1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis / hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustrauma 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura	8 = sonstige ophthalmologischen Vorerkrankungen Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt. Eingabe von maximal 5 Kennzahlen; Reihenfolge beliebig.

		8 = sonstige ophthalmologische Vorerkrankung 9 = Glaukom mit engem Kammerwinkel	
Indikation			
31	Präoperativer Visus cc	-	Es ist der präoperative Visus CC (cum correctione): Sehvermögen bei optimaler Korrektur anzugeben.
32	Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 32 = 1			
33	Art der zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens	1 = erhöhte Blendempfindlichkeit 2 = Kataraktbedingte Anisometropie 3 = Linsenbedingter Druckanstieg 4 = subjektive erhebliche Einschränkungen des Patienten	Unter subjektiv erheblichen Einschränkungen des Sehvermögens sind zu verstehen: <ul style="list-style-type: none"> eingeschränkte Kraftfahrtauglichkeit, eingeschränkte Berufstauglichkeit, eingeschränktes Nah-Sehen und eingeschränkte Lesefähigkeit
Operation			
34	Datum der Kataraktoperation	Format: JJJJ-MM-TT	-
35	Operationen- und Prozedurenschlüssel	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahme-tag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2012 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.
36	Art der Anästhesie	1 = Vollnarkose 2 = Injektionsanästhesie 3 = Tropfanästhesie	-
Intraoperative Komplikationen			
37	Intraoperative Komplikation (en)	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 37 = 1			
38	Art der intraoperativen Komplikation(en)	1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie 3 = sonstige intraoperative Komplikation	3 = Sonstige intraoperative Komplikation Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt. Eingabe von maximal 3 Kennzahlen; Reihenfolge beliebig.
39	Anästhesie-assoziierte Komplikation	0 = nein 1 = ja	Umfasst unerwünschte Behandlungsfolgen, die im Zusammenhang mit der Anästhesie auftreten oder ausgelöst werden.
40	OP am falschen Patienten	0 = nein 1 = ja	-
41	OP am falschen Auge	0 = nein 1 = ja	-
Postoperative Komplikationen			
42	Postoperative Komplikation (en)	0 = nein 1 = ja	Ist nicht bekannt, ob die postoperative Komplikation bereits während des Aufenthalts bestand, ist diese hier anzugeben.
wenn Feld 42 = 1			
43	Art der postoperativen Komplikation(en)	1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/-ödem	11 = sonstige postoperative Komplikation Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt. Eingabe von maximal 5 Kennzahlen; Reihenfolge beliebig.

		8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer 11 = sonstige postoperative Komplikation	
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (wenn eine Katarakt-OP durchgeführt wird) (B)			
Entlassung			
wenn der Patient stationär behandelt wird			
44	Entlassungsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	Gilt nur für stationäre Eingriffe: Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung; bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011, 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011, Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011.
45	Entlassungsdiagnose(n)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist..

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin
Fachabteilungen	0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
	0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
	0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
	0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
	0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
	0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
	0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
	0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
	0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
	0150 = Innere Medizin/Tumorforschung
	0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
	0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
	0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
	0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
	0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
	0190 = Innere Medizin
	0191 = Innere Medizin
	0192 = Innere Medizin
	0200 = Geriatrie
	0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
	0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
	0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
	0290 = Geriatrie
	0291 = Geriatrie
	0292 = Geriatrie
	0300 = Kardiologie

0390 = Kardiologie
0391 = Kardiologie
0392 = Kardiologie
0400 = Nephrologie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin
0490 = Nephrologie
0491 = Nephrologie
0492 = Nephrologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
0600 = Endokrinologie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0690 = Endokrinologie
0691 = Endokrinologie
0692 = Endokrinologie
0700 = Gastroenterologie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0790 = Gastroenterologie
0791 = Gastroenterologie
0792 = Gastroenterologie
0800 = Pneumologie
0890 = Pneumologie
0891 = Pneumologie
0892 = Pneumologie
0900 = Rheumatologie
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0990 = Rheumatologie
0991 = Rheumatologie
0992 = Rheumatologie
1000 = Pädiatrie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
1051 = Langzeitbereich Kinder
1090 = Pädiatrie
1091 = Pädiatrie
1092 = Pädiatrie
1100 = Kinderkardiologie
1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
1190 = Kinderkardiologie
1191 = Kinderkardiologie
1192 = Kinderkardiologie
1200 = Neonatologie
1290 = Neonatologie
1291 = Neonatologie
1292 = Neonatologie
1300 = Kinderchirurgie
1390 = Kinderchirurgie
1391 = Kinderchirurgie
1392 = Kinderchirurgie
1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1500 = Allgemeine Chirurgie
1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie

1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV '95)
1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
1590 = Allgemeine Chirurgie
1591 = Allgemeine Chirurgie
1592 = Allgemeine Chirurgie
1600 = Unfallchirurgie
1690 = Unfallchirurgie
1691 = Unfallchirurgie
1692 = Unfallchirurgie
1700 = Neurochirurgie
1790 = Neurochirurgie
1791 = Neurochirurgie
1792 = Neurochirurgie
1800 = Gefäßchirurgie
1890 = Gefäßchirurgie
1891 = Gefäßchirurgie
1892 = Gefäßchirurgie
1900 = Plastische Chirurgie
1990 = Plastische Chirurgie
1991 = Plastische Chirurgie
1992 = Plastische Chirurgie
2000 = Thoraxchirurgie
2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2090 = Thoraxchirurgie
2091 = Thoraxchirurgie
2092 = Thoraxchirurgie
2100 = Herzchirurgie
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV '95)
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2190 = Herzchirurgie
2191 = Herzchirurgie
2192 = Herzchirurgie
2200 = Urologie
2290 = Urologie
2291 = Urologie
2292 = Urologie
2300 = Orthopädie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2390 = Orthopädie
2391 = Orthopädie
2392 = Orthopädie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
2425 = Frauenheilkunde
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500 = Geburtshilfe
2590 = Geburtshilfe
2591 = Geburtshilfe
2592 = Geburtshilfe
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700 = Augenheilkunde
2790 = Augenheilkunde
2791 = Augenheilkunde
2792 = Augenheilkunde
2800 = Neurologie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
2890 = Neurologie
2891 = Neurologie
2892 = Neurologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
3200 = Nuklearmedizin
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
3290 = Nuklearmedizin
3291 = Nuklearmedizin
3292 = Nuklearmedizin
3300 = Strahlenheilkunde
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
3390 = Strahlenheilkunde
3391 = Strahlenheilkunde
3392 = Strahlenheilkunde
3400 = Dermatologie
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3490 = Dermatologie
3491 = Dermatologie
3492 = Dermatologie
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3600 = Intensivmedizin
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
3690 = Intensivmedizin
3691 = Intensivmedizin
3692 = Intensivmedizin
3700 = sonstige Fachabteilung
3750 = Angiologie
3751 = Radiologie
3752 = Palliativmedizin
3753 = Schmerztherapie
3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3756 = Suchtmedizin
3757 = Visceralchirurgie
3790 = Sonstige Fachabteilung
3791 = Sonstige Fachabteilung
3792 = Sonstige Fachabteilung

**Anhang_C_5 Ausfüllhinweise Katarakt
Follow-up ambulant Stand Ergebnis
Machbarkeitsprüfung**



Ausfüllhinweise Kataraktoperation Follow-Up (KAT_FU)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Stand: 31. Januar 2012 (QS-Spezifikation sqg_2.0)
Copyright © AQUA-Institut, Göttingen

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Filter (FILTER)			
1	Hatte der Patient eine Kataraktoperation in den letzten 6 Wochen?	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 1 = 0			
2	Welche der angegebenen GOP-Ziffern wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?	1 = 31718 2 = 31716 3 = 31719 4 = 31717 5 = 90778 (Nordrhein) 6 = 99881E (Niedersachsen) 7 = 99881K (Niedersachsen) 8 = 90446 (Westfalen-Lippe)	-
3	Anmerkung	-	-
4	Welche der angegebenen ICD-Kodes wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?	1 = Z96.1 2 = H27.0	-
5	Anmerkung	-	-
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (wenn der Patient eine Katarakt-OP hatte) (B)			
Basisdokumentation			
6	Art der Abrechnung	1 = stationär 2 = ambulant, kollektivvertraglich 3 = ambulant, selektivvertraglich	Einrichtungen mit ambulanten Behandlungsfällen: <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhäuser mit Zulassung zum ambulanten Operieren nach §115b SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §301 SGB V) • Krankenhäuser mit Ermächtigung für ambulante Leistungen nach §116a SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) • Medizinische Versorgungszentren; selektivvertraglich und kollektivvertraglich tätig (Zulassung nach §95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) • Facharztpraxen und Zusammenschlüsse von Facharztpraxen (Zulassung nach §95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) • Hochschulambulanzen (Ermächtigung nach §117 (1) SGB V, Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V)
Patientenidentifizierende Daten			
7	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	-	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21

			<p>KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
8	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
9	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	-	<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
10	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	<p>Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis des Patienten ab.</p> <p>Als gesetzlich versichert gelten in diesem Zusammenhang alle Patienten, bei denen bei einem der im KIS hinterlegten potenziellen Kostenträger das Institutionskennzeichen der Krankenversicherung mit der Ziffernfolge "10" beginnt.</p> <p>Dieses Datenfeld wird im Rahmen des üblichen QS-Datenexportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert.</p>
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
stationär			
wenn der Patient stationär behandelt wird			
11	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK</p>

			<p>werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
12	Betriebsstättennummer	-	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
13	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-
ambulant			
wenn der Patient ambulant behandelt wird			
14	Betriebsstättennummer	-	<p>Die von der KV vergebenen "Betriebsstätten-Nummern (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten.</p>
bei angegebener Betriebsstätte optional			
15	Nebenbetriebsstättennummer	-	-
wenn der Patient ambulant behandelt wird			
16	Lebenslange Arztnummer	-	<p>Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.</p>
Patient			
17	Einrichtunginterne Identifikationsnummer des Patienten	-	<p>Die "einrichtunginterne Identifikationsnummer" erhält der Patient bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle oder das AQUA-Institut übermittelt.</p>
18	Geburtsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	-
19	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-
20	Untersuchungsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	Erster Termin, an dem der Patient zur Nachsorge erscheint.
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Nachbehandlung (N)			
Postoperative Behandlung			
21	Operiertes Auge	1 = rechts 2 = links	-
22	Datum der Kataraktoperation	Format: JJJJ-MM-TT	-
23	Postoperative Bestimmung	0 = nein	-

	der Refraktion möglich	1 = ja	
wenn Feld 23 = 1			
24	Datum der postoperativen Bestimmung der Refraktion	Format: JJJJ-MM-TT	Die Bestimmung der Refraktion sollte erst nach Abheilung des Auges durchgeführt werden. Diese Bestimmung stellt zugleich die Abschlussuntersuchung der operativen Nachbehandlung dar.
25	sphärisch	-	-
26	zylindrisch	-	-
27	Postoperative Komplikation (en)	0 = nein 1 = ja	Ist nicht bekannt, ob die postoperative Komplikation bereits während des Aufenthalts bestand, ist diese hier anzugeben.
wenn Feld 27 = 1			
28	Art der postoperativen Komplikation(en)	1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer 11 = sonstige postoperative Komplikation	11 = sonstige postoperative Komplikation Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt. Eingabe von maximal 5 Kennzahlen; Reihenfolge beliebig.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin
Fachabteilungen	0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
	0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
	0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
	0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
	0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
	0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
	0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
	0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
	0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
	0150 = Innere Medizin/Tumorforschung
	0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
	0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
	0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
	0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
	0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
	0190 = Innere Medizin
	0191 = Innere Medizin
	0192 = Innere Medizin
	0200 = Geriatrie
	0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
	0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
	0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
	0290 = Geriatrie
	0291 = Geriatrie
	0292 = Geriatrie
	0300 = Kardiologie
	0390 = Kardiologie
	0391 = Kardiologie
	0392 = Kardiologie
	0400 = Nephrologie
	0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0436 = Nephrologie/Intensivmedizin
	0490 = Nephrologie
	0491 = Nephrologie
	0492 = Nephrologie
	0500 = Hämatologie und internistische Onkologie

0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
0600 = Endokrinologie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0690 = Endokrinologie
0691 = Endokrinologie
0692 = Endokrinologie
0700 = Gastroenterologie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0790 = Gastroenterologie
0791 = Gastroenterologie
0792 = Gastroenterologie
0800 = Pneumologie
0890 = Pneumologie
0891 = Pneumologie
0892 = Pneumologie
0900 = Rheumatologie
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0990 = Rheumatologie
0991 = Rheumatologie
0992 = Rheumatologie
1000 = Pädiatrie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
1051 = Langzeitbereich Kinder
1090 = Pädiatrie
1091 = Pädiatrie
1092 = Pädiatrie
1100 = Kinderkardiologie
1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
1190 = Kinderkardiologie
1191 = Kinderkardiologie
1192 = Kinderkardiologie
1200 = Neonatologie
1290 = Neonatologie
1291 = Neonatologie
1292 = Neonatologie
1300 = Kinderchirurgie
1390 = Kinderchirurgie
1391 = Kinderchirurgie
1392 = Kinderchirurgie
1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1500 = Allgemeine Chirurgie
1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
1590 = Allgemeine Chirurgie
1591 = Allgemeine Chirurgie
1592 = Allgemeine Chirurgie
1600 = Unfallchirurgie
1690 = Unfallchirurgie
1691 = Unfallchirurgie

1692 = Unfallchirurgie
1700 = Neurochirurgie
1790 = Neurochirurgie
1791 = Neurochirurgie
1792 = Neurochirurgie
1800 = Gefäßchirurgie
1890 = Gefäßchirurgie
1891 = Gefäßchirurgie
1892 = Gefäßchirurgie
1900 = Plastische Chirurgie
1990 = Plastische Chirurgie
1991 = Plastische Chirurgie
1992 = Plastische Chirurgie
2000 = Thoraxchirurgie
2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2090 = Thoraxchirurgie
2091 = Thoraxchirurgie
2092 = Thoraxchirurgie
2100 = Herzchirurgie
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV '95)
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2190 = Herzchirurgie
2191 = Herzchirurgie
2192 = Herzchirurgie
2200 = Urologie
2290 = Urologie
2291 = Urologie
2292 = Urologie
2300 = Orthopädie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2390 = Orthopädie
2391 = Orthopädie
2392 = Orthopädie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
2425 = Frauenheilkunde
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500 = Geburtshilfe
2590 = Geburtshilfe
2591 = Geburtshilfe
2592 = Geburtshilfe
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700 = Augenheilkunde
2790 = Augenheilkunde
2791 = Augenheilkunde
2792 = Augenheilkunde
2800 = Neurologie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
2890 = Neurologie
2891 = Neurologie
2892 = Neurologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
3200 = Nuklearmedizin
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
3290 = Nuklearmedizin
3291 = Nuklearmedizin
3292 = Nuklearmedizin
3300 = Strahlenheilkunde
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
3390 = Strahlenheilkunde
3391 = Strahlenheilkunde
3392 = Strahlenheilkunde
3400 = Dermatologie
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3490 = Dermatologie
3491 = Dermatologie
3492 = Dermatologie
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3600 = Intensivmedizin
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
3690 = Intensivmedizin
3691 = Intensivmedizin
3692 = Intensivmedizin
3700 = sonstige Fachabteilung
3750 = Angiologie
3751 = Radiologie
3752 = Palliativmedizin
3753 = Schmerztherapie
3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3755 = Wirbelsäulen Chirurgie
3756 = Suchtmedizin
3757 = Visceralchirurgie
3790 = Sonstige Fachabteilung
3791 = Sonstige Fachabteilung
3792 = Sonstige Fachabteilung

**Anhang_C_6 Ausfüllhinweise Katarakt
Follow-up stationär Stand Ergebnis
Machbarkeitsprüfung**



■ Ausfüllhinweise
Kataraktoperation Follow-Up
(stationär) (KATFU_stationaer)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Stand: 31. Januar 2012 (QS-Spezifikation sqg_2.0)
Copyright © AQUA-Institut, Göttingen

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Filter (FILTER)			
1	Hatte der Patient eine Kataraktoperation innerhalb der letzten 3 Monate eine Kataraktoperation?	0 = nein 1 = ja	-
Teildatensatz Basis (wenn der Patient eine Katarakt-OP hatte) (B)			
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	-	<p>Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
3	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
4	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	-	<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige</p>

			Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	<p>Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis des Patienten ab.</p> <p>Als gesetzlich versichert gelten in diesem Zusammenhang alle Patienten, bei denen bei einem der im KIS hinterlegten potenziellen Kostenträger das Institutionskennzeichen der Krankenversicherung mit der Ziffernfolge "10" beginnt.</p> <p>Dieses Datenfeld wird im Rahmen des üblichen QS-Datenexportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert.</p>
6	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
7	Betriebsstättennummer	-	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
8	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-
9	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	-	Die "einrichtungsinterne Identifikationsnummer" erhält der Patient bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle oder das AQUA-Institut übermittelt.
10	Geburtsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	-
11	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-
12	Aufnahmedatum	Format: JJJJ-MM-TT	<p>Gilt nur für stationäre Eingriffe:</p> <p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-</p>

			<p>Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011</p>
13	Operationen- und Prozedurenschlüssel	-	<p>Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2012 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.</p>
14	Zu behandelnde Seite	1 = rechts 2 = links	-
15	Entlassungsdiagnose(n)	-	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist..</p>
16	Entlassungsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	<p>Gilt nur für stationäre Eingriffe:</p> <p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung; bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011, 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011, Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011.</p>

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin
Fachabteilungen	0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
	0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
	0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
	0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
	0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
	0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
	0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
	0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
	0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
	0150 = Innere Medizin/Tumorforschung
	0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
	0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
	0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
	0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
	0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
	0190 = Innere Medizin
	0191 = Innere Medizin
	0192 = Innere Medizin

0200 = Geriatrie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
0290 = Geriatrie
0291 = Geriatrie
0292 = Geriatrie
0300 = Kardiologie
0390 = Kardiologie
0391 = Kardiologie
0392 = Kardiologie
0400 = Nephrologie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin
0490 = Nephrologie
0491 = Nephrologie
0492 = Nephrologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
0600 = Endokrinologie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0690 = Endokrinologie
0691 = Endokrinologie
0692 = Endokrinologie
0700 = Gastroenterologie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0790 = Gastroenterologie
0791 = Gastroenterologie
0792 = Gastroenterologie
0800 = Pneumologie
0890 = Pneumologie
0891 = Pneumologie
0892 = Pneumologie
0900 = Rheumatologie
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0990 = Rheumatologie
0991 = Rheumatologie
0992 = Rheumatologie
1000 = Pädiatrie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
1051 = Langzeitbereich Kinder
1090 = Pädiatrie
1091 = Pädiatrie
1092 = Pädiatrie
1100 = Kinderkardiologie
1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
1190 = Kinderkardiologie
1191 = Kinderkardiologie
1192 = Kinderkardiologie
1200 = Neonatologie
1290 = Neonatologie
1291 = Neonatologie
1292 = Neonatologie
1300 = Kinderchirurgie
1390 = Kinderchirurgie
1391 = Kinderchirurgie
1392 = Kinderchirurgie
1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde

1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1500 = Allgemeine Chirurgie
1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV '95)
1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
1590 = Allgemeine Chirurgie
1591 = Allgemeine Chirurgie
1592 = Allgemeine Chirurgie
1600 = Unfallchirurgie
1690 = Unfallchirurgie
1691 = Unfallchirurgie
1692 = Unfallchirurgie
1700 = Neurochirurgie
1790 = Neurochirurgie
1791 = Neurochirurgie
1792 = Neurochirurgie
1800 = Gefäßchirurgie
1890 = Gefäßchirurgie
1891 = Gefäßchirurgie
1892 = Gefäßchirurgie
1900 = Plastische Chirurgie
1990 = Plastische Chirurgie
1991 = Plastische Chirurgie
1992 = Plastische Chirurgie
2000 = Thoraxchirurgie
2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2090 = Thoraxchirurgie
2091 = Thoraxchirurgie
2092 = Thoraxchirurgie
2100 = Herzchirurgie
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV '95)
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2190 = Herzchirurgie
2191 = Herzchirurgie
2192 = Herzchirurgie
2200 = Urologie
2290 = Urologie
2291 = Urologie
2292 = Urologie
2300 = Orthopädie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2390 = Orthopädie
2391 = Orthopädie
2392 = Orthopädie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
2425 = Frauenheilkunde
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500 = Geburtshilfe
2590 = Geburtshilfe
2591 = Geburtshilfe
2592 = Geburtshilfe
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700 = Augenheilkunde
2790 = Augenheilkunde
2791 = Augenheilkunde
2792 = Augenheilkunde
2800 = Neurologie

2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
2890 = Neurologie
2891 = Neurologie
2892 = Neurologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
3200 = Nuklearmedizin
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
3290 = Nuklearmedizin
3291 = Nuklearmedizin
3292 = Nuklearmedizin
3300 = Strahlenheilkunde
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
3390 = Strahlenheilkunde
3391 = Strahlenheilkunde
3392 = Strahlenheilkunde
3400 = Dermatologie
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3490 = Dermatologie
3491 = Dermatologie
3492 = Dermatologie
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3600 = Intensivmedizin
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
3690 = Intensivmedizin
3691 = Intensivmedizin
3692 = Intensivmedizin
3700 = sonstige Fachabteilung
3750 = Angiologie
3751 = Radiologie
3752 = Palliativmedizin
3753 = Schmerztherapie
3754 = Heiltherapeutische Abteilung

3755 = Wirbelsäulen Chirurgie
3756 = Suchtmedizin
3757 = Visceralchirurgie
3790 = Sonstige Fachabteilung
3791 = Sonstige Fachabteilung
3792 = Sonstige Fachabteilung

**Anhang_D Schreiben G-BA -
Landesebene_10.10.2012**



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unparteiliches Mitglied
Dr. Josef Siebig

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Karola Pötter-Kirchner
Abteilung Qualitätssicherung &
sektorenübergreifende Ver-
sorgungskonzepte

Telefon:
030 275838546

Telefax:
030 275838505

E-Mail:
karola.poetter-kirchner@g-ba.de

internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
KPK

Datum:
10. Oktober 2011

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

An die Beteiligten auf der Landesebene

Beteiligung der Landesebene an Probetrieben zur Vorbereitung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben möchte der Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA und das AQUA-Institut GmbH über den aktuellen Stand der Umsetzung erster Qualitätssicherungsverfahren auf Grundlage der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL, <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/>) informieren und Ihnen, als eine der in § 1 Abs. 5 Qesü-RL genannten Organisationen (Träger der LAG), die Möglichkeit zur Teilnahme an den geplanten Probetrieben anbieten.

Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss führt das AQUA-Institut derzeit die EDV-technische Aufbereitung und Machbarkeitsprüfung für die Verfahren „Kataraktoperation“, „Konisation“ und „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“ durch. Dabei erfolgen die technische Vorbereitung der weiteren Umsetzung und die erste Überprüfung der Praktikabilität der entwickelten Verfahren.

Im Anschluss ist die Durchführung von Probetrieben vorgesehen, die der Testung der Datenflüsse und der Verwertbarkeit der Daten sowie der Überprüfung der Indikatoren dienen. Die Probetriebe sind für die Beteiligten freiwillig und die Ergebnisse sind vertraulich.

In dieser Phase sollen die an der Umsetzung der Qualitätssicherung beteiligten Gruppen (insbesondere Ärzte und ärztliche Einrichtungen, Softwareanbieter und Organisationen der Landesebene) Gelegenheit erhalten, frühzeitig Erfahrungen zu sammeln und sich an der Gestaltung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Ihre aktive Beteiligung in dieser Phase kann dazu beitragen, die Anwender- und Nutzerfreundlichkeit der neuen Verfahren zu optimieren.

Die Probetriebe sollen im April/Mai 2012 beginnen und sind für eine Dauer von sechs Monaten angelegt. Mit Start der Probetriebe müssen wesentliche Teile der notwendigen Infrastruktur zur Umsetzung der Datenflüsse (Software, Datenservice) bei den Datenannahmestellen auf Landesebene bereits funktionsfähig sein.



Der Gemeinsame Bundesausschuss unterstützt die Durchführung der Probebetriebe. Das mit der Planung und Umsetzung betraute AQUA-Institut sucht gegenwärtig nach Ländern, die mit je einer Kassenärztlichen Vereinigung als Datenannahmestelle für kollektivvertragliche Ärzte und einer Datenannahmestelle für die stationäre und ambulante Behandlung am Krankenhaus (LQS oder LKG) an diesen Probebetrieben teilnehmen möchten.

Daher bitten wir Sie um folgende Informationen:

1. Datenannahme im kollektivvertraglichen Bereich:

Gemäß § 9 Abs. 1 Qesü-RL ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung/Kassenzahnärztliche Vereinigung (KV/KZV) die Datenannahmestelle für kollektivvertraglich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auf Landesebene.

- Hat Ihre KV Interesse als Datenannahmestelle im Rahmen anstehender Probebetriebe teilzunehmen?

2. Datenannahme im Krankenhausbereich

Gemäß § 9 Abs. 1 Qesü-RL ist die zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS) oder die Landeskrankenhausgesellschaft (LKG) die Datenannahmestelle für Krankenhäuser auf Landesebene.

- Hat Ihre LQS/ LKG Interesse als Datenannahmestelle im Rahmen anstehender Probebetriebe teilzunehmen?

3. Sonstiges

Gemäß § 5 Abs. 1 Qesü-RL bilden auf der Ebene der Bundesländer oder auch bundeslandübergreifend die jeweilige KV, KZV, LKG und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG). Für eine Teilnahme am Probebetrieb ist es wünschenswert, aber nicht erforderlich, dass bereits konstituierende Verträge zwischen den Beteiligten auf Landesebene geschlossen wurden. Falls in Ihrem Bundesland die Vereinbarungen zur Gründung einer LAG so weit vorangeschritten sind, dass verantwortliche Personen benannt wurden, würden wir uns freuen, wenn Sie uns diese als Ansprechpartner mitteilen würden.

Sofern in Ihrem Bundesland schon ein konkreter Termin zur Bildung einer LAG in Aussicht steht oder Sie uns einen verantwortlichen Ansprechpartner nennen können, würde uns dies als ergänzende Information interessieren.

4. Rekrutierung teilnehmender Einrichtungen

Ferner sind wir für Hinweise und Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Regionen zur Umsetzung von Probebetrieben in Ihrem Bundesland (z.B. durch Rekrutierung von Teilnehmern) dankbar.

Ihre Anregungen und Fragen im Hinblick auf die Probebetriebe sind uns wichtig und herzlich willkommen. Ihr Ansprechpartner im AQUA-Institut ist Herr Klaus Rittmeier, E-Mail: qsservice@aquainstitut.de, Tel. 0551 /789 52-0.

Bitte übermitteln Sie Ihre Rückmeldung mit Hilfe der beigefügten **Fax-Antwort bis zum 31. Oktober 2011 an das AQUA-Institut.**



Die Auswahl der für die Teilnahme am Probetrieb geeigneten Länder soll Anfang November 2011 erfolgen. Anschließend melden wir uns in jedem Fall bei Ihnen. Wir würden uns freuen, wenn Sie an den Probetrieben teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Josef Siebig
(Vorsitzender des Unterausschusses Qualitätssicherung)

**Anhang_E Schreiben G-BA -
Softwareanbieter_10.10.2012**



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unparteiliches Mitglied
Dr. Josef Siebig

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Karola Pötter-Kirchner
Abteilung Qualitätssicherung &
sektorenübergreifende
Versorgungskonzepte

Telefon:
030 275838546

Telefax:
030 275838505

E-Mail:
karola.poetter-kirchner@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
KPK

Datum:
10. Oktober 2011

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

An die Softwareanbieter zur Beteiligung an Probetrieben

Beteiligung der Softwareanbieter an Probetrieben zur Vorbereitung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben möchte Sie der Gemeinsame Bundesausschuss über den aktuellen Stand der Umsetzung erster Qualitätssicherungsverfahren auf Grundlage der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) informieren. Gleichzeitig bittet er um Ihre Mitwirkung und ruft die Softwareanbieter auf, sich im Rahmen der geplanten Probetriebe zu beteiligen.

Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss hat die Institution nach § 137a SGB V (Aqua-Institut Göttingen) für die sektorenübergreifenden QS-Verfahren „Kataraktoperation“, „Konisation“ und „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“ Qualitätsindikatoren und Datensätze vorgelegt. In der nächsten Projektphase werden derzeit eine so genannte EDV-technische Aufbereitung der Datensätze sowie eine Machbarkeitsprüfung ihrer Anwendung durchgeführt. Wesentliche Ziele dieser Phase sind die technische Vorbereitung der weiteren Umsetzung und die Überprüfung der Praktikabilität der entwickelten Datensätze.

Im Anschluss ist die Durchführung freiwilliger Probetriebe vorgesehen, die der Testung der neuen Datenflüsse einschließlich der Einbindung der Vertrauensstelle sowie der Auswertbarkeit der Daten durch das Aqua-Institut dienen. Sie sollen allen an der Umsetzung der Qualitätssicherung beteiligten Gruppen (z. B. Vertragsärzten und Krankenhäuser, Softwareanbietern und Organisationen der Landes- und Bundesebene) Gelegenheit bieten, frühzeitig Erfahrungen zu sammeln und sich aktiv an der Gestaltung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen.

Es ist vorgesehen, die Probetriebe regional begrenzt – z. B. in einzelnen Regionen eines Bundeslandes – durchzuführen. Sie sollen im März/April 2012 beginnen und werden voraussichtlich sechs Monate dauern. Bei Start der Probetriebe muss die Infrastruktur soweit vorbereitet sein, dass Daten in der Einrichtung erfasst und an die jeweilige



Datenannahmestelle übermittelt werden können. Die Weiterleitung von der Datenannahmestelle zur Vertrauensstelle und von dort zur Institution nach § 137a SGB V muss gesichert sein.

Die Auswahl von teilnehmenden Einrichtungen für die Probebetriebe wird voraussichtlich ab November 2011 beginnen. Es werden diejenigen Teilnehmer ausgewählt, die über eine Qualitätssicherungssoftware verfügen, die bis zum Start der Probebetriebe funktionsfähig sein wird. Der G-BA bittet daher die Softwareanbieter, die Einrichtungen zu unterstützen, die ihre Softwareprodukte einsetzen und die freiwillig teilnehmen möchten. Dazu bedarf es der zeitnahen Umsetzung der Spezifikation SQG der Institution nach § 137a SGB V in Ihrem Hause.

Um sich frühzeitig mit den neuen technischen Anforderungen der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auseinandersetzen zu können, bietet das Aqua-Institut ausführliche Informationen an unter:

http://www.sgg.de/entwicklung/technische_entwicklung/technik_gesuerl/index.

Für weitere Informationen hierzu steht Ihnen das AQUA-Institut als Ansprechpartner zur Verfügung (Kontakt siehe unten). Die Verfügbarkeit der erforderlichen Infrastruktur auf der Bundesebene (Datenannahmestelle, Vertrauensstelle) ist gewährleistet.

Einige Softwareanbieter nutzen bereits jetzt im Rahmen der Machbarkeitsprüfungen die Möglichkeit, frühzeitig Erfahrungen zu sammeln, ihre Expertise einzubinden und sich aktiv an der Gestaltung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen.

Ihre Anregungen und Fragen im Hinblick auf die Probebetriebe sind uns wichtig und herzlich willkommen. Ihr Ansprechpartner im AQUA-Institut ist:

Herr Klaus Rittmeier, E-Mail: qsservice@aqua-institut, Tel. 0551 789 52-296

Wir würden uns freuen, wenn Sie an den Probebetrieben teilnehmen und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Dr. Josef Siebig
(Vorsitzender des Unterausschusses Qualitätssicherung)

**Anhang_F_1 Merkblatt
Leistungserbringer_22.12.2011**

■ SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 137A SGB V

Merkblatt für Leistungserbringer zur Teilnahme an den Probetrieben Katarakt und Konisation

Adressaten¹ des Merkblatts

Das vorliegende Merkblatt dient der Information von stationär, ambulant und/oder selektivvertraglich tätigen Einrichtungen und Ärzten, die überlegen, am Probetrieb zu den Themen Katarakt oder Konisation im Bereich der KV Nordrhein, der KV Westfalen-Lippe, der KV Niedersachsen, der LKG Nordrhein-Westfalen oder der LQS Niedersachsen teilzunehmen.

Was verbirgt sich hinter dem Begriff „Probetriebe?“

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Institution nach § 137a SGB V, das AQUA-Institut in Göttingen, beauftragt, im Rahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung (QS) für die Bereiche Kataraktoperation und Konisation sektorenübergreifend Indikatoren, Instrumente sowie die notwendige Dokumentation zu entwickeln. Die abgestimmten Verfahren werden zukünftig bundesweit verpflichtend gelten. Im Rahmen dieser Verfahren werden also erstmals Untersuchungen nicht nur in Form einer Follow-up-Betrachtung durchgeführt, sondern zugleich sektorenübergreifend (ambulant/stationär).

Die nun anstehenden so genannten Probetriebe im Anschluss an die Machbarkeitsprüfungen haben zum Ziel, alle für das Verfahren der Datenerhebung, -übermittlung und -auswertung relevanten Gruppen wie Ärzte, Ärztliche Einrichtungen, Softwareanbieter und Vertreter der Landesebene (z.B. KV, LKG, LQS) einzubinden. Die Probetriebe sollen der Testung der neuen Datenflüsse einschließlich der Einbindung der Vertrauensstelle sowie der Auswertbarkeit der Daten durch das AQUA-Institut dienen.

Was ist die rechtliche Grundlage für die Probetriebe?

Grundlage der Probetriebe ist die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL). Die Qesü-RL ihrerseits beruht auf

§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V: „[Der Gemeinsame Bundesausschuss] soll insbesondere Richtlinien beschließen über [...] 13. Qualitätssicherung [...]“ in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V: „(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement [...]“.

Den vollständigen Text der Qesü-RL finden Sie unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-471/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20.pdf.

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Angesprochen sind jedoch immer beide Geschlechter.

Wer ist das AQUA-Institut?

Das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH wurde 1995 in Göttingen gegründet. Wir arbeiten interessenunabhängig, neutral und interdisziplinär und sind wissenschaftlich stark vernetzt. Stellvertretend für unsere bisherigen Projekte sind etwa die Qualitätszirkel Pharmakotherapie, das Europäische Praxisassessment und die jährlichen Bundesauswertungen zur externen stationären Qualitätssicherung. Nähere Informationen finden Sie unter www.aqua-institut.de, www.europaeischespraxisassessment.de und www.a-qz.de.

Was macht das AQUA-Institut im Rahmen der sektorenübergreifenden QS?

Auftraggeber des AQUA-Instituts ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Das AQUA-Institut ist insbesondere beauftragt,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend (ambulant, stationär, selektivvertraglich) abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen

Die weitere Spezifizierung der Aufgaben erfolgt jeweils über Richtlinien des G-BA.

Grundsätzlich wird ein neues Thema durch den G-BA beauftragt. Das AQUA-Institut entwickelt die relevanten Qualitätsindikatoren bzw. wählt sie aus. Daran schließen sich die Machbarkeitsprüfung und der Probetrieb an, also die Erprobung der Umsetzbarkeit und Praktikabilität der Verfahren. Zum Abschluss wird das Verfahren in einer themenspezifischen Richtlinie festgelegt und der Regelbetrieb, also die tatsächliche Durchführung der Qualitätssicherung beginnt.

Wer kann an den Probetrieben teilnehmen?

Das AQUA-Institut sucht für die Probetriebe interessierte Teilnehmer aus allen Versorgungsbereichen. Teilnehmen kann grundsätzlich jeder Arzt und jede Einrichtung, der bzw. die

- Leistungen im Bereich Katarakt-OP bzw. Katarakt-Nachsorge oder im Bereich Konisationen erbringt,
- im Bereich der KV Nordrhein, der KV Westfalen-Lippe, der KV Niedersachsen, der LKG Nordrhein-Westfalen oder der LQS Niedersachsen tätig ist
- durch seinen bzw. ihren Softwareanbieter die notwendigen technischen Anpassungen für den Probetrieb vornehmen lässt

Besteht eine Verpflichtung zur Teilnahme an den Probetrieben?

Es besteht keine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an den Probetrieben. Gleichwohl bietet Ihnen die Teilnahme am Probetrieb die Möglichkeit, frühzeitig Erfahrungen mit den neuen Verfahren zu sammeln und sich aktiv an der Gestaltung der sektorenübergreifenden QS zu beteiligen. So wird es beispielsweise nach Abschluss der Probetriebe die Möglichkeit zum Feedback und für Optimierungsvorschläge Ihrerseits geben.

Welche finanzielle Unterstützung kann ich erwarten?

Eine finanzielle Unterstützung der an den Probetrieben freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer ist vorgesehen. Einzelheiten dazu teilen wir oder Ihre Ansprechpartner auf der Landesebene auf Anfrage gerne mit.

Wie sieht der Zeitplan für die Probetriebe aus?

Beginn	Ende	Name der Aufgabe
01.04.12	30.06.12	Dokumentation der Daten in den Einrichtungen
01.06.12	15.06.12	Export Probedatenpool
01.07.12	15.07.12	Datenexport und Datenprüfungen (auch: Vollzähligkeit/Sollstatistik)
16.07.12	30.07.12	Nachlieferungsfristen
30.07.12	15.09.12	Befragung der Einrichtungen
01.04.12	31.08.12	Erstellung eines Auswertungskonzeptes, Erstellung und Prüfung der Berichte
01.09.12		Bereitstellung der Feedbackberichte
September 2012		Abschlussworkshop mit den beteiligten Institutionen auf Landesebene (ggf. auch mit weiteren Beteiligten)
	30.09.2012	Berichterstellung

Kann ich auch zu einem späteren Zeitpunkt an den Probetrieben teilnehmen?

Eine spätere Teilnahme an den Probetrieben Katarakt und Konisation ist leider nicht möglich, da die Verfahren im Probetrieb einmalig im festgelegten Zeitraum stattfinden.

Wo finde ich weitere Informationen über die Verfahren und zur Teilnahme?

Weitere Informationen und Unterlagen zu diesen und weiteren Verfahren finden Sie unter <http://www.sgg.de/entwicklung/neue-verfahren/index.html>.

Wer sind meine Ansprechpartner auf Länderebene?

Folgende Ansprechpartner können wir Ihnen nennen:

- KV Westfalen-Lippe:
 - o Technische Anforderungen und Regelbetrieb:
Herr Kampe, Tel.: 0231 9432 3223, E-Mail: stefan.kampe@kvwl.de
 - o Allgemeine Fragen:
Frau Pflanz, Tel.: 0231 9432-34 15, E-Mail: hedwig.pflanz@kvwl.de
Herr Kintrup, Tel.: 0231 9432 1030, E-Mail: andreas.kintrup@kvwl.de
- KV Nordrhein:
 - o Technische Fragen:
Herr Mohr, Tel.: 0211 59708005, E-Mail: gilbert.mohr@kvno.de
 - o Allgemeine Fragen:
Frau Mühlenkamp, Tel.: 0211 59708088, E-Mail: kirsten.muehlenkamp@kvno.de
Herr Bohnekamp, Tel.: 0211 59708213, E-Mail: stephan.bohnekamp@kvno.de

Für Fragen an die übrigen Partner auf Länderebene wenden Sie sich bitte direkt an die jeweils für Sie zuständige Einrichtung.

An wen kann sich mein Softwareanbieter wenden?

Die ambulanten Softwareanbieter wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit Schreiben vom 10. Oktober 2011 über die bevorstehenden Probebetriebe bereits informiert. Er bittet die Anbieter, Leistungserbringer, die an den Probebetrieben teilnehmen möchten, durch rechtzeitige Schaffung der informationstechnischen Voraussetzungen in ihrem Arztinformationssystem zu unterstützen. Das Schreiben des G-BA finden Sie unter <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3100/Teilnahme-Softwareanbieter-anProbebetrieben.pdf>.

Als Hilfestellung für Sie als Interessenten haben wir diesem Merkblatt ein Anschreiben an die Softwareanbieter beigelegt. Dieses Schreiben können Sie gerne verwenden, um Ihrem Anbieter einerseits Ihre Bereitschaft zur Teilnahme zu bekunden und ihm damit gleichzeitig weitere für ihn wichtige Informationen zu den Probebetrieben zukommen zu lassen.

Für weitere Auskünfte diesbezüglich ist Ihr Ansprechpartner des AQUA-Instituts Herr Klaus Rittmeier (E-Mail: gsservice@aqua-institut.de), der Ihnen gerne bei Ihren Fragen behilflich ist.

Wie kann das AQUA-Institut bei der notwendigen Softwareanpassung helfen?

Das AQUA-Institut kann bedauerlicherweise nicht direkt vor Ort bei Ihnen tätig werden. Wir können Ihnen bzw. Ihrem Softwareanbieter jedoch mit Informationen zum technischen Verfahren behilflich sein.

Welche Daten werden erfasst?

Verständlicherweise möchten Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Indikatoren berücksichtigt und welche Daten erhoben werden sollen. Damit Sie sich ein Bild machen können, finden Sie unter http://www.sgg.de/entwicklung/technische_entwicklung/technik_gesuerl/machbarkeit_kat_koni_pci.html die Grundlagen der Verfahren. Die Informationen auf dieser Seite werden aktualisiert, sobald es interessante neue Entwicklungen gibt.

An welche Stellen werden die erfassten Daten geliefert?

Sie liefern die für Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten für kollektivvertraglich oder stationär erbrachte Leistungen wie gewohnt an die zuständige KV bzw. LKG/LQS. Dort werden die Angaben zu Ihnen als Leistungserbringer pseudonymisiert und an die so genannte Vertrauensstelle geschickt. Die Vertrauensstelle ihrerseits erstellt Patientenpseudonyme, bevor sie die Daten an die Bundesauswertungsstelle (BAS) weiterleitet. Auf dem Weg von Ihnen zur BAS ist durch verschiedene Verschlüsselungs- bzw. Pseudonymisierungsmaßnahmen gewährleistet, dass die Daten nicht unbefugt genutzt werden können und jede Stelle im Datenfluss nur genau die Teile des Datenflusses bearbeiten und einsehen kann, die für sie vorgesehen sind.

QS-Daten für selektivvertraglich erbrachte Leistungen werden von Ihnen direkt an die Vertrauensstelle geschickt. Die sicherheitstechnischen Vorkehrungen sind hier ebenso gestaltet wie im vorherigen Absatz beschrieben.

Das vollständige Datenflussmodell der sektorenübergreifenden Verfahren finden Sie unter http://www.g-ba.de/downloads/83-691-210/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20_Anlage.pdf.

**Anhang_F_2 Merkblatt
Leistungserbringer_21.03.2012**

■ SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 137A SGB V

Merkblatt für Leistungserbringer zur Teilnahme an den Probetrieb Katarakt und Konisation

Adressaten¹ des Merkblatts

Das vorliegende Merkblatt dient der Information von stationär, ambulant und/oder selektivvertraglich tätigen Einrichtungen und Ärzten, die überlegen, am Probetrieb zu den Themen Katarakt oder Konisation im Bereich der KV Nordrhein, der KV Westfalen-Lippe, der KV Niedersachsen, der LKG Nordrhein-Westfalen oder der LQS Niedersachsen teilzunehmen.

Was verbirgt sich hinter dem Begriff „Probetriebe?“

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Institution nach § 137a SGB V, das AQUA-Institut in Göttingen, beauftragt, im Rahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung (QS) für die Bereiche Kataraktoperation und Konisation sektorenübergreifend Indikatoren, Instrumente sowie die notwendige Dokumentation zu entwickeln. Die abgestimmten Verfahren werden zukünftig bundesweit verpflichtend gelten. Im Rahmen dieser Verfahren werden also erstmals Untersuchungen nicht nur in Form einer Follow-up-Betrachtung durchgeführt, sondern zugleich sektorenübergreifend (ambulant/stationär).

Die nun anstehenden so genannten Probetriebe im Anschluss an die Machbarkeitsprüfungen haben zum Ziel, alle für das Verfahren der Datenerhebung, -übermittlung und -auswertung relevanten Gruppen wie Ärzte, Ärztliche Einrichtungen, Softwareanbieter und Vertreter der Landesebene (z.B. KV, LKG, LQS) einzubinden. Die Probetriebe sollen der Testung der neuen Datenflüsse einschließlich der Einbindung der Vertrauensstelle sowie der Auswertbarkeit der Daten durch das AQUA-Institut dienen.

Was ist die rechtliche Grundlage für die Probetriebe?

Grundlage der Probetriebe ist die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL). Die Qesü-RL ihrerseits beruht auf

§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V: „[Der Gemeinsame Bundesausschuss] soll insbesondere Richtlinien beschließen über [...] 13. Qualitätssicherung [...]“ in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V: „(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement [...]“.

Den vollständigen Text der Qesü-RL finden Sie unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-471/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20.pdf.

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Angesprochen sind jedoch immer beide Geschlechter.

Wer ist das AQUA-Institut?

Das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH wurde 1995 in Göttingen gegründet. Wir arbeiten interessenunabhängig, neutral und interdisziplinär und sind wissenschaftlich stark vernetzt. Stellvertretend für unsere bisherigen Projekte sind etwa die Qualitätszirkel Pharmakotherapie, das Europäische Praxisassessment und die jährlichen Bundesauswertungen zur externen stationären Qualitätssicherung. Nähere Informationen finden Sie unter www.aqua-institut.de, www.europaeischespraxisassessment.de und www.a-qz.de.

Was macht das AQUA-Institut im Rahmen der sektorenübergreifenden QS?

Auftraggeber des AQUA-Instituts ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Das AQUA-Institut ist insbesondere beauftragt,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend (ambulant, stationär, selektivvertraglich) abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen

Die weitere Spezifizierung der Aufgaben erfolgt jeweils über Richtlinien des G-BA.

Grundsätzlich wird ein neues Thema durch den G-BA beauftragt. Das AQUA-Institut entwickelt die relevanten Qualitätsindikatoren bzw. wählt sie aus. Daran schließen sich die Machbarkeitsprüfung und der Probetrieb an, also die Erprobung der Umsetzbarkeit und Praktikabilität der Verfahren. Zum Abschluss wird das Verfahren in einer themenspezifischen Richtlinie festgelegt und der Regelbetrieb, also die tatsächliche Durchführung der Qualitätssicherung beginnt.

Wer kann an den Probetrieben teilnehmen?

Das AQUA-Institut sucht für die Probetriebe interessierte Teilnehmer aus allen Versorgungsbereichen. Teilnehmen kann grundsätzlich jeder Arzt und jede Einrichtung, der bzw. die

- Leistungen im Bereich Katarakt-OP bzw. Katarakt-Nachsorge oder im Bereich Konisationen erbringt,
- im Bereich der KV Nordrhein, der KV Westfalen-Lippe, der KV Niedersachsen, der LKG Nordrhein-Westfalen oder der LQS Niedersachsen tätig ist
- durch seinen bzw. ihren Softwareanbieter die notwendigen technischen Anpassungen für den Probetrieb vornehmen lässt

Besteht eine Verpflichtung zur Teilnahme an den Probetrieben?

Es besteht keine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an den Probetrieben. Gleichwohl bietet Ihnen die Teilnahme am Probetrieb die Möglichkeit, frühzeitig Erfahrungen mit den neuen Verfahren zu sammeln und sich aktiv an der Gestaltung der sektorenübergreifenden QS zu beteiligen. So wird es beispielsweise nach Abschluss der Probetriebe die Möglichkeit zum Feedback und für Optimierungsvorschläge Ihrerseits geben.

Welche finanzielle Unterstützung kann ich erwarten?

Eine finanzielle Unterstützung der an den Probetrieben freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer ist vorgesehen. Einzelheiten dazu teilen wir oder Ihre Ansprechpartner auf der Landesebene auf Anfrage gerne mit.

Wie sieht der Zeitplan für die Probetriebe aus?

Beginn	Ende	Name der Aufgabe
01.07.12	30.09.12	Dokumentation der Daten in den Einrichtungen
01.09.12	15.09.12	Export Probedatenpool
01.10.12	15.10.12	Datenexport und Datenprüfungen (auch: Vollzähligkeit/Sollstatistik)
16.10.12	31.10.12	Nachlieferungsfristen
31.10.12	15.12.12	Befragung der Einrichtungen
01.07.12	30.11.12	Erstellung eines Auswertungskonzeptes, Erstellung und Prüfung der Berichte
01.12.12		Bereitstellung der Feedbackberichte
Dezember 2012		Abschlussworkshop mit den beteiligten Institutionen auf Landesebene (ggf. auch mit weiteren Beteiligten)
	31.12.2012	Berichterstellung

Kann ich auch zu einem späteren Zeitpunkt an den Probetrieben teilnehmen?

Eine spätere Teilnahme an den Probetrieben Katarakt und Konisation ist leider nicht möglich, da die Verfahren im Probetrieb einmalig im festgelegten Zeitraum stattfinden.

Wo finde ich weitere Informationen über die Verfahren und zur Teilnahme?

Weitere Informationen und Unterlagen zu diesen und weiteren Verfahren finden Sie unter <http://www.sgg.de/entwicklung/neue-verfahren/index.html>.

Wer sind meine Ansprechpartner auf Länderebene?

- KV Westfalen-Lippe:
 - o Technische Anforderungen und Regelbetrieb:
Herr Kampe, Tel.: 0231 9432 3223, E-Mail: stefan.kampe@kvwl.de
 - o Allgemeine Fragen:
Frau Pflanz, Tel.: 0231 9432-34 15, E-Mail: hedwig.pflanz@kvwl.de
Herr Kintrup, Tel.: 0231 9432 1030, E-Mail: andreas.kintrup@kvwl.de
- KV Nordrhein:
 - o Technische Fragen:
Herr Mohr, Tel.: 0211 59708005, E-Mail: gilbert.mohr@kvno.de
 - o Allgemeine Fragen:
Frau Mühlenkamp, Tel.: 0211 59708088, E-Mail: kirsten.muehlenkamp@kvno.de
Herr Bohnekamp, Tel.: 0211 59708213, E-Mail: stephan.bohnekamp@kvno.de
- KV Niedersachsen: Frau Kuhn, Tel.: 0511 3803330, E-Mail: Sybille-Nadja.Kuhn@kvn.de
- LKG Niedersachsen: Herr Dr. Weirich, Tel.: 0511 3076331, E-Mail: pgs-qs@t-online.de
- LKG Nordrhein-Westfalen: Herr Färber, Tel.: 0211 4781922, E-Mail: rfaerber@kgnw.de

An wen kann sich mein Softwareanbieter wenden?

Die ambulanten Softwareanbieter wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit Schreiben vom 10. Oktober 2011 über die bevorstehenden Probebetriebe bereits informiert. Er bittet die Anbieter, Leistungserbringer, die an den Probebetrieben teilnehmen möchten, durch rechtzeitige Schaffung der informationstechnischen Voraussetzungen in ihrem Arztinformationssystem zu unterstützen. Das Schreiben des G-BA finden Sie unter <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3100/Teilnahme-Softwareanbieter-anProbebetrieben.pdf>.

Als Hilfestellung für Sie als Interessenten haben wir diesem Merkblatt ein Anschreiben an die Softwareanbieter beigelegt. Dieses Schreiben können Sie gerne verwenden, um Ihrem Anbieter einerseits Ihre Bereitschaft zur Teilnahme zu bekunden und ihm damit gleichzeitig weitere für ihn wichtige Informationen zu den Probebetrieben zukommen zu lassen.

Für weitere Auskünfte diesbezüglich ist Ihr Ansprechpartner des AQUA-Instituts Herr Klaus Rittmeier (E-Mail: gsservice@aquainstitut.de), der Ihnen gerne bei Ihren Fragen behilflich ist.

Wie kann das AQUA-Institut bei der notwendigen Softwareanpassung helfen?

Das AQUA-Institut kann bedauerlicherweise nicht direkt vor Ort bei Ihnen tätig werden. Wir können Ihnen bzw. Ihrem Softwareanbieter jedoch mit Informationen zum technischen Verfahren behilflich sein.

Welche Daten werden erfasst?

Verständlicherweise möchten Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Indikatoren berücksichtigt und welche Daten erhoben werden sollen. Damit Sie sich ein Bild machen können, finden Sie unter http://www.sgg.de/entwicklung/technische_entwicklung/technik_gesuerl/machbarkeit_kat_koni_pci.html die Grundlagen der Verfahren. Die Informationen auf dieser Seite werden aktualisiert, sobald es interessante neue Entwicklungen gibt.

An welche Stellen werden die erfassten Daten geliefert?

Sie liefern die für Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten für kollektivvertraglich oder stationär erbrachte Leistungen wie gewohnt an die zuständige KV bzw. LKG/LQS. Dort werden die Angaben zu Ihnen als Leistungserbringer pseudonymisiert und an die so genannte Vertrauensstelle geschickt. Die Vertrauensstelle ihrerseits erstellt Patientenpseudonyme, bevor sie die Daten an die Bundesauswertungsstelle (BAS) weiterleitet. Auf dem Weg von Ihnen zur BAS ist durch verschiedene Verschlüsselungs- bzw. Pseudonymisierungsmaßnahmen gewährleistet, dass die Daten nicht unbefugt genutzt werden können und jede Stelle im Datenfluss nur genau die Teile des Datenflusses bearbeiten und einsehen kann, die für sie vorgesehen sind.

QS-Daten für selektivvertraglich erbrachte Leistungen werden von Ihnen direkt an die Vertrauensstelle geschickt. Die sicherheitstechnischen Vorkehrungen sind hier ebenso gestaltet wie im vorherigen Absatz beschrieben.

Das vollständige Datenflussmodell der sektorenübergreifenden Verfahren finden Sie unter http://www.g-ba.de/downloads/83-691-210/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20_Anlage.pdf.

**Anhang_F_3 Anschreiben
Leistungserbringer_22.12.2011**

■ SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 137A SGB V

Informationsschreiben zur Teilnahme an den Probetrieben für Kataraktoperation und Konisation

An Ärzte/Ärztinnen und Vertreter/Vertreterinnen ärztlicher Einrichtungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das AQUA-Institut beauftragt, im Rahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung für die Leistungsbereiche „*Kataraktoperation*“ und „*Konisation*“ sektorenübergreifend (ambulant, stationär und selektivvertraglich) Indikatoren, Instrumente, sowie die notwendige Dokumentation zu entwickeln. Die abgestimmten Verfahren werden zukünftig (2014) bundesweit verpflichtend gelten.

Die oben genannten Leistungsbereiche wurden einer sogenannten Machbarkeitsprüfung unterzogen. Daran werden sich in Kürze sogenannte „Probetriebe“ anschließen, in die alle relevanten Gruppen wie Ärzte und Ärztliche Einrichtungen, Softwareanbieter und Vertreter der Landesebenen eingebunden werden sollen. Die Teilnahme ist freiwillig.

Dazu sollen Ihre jeweiligen Softwareanbieter (sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich) Probeinstallationen der entsprechenden Qualitätssicherungssoftware bei Ihnen vornehmen. Auf Basis der Probeinstallationen sollen Daten erfasst und an die jeweils zuständigen Datenannahmestellen übermittelt werden, um den gesamten Datenfluss testen zu können. Um genügend Informationen für eine Vorbereitung der Verfahren auf den Regelbetrieb zu erhalten, sucht das AQUA-Institut interessierte Teilnehmer aus allen Versorgungsbereichen.

Zu Ihrer Information haben wir Ihnen ein Merkblatt beigelegt mit weiteren Angaben zu den Probetrieben. Außerdem finden Sie beiliegend ein Antwortformular auf unsere Anfrage bei Ihnen, sowie ein vorgefertigtes Schreiben, das Sie gerne nutzen können, um mit Ihrem Softwareanbieter in Kontakt zu treten und ihn um seine Mithilfe zu bitten.

Wenn Sie Ihr Wissen und Ihre Kompetenz bei der Vorbereitung eines der oben genannten QS-Verfahren einbringen und sich am Probetrieb beteiligen möchten, teilen Sie uns Ihr Interesse auf beigefügtem Anmeldeformular bitte schnellstmöglich mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr AQUA-Institut

**Anhang_F_4 Interessenbekundung
Leistungserbringer_22.12.2011**

■ INTERESSENBEKUNDUNG PROBEBETRIEB

Bitte verwenden Sie dieses Formular, wenn Sie als Leistungserbringer am Probebetrieb der „Sektorenübergreifenden Qualitätssicherung“ zu den Themen Kataraktoperation oder Konisation teilnehmen möchten. Bitte schicken Sie uns das ausgefüllte Formular per Fax (055 1-78952 10) zu. Vielen Dank!

Interessenbekundung zur Teilnahme am Probebetrieb „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung“ im ambulanten/stationären Sektor

Institution:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Verwendetes Krankenhaus- bzw. Arzt-Informationssystem:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Patientenversorgung:

stationär

ambulant

Selektivvertraglich

Integrierte Versorgung

Verfahren/Eingriff:

Katarakt-OP

Konisation

Zuständige Landesstelle:

Am Probebetrieb zu den o.g. Verfahren

werde ich teilnehmen

An weiteren Informationen zu den o.g. Verfahren

bin ich interessiert

(Zutreffendes bitte ankreuzen).

Datum, Ort, Unterschrift

**Anhang_F_5 Formulierungshilfe
Leistungserbringer -
Softwareanbieter_22.12.2011**

«Firma», «Abteilung»
«Anrede» «Titelkurz» «Vorname»
«Nachname»
«Strasse»
«PLZ» «Ort»

UNSER ZEICHEN

DATUM

19. Dezember 2012

Teilnahme an Probetrieb – Anpassung unserer QS-Software

Sehr geehrte Damen und Herren,

das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen in Göttingen, hat in seiner Funktion als Institution nach § 137a SGB V um Mithilfe bei der Entwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren „Kataraktoperation“ bzw. „Konisation“ gebeten.

Wir sehen darin für Sie und für uns die Möglichkeit, die ab 2014 verbindlichen Verfahren bereits frühzeitig zu erproben und durch Optimierungsvorschläge mitzugestalten. Darum haben wir gegenüber dem AQUA-Institut unser Interesse an einer solchen Teilnahme bekundet.

Wir bitten nun Sie als Hersteller unserer QS-Software, uns durch die entsprechenden Anpassungen Ihrer Software auf diesem Weg zu unterstützen.

Bitte setzen Sie sich für weitere Absprachen in den nächsten Tagen mit uns und dem AQUA-Institut (Herr Klaus Rittmeier, E-Mail: qsservice@aqua-institut.de) in Verbindung.

Erste für Sie relevante Informationen zu den beiden Verfahren finden Sie auch auf der Homepage des AQUA-Instituts unter http://www.sqg.de/entwicklung/technische_entwicklung/technik_quesuerl/index.html.

Mit freundlichen Grüßen

.....

**Anhang_G_1 Auftaktworkshop
Fragenkatalog**

Auftaktworkshop Probebetriebe

Göttingen, 29. Mai 2012

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen, Göttingen, www.aqua-institut.de



Themenüberblick

- Kurzer Blick auf den Zwischenstand der Probebetriebe
- Demonstration des Datenflusses
- Technische Fragen zum Probebetrieb Kataraktoperation
- Informationen und Fragen des AQUA-Instituts
 - Änderungen der Spezifikation
 - Vereinbarungen DAS -> AQUA
 - Vereinbarungen DAS -> LE (-> AQUA)
 - Vorstellung des Grundgerüsts der geplanten Leistungserbringerbefragung

Kurzer Blick auf den Zwischenstand der Probebetriebe

- Teilnehmende Landesstellen:
 - KV Nordrhein, KV Westfalen-Lippe, KG Nordrhein-Westfalen
- Mögliche Softwareanbieter
 - Ambulant: Duria
 - Stationär: 3M, Saatmann, ID Berlin, Unitrend
- Mögliche Leistungserbringer
 - Kollektivvertraglich
 - Nordrhein: 28 Praxen mit d2d, 18 ohne d2d
 - Westfalen-Lippe: 40 angeschrieben; 6 Rückmeldungen, davon 5 mit grundsätzlichem Teilnahminteresse
 - Stationär: zwei mögliche Krankenhäuser, Rekrutierung läuft

Technische Fragen zum Probebetrieb Kataraktoperation – Übersicht I

- Testinstanzen
- Registrierung
- Datenverschlüsselung
- Datenübermittlung LE -> DAS
- Datenprüfung
- Rückprotokollierung DAS -> LE
- Datenpseudonymisierung

Technische Fragen zum Probebetrieb Kataraktoperation – Übersicht 2

- Datenübermittlung DAS → VST
- Datenprüfungsprotokollierung
- Datenflussprotokoll
- Sollstatistik
- Sollstatistik – Konformitätserklärung
- Rückmeldeberichte
- Datenhaltung und Archivierung

Technische Fragen – Testinstanzen

- Vor längerer Zeit wurden Testinstanzen angekündigt, um die jeweiligen Datenflüsse in der Implementierungsphase frühzeitig simulieren und testen zu können. Wie ist hier der Stand?
 - Testinstanzen ab 18.06.

Technische Fragen – Registrierung (I)

- 1) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Datenübermittlung“ DAS, VST, BAS, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kap. 1.1.1, Seite 6:
Wie komme ich an eine DAS-Registriernummer? Gibt es Antragsformulare oder Ansprechpartner? Oder brauchen nur PVSe (Praxisverwaltungssystem eines LE) eine Registrierung?
- Die Registriernummern für die Datenübermittlung DAS - BAS werden von der BAS ausgestellt.
- Die VST-PSN und die BAS verwenden dieselben Registriernummern
- Ansprechpartner ist Klaus Rittmeier.
- Antragsformular erhalten Sie auch von Herrn Rittmeier

Ihr Ansprechpartner
.....
Für Ihre Fragen zum Datenservice
steht Ihnen folgender
Ansprechpartner zur Verfügung:

Herr Klaus Rittmeier
Telefon: (+49) 0551 / 789 52-296
Telefax: (+49) 0551 / 789 52-10
↪ qsservice@aquainstitut.de

Technische Fragen – Registrierung (II)

- 2) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Datenübermittlung“ DAS, VST, BAS, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Seite 6:
Was bedeutet? BU<Registrierkode>
- Jedes Programm, das Daten an die BAS (über die VST-PSN) exportiert, muss bei der BAS registriert sein. Da die DAS nur ein einziges Programm für den Export verwenden, erhält jede DAS genau eine Registriernummer.
- Das AQUA-Institut als Bundesebene (BU) vergibt an die DAS Registriernummern nach folgendem Schema:
 - *BU<Registrierkode>*
 - *Beispiel: BU123456*

Technische Fragen – Registrierung (III)

- 13) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Dokumentation“ (Erfassung, XML-Export) Leistungserbringer LE, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 6.1.1, Seite 62:

Registrierung eines PVS/LE bei der DAS im ambulanten Bereich? Wie soll das gehen?

- Die Registriernummer dient zur eindeutigen Identifizierung einer QS-Dokumentationssoftware bei der DAS.
- Alle Vorgangsnummern müssen eindeutig in Bezug auf die Registriernummer sein.

Technische Fragen – Datenverschlüsselung

- Welche Teile der übermittelten Daten sind verschlüsselt?

LE → DAS

- QS-Daten <qs_data>: mit dem öffentlichen Schlüssel der BAS.
- PID <patient>: mit dem öffentlichen Schlüssel der VST

DAS → VST

- LE-Pseudonym (<care_provider>) mit dem öffentlichen Schlüssel der BAS
-
- Da wir als KV nur ambulante Daten annehmen, habe ich es so verstanden, dass wir keinerlei Daten ver- bzw. entschlüsseln müssen, ist das korrekt?
 - Ja, solange man die QS-Daten nur über sichere Wege erhalten (SSL...)
 - Z.B. per Mail müssen die Anhänge (QS-Daten, Rückprotokolle) symmetrisch mit dem Passwort der Registrierung verschlüsselt werden

Technische Fragen – Datenübermittlung LE-DAS (I)

- Wie groß werden die Dateien sein, die vom LE an uns übermittelt werden?
 - Maximal 20 MB (~1500 Datensätze)
 - Wie sehen die empfangenen Dateien aus? Welches Dateiformat?
 - XML-Format
-
- Beispiel 1 LE,
 - Beispiel 2 LE-DAS,
 - Beispiel 3 DAS-VST

Technische Fragen – Datenübermittlung LE-DAS (II)

- Kann ein Arzt übermittelte Daten zurückrufen?
 - Stornierung einzelner Datensätze.
 - Echtbetrieb: Stornierung einer gesamten Lieferung (Lösung wird erarbeitet)
- Wenn ein Arzt wiederholt Informationen schickt (doppelt), wie ist damit umzugehen?
 - Ein übermittelter Datensatz wird von der datenentgegennehmenden Stelle (DAS, BAS) nicht angenommen, wenn bereits vorher ein anderer Datensatz mit derselben Registriernummer, Datensatznummer und Versionsnummer übermittelt worden ist.
 - Beispiel für eine Fehlermeldung (Protokollierung):

```
<validation_item V="Spezifikation" c_date="2012-05-29T07:14:54" id="1">  
  <status V="ERROR">  
    <error>  
      <error_type V="DOPPELT"/>  
      <rule_type V="H"/>  
      <list V=""/>  
      <error_message V="Es wurde bereits ein anderer Datensatz mit derselben Registriernummer und Versionsnummer übermittelt."/>  
    </error>  
  </status>  
</validation_item>
```

Technische Fragen – Datenprüfung (I)

- Das Prüfmodul/Stylesheet ist als Referenzimplementierung ausgelegt. Aus unserer Sicht bedarf dies einer Dokumentation der jeweiligen Plausibilitäten. Ansonsten ist eine anderweitige Implementierung kaum möglich. Dies würde darüber hinaus zu einer transparenteren Darstellung der Aufgaben der DAS beitragen.
- Vorhandene Materialien:
 - Schemata für die unterschiedlichen Schnittstellen → Feldbezogene Prüfungen.
 - Access-Datenbank, Technische Dokumentation.
 - Datenprüfprogramm (Stylesheet ist verschlüsselt, die Funktionalität bleibt jedoch erhalten).
- Geplante Materialien:
 - Ein „Mini-XSLT“ im Klartext (15.06.) für die Prüfung der Admin-Daten und der LE-Daten.
 - Zusammenfassung der Prüfungen der Admin-Daten (+ Testfälle)
 - Ergänzung der Access-DB mit Fehlermeldungen (Fehlerquellen) in Bezug auf die Admin-Daten (15.06.)

Technische Fragen – Datenprüfung (II)

- Systemvoraussetzungen Datenprüfprogramm?
 - Standard-PC
 - Arbeitsspeicher mindestens 512 MB RAM
 - Prozessor 1 GHz
 - Java Laufzeitumgebung 1.6 oder höher (JRE 1.6)
 - beliebige Betriebssysteme (Plattformunabhängig)
- Wie arbeitet das Datenprüfprogramm? Ist ein Batch-Betrieb möglich?
 - Die Prüfung ist Zweistufig (Schema-Prüfung, Feldbezogene/-Übergreifende Prüfung mit XSLT).
 - kann über die Konsole aufgerufen werden (*java -jar datenpruefprogram.jar*)
 - kann über eine Batch-Datei aufgerufen werden (Mitgeliefert)
 - Kann über eine einfache, grafische Oberfläche gestartet werden (Mitgeliefert)

Technische Fragen – Datenprüfung (III)

- 3) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Datenübermittlung“ DAS, VST, BAS, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 1.1.2, Seite 7: Zitat: „Ferner werden Daten markiert, die ggf. nicht vollständig sind oder andere Fehler aufweisen.“

Wie soll die Markierung aussehen? Ist alles was das Prüfprogramm auswirft zu markieren? Wie soll das automatisiert geschehen?

- Es geht hier um die Protokollierung der Fehler auf Dokumenten- oder auf Datensatzebene

```
<validation_item V="Spezifikation" c_date="2012-05-29T07:14:54" id="1">
  <status V="ERROR">
    <error>
      <error_type V="DOPPELT"/>
      <rule_type V="H"/>
      <list V=""/>
      <error_message V="Es wurde bereits ein anderer Datensatz mit derselben Registriernummer und Versionsnummer übermittelt."/>
    </error>
  </status>
</validation_item>
```

Technische Fragen – Datenprüfung (IV)

- 14) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Dokumentation“ (Erfassung, XML-Export) Leistungserbringer LE, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 6.7.2, Seite 79: Zitat: „Ein XML-Dokument, das einen alten Wert für „container_version“ enthält, muss von der DAS zurückgewiesen werden.“

Wird die veraltete Version vom Prüfprogramm festgestellt? Oder muss ich mit eigenen Mitteln checken?

- Das Datenprüfprogramm prüft auch die Versionsnummer.
- Voraussetzung ist die Verwendung der aktuellen Version vom Datenprüfprogramm bzw. des aktuellen Schemas.
- Auch mit dem Schema kann man unabhängig vom Datenprüfprogramm die Korrektheit der Versionsnummer prüfen.

Technische Fragen – Datenprüfung (V)

- 6) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Datenübermittlung“ DAS, VST, BAS, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 1.9.6, Seite 15: Zitat:
„...Jede datenentgegennehmende Stelle muss dafür sorgen, dass ein eindeutig über die GUID identifizierendes Dokument nur einmal verarbeitet wird.“
- Gilt diese Vorgabe auch für die DAS?
 - Die GUID ist eine Art Transaktions-ID (TAN) und wird durch eine gelungene Transaktion zwischen den jeweils beteiligten Übertragungspartnern verbraucht.
- Wenn ja, was ist zu tun, wenn eine GUID zweimal verwendet wird?
 - Die ganze Datenlieferung ist abzulehnen, in dem der Dokumentenstatus auf „Error“ gesetzt wird.
 - Zusätzlich soll eine entsprechende Fehlermeldung im Transaktionsprotokoll untergebracht werden.

Technische Fragen – Rückprotokollierung DAS->LE (I)

- Wenn eine Prüfung nicht erfolgreich ist, muss dies dem Arzt gemeldet werden?
 - Ja, über die Datenflussprotokolle
 - wenn die gesamte Lieferung fehlerhaft ist (Entschlüsselung nicht möglich...), muss der Status des Dokuments auf „Error“ gesetzt werden.
- Was muss genau gemeldet werden?
 - Prüfungsergebnisse (OK, ERROR, WARNING) der DAS
 - Prüfungsergebnisse der VST-PSN
 - Prüfungsergebnisse der BAS

Technische Fragen – Rückprotokollierung DAS→LE (II)

- 12) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Dokumentation“ (Erfassung, XML-Export) Leistungserbringer LE, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 6, Seite 61: Zitat: „Die datenentgegennehmenden Stellen haben Datensätze, welche nicht in die Zuständigkeit ihres Verfahrens fallen, mit Fehlermeldung zurückzuweisen.“
Müssen die Daten lediglich gelöscht werden? Wie ist der Sender zu informieren? Ist der VST oder BAS zu informieren?
- Müssen die Daten lediglich gelöscht werden?
 - Noch nicht geregelt!
 - Mindestens nach einer Korrektur müssen die fehlerhaften Daten gelöscht werden.
- Wie ist der Sender zu informieren?
 - Über das Rückprotokoll (Transaktionsprotokoll)

Technische Fragen – Datenpseudonymisierung (I)

- Sind die LE-Daten, die pseudonymisiert werden sollen, nicht verschlüsselt?
 - Nein, sind sie nicht verschlüsselt
- Warum bietet das AQUA-Institut hier kein Programm wie bei der Datenprüfung an?
 - Anders als das DP ist so ein Programm nicht von der Richtlinie vorgesehen.
 - Es gibt bereits etablierte Verfahren in den Landesgeschäftsstellen.
 - Verfahren für die Pseudonymisierung müssen geheim bleiben.
- Gibt es irgendwelche Bedingungen für die verwendeten Pseudonyme?
 - werden durch das Schema festgelegt
 - Alphanummerisch
 - Sonderzeichen sind nicht erlaubt

Technische Fragen – Datenpseudonymisierung (II)

- 15) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Dokumentation“ (Erfassung, XML-Export) Leistungserbringer LE, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 6.7.3, Seite 79:

Text:

Element header/document

Das Element enthält allgemeine Informationen zum erstellten Dokument. Dieses Element ist weitestgehend über den gesamten Datenfluss hinweg beständig. Nur das Element <modification_dttm> (Modifikationsdatum) wird bei jeder Bearbeitung neu gesetzt.

Ist /header/modification_dttm auch bei einer LE-Pseudonymisierung neu zu setzen?

- JA, das Modifikationsdatum soll auch bei der Pseudonymisierung neu gesetzt werden

Technische Fragen – Datenübermittlung DAS -> VST (I)

- 4) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Datenübermittlung“ DAS, VST, BAS, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 1.2, Seite 8:
Muss die DAS zwischen den einzelnen Datenpools unterscheiden?
 - Bundesdatenpool: Echtdaten des Echtbetriebs
 - Probedatenpool: Echtdaten für vorläufige Auswertungen
 - Testdatenpool: Testdaten für Testzwecke
- Damit vermieden wird, dass Daten an den falschen Pool verschickt werden, müssen die Testdaten an die Testinstanz und die Echtdaten an die Echtinstanz der VST-PSN verschickt werden.
- Die VST-PSN leitet auch die Daten an die entsprechende BAS-Schnittstelle weiter.

Technische Fragen – Datenübermittlung DAS -> VST (II)

- 5) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Datenübermittlung“ DAS, VST, BAS, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 1.3, Seite 9:

Text:

Achtung: Sollte bezogen auf ein LE-Pseudonym die Eindeutigkeit der Vorgangsnummern (Datensatznummern) nicht gewährleistet sein, müssen die **Vorgangsnummern** von der DAS entsprechend angepasst werden. Dieser Fall kann z.B. vorkommen, wenn der LE mehrere Softwareinstanzen mit unterschiedlichen Registriernummern einsetzt. Bei einer Anpassung der Vorgangsnummern müssen die DAS dafür sorgen, dass die ursprünglichen Vorgangsnummern vor der Weiterleitung der Datenflussprotokolle an die LE wiederhergestellt werden. Da der strukturierte Dialog gemäß Qesü-RL von den Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) durchgeführt wird, die zu diesem Zweck die ursprünglichen Vorgangsnummern für die Identifizierung der auffälligen Datensätze benötigen, ist es zu empfehlen, dass die Vorgangsnummer vor der Weiterleitung an die VST mit der Registriernummer des LE zusammengeführt wird. Das Schema dafür ist: <Registriernummer>#<Vorgangsnummer>

Was nach „Achtung“ folgt, ist erklärungsbedürftig. Was ist zum Beispiel eine Vorgangsnummer? Welches XML-Element ist gemeint? Ist die Datensatz-id gemeint?

- Vorgangsnummer=Datensatznummer
- XML-Element: <case_admin><id V=„123“>



Technische Fragen – Datenübermittlung DAS -> VST (III)

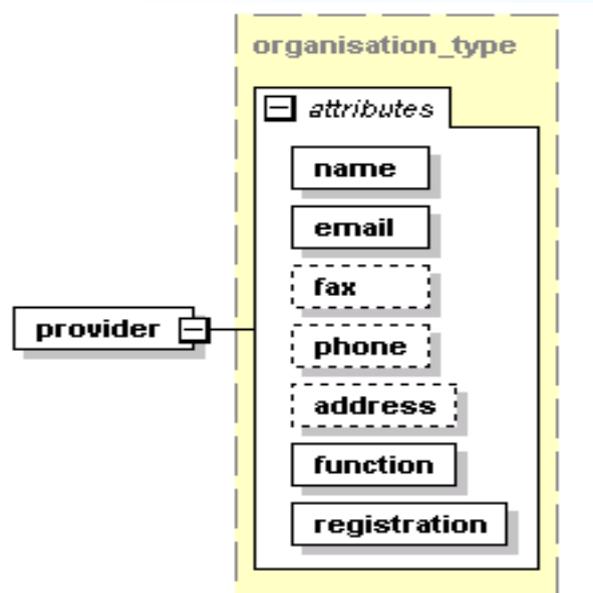
- 16) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Dokumentation“ (Erfassung, XML-Export) Leistungserbringer LE, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 6.7.3, Seite 83:

Element header/Provider

Das Element <provider> gibt an, welche Institution dieses Dokument zuletzt bearbeitet hat. Es wird in jeder am Datenfluss beteiligten Instanz durch diese ersetzt und so zur nächsten Instanz geschickt. Einzige Ausnahme ist die Vertrauensstelle, die dort nur im Fall selektivvertraglicher ambulanter Leistungserbringer als „provider“ auftreten würde.

- Element /header/provider muss die DAS dieses Element mit seinen Stammdaten ersetzen/aktualisieren?
 - JA, das ist das einzige Element, das die DAS identifiziert.
 - Durch die Registriernummer wird die DAS identifiziert und ihre Email-Adresse übermittelt, an die das Datenflussprotokoll verschickt wird.

Technische Fragen – Datenübermittlung DAS -> VST (IIIa)



Technische Fragen – Datenprüfungsprotokollierung

- 17) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Dokumentation“ (Erfassung, XML-Export) Leistungserbringer LE, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 6.7.3, Seiten 83 – 87:

Wie soll mit dem Element `/header/protocol` und dessen Kindelementen umgegangen werden? Welche Prüfungen sind hier zu dokumentieren? Wann ist das Element `/header/protocol/validation_provider/validation_item` zu füllen?

Technische Fragen – Datenprüfungsprotokollierung

Technische Dokumentation (6.5. Regeln für die Entgegennahme von Daten)

1. Auf Dokumentenebene sind alle Prüfungen zu dokumentieren. Eine prüfende Einrichtung trägt sich als `<validation_provider>` in die entsprechende Auflistung ein und dokumentiert dann ihre durchgeführten Prüfungen in der Auflistung `<validation_item>`.
2. Prüfungen, die - wie z.B. die Schemakonformität - das Dokument insgesamt betreffen, müssen ausschließlich im Headerbereich eingetragen werden.
3. Prüfungen, die auf Fallebene erfolgen, müssen im Bodybereich eingetragen werden (im entsprechenden Datensatz).

```
<validation_item V="Spezifikation" c_date="2012-05-29T07:14:54" id="1">  
  <status V="ERROR">  
    <error>  
      <error_type V="DOPPELT"/>  
      <rule_type V="H"/>  
      <list V=""/>  
      <error_message V="Es wurde bereits ein anderer Datensatz mit derselben Registriernummer und Versionsnummer übermittelt."/>  
    </error>  
  </status>  
</validation_item>
```



Technische Fragen – Datenflussprotokoll

- 7) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Datenübermittlung“ DAS, VST, BAS, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 1.9.8, Seite 15: „Die BAS schickt nach Abschluss ihrer internen Verarbeitung eine zusätzliche Protokolldatei an die DAS, das sogenannte Datenflussprotokoll.“

- Was soll die DAS mit diesem Protokoll machen?
 - Das Datenflussprotokoll (Prüfergebnisse aller Prüfstellen) muss dem Leistungserbringer zur Verfügung gestellt werden.
 - Weiterleitung an eine Email-Adresse
 - Die Protokolle können auch dem LE online zur Verfügung gestellt werden. (hier wäre eine Benachrichtigung über die Verfügbarkeit von Protokollen sinnvoll)

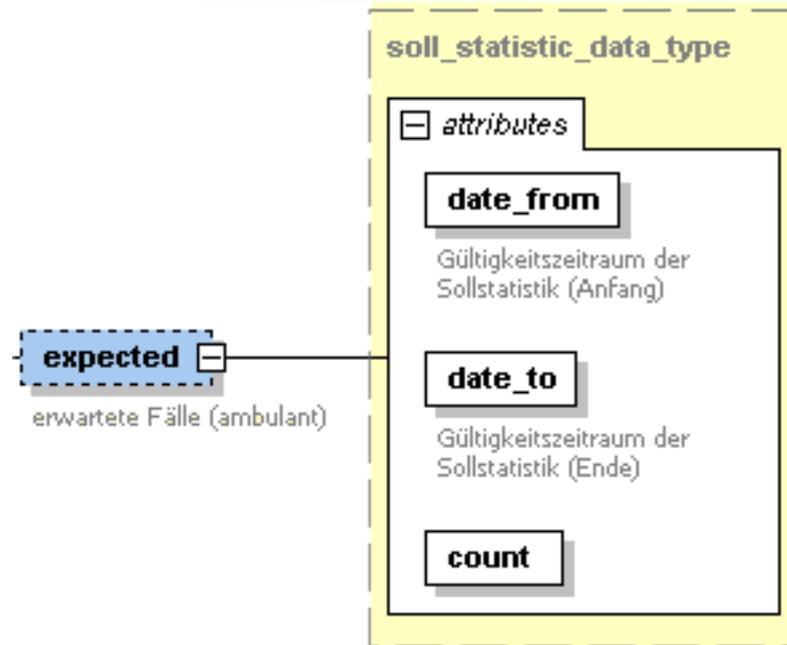
Technische Fragen – Sollstatistik (I)

- 8) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Datenübermittlung“ DAS, VST, BAS, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 2.1, Seite 16: Gliederungspunkt 4) „...nur eine Sollstatistik übermittelt wird.“

Auf welchen Zeitraum bezieht sich die Anzahl einer Sollstatistik? Was ist, wenn der LE mehrere Statistiken liefert?

- Die Sollstatistik sollte ein Bestandteil der übermittelten QS-Daten sein.
- Für Korrekturen kann die Sollstatistik unabhängig von den QS-Daten geliefert werden. (jedoch mit demselben Datencontainer)
- Gültig ist immer die letzte übermittelte Sollstatistik-Version

Technische Fragen – Sollstatistik (Ia)



Technische Fragen – Sollstatistik (II)

- 9) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Datenübermittlung“ DAS, VST, BAS, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 2.1, Seite 16: Gliederungspunkt 8) „Fehlerhafte bzw. unvollständige Datenlieferungen werden erst nach Korrektur der Fehler an die BAS weitergeleitet.“

Wer muss die Fehler korrigieren? Mit welchem Programm/Stylesheet sind mögliche Fehler feststellbar?

- Weiterleitung an die BAS ist (im ambulanten Bereich) noch nicht endgültig geklärt.
- Nachteil: Die Dokumentationsrate bzw. Repräsentativität der Datenbasis (geliefert/erwartet) auf Bundesebene wäre nicht auswertbar.

Datengrundlage (Auszug aus der Bundesauswertung 2010)

2010	Datenbestand	Erwartet	Vollzähligkeit in %
Datensätze gesamt	228.305	232.337	98,3
Basisdaten	228.090		
MDS	215		
Krankenhäuser	1.359	1.342	101,3

Technische Fragen – Sollstatistik (III)

- (**§ 3**) Zur Gewährleistung der Vollzähligkeitsprüfung übermitteln kollektivvertraglich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der Datenannahmestelle nach § 9 Abs. 1 Satz 2 der Richtlinie (KV/KZV) zudem zusätzlich die dafür erforderlichen administrativen Daten. Alle anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln der jeweils zuständigen Datenannahmestelle die Konformitätserklärung gemäß § 15 Abs. 2 bis Abs. 4 der Richtlinie.
- (**TG § 15**) Absatz 1 stellt klar, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die vor-gegebenen Daten zu erheben und an die jeweils angegebene Stelle zu übermitteln haben. Weiter folgen Regelungen zu der Prüfung der Vollzähligkeit der abgegebenen Datensätze für den stationären Bereich sowie für Behandlungen, die auf der Grundlage von Selektivverträgen oder privatvertraglich erfolgt sind; dies ist allein für die benannten Bereiche regelungsbedürftig, da im vertragsärztlichen kollektivvertraglich geregelten Bereich bereits regelhaft eine Vollzähligkeitsprüfung erfolgt, da die Abrechnung von Leistungen an die Abgabe der entsprechenden Qualitätsdokumentationen geknüpft ist. Das beschriebene Verfahren hat sich in der stationären sektorspezifischen einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherung bewährt und wurde daher hier übernommen.

Technische Fragen – Sollstatistik - Konformitätserklärung

- 10) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Datenübermittlung“ DAS, VST, BAS, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 2.3, Seite 17:
Konformitätserklärung!

Die Verfahrensweise ist zu erläutern: Erhält der LE die Vordrucke von der BAS? Ist mit Landesebene („bestätigt die elektronische Fehlerfreiheit“) die BAS oder DAS gemeint?

- Laut der Qesü-RL prüfen die Kven die Vollzähligkeit durch die administrativen Daten (Soll). Die VST-DAS prüft die Vollzähligkeit durch die Konformitätserklärung.
- Die BAS liefert Vordrucke, die von der Software direkt oder in analoger Form für den LE integriert werden. Optional kann auch die DAS auf Basis der Vordrucke und der gelieferten Daten die Konformitätserklärung für den LE generieren.

Technische Fragen – Rückmeldeberichte (I)

- 11) Entnommen „Technische Dokumentation QS-Datenübermittlung“ DAS, VST, BAS, Spez SQG 2.1, 05.04.2012, Kapitel 3, Seite 18: Zitat: „Dieses Verfahren zur Übermittlung der RB an den LE durch die BAS ist ausdrücklich zunächst nur für die Probebetriebe vorgesehen und wird zu einem späteren Zeitpunkt abgelöst bzw. modifiziert werden.“

Warum wird das Verfahren modifiziert?

- Das Verfahren zur Übermittlung der Rückmeldeberichte wird zum ersten Mal im Probebetrieb erprobt.
- Und anhand der dadurch gewonnenen Ergebnisse wird das Verfahren entweder endgültig angenommen oder entsprechend angepasst.

Technische Fragen – Rückmeldeberichte (II)

- Die Spezifikation lässt derzeit noch offen, wie die Feedbackberichte (Format, Verschlüsselung, Liefertermine, Adressierung) an die DAS geliefert werden, ob dies als Sammellieferung erfolgt und welche Übertragungstechnologie hierfür geeignet wäre. Ggf. können hier bereits sinnvolle Verfahren im Rahmen des Workshops zwischen den Kommunikationspartnern abgestimmt werden.
 - Im 3. Kapitel der technischen Dokumentation zur QS-Datenübermittlung (DAS-VST-BAS): „Übermittlung der Rückmeldeberichte an LE“.
 - Format: PDF-Format (Analog zur aktuellen Bundesauswertung).

Technische Fragen – Rückmeldeberichte (III)

- Verschlüsselung: symmetrische Verschlüsselung
 - In den Header der QS-Datenlieferung ist ein mit dem öffentlichen Schlüssel der BAS verschlüsseltes Passwort zu übermitteln.
 - Dieses Passwort wird von der BAS entschlüsselt und später wiederum zur Verschlüsselung des RB verwendet.
 - Auf diese Weise ist sichergestellt, dass nur die BAS und der jeweilige LE Einblick in den RB erhalten.
- Adressierung (Übertragungstechnologie):
 - Die RB werden per Mail an die DAS verschicket
 - Oder online zur Verfügung gestellt

Technische Fragen – Datenhaltung und Archivierung (I)

- Müssen übermittelte Daten archiviert werden?
 - Löschung nach Ende Abnahme des Berichts durch den G-BA (Mitteilung durch AQUA)
- Was ist mit dem Datenflussprotokoll bzw. Transaktionsprotokoll zu tun, müssen diese vorgehalten werden?
 - Speicherung mindestens bis Abnahme des Berichts durch den G-BA
- Wer ist beweispflichtig?
 - Für Probebetrieb unproblematisch

Technische Fragen – Datenhaltung und Archivierung (II)

- An welcher Stelle empfehlen Sie den Einsatz einer Datenbank?

Vor allem bei der Eingangskontrolle und für das Speichern von:

- Informationen über das Dokument: (GUID, Erstelldatum, Anzahl DS...)
- Informationen über den Datenabsender (BSNR, LANR, Pseudonym, Registriernummer, Email...).
- Informationen über die Transaktion: Ankunft, Modifikation, Status, Weiterleitung, Quittierung (VST, BAS).

Technische Fragen – Datenprüfung (VI)

- In Zusammenhang mit verfahrensspezifischen Daten-Exporten aus unterschiedlichen QS-Systemen fordert die Spezifikation, dass die Vergabe einer eindeutiger Datensatz-ID in Verantwortung der DAS läge. Die DAS soll darüber hinaus die QS-Daten „manipulieren“, wenn die Eindeutigkeit der Datensatz-ID sonst nicht sichergestellt ist. Dies erfordert zusätzlich eine Rücktransformation in die Original-ID im Rahmen der Rückübermittlung des Datenflussprotokolls und ggf. der Feedbackberichte, um wiederum eine Identifizierung in den Systemen der LE zu ermöglichen. Dieses Verfahren ist in dieser Form völlig unpraktikabel. Die Spezifikation sollte stattdessen um konkrete Anforderungen ergänzt werden, die es den Systemherstellern ermöglicht, systemübergreifend eindeutige Datensatz-ID's gewährleisten zu können.

Technische Fragen – Registrierung (IV)

- Angenommen, dass Datensatznummern durch die QS-Software zufällig für jeden angelegten Datensatz erzeugt werden und die Praxis zudem mehrere nicht miteinander kommunizierenden QS-Software-Instanzen verwendet, werden Datensatznummern erzeugt, die sich überschneiden könnten und von der DAS oder der BAS dann als doppelt abgewiesen werden.
- Die Registriernummer dient der Identifikation einer Datenbank, aus der heraus Datensätze exportiert werden. Das bedeutet, dass für jedes eigenständige Softwaresystem eine eigene Registriernummer beantragt werden muss.
- Krankenhäuser, die eine Mehrplatz-Software benutzen, bei der alle Beteiligten über ein Netzwerk auf ein und dieselbe Datenbank zugreifen, benötigen nur eine einzige Registriernummer für das ganze Krankenhaus.

Informationen und Fragen des AQUA-Instituts

- Änderungen der Spezifikation
 - Zwei Änderungen
 - Veröffentlichung am 15. Juni
- Vereinbarungen DAS -> AQUA
- Vereinbarungen DAS -> LE (-> AQUA)
- Vorstellung des Grundgerüsts der geplanten Leistungserbringerbefragung

Herzlichen Dank

AQUA – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8-10
37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 / 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 / 789 52-10

E-Mail: office@aqua-institut.de
Internet: www.aqua-institut.de



Anhang_G_2 Auftaktworkshop Ergebnisse

Ergebnisse

Auftaktworkshop Probetrieb Katarakt

Datum	29.05.2012
Ort	AQUA-Institut GmbH in Göttingen
Uhrzeit	10:00 – 15:45 Uhr
Teilnehmer	Erich Gehlen (Duria eG, Simmerath); Jörg Godau, Klaus Schütze (SCI, Berlin), Stefan Klug, Björn Schürmann (KV Westfalen Lippe); Hans-Joachim Marschall, Gilbert Mohr (KV Nordrhein, Düsseldorf); Ronny Spranger (KBV, Berlin); Lars Behrenz, Björn Broge, Mohamed Lambarki, Lisa Manderscheid (AQUA-Institut, Göttingen)

Hinweis:

hier sind nur Ergänzungen zu den Antworten des Foliensatzes aufgeführt.
Die angegebenen Seitenzahlen beziehen sich daher auf den Foliensatz.

Zusätzlich: Behandlung falsch ausgelöster, nicht zu dokumentierender Fälle

- Duria hat in seiner Software eine Möglichkeit implementiert, die es dem Nutzer erlaubt eigenständig zu entscheiden, ob Fälle dokumentiert werden sollen oder nicht.
- Diese Auswahlmöglichkeit ist nicht spezifikationskonform und widerspricht dem Erprobungscharakter der Probetriebe. Wird dem Anwender diese Entscheidung überlassen, gehen dringend benötigte Informationen verloren.
- Die von AQUA eingeführte Filterfrage soll statt dessen zwei Aufgaben erfüllen:
 - o Falschauslösungen können beendet werden
 - o Bei der Anlage eines Minimaldatensatzes wird zudem die Diagnose abgefragt, die die Falschauslösung verursacht hat.
- Durch die Auswertung der entsprechenden Angaben können in der Folge die Auslösekriterien weiter geschärft werden.

Zusätzlich: Löschen von Datensätzen

Hr. Spranger: Im Regelbetrieb sind gem. Qesü Datensätze sofort nach erfolgreicher Übermittlung zu löschen

Folie 3: Allgemeines

- In Nordrhein gibt es 47 Interessenten für Katarakt. Sollten tatsächlich alle teilnehmen wollen, braucht das AQUA-Institut eine entsprechende Rückmeldung, um die erhöhte Teilnehmerzahl mit dem G-BA abzustimmen.
- In den kommenden zwei Wochen wird eine Analyse für das Thema PCI durchgeführt werden (vorhandene Ärzte, verwendete Software).
- In Westfalen-Lippe gibt es derzeit fünf interessierte LE, ein sechster möchte zunächst noch weitere Informationen zum Verfahren haben (Anmerkung: Ansprache durch die KVWL, Frau Westerberg).
- Die Vereinbarungen zum Probetrieb werden derzeit noch überprüft/überarbeitet

Folie 7 bis 9: Registrierung

- Website der VST: <http://www.vertrauensstelle-gba.de>
- Die Registrierung dort erfolgt mit der zuvor von der Bundesauswertungsstelle erhaltenen Registrierung.
- Ziel: Die Registriernummern der BAS und der VST-PSN sollen immer synchron gehalten werden

Folie 10: Verschlüsselung

- Es handelt sich um Jar-Dateien, die ausführbare Programme sind.
- Die Programme können über die Oberfläche, über die Konsole oder über Batch-Dateien aufgerufen werden.
- Beide öffentlichen Schlüssel (VST, BAS) müssen verwendet werden, es müssen also zwei Batch-Dateien aufgerufen werden bzw. eine Batch-Datei mit zwei Befehlen für die Verschlüsselung der QS-Daten und der PID

Folie 11 (zusätzlich): Dokumentationsbögen

- Ein Ausdruck der ausgefüllten Dokumentationsbögen ist derzeit nicht vorgesehen. Eine spätere Umsetzung wird aber in Erwägung gezogen.

Folie 12: Datensatzstornierungen

- Die Stornierung von Datensätzen erfolgt auf Datensatzebene durch die Kennung „Delete“ im Feld „Action“

Folie 13, 14: Datenprüfung, Stylesheets

- Mitte Juni wird AQUA mit der Spezifikation ein Mini-XSLT für ambulante DAS inkl. Testfällen veröffentlichen; dieses Stylesheet kann dann eingesetzt und verwendet werden
- Gleichzeitig wird es auch eine Übersicht darüber geben, was durch das Datenprüfprogramm geprüft und somit als Information in das Protokoll eingefügt wird.

Folie 17: Gültigkeit von GUIDs

- Im Rahmen der Verfahren verwendete GUIDs sollen aus nicht unbegrenzt gültig sein.
- Die Festlegung der Gültigkeitsdauer wird durch das AQUA-Institut in den jeweiligen themenspezifischen Bestimmungen festgelegt werden
- Die Idee dafür ist es zunächst einmal, dass die GUIDs grundsätzlich für den jeweiligen Erfassungszeitraum gültig sein sollen.
- Zusatzbemerkung: es wird zu klären sein, ob das ausreichend ist angesichts der nachgelagerten Prozesse (z.B. Strukturierter Dialog) und deren Anforderungen an Transparenz und Nachvollziehbarkeit/Zuordenbarkeit

Folie 20, 21: Pseudonymisierung

- Das LE-Pseudonym muss mit dem öffentlichen Schlüssel der BAS verschlüsselt werden, da laut Richtlinie die VST die LE-Pseudonyme nicht sehen darf.

Folie 26: Definition „Fall“ und „Vorgang“

- Die beiden Begriffe sollen in der Spezifikation/im Schema eindeutiger definiert werden
-

Folie 27: Fehlermeldungen

- Die Fehlermeldungen sind nicht anwendergeeignet. Für den Probebetrieb wird das weniger problematisch sein angesichts der engen Zusammenarbeit zwischen Duria und den LE. Für den Regelbetrieb müssen die Meldungen sowohl in Inhalt als auch in Ausgabeformat überarbeitet werden. Das sollte in sehr detaillierter Form auch Thema der Befragung der Teilnehmer sein.
- Die Softwareanbieter sollten laut der Spezifikation die Protokolle in die QS-Software importieren und die fehlerhaften Felder markieren. Das erleichtert dem einfachen Anwender die Fehler zu erkennen und entsprechend zu korrigieren.

Folie 27: Protokollübermittlung an Leistungserbringer

- Idee AQUA: die Protokolle werden den LE online zur Verfügung gestellt. Die endgültige Festlegung ist jedoch den DAS überlassen, den Prozess in Abstimmung mit den Softwareanbietern an die vorhandene Technologie anzupassen

Folie 38: Eindeutige IDs/Vorgangsnummern

- Die Spezifikation muss erweitert bzw. das Verfahren der Registriernummer deutlicher beschrieben werden
- Das Vorgehen des stationären Bereichs ist für den ambulanten Bereich nicht praktikabel, da die LE nicht durch die KVen registriert werden. Hier wird folgende Übereinkunft erzielt:
 - o Für den Probebetrieb Katarakt werden GUIDs für die case_admin_id verwendet. Der spätere Umstieg auf ein anderes Verfahren ist für Duria unproblematisch, wäre auch schon für PCI möglich.
 - o Später könnte es eine Kombination geben aus
 - Pseudonym der Betriebsstättennummer des LE
 - Zertifizierungsnummer der QS-Software, vergeben durch die KBV
 - eine laufende Nummer für verschiedene, unter einer BSNR eingesetzten Softwareinstanzen

Folie 28 bis 30: Sollzahl

- Die Sollzahl und die QS-Daten werden während des Probebetriebs getrennt voneinander übermittelt.
- Später soll dann evtl. der LE-Tag die Information darüber enthalten, ob die QS-Daten und die Sollzahl getrennt voneinander oder gemeinsam übermittelt werden.
- Abrechnungsdaten können mindestens während des Probebetriebs nicht für die Sollzahlenermittlung genutzt werden, da die KVen zur Erzeugung valider Daten acht bis 16 Wochen nach Quartalsende benötigen

Folie 32 – 34: Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer

- Die Rückmelde- oder Feedbackberichte (Auswertungen der QS-Daten der LE) sind nicht zu verwechseln mit den (technischen) Transaktions- und Datenflussprotokollen
 - Das Vorgehen:
 - o Der LE schickt verfahrensbezogen ein mit dem öffentlichen Schlüssel der BAS verschlüsseltes Passwort mit seinen Daten mit
 - o Die BAS verschlüsselt den Bericht mit diesem Passwort
 - o Die BAS schickt den Bericht an die DAS, wobei der Dateiname des Berichts das LE-Pseudonym enthält
 - o Die DAS ersetzt den Dateinamen bzw. das LE-Pseudonym innerhalb des Dateinamens, da der LE sein eigenes Pseudonym nicht kennen darf.
 - o Vorschlag AQUA für die Ersetzung: BSNR-LANR-NBSNR (falls vorhanden)
-

Anhang_H Befragung Leistungserbringer



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Probetrieb Kataraktoperationen

Befragung der teilnehmenden niedergelassenen Ärzte

Stand: 01. November 2012

■ BEFRAGUNG DER TEILNEHMENDEN ÄRZTE

I. Allgemeine Fragen

a. Fragen zur Kataraktoperation

Die Fragen 1. bis 3. sind nur für Einrichtungen relevant, die während des Probebetriebs Kataraktoperationen durchgeführt haben.

1. Wie viele Kataraktoperationen wurden im Zeitraum des Probebetriebs durch Sie durchgeführt?

..... (Anzahl)

2. Wie viele davon wurden nicht durch die QS-Software erkannt?

..... (Anzahl)

Davon sind: nicht gesetzlich versichert (Anzahl)

 unter 59 Jahre alt (Anzahl)

 nicht nach OPS 5-143.* /5-144.*abgerechnet worden (Anzahl)

(Hintergrund: diese drei Patientengruppen sind nicht dokumentationspflichtig)

3. Von wem wird die QS-Dokumentation überwiegend durchgeführt?
(Hintergrund: Ermittlung von Daten für eine valide Bürokratiekostenschätzung)

Bitte nur eine Antwort ankreuzen:

Arzt/Ärztin

Medizinische/r
Fachangestellte/r

Medizinische/r
Dokumentar/in

andere:.....

b. Fragen zur Follow-up-Dokumentation

Die Fragen 4. bis 6. sind nur für Einrichtungen relevant, die während des Probetriebs (auch) die postoperative Nachsorge durchgeführt haben.

4. Wie viele Follow-up-Untersuchungen wurden im Zeitraum des Probetriebs durch Sie durchgeführt?

..... (Anzahl)

5. Wie viele davon wurden nicht durch die QS-Software erkannt?

Davon sind: nicht gesetzlich versichert (Anzahl)

unter 59 Jahre alt (Anzahl)

Patienten, die nicht innerhalb von sechs Wochen vor der Untersuchung eine Kataraktoperation hatten (Anzahl)

(Hintergrund: diese drei Gruppen sind nicht dokumentationspflichtig)

6. Von wem wird die Follow-up-Dokumentation überwiegend durchgeführt?

(Hintergrund: Ermittlung von Daten für eine valide Bürokratiekostenschätzung)

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

Arzt/Ärztin

Medizinische/r
Fachangestellte/r

Medizinische/r
Dokumentar/in

andere:

II. Bewertung der Indikatoren und Dokumentation

a. Aussagekraft der Indikatoren

Die Fragen 7. bis 9. sind für alle Einrichtungen relevant.

Bitte berücksichtigen Sie zur Bewertung die relevanten Datenfelder der beiliegenden Dokumentationsbögen.

7. Bitte bewerten Sie die Aussagekraft des Indikators im Hinblick auf die Qualität der dokumentierten Inhalte.

(Hintergrund: Ermöglichen von Aussagen über das Verhältnis zwischen der Aussagekraft der Indikatoren für die Qualitätssicherung und dem Aufwand der Informationsgewinnung.)

Frage	Indikator-ID	Bezeichnung	1=überhaupt nicht aussagekräftig 9=sehr aussagekräftig
7.1.	E07	Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc $\geq 0,6$	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7.2.	E01	Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7.3.	E17	Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7.4.	E52	Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis ¹ innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7.5.	E56	Postoperative Komplikationen ² innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7.6.	S88	Anästhesie-assoziierte Komplikationen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7.7.	S95	Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7.8.	P97	Ergebnis der Kataraktoperation aus Patientensicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Anmerkungen zu einzelnen Indikatoren:

¹ Gemeint ist bakterielle oder mykotische Endophthalmitis nach perforierender Verletzung, Hornhautulzeration oder intraokularer Operation, nicht die phakogene Endophthalmitis.

² Zu postoperativen Komplikationen s. Auflistung auf beiliegendem Dokumentationsbogen KAT, Feld-Nr. 44 bzw. KAT_FU Feld-Nr. 28

8. Gerne möchten wir erste Einschätzungen über die Bedeutsamkeit der Erfassung von ambulant behandelten Endophthalmitiden³ vornehmen.

8.1. Haben Sie bereits eine Endophthalmitis ambulant behandelt?

ja nein

8.2. Wenn ja, wie viele Endophthalmitiden haben Sie in den letzten Jahren ambulant behandelt?

< 5 Jahre

Anzahl der Fälle:.....

5-10 Jahre

Anzahl der Fälle:.....

9. Erachten Sie einen Indikator, der eine Visusverbesserung bei operierten Augen berechnet, als relevant?

Hinweis: Patienten mit präoperativ visusreduzierenden Veränderungen⁴ werden bei der Auswertung dieses Indikators nicht berücksichtigt.

1= überhaupt nicht relevant

9= sehr relevant

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Kommentar:

³ s. Fußnote 1

⁴ Zu visusreduzierenden Veränderungen s. Auflistung auf beiliegendem Dokumentationsbogen KAT, Feld-Nr. 31

b. Fragen zur Kataraktoperation (Dokumentationsbogen KAT)

Die Fragen 10. und 11. sind nur für Einrichtungen relevant, die während des Probetriebs Kataraktoperationen durchgeführt haben.

Datenfeld 27/28: „Pupillendurchmesser in Mydriasis“

(Hintergrund: Wir möchten den zukünftigen Dokumentationsaufwand des QS-Verfahrens so gering wie möglich halten. Aus diesem Grund möchten wir wissen, ob die nachfolgenden Daten bisher in Ihrer Praxis ohnehin regelmäßig erhoben wurden oder ob sie im Verlauf des Probetriebs **zusätzlich** für die QS-Dokumentation erhoben werden mussten. Zudem möchten wir versuchen die zu dokumentierenden Daten, die auch bisher schon erhoben wurden in einer Form abzufragen, in der sie regelhaft in Ihrer Patientendokumentation aufgezeichnet werden.)

10. Wurde/wird der Pupillendurchmesser (außerhalb des Probetriebs) regelmäßig präoperativ dokumentiert?

ja

nein

11. Falls ja: Wie wurde/wird der Pupillendurchmesser dokumentiert?

quantitativ (z. B. in mm)

qualitativ
(z. B. klein-mittel-groß)

sonstige Form:

c. Fragen zur Follow-up-Dokumentation

Die Fragen 12. bis 22. sind nur für Einrichtungen relevant, die während des Probetriebs (auch) die postoperative Nachsorge durchgeführt haben.

Datenfeld 24: „Datum der postoperativen Bestimmung der Refraktion“

12. Ist die Bezeichnung des Datenfeldes verständlich?

(Hintergrund: Das Datenfeld wurde aufgrund der Ergebnisse der vor dem Probetrieb durchgeführten Machbarkeitsprüfung umbenannt. Die Datenfeldbeschreibung lautete vor der Änderung „Datum der postoperativen Refraktionsmessung“. Um Missverständnisse oder Fehler in der QS-Dokumentation zu vermeiden möchten wir von Ihnen wissen, ob die neue Bezeichnung des Datenfeldes verständlich ist.)

ja

nein

13. Wenn nein, welche andere Formulierung würden Sie vorschlagen?

Datenfeld 25: „sphärisch“

14. Ist die Beschreibung des Datenfeldes verständlich?

(Hintergrund: Das Datenfeld wurde aufgrund der Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung umbenannt. Die Datenfeldbeschreibung lautete vor Änderung „Postoperative Refraktion - sphärisch“. Um Missverständnisse oder Fehler in der QS-Dokumentation zu vermeiden möchten wir von Ihnen wissen, ob die neue Bezeichnung des Datenfeldes verständlich ist.)

ja

nein

15. Wenn nein, welche andere Formulierung würden Sie vorschlagen?

16. Ist die Art und Weise, in der die Daten in der QS-Dokumentation erfasst werden, identisch mit der Form der Datenerhebung in der Praxis?

(Hintergrund: Wir möchten den zukünftigen Dokumentationsaufwand des QS-Verfahrens so gering wie möglich halten. Aus diesem Grund möchten wir wissen, ob die nachfolgenden Daten bisher in Ihrer Praxis ohnehin regelmäßig erhoben werden oder ob sie im Verlauf des Probetriebs zusätzlich für die QS-Dokumentation erhoben werden mussten. Zudem möchten wir versuchen die zu dokumentierenden Daten, die auch bisher schon erhoben wurden in einer Form abzufragen, in der sie regelhaft in Ihrer Patientendokumentation aufgezeichnet werden.)

ja

nein

17. Wenn nein, in welchem Format werden die Werte der Refraktion erhoben bzw. in der Patientenakte dokumentiert?

Datenfeld 26: „zylindrisch“

18. Ist die Beschreibung des Datenfeldes verständlich?

(Hintergrund: Das Datenfeld wurde aufgrund der Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung umbenannt. Die Datenfeldbeschreibung lautete vor Änderung „Postoperative Refraktion - zylindrisch“. Um Missverständnisse oder Fehler in der QS-Dokumentation zu vermeiden möchten wir von Ihnen wissen, ob die neue Bezeichnung des Datenfeldes verständlich ist.)

ja

nein

19. Wenn nein, welche andere Formulierung würden Sie vorschlagen?

20. Ist die Art und Weise, in der die Daten in der QS-Dokumentation erfasst werden, identisch mit der Form der Datenerhebung in der Praxis?

(Hintergrund: Wir möchten den zukünftigen Dokumentationsaufwand des QS-Verfahrens so gering wie möglich halten. Aus diesem Grund möchten wir wissen, ob die nachfolgenden Daten bisher in Ihrer Praxis ohnehin regelmäßig erhoben werden oder ob sie im Verlauf des Probetriebs **zusätzlich** für die QS-Dokumentation erhoben werden mussten. Zudem möchten wir versuchen die zu dokumentierenden Daten, die auch bisher schon erhoben wurden in einer Form abzufragen, in der sie regelhaft in Ihrer Patientendokumentation aufgezeichnet werden.)

ja

nein

21. Wenn nein, in welchem Format werden die Werte der Refraktion erhoben bzw. in der Patientenakte dokumentiert?

Weitere Datenfelder

22. Welche anderen Datenfelder haben bei der Dokumentation Probleme bereitet (z. B. bzgl. Verständlichkeit, fehlenden Antwortmöglichkeiten etc.)?

Erläutern Sie bitte kurz die Problematik. Geben Sie dabei bitte die zugehörigen Datenfeldnummern an, verwenden Sie hierzu bitte die beiliegenden Dokumentationsbögen.

III. Dokumentationsaufwand

In folgendem Abschnitt möchten wir den Dokumentationsaufwand ermitteln, den das Verfahren für Sie im Rahmen des Probetriebs Kataraktoperationen mit sich gebracht hat. Gleichzeitig möchten wir einen Eindruck davon gewinnen, wie viel Aufwand den neuen Aspekten (z.B. Software, Dokumentationsweise) und wie viel Aufwand der eigentlichen Falldokumentation geschuldet ist.

a. Allgemeine Fragen

Die Fragen 23. bis 25. sind für alle Einrichtungen relevant.

23. Wie hoch war Ihr persönlicher Zeitaufwand für die Einarbeitung in die QS-Dokumentation und -Software und wie beurteilen Sie ihn?

	Zeitaufwand in Minuten (ca.)	Gering			Hoch
23.1. studieren von Anleitungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.2. studieren von Ausfüllhinweisen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.3. Schulungen/Seminare		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.4. telefonische Unterstützung durch den Softwareanbieter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.5. telefonische Unterstützung durch das AQUA-Institut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Wie hoch war der Zeitaufwand Ihrer Mitarbeiter insgesamt für die Einarbeitung in die QS-Dokumentation und -Software und wie beurteilen Sie ihn?

	Zeitaufwand in Minuten insges. (ca.)	Gering			Hoch
24.1. studieren von Anleitungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.2. studieren von Ausfüllhinweisen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.3. Schulungen/Seminare		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.4. telefonische Unterstützung durch den Softwareanbieter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.5. telefonische Unterstützung durch das AQUA-Institut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Betroffene Mitarbeiter: (Anzahl)

b. Fragen zur Kataraktoperation

Die Fragen 26. bis 29. sind nur für Einrichtungen relevant, die während des Probebetriebs Kataraktoperationen durchgeführt haben.

26. Wie oft wurde der QS-Dokumentationsbogen vor der Datenübermittlung bearbeitet?

ca. (Anzahl)

27. Gibt es im QS-Dokumentationsbogen Fragen/Angaben, die nicht aus bestehenden Dokumentationssystemen übernommen werden können, also manuell erfasst werden mussten?

nein ja, Feldnummer/n:

28. Wie hoch war der durchschnittliche Zeitaufwand für die nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten pro dokumentationspflichtigen Fall und wie schätzen Sie ihn ein (exkl. der Einarbeitungszeit)?

	Zeitaufwand in Minuten (ca.)	Gering			Hoch
28.1. Beschaffung notwendiger patientenrelevanter Informationen und Daten für die QS-Dokumentation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.2. Ausfüllen des QS-Dokumentationsbogens		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.3. Überprüfung und Fehlerkorrektur der QS-Dokumentation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.4. Übermittlung und Archivierung der QS-Dokumentation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Wie viel Zeit lag in der Regel zwischen einer Kataraktoperation und der QS-Dokumentation?

bis zu 24 Stunden bis zu einer Woche bis zu vier Wochen bis zu drei Monaten

c. Fragen zur Follow-up-Dokumentation

Die Fragen 30. bis 34. sind nur für Einrichtungen relevant, die während des Probetriebs (auch) die postoperative Nachsorge durchgeführt haben.

30. Wie oft wurde der Follow-up-Dokumentationsbogen vor dem Export der Datensätze bearbeitet?

ca. (Anzahl)

31. Welche Dokumentationsbögen haben Sie während des Probetriebs ausgefüllt? (Mehrfachnennungen möglich)

KAT (Angaben zur Operation) KAT_FU ambulant (Angaben zur Nachbehandlung)

32. Gibt es im Follow-up-Dokumentationsbogen Fragen/Angaben, die nicht aus bestehenden Dokumentationssystemen übernommen werden können, also manuell erfasst werden mussten?

nein ja, Feldnummer/n:

33. Wie hoch war der durchschnittliche Zeitaufwand für die nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten pro Follow-up-Untersuchung (exkl. der Einarbeitungszeit) und wie schätzen Sie ihn ein?

	Zeitaufwand in Minuten (ca.)	Gering			Hoch
33.1. Beschaffung notwendiger patientenrelevanter Informationen und Daten für die Follow-up-Dokumentation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.2. Ausfüllen des Follow-up-Dokumentationsbogens		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.3. Überprüfung und Fehlerkorrektur der Follow-up-Dokumentation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.4. Übermittlung und Archivierung der Follow-up-Dokumentation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Wie viel Zeit lag in der Regel zwischen einer Kataraktoperation und der Follow-up-Dokumentation?

bis zu einer Woche bis zu vier Wochen bis zu drei Monaten mehr als drei Monate

IV. Fragen zu Fehlermeldungen der Software

Die Fragen 35. und 36. sind für alle Einrichtungen relevant.

35. Waren die Fehlermeldungen verständlich?

ja

nein

36. Falls nein: können Sie Fehlermeldungen nennen, die Sie nicht verständlich fanden?

**Anhang_I_1 Beispiel Feedbackbericht
OP+F-U mit Beispielwerten**



Sektorübergreifende Qualitätssicherung 2012

KAT – Kataraktoperationen

Praxis 2
<Straße>

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

Feedbackbericht

Erstellt am: 12.04.2013 10:50 - 1/2013010004

Einleitung

Das AQUA-Institut als Institution nach § 137a SGB V stellt Ihnen als Teilnehmer des Probebetriebs Kataraktoperationen mit dem vorliegenden Dokument den Feedbackbericht zu den von Ihnen übermittelten Daten zu. Der Bericht stellt Ihre Ergebnisse der verschiedenen Indikatoren den Ergebnissen der Vergleichsgruppe insgesamt, also allen anderen teilnehmenden Leistungserbringern, gegenüber.

Die vergleichende Auswertung findet nur für diejenigen Leistungserbringer statt, die sowohl Kataraktoperationen durchführen als auch nachbehandeln. Für Leistungserbringer, die ausschließlich die Nachbehandlung der Patienten durchführen, ist ein solcher Vergleich nicht möglich, da für ihre Tätigkeit kein Qualitätsindikator vorhanden ist. Die Qualitätsmessung bezieht sich ausschließlich auf das Ergebnis der vorhergegangenen Kataraktoperationen, nicht auf die Qualität der Nachbehandlung an sich.

Zudem ist es uns wichtig, mehrere grundsätzliche Punkte zu dem Bericht herauszuheben:

- Es wird auf Grundlage der jetzt vorliegenden Daten aus dem Probebetrieb weder eine weitergehende Auswertung im Sinne einer sektorgleichen oder gar sektorübergreifenden Qualitätssicherung noch eines Qualitätsvergleichs geben.
- Ihre Ergebnisse und die Gesamtergebnisse werden weder in anonymisierter noch in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden.
- Ergebnisse werden nur in aggregierter Form für die Berichterstellung gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss verwendet.
- Die Daten dienen dem Gemeinsamen Bundesausschuss, den mit dem Thema Kataraktoperationen befassten Fachgremien und dem AQUA-Institut zur Analyse des Probebetriebs und zur Identifizierung von Verbesserungspotenzial.
- Die Daten werden nach Abschluss des Probebetriebs gelöscht werden.

Dem Bericht angehängt ist eine Leseanleitung. Sie dient der Erläuterung der verwendeten Tabellen und Grafiken. Ziel ist eine transparente und leicht verständliche Aufbereitung. Ebenfalls ist ein Glossar mit den wichtigsten Begriffen Teil des Berichts.

Abschließend ist es uns ein Anliegen, Ihnen und Ihren Mitarbeitern auf diesem Weg unseren Dank und den Dank des Gemeinsamen Bundesausschusses für Ihre Teilnahme auszusprechen. Uns ist wohl bewusst, dass Sie mit der dreimonatigen Erprobung der Dokumentation im sektorübergreifenden Verfahren Neuland betreten und zusätzliche Belastungen freiwillig auf sich genommen haben.

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52-0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
Inhaltsverzeichnis	3
Datengrundlage	4
Übersicht Qualitätsindikatoren	5
QI 1: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc \geq 0,6	6
QI 2: Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation	8
QI 3: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation	10
QI 4: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation	13
QI 5: Anästhesie-assoziierte Komplikationen	15
QI 6: Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge	17
Basisauswertung	19

Datengrundlage

2012	Datenbestand	Erwartet	Vollzähligkeit in %
Datensätze gesamt	35	0	0

Übersicht Qualitätsindikatoren

QI	Beschreibung	Referenzbereich	Ergebnis Einrichtung 2012	Ergebnis Bund 2012
QI 1	Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc \geq 0,6	nicht definiert	22,9 %	6,1 %
QI 2	Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation	nicht definiert	0,0 %	0,6 %
QI 3	Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation	nicht definiert	26,5 %	8,8 %
QI 4	Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation	nicht definiert	8,6 %	1,0 %
QI 5	Anästhesie-assoziierte Komplikationen	nicht definiert	0,0 %	0,0 %
QI 6	Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge	nicht definiert	0,0 %	0,0 %

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

QI 1: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc \geq 0,6

QI 1: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc \geq 0,6

Qualitätsziel

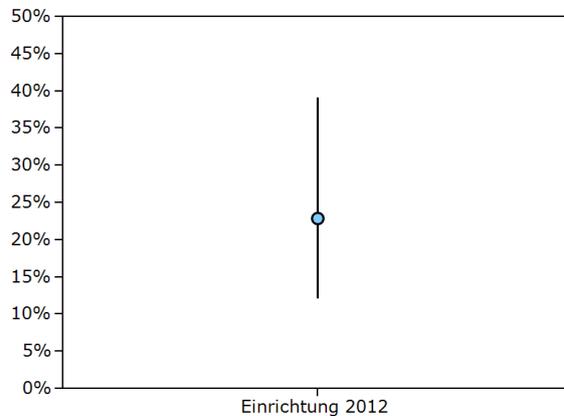
Möglichst geringer Anteil von Kataraktoperationen an Augen mit einem Visus cc \geq 0,6 und keiner zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens.

Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc \geq 0,6.

Indikator-ID	51352
Grundgesamtheit (N)	Alle Kataraktoperationen.
Zähler	Anzahl der Kataraktoperierten Augen mit einem Visus cc \geq 0,6 und keiner zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens.
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

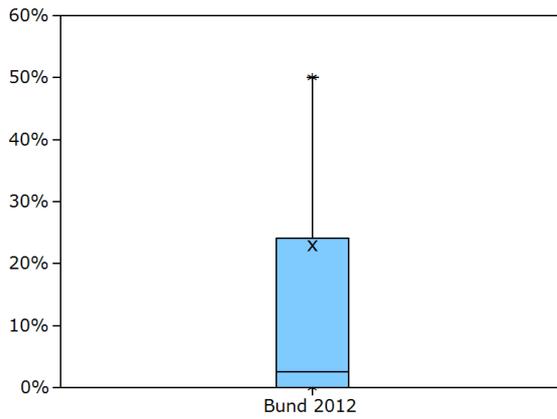
(2012: N = 35 Fälle)



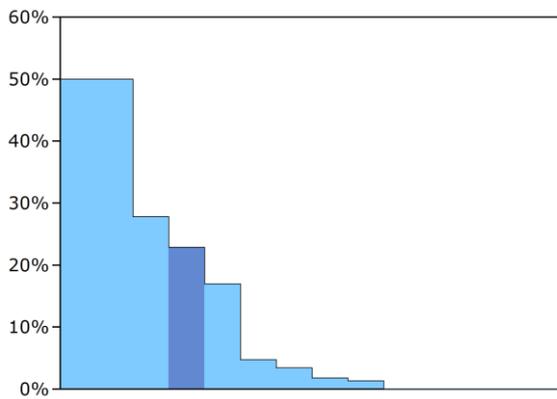
	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung 2012	8 / 35	22,9	12,1 - 39,0

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

Q1 1: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc $\geq 0,6$



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	24,1	50,0	50,0	50,0



QI 2: Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation

Qualitätsziel

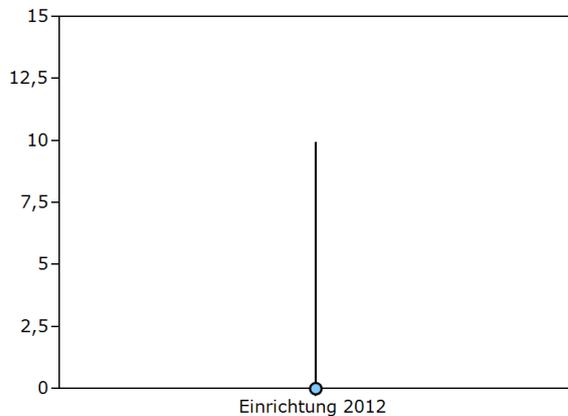
Möglichst geringer Anteil von Patienten mit Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie als intraoperative Besonderheit.

Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation

Indikator-ID	51353
Grundgesamtheit (N)	Alle Kataraktoperationen.
Zähler	Patienten mit Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie.
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

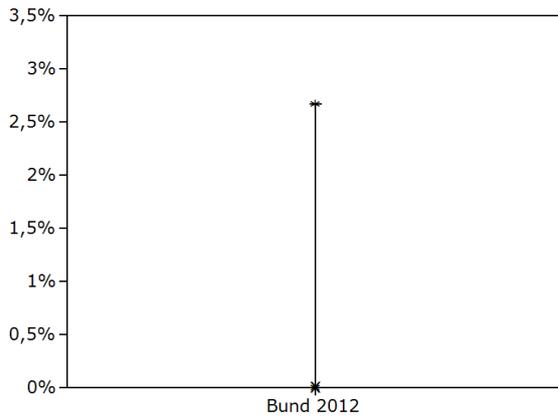
(2012: N = 35 Fälle)



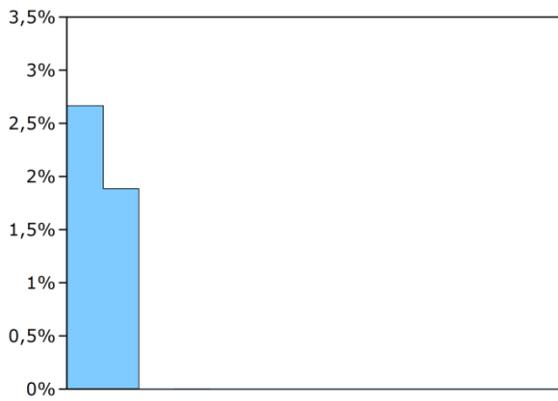
	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung 2012	0 / 35	0,0	0,0 - 9,9

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

QI 2: Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	2,7	2,7



IK-Nr. Pseudonym: ██████████

QI 3: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation

QI 3: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation

Qualitätsziel

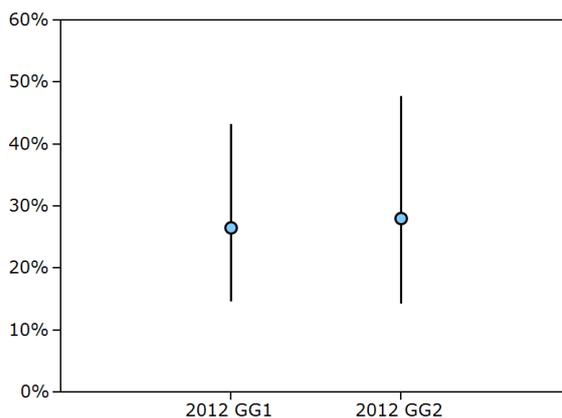
Möglichst hoher Anteil von Patienten bei denen die berechnete Refraktion (Differenz des sphärischen Äquivalents zur Zielfraktion +/- 1 Dioptrie bzw. +/- 0,5 dpt) erreicht wird.

Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation

Indikator-ID	51354
Grundgesamtheit (N)	Alle Kataraktoperationen zu denen eine Nachuntersuchung durchgeführt wurde.
Zähler	Patienten, die die präoperativ berechneten Zielwerte der Refraktion mit maximaler Abweichung +/- 1 dpt bzw. +/- 0,5 dpt innerhalb von 4 bis 6 Wochen postoperativ erreicht haben.
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

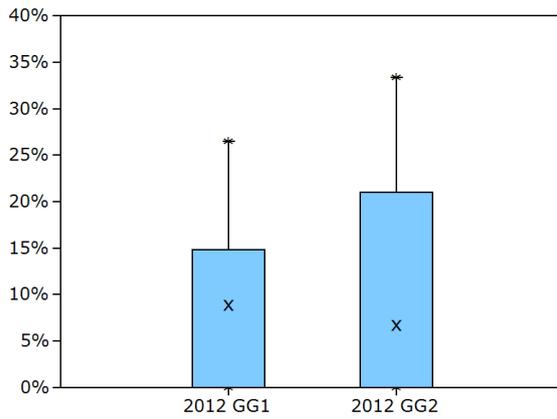
(2012: N = 34 Fälle)



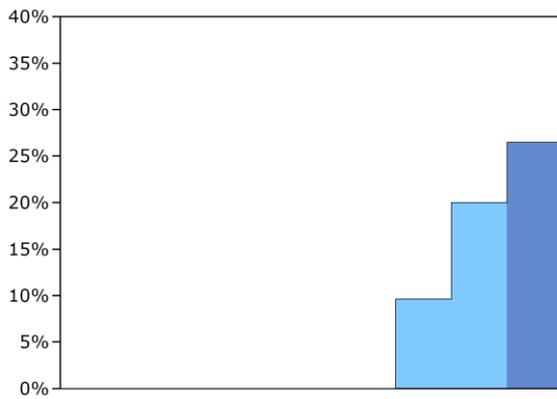
	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung 2012	9 / 34	26,5	14,6 - 43,1
selbst operiert (GG1)	9 / 34	26,5	14,6 - 43,1
selbst nachuntersucht (GG2)	7 / 25	28,0	14,3 - 47,6

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

Q1 3: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,8	26,5	26,5	26,5
selbst operiert (GG1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,8	26,5	26,5	26,5
selbst nachuntersucht (GG2)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21,0	33,3	33,3	33,3



IK-Nr. Pseudonym: ██████████

QI 3: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation

Kennzahlübersicht

Kennzahl	Beschreibung	Ergebnis 2012
3.1	Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation	26,5 % 9 / 34

Kennzahl	Beschreibung	Ergebnis 2012
3.2	Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion	67,6 % 23 / 34

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

QI 4: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation

QI 4: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation

Qualitätsziel

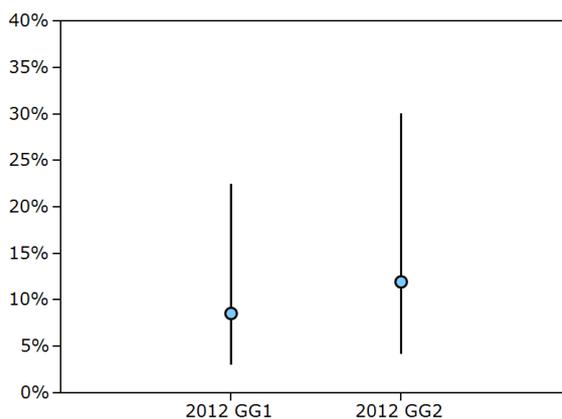
Möglichst geringer Anteil an Patienten mit Komplikationen.

Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation

Indikator-ID	51372
Grundgesamtheit (N)	Alle Kataraktoperationen.
Zähler	Patienten mit einer der Komplikationen (Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper/verbliebene Kernfragmente, Endophthalmitis, dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation), refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL, Netzhautablösung, Läsion der Iris, Hornhautdekomensation/-ödem, visuell bedeutsames zystoides Makulaödem, zu versorgende Wunddehiszenz, verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer) im Zusammenhang mit der durchgeführten Kataraktoperation, die innerhalb von 6 Wochen postoperativ auftraten.
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

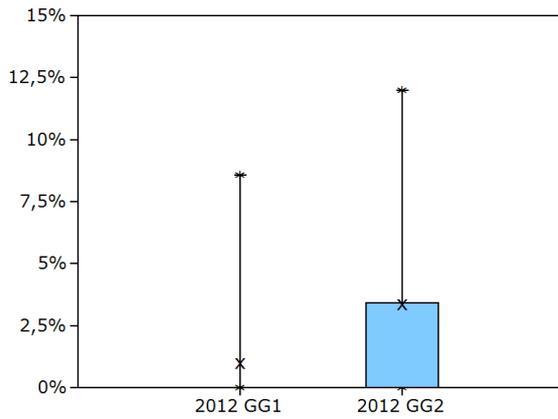
(2012: N = 35 Fälle)



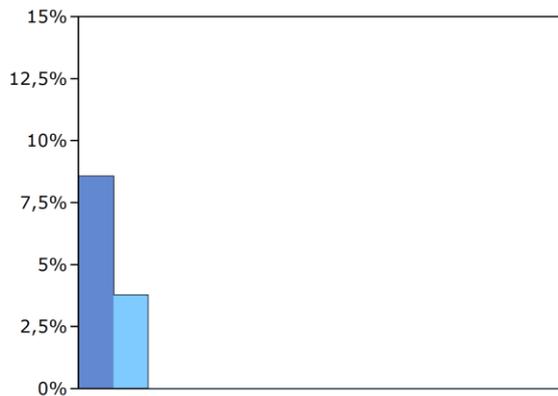
	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung 2012	3 / 35	8,6	3,0 - 22,4
selbst operiert (GG1)	3 / 35	8,6	3,0 - 22,4
selbst nachuntersucht (GG2)	3 / 25	12,0	4,2 - 30,0

IK-Nr. Pseudonym ██████████

Q1 4: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,2	8,6	8,6
selbst operiert (GG1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,2	8,6	8,6
selbst nachuntersucht (GG2)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	12,0	12,0	12,0



QI 5: Anästhesie-assoziierte Komplikationen

Qualitätsziel

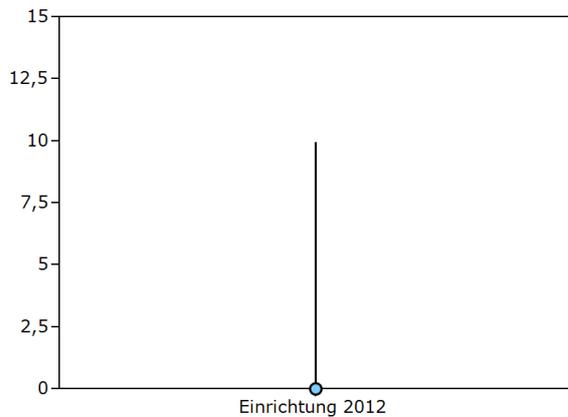
Möglichst geringer Anteil von Patienten mit Anästhesie- assoziierten Komplikationen.

Anästhesie-assoziierte Komplikationen

Indikator-ID	51373
Grundgesamtheit (N)	Alle Kataraktoperationen.
Zähler	Patienten mit Anästhesie-assoziierten Komplikationen.
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

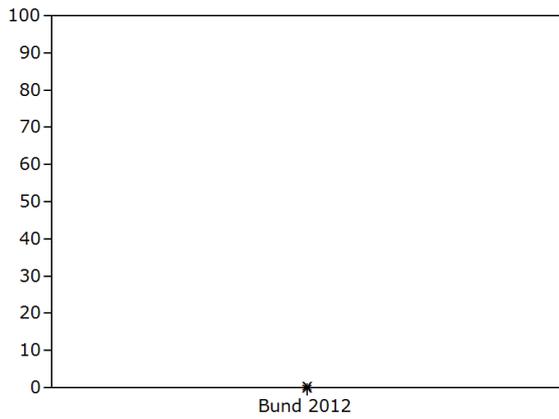
(2012: N = 35 Fälle)



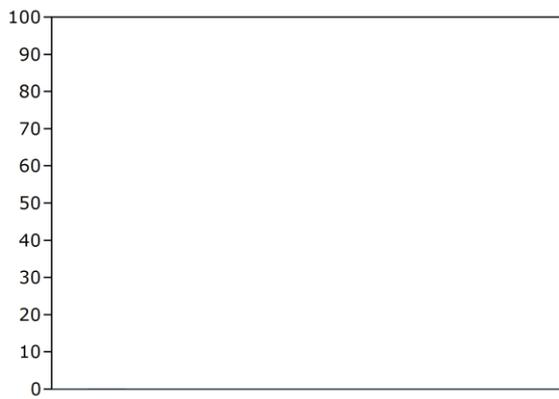
	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung 2012	0 / 35	0,0	0,0 - 9,9

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

Q1 5: Anästhesie-assoziierte Komplikationen



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



QI 6: Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge

Qualitätsziel

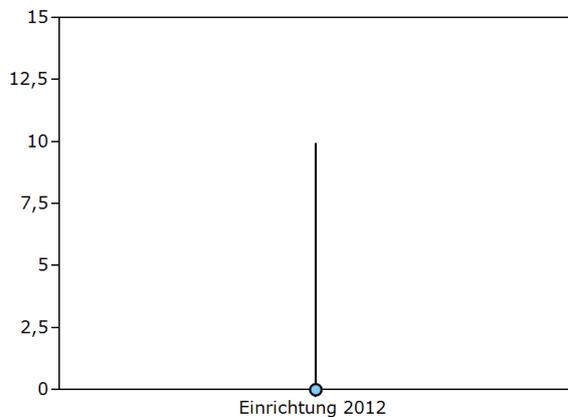
Möglichst geringer Anteil an Operationen am falschen Patienten oder am falschen Auge.

Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge

Indikator-ID	51374
Grundgesamtheit (N)	Alle Kataraktoperationen.
Zähler	Anzahl an Operationen am falschen Patienten oder am falschen Auge.
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

(2012: N = 35 Fälle)



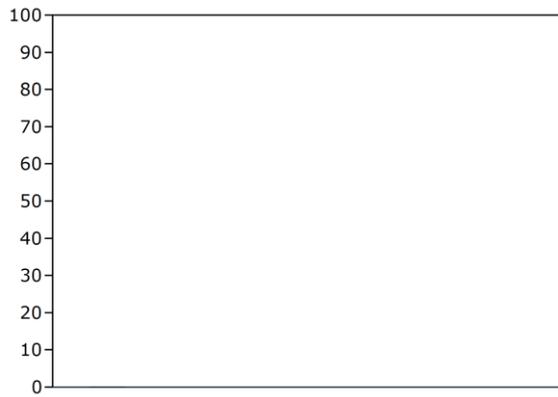
	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung 2012	0 / 35	0,0	0,0 - 9,9

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

QI 6: Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0





Benchmarkreport 2012

KAT – Kataraktoperationen

Praxis 2
<Straße>

IK-Nr. Pseudonym: XXXXXXXXXX

Basisauswertung

Erstellt am: 12.04.2013 10:50 - 1/2013010004

Inhaltsverzeichnis

Basisdokumentation	21
Patient.....	21
Anamnese.....	22
Operation	23
Eingriff.....	23
Präoperative Befunde.....	24
Indikation.....	27
Intraoperative Komplikationen.....	27
Postoperative Komplikationen	29
Entlassung.....	30
Follow-up Auswertung	31
Postoperative Komplikationen	31

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

Basisauswertung

Basisdokumentation

		2012
		Ergebnis
Allgemeine Daten		
Anzahl Patienten		23
Anzahl Operationen		35

		2012	
		n	%
Art der Abrechnung			
Alle Patienten		N = 23	
(1) stationär		0	0,0
(2) ambulant, nach §115b, Krankenhaus		0	0,0
(3) ambulant, Vertragsarzt/ermächtigter Arzt/MVZ		23	100,0

Patient

		2012	
		n	%
Geschlecht			
Alle Patienten		N = 23	
(1) männlich		10	43,5
(2) weiblich		13	56,5

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

Basisauswertung

Anamnese

	2012	
	n	%
OP-relevante Komorbidität(en)		
Alle Patienten	N = 23	
(0) nein	16	69,6
(1) ja	14	60,9
Art der Komorbidität(en) ¹		
(1) Immunsuppression	0	0,0
(2) Diabetes Mellitus	4	28,6
(3) Hypertonie	10	71,4
(4) Koronare Herzkrankheit	3	21,4
(5) Herzinsuffizienz	0	0,0
(6) Gerinnungsstörung	4	28,6
(7) Demenz	0	0,0
(9) sonstige OP-relevante Komorbidität	2	14,3

¹Mehrfachnennungen möglich

Operation

Eingriff

	2012	
	n	%
Seite des operierten Auges		
Alle Operationen	N = 35	
(1) rechts	19	54,3
(2) links	16	45,7

	2012	
	n	%
Art der Anästhesie		
Alle Operationen	N = 35	
(1) Vollnarkose	35	100,0
(2) Injektionsanästhesie	0	0,0
(3) Tropfanästhesie	0	0,0

	2012	
	n	%
Operation nach OPS		
Alle Operationen	N = 35	
(5-144.2*) Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelnexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang	0	0,0
(5-144.3*) Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelnverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang	5	14,3
(5-144.4*) Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelnexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang	0	0,0
(5-144.5*) Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelnverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang	30	85,7
(5-144.x*) Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Sonstige	0	0,0

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

Basisauswertung

Präoperative Befunde

	2012	
	n	%
Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge oder Lasik		
Alle Operationen	N = 35	
(0) nein	35	100,0
(1) ja	0	0,0

	2012	
	n	%
Pupillendurchmesser in Mydriasis		
Alle Operationen	N = 35	
(1) eng	0	0,0
(2) mittel	0	0,0
(3) weit	0	0,0
(9) unbekannt	35	100,0

	2012	
	n	%
Pupillendurchmesser - Verteilung (Gruppen in mm)		
Pupillendurchmesser bekannt	N = 0	
< 3 mm	0	
3 - 4 mm	0	
5 - 6 mm	0	
7 - 8 mm	0	
> 8 mm	0	

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

Basisauswertung

2012	
Ergebnis	
Pupillendurchmesser - Verteilung (in mm)	
Pupillendurchmesser bekannt	N = 0
Minimum	0 mm
5. Perzentil	0 mm
25. Perzentil	0 mm
Mittelwert	0 mm
Median	0 mm
75. Perzentil	0 mm
95. Perzentil	0 mm
Maximum	0 mm

2012		
	n	%
Bulbuslänge - Verteilung (Gruppen in mm)		
Alle Operationen	N = 35	
< 21 mm	0	0,0
21 - 22 mm	25	71,4
23 - 24 mm	8	22,9
25 - 26 mm	2	5,7
> 26 mm	0	0,0

2012	
Ergebnis	
Bulbuslänge - Verteilung (in mm)	
Alle Operationen	N = 35
Minimum	21 mm
5. Perzentil	21 mm
25. Perzentil	22 mm
Mittelwert	22,3 mm
Median	22 mm
75. Perzentil	23 mm
95. Perzentil	25 mm
Maximum	25 mm

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

Basisauswertung

Ophthalmologische Vorerkrankung

	2012	
	n	%
Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges		
Alle Operationen	N = 35	
(0) nein	32	91,4
(1) ja	3	8,6
Art Vorerkrankung ²		
(1) Pseudoexfoliationssyndrom (PEX)	2	66,7
(2) Zustand nach Glaukomanfall	0	0,0
(3) Uveitis / hintere Synechien	0	0,0
(4) Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation	0	0,0
(5) Zustand nach Bulbustrauma	0	0,0
(6) Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe	0	0,0
(7) Cataracta rubra/nigra/hypermatura	0	0,0
(8) sonstige ophthalmologische Vorerkrankung	1	33,3
(9) Glaukom mit engem Kammerwinkel	0	0,0

²Mehrfachnennungen möglich

Indikation

2012	
Ergebnis	
Präoperativer Visus cc (Verteilung)	
Alle Operationen	N = 35
Min	0,1
Median	0,5
Max	0,6

2012		
	n	%
Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens		
Alle Operationen	N = 35	
(0) nein	35	100,0
(1) ja	0	0,0
Art der zusätzlichen Einschränkung ³		
(1) erhöhte Blendempfindlichkeit	0	
(2) Kataraktbedingte Anisometropie	0	
(3) Linsenbedingter Druckanstieg	0	
(4) subjektive erhebliche Einschränkungen des Patienten	0	

Intraoperative Komplikationen

2012		
	n	%
Intraoperative Komplikation(en)		
Alle Operationen	N = 35	
(0) nein	35	100,0
(1) ja	0	0,0
Art der Komplikation(en) ⁴		
(1) Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente	0	
(2) Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie	0	
(3) sonstige intraoperative Komplikation	0	

³Mehrfachnennungen möglich

⁴Mehrfachnennungen möglich

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

Basisauswertung

	2012	
	n	%
Anästhesie-assoziierte Komplikation		
Alle Operationen	N = 35	
(0) nein	35	100,0
(1) ja	0	0,0

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

Basisauswertung

Postoperative Komplikationen

	2012	
	n	%
Postoperative Komplikation(en)		
Alle Operationen	N = 35	
(0) nein	32	91,4
(1) ja	3	8,6
Art der Komplikation(en) ⁵		
(1) Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente	0	0,0
(2) Endophthalmitis	0	0,0
(3) dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation)	0	0,0
(4) refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL	0	0,0
(5) Netzhautablösung	0	0,0
(6) Läsion der Iris	0	0,0
(7) Hornhautdekompensation/-ödem	0	0,0
(8) visuell bedeutsames zystoides Makulaödem	0	0,0
(9) zu versorgende Wunddehiszenz	0	0,0
(10) verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer	0	0,0
(11) sonstige postoperative Komplikation	3	100,0

⁵Mehrfachnennungen möglich

Entlassung

	2012	
	n	%
Entlassungsdiagnose(n) (nach ICD)		
Alle Patienten	N = 23	
(H25.0) Cataracta senilis incipiens	8	34,8
(H25.1) Cataracta nuclearis senilis	13	56,5
(H25.2) Cataracta senilis, Morgagni-Typ	5	21,7
(H25.8) Sonstige senile Kataraktformen	0	0,0
(H25.9) Senile Katarakt, nicht näher bezeichnet	1	4,3
(H26.0) Infantile, juvenile und präsenile Katarakt	0	0,0
(H26.1) Cataracta traumatica	0	0,0
(H26.2) Cataracta complicata	0	0,0
(H26.3) Arzneimittelinduzierte Katarakt	0	0,0
(H26.4) Cataracta secundaria	0	0,0
(H26.8) Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen	1	4,3
(H26.9) Katarakt, nicht näher bezeichnet	2	8,7

Follow-up Auswertung

		2012
		Ergebnis
Allgemeine Daten		
Anzahl Follow-ups		26
Anzahl Nachuntersuchungen		26
Anzahl nachuntersuchter Patienten		24

Postoperative Komplikationen

		2012	
		n	%
Postoperative Komplikation(en)			
Alle Nachuntersuchungen		N = 26	
(0) nein		24	92,3
(1) ja		2	7,7
Art der Komplikation(en) ⁶			
(1) Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente		0	0,0
(2) Endophthalmitis		0	0,0
(3) dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation)		0	0,0
(4) refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL		0	0,0
(5) Netzhautablösung		0	0,0
(6) Läsion der Iris		0	0,0
(7) Hornhautdekomensation/-ödem		0	0,0
(8) visuell bedeutsames zystoides Makulaödem		0	0,0
(9) zu versorgende Wunddehiszenz		0	0,0
(10) verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer		0	0,0
(11) sonstige postoperative Komplikation		2	100,0

⁶Mehrfachnennungen möglich

**Anhang_I_2 Leseanleitung
Feedbackbericht OP+F-U**



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Leseanleitung

zu den Feedbackberichten für den Probetrieb Katarakt (Operateure)

Stand: 10. Dezember 2012

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
1. Inhalte und Zielgruppe der Feedbackberichte.....	6
2. Aufbau der Berichte und Darstellungen	8
2.1. Struktur der Feedbackberichte	8
2.2. Datengrundlage	8
2.3. Übersicht Qualitätsindikatoren.....	9
2.4. Basisauswertung.....	9
3. Grafische Darstellung der Ergebnisse.....	10
3.1. Liniendiagramme	10
3.2. Box-and-Whisker Plots.....	12
3.3. Benchmarkdiagramm.....	13
3.4. Benchmarkdiagramme versus Box-and-Whisker Plots.....	14
Glossar	16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiel 1 zur Verantwortlichkeit der Dokumentation	6
Tabelle 2: Beispiel 2 zur Verantwortlichkeit der Dokumentation.....	7
Tabelle 3: Darstellung der Ergebnisse für operierende Einrichtungen	7
Tabelle 4: Beispiel 3 zur Verantwortlichkeit der Dokumentation.....	7
Tabelle 5: Datengrundlage (Probetrieb)	8
Tabelle 6: Ergebnisse.....	10
Tabelle 7: Verteilungen (Min, Perzentile, Median, Max)	13

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht Qualitätsindikatoren.....	9
Abbildung 2: Liniendiagramm.....	10
Abbildung 3: Box-and-Whisker Plot.....	12
Abbildung 4: Benchmarkdiagramm	13

1. Inhalte und Zielgruppe der Feedbackberichte

Vorbemerkung:

Der vorliegende Feedbackbericht ist eine Auswertung für den Probetrieb Katarakt. Dabei ergibt sich, dass der Bericht an einigen Stellen Begriffe verwendet, die erklärt werden müssen:

Vorjahresvergleiche sind nicht möglich, da im Rahmen des Probetriebs erstmalig Daten erhoben wurden.

Als Erfassungszeitraum ist 2012 angegeben. Betrachtet wird aber nur der Zeitraum des Probetriebs.

„Bundesauswertung“ oder „Bundesvergleich“ ist als Synonym für die Grundgesamtheit zu verstehen. Übertragen auf den Probetrieb also die am Probetrieb teilnehmenden Einrichtungen.

„Erwartete Datensätze“ sind im Probetrieb nicht relevant, da keine Sollzahlen übermittelt wurden.

Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren:

Wichtigster Bestandteil der Feedbackberichte sind die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren in unkommentierter Form. Die vorliegende Leseanleitung dient dem Verständnis der Darstellungen.

Basisauswertungen:

Basisauswertungen sind ergänzende, deskriptive Analysen zu den einzelnen Datenfeldern der Dokumentationsbögen.

Zielgruppe:

Die Feedbackberichte richten sich an Operateure, die im Rahmen des Probetriebs Kataraktoperation Daten erhoben und geliefert haben. Die Ergebnisse der einzelnen Einrichtungen werden zusammengefügt und eine Gesamtauswertung erstellt.

Die Ergebnisse der Gesamtauswertung werden in aggregierter Form im Abschlussbericht zum Probetrieb Kataraktoperation für den Gemeinsamen Bundesausschuss verwendet werden.

Anmerkungen zu den Besonderheiten der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung:

In den bisherigen Berichten der stationären Qualitätssicherung sind die Verantwortlichkeiten für die Dokumentation der Qualitätssicherung und die Ergebnisse der Behandlung zumindest auf Einrichtungsebene identisch. Dies ist bei einer patientenbezogenen Verknüpfung von Dokumentationen aus verschiedenen Einrichtungen und/oder Sektoren nicht mehr zwangsläufig der Fall. In **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** ist ein Beispiel hierfür dargestellt.

Tabelle 1: Beispiel 1 zur Verantwortlichkeit der Dokumentation

Patienten	Operation (Indexleistung)	Nachsorge (Follow-up)
Patient A	Einrichtung 1	Einrichtung 1
Patient B	Einrichtung 1	Einrichtung 2
Patient C	Einrichtung 2	Einrichtung 1

Patient D	Einrichtung 2	Einrichtung 3
Patient E	Einrichtung 2	Einrichtung 2
Patient F	Einrichtung 2	Einrichtung 2

Für eine korrekte Bewertung der Ergebnisse einzelner Einrichtungen ist es im Beispiel also notwendig, vor Beginn der Analysen die Dokumentationen verschiedener Einrichtungen hinsichtlich ihrer Verantwortung für das Ergebnis des jeweiligen Indikators zu sortieren. Im Beispiel aus **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**, Patient D ergibt sich die Sortierung von der Indexleistung her und führt zunächst dazu, dass Einrichtung 3 keine Ergebnisse bezüglich entwickelter Indikatoren erhält (weil Einrichtung 3 keine Indexleistungen durchgeführt hat). Berichte für Einrichtung 3 beschränken sich daher ausschließlich auf die Darstellung der deskriptiven Aspekte (Basisauswertung).

Es wird je ein Bericht für den „Operateur“, als auch für den „Nachuntersucher“ dargestellt, wohl wissend, dass der „Operateur“ auch gleichzeitig der „Nachuntersucher“ sein kann. In diesem Fall wird lediglich ein Bericht versendet, in dem die Patientengruppen nach „vom Operateur nachuntersucht“ wie auch „vom Nachuntersucher operiert“, getrennt ausgewiesen werden.

I.) Bericht für den Operateur: Für den Leistungserbringer aus **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**, z.B. „Einrichtung 2“, der eine Indexleistung erbracht hat, werden sowohl alle Ergebnisse der Indexleistung als auch Ergebnisse des Follow-up (typischerweise Indikatoren der Ergebnisqualität) für alle seine Patienten, wie in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** dargestellt, aufgeführt. Die Ergebnisse werden ggf. unterteilt aufgeführt (selbst operiert, selbst nachuntersucht).

Tabelle 2: Beispiel 2 zur Verantwortlichkeit der Dokumentation

Ergebnisbericht	Patienten	Operation (Indexleistung)	Nachsorge (Follow-up)
Einrichtung 1	Patient A	Einrichtung 1	Einrichtung 1
	Patient B	Einrichtung 1	Einrichtung 2
Einrichtung 2	Patient C	Einrichtung 2	Einrichtung 1
	Patient D	Einrichtung 2	Einrichtung 3
	Patient E	Einrichtung 2	Einrichtung 2
	Patient F	Einrichtung 2	Einrichtung 2

Tabelle 3: Darstellung der Ergebnisse für operierende Einrichtungen

Ergebnisbericht	Grundgesamtheit 1 – (GG1)	Grundgesamtheit 2 – (GG2)
	selbst operiert	selbst nachuntersucht
Einrichtung 2	4	2

In diesem Beispiel ist die GG2 („selbst nachuntersucht“) eine Teilmenge der GG1 („selbst operiert“). II) Bericht für den Nachbehandler: Bei dem Beispiel der „Einrichtung 3“ (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) würde die Einrichtung lediglich die deskriptive Darstellung (Basisauswertung) erhalten.

Tabelle 4: Beispiel 3 zur Verantwortlichkeit der Dokumentation

Ergebnisbericht	Patienten	Nachsorge (Follow-up)	Operation (Indexleistung)
Einrichtung 2	Patient D	Einrichtung 3	Einrichtung 2

2. Aufbau der Berichte und Darstellungen

2.1. Struktur der Feedbackberichte

Die Struktur der Feedbackberichte orientiert sich an folgendem Schema:

1. Datengrundlage
2. Übersicht der Qualitätsindikatoren
3. Ergebnisse (gegliedert nach den Qualitätsindikatoren)
4. Erläuterungen (optional)
5. Basisauswertung

2.2. Datengrundlage

Diese Tabelle informiert über die Datenbasis der Rückmeldeberichte für Kataraktoperationen während des Probetriebs. Die Angabe des Erfassungsjahres 2012 ist durchgehend als der Zeitraum des Probetriebs zu verstehen. Folgende Angaben können der Tabelle entnommen werden:

- Anzahl der gelieferten und erwarteten Datensätze
- Anzahl der Einrichtungen, die im aktuellen Erfassungsjahr Daten geliefert haben
- Vollständigkeit der Datenerfassung in %

Tabelle 5: Datengrundlage (Probetrieb)

2012	Datenbestand	Erwartet	Vollständigkeit in %
Datensätze gesamt			

Neben Angaben zur Anzahl der vollständigen Datensätzen (Basisdaten) wird in der Tabelle 5 auch die Zahl der erwarteten Datensätze genannt. Diese Tabelle ist in den vorliegenden Feedbackberichten nur teilweise gefüllt, da z.B. Aussagen zur Vollständigkeit im Rahmen der Erhebungen im Probetrieb nicht möglich sind. Gleicher Hinweis gilt auch für alle weiteren Tabellen.

2.3. Übersicht Qualitätsindikatoren

Diese Tabelle ist ein Inhaltsverzeichnis der Indikatorengruppen und Qualitätsindikatoren: Alle Indikatoren, zu denen Ergebnisse berichtet werden, sind hier aufgeführt. Außerdem werden die Referenzbereiche sowie die Ergebnisse der Einrichtung und die Bundesergebnisse des aktuellen und des vorangehenden Berichtsjahres dargestellt. Das Ergebnis Bund ist als Ergebnis aller Teilnehmer des Probetriebs zu verstehen. Für den vorliegenden Bericht konnte kein Vergleich mit dem Vorjahr durchgeführt werden, da es sich bei dem Verfahren Kataraktoperation um einen neuen Leistungsbereich handelt und die Datenerhebung lediglich im Rahmen des Probetriebs stattgefunden hat.

QI	Beschreibung	Referenzbereich	Ergebnis Einrichtung <u>2012</u>	Ergebnis Bund <u>2012</u>
QI 1	Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc \geq 0,6	nicht definiert	100,0 %	85,0 %
QI 2	Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation	nicht definiert	0,0 %	0,6 %
QI 3	Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation	nicht definiert	100,0 %	100,0 %
QI 4	Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation	nicht definiert	0,0 %	0,4 %
QI 5	Anästhesie-assoziierte Komplikationen	nicht definiert	0,0 %	0,0 %
QI 6	Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge	nicht definiert	0,0 %	0,0 %

Abbildung 1: Übersicht Qualitätsindikatoren

2.4. Basisauswertung

Die Basisauswertung ist der abschließende Teil der Auswertung. Sie enthält deskriptive Statistiken (Median, Mittelwert und/oder weitere Kennwerte) sowie Häufigkeiten (in Tabellenform und/oder grafischer Darstellung) für alle wichtigen Datenfelder, die für den jeweiligen Leistungsbereich erfasst werden.

Die deskriptiven Analysen beziehen sich in unterschiedlichem Umfang auf folgende Gebiete:

- Patientenmerkmale
- Anamnese/Befunde
- Prä- und postoperative Diagnostik
- Operation/Behandlung
- Status des Patienten bei Entlassung

In den folgenden Abschnitten werden die unterschiedlichen Diagrammtypen beschrieben, die zur visuellen Aufbereitung der Ergebnisse zur Anwendung kommen.

3. Grafische Darstellung der Ergebnisse

3.1. Liniendiagramme

Auch hier gilt die Einschränkung, dass ein Vergleichszeitraum nicht vorhanden ist und der Hinweis, dass die Grundgesamtheit „Bund“ der Grundgesamtheit „Teilnehmer am Probetrieb“ entspricht.

Das Liniendiagramm wird verwendet, um vergleichend die Ergebnisse eines Qualitätsindikators für das aktuelle Berichtsjahr grafisch darzustellen.

Die Basis der Berechnungen (Anzahl der Fälle, resp. Patienten) kann der zweiten Zeile des Grafiktitels entnommen werden.

Grundgesamtheit

(2012: N = 35 Fälle)

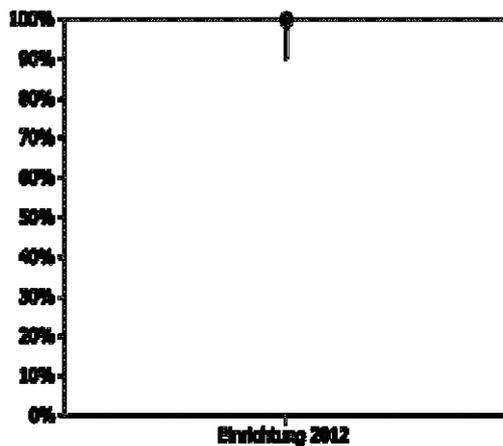


Abbildung 2: Liniendiagramm

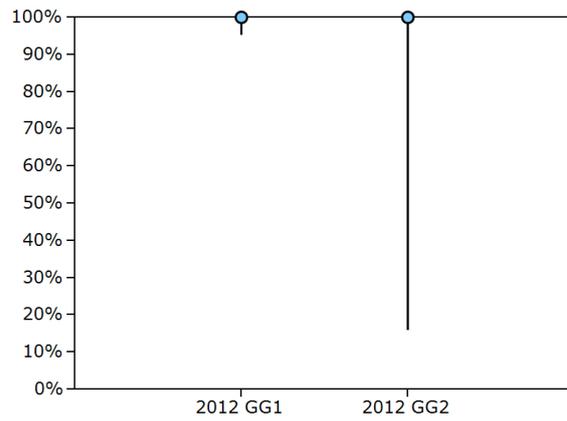
Die Konfidenzintervalle (Vertrauensbereiche, vgl. Glossar) der Jahreswerte werden als senkrechte Linien gezeigt. Es ist allerdings möglich, dass ein Konfidenzintervall nicht erkennbar ist, weil seine Grenzen – abhängig vom Maßstab der y-Achse – sehr eng beieinander liegen. Falls für den Qualitätsindikator ein Referenzbereich definiert ist, ist dieser farbig (gelb) unterlegt.

In einer Tabelle unterhalb des Liniendiagramms (s. u.) sind die Indikator-Werte („Ergebnis“ oder „Ergebnis %“), die Werte für Zähler („n“) und Grundgesamtheit („N“) sowie die Grenzen des zweiseitigen 95 %-Konfidenzintervalls (Vertrauensbereich) aufgeführt.

Tabelle 6: Ergebnisse

	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung 2012	35 / 35	100,0	90,0 - 100,0

Im Bericht werden die Ergebnisse werden getrennt voneinander dargestellt, in die Gruppen „selbst operiert (GG1)“ und „selbst nachuntersucht (GG2)“



	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung 2012	5 / 57	8,8	2,8 - 19,4
selbst operiert (GG1)	5 / 57	8,8	2,8 - 19,4
selbst nachuntersucht (GG2)	3 / 35	8,6	1,6 - 23,3

3.2. Box-and-Whisker Plots

Auch hier gilt die Einschränkung, dass ein Vergleichszeitraum nicht vorhanden ist und der Hinweis, dass die Grundgesamtheit „Bund“ der Grundgesamtheit „Teilnehmer am Probebetrieb“ entspricht.

Die Ergebnisse für Einrichtungen werden mit Hilfe von Boxplots (Box-and-Whisker Plots) und Benchmarkdiagrammen grafisch veranschaulicht.

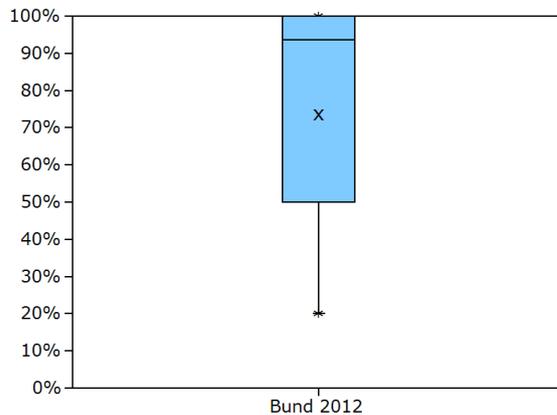


Abbildung 3: Box-and-Whisker Plot

Die Boxplots zeigen die Verteilungen der Einrichtungswerte für die Qualitätsindikatoren.

Die Verteilungen können unmittelbar miteinander verglichen werden. Das Rechteck („Box“) schließt alle Werte zwischen dem 25. und dem 75. Perzentil ein – es deckt somit den Interquartilbereich (vgl. Glossar) ab. In diesem Bereich liegen 50 % aller Werte einer Verteilung.

Der Median (vgl. Glossar) der Werte der Einrichtungsverteilung ist als waagerechte Linie eingezeichnet. Die Linie trennt die oberen 50 % der Werte von den unteren 50 %.

Zusätzlich ist der Bundeswert des Indikators – berechnet auf Fallbasis – als „X“ eingezeichnet.

Senkrechte Linien („Whiskers“), die von der Box ausgehen, verbinden diese mit dem 5. und dem 95. Perzentil der Einrichtungsverteilung; die beiden Perzentile werden durch kurze waagerechte Striche markiert.

Schließlich sind im Box-Plot noch das Minimum, d.h. der kleinste Datenwert und das Maximum, d.h. der größte Datenwert (vgl. Glossar) als „*“ eingezeichnet. Falls das Minimum oder das Maximum mit dem Minimalwert bzw. dem Maximalwert des möglichen Wertebereichs eines Indikators zusammenfallen (z. B. 0 % oder 100 %), erscheint das „*“ Symbol auf der oberen oder unteren Umrandungslinie der Grafik und ist deshalb u. U. weniger deutlich zu erkennen.

Der Referenzbereich eines Indikators wird in der Grafik farbig unterlegt.

3.3. Benchmarkdiagramm

Auch hier gilt die Einschränkung, dass ein Vergleichszeitraum nicht vorhanden ist und der Hinweis, dass die Grundgesamtheit „Bund“ der Grundgesamtheit „Teilnehmer am Probetrieb“ entspricht.

Benchmarkdiagramme ermöglichen in der Regel den Vergleich der Einrichtungen für ein Berichtsjahr. Im Rahmen des Probetriebs beziehen sich die Diagramme jedoch lediglich auf den Zeitraum des Probetriebs.

Einrichtungen

(2012: N = 14 Einrichtungen)

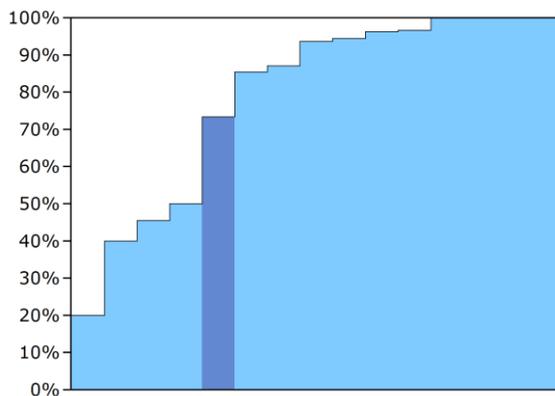


Abbildung 4: Benchmarkdiagramm

Ein Benchmarkdiagramm zeigt die Indikatorwerte der einzelnen Einrichtungen. Für jede Einrichtung wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch einen Balken dargestellt. Wegen der begrenzten Größe der Grafiken entsteht ein „flächiger“ Eindruck, wenn die Balken sehr vieler Einrichtungen auf engem Raum nebeneinander gestellt werden. Ein Benchmarking ist prinzipiell möglich, weil der durch einen Balken angezeigte QI-Wert einer einzelnen Einrichtung unmittelbar mit den Indikatorwerten der anderen Einrichtungen verglichen werden kann. In dem Rückmeldeberichte wird deshalb der Balken für die eigene Einrichtung farblich gekennzeichnet

Der Referenzbereich des Indikators (sofern definiert) wird auch im Benchmarkdiagramm als farbig unterlegte Fläche (gelb) kenntlich gemacht.

In einigen Fällen sind für Indikatoren auch Referenzbereiche definiert, die durch 2 Trennlinien abgegrenzt werden. Dies ist der Fall, wenn extreme Werte als auffällig gelten sollen (z. B. „< 5 %“ oder „> 95 %“). Umgekehrt können auch Werte im mittleren Bereich als auffällig definiert werden („>= 5 %“ und „<= 95 %“). Auch für diese Spezialfälle gilt die Regel, dass die Balken für auffällige Einrichtungen außerhalb der Referenzbereiche enden.

Im anderen Fall werden Box-and-Whisker-Plots, sowie Benchmarkdiagramme durch eine Ergebnistabelle ergänzt, der die Minima und Maxima (vgl. Glossar) der Einrichtungs-Verteilung des Indikators sowie wichtige Perzentile der Verteilung entnommen werden können.

Tabelle 7: Verteilungen (Min, Perzentile, Median, Max)

	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	2,7	2,7

3.4. Benchmarkdiagramme versus Box-and-Whisker Plots

Im Rückmaldeberichte werden die Ergebnisse für die Einrichtungen sowohl durch Benchmarkdiagramme als auch durch Box-and-Whisker Plots veranschaulicht.

- Die Benchmarkdiagramme zeigen auf einen Blick die Ergebnisse aller Einrichtungen für das aktuelle Berichtsjahr. Die Darstellung der Einrichtungsergebnisse als Balken macht es möglich, den Wert einer Einrichtung direkt mit den Ergebnissen aller anderen Einrichtungen zu vergleichen.
- Die Box-and-Whisker Plots machen die Verteilung der Einrichtungsergebnisse über ihren möglichen Wertebereich sichtbar. Man erkennt sofort, in welchem Wertebereich sich der überwiegende Anteil der Ergebnisse der Leistungsträger befindet. Außer der Verteilung des aktuellen Berichtsjahres wird auch die Verteilung der Ergebnisse des Vorjahres durch einen weiteren Box-and-Whisker Plot grafisch aufbereitet. Diese Darstellung ermöglicht eine vergleichende Beurteilung von Veränderungen.

Benchmarkdiagramme sind für alle Indikatoren verfügbar. Für einen Teil der Qualitätsindikatoren musste jedoch auf die Box-and-Whisker Plots verzichtet werden. Der Grund dafür liegt in extremen Verteilungen der Ergebnisse für einige Qualitätsindikatoren: Bei extremen Boden- oder Deckeneffekten ist eine die Perzentile differenzierende Darstellung der Werteverteilung als Box-and-Whisker Plot nicht möglich.

Ausblick

Im Falle einer Implementierung des Verfahrens in den Regelbetrieb würden sich in der weiteren Entwicklung des Verfahrens ebenfalls die Feedbackberichte anpassen. Für den Regelbetrieb ist die Durchführung der Risiko-adjustierung sowie die Einführung von Referenzbereichen vorgesehen. Die Datenerhebung im Regelbetrieb werden zudem Jahres- bzw. Zeitraumvergleiche ermöglichen, die in die Feedbackberichte einfließen.

Glossar

Konfidenzintervall (Vertrauensbereich)

Das Konfidenzintervall (Vertrauensbereich) beschreibt ein Intervall um einen geschätzten Parameter, z. B. den Bundeswert eines Indikators. Er enthält Informationen über die Richtung, Größe und Genauigkeit der Parameterschätzung. Vereinfacht ausgedrückt gibt der Vertrauensbereich den Bereich an, in dem der tatsächliche Bundeswert eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z. B. Dokumentationsfehler) mit einer bestimmten zuvor festgelegten Wahrscheinlichkeit liegt. Der Umfang eines Konfidenzintervalls hängt von folgenden Parametern ab:

- der Sicherheitswahrscheinlichkeit. In den Bundesauswertungen wird mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % gearbeitet.
- der Anzahl der Fälle (z. B. Anzahl der operierten Patienten)

Minimum und Maximum

Das Minimum einer Verteilung ist der kleinste Wert einer Verteilung. Die Definition „kleinster“ Wert

- setzt voraus, dass die Werte in eine Rangordnung gebracht werden können
- erlaubt, dass mehr als eine Untersuchungseinheit (ein Fall, ein Patient, eine Einrichtung) den gleichen Wert haben (der kleiner ist als alle anderen Werte)

Das Maximum einer Verteilung ist der größte Wert einer Verteilung. Auch für die Definition eines maximalen Wertes muss eine Rangordnung der Werte möglich sein. Analog zum Minimum können mehrere Untersuchungseinheiten den Maximalwert aufweisen.

Perzentile, Median und Quartile

Diese Kennwerte werden vor allem zur Beschreibung der Einrichtungsergebnisse verwendet.

Die Perzentile bzw. Prozentränge untergliedern die der Größe nach sortierten Werte einer Verteilung in hundert gleich große Bereiche. Das 25. Perzentil, das 50. Perzentil bzw. der Median und das 75. Perzentil werden auch als Quartile bezeichnet, da sie die Daten in vier (gleich große) Bereiche zerlegen.

Für das x. Perzentil der Einrichtungsergebnisse gilt, dass x % der Einrichtungsergebnisse kleiner oder gleich dem x. Perzentil sind. Haben beispielsweise 25 % der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5 % oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5 % dem 25. Perzentil.

Das 50. Perzentil wird als Median bezeichnet. Es ist derjenige Wert der Verteilung, der die der Größe nach sortierten Werte in zwei gleich große Hälften teilt: 50 % der Einrichtungen erreichen Werte, die kleiner oder gleich dem Median sind, während die Werte der anderen 50 % der Einrichtungen größer oder gleich dem Median sind.

Mit dem Median lässt sich die „mittlere“ Ausprägung einer Werteverteilung kennzeichnen, auch wenn die Verteilung asymmetrisch ist und Extremwerte auftreten – er hat den Vorteil, gegen Ausreißer unempfindlich zu sein.

Mit Hilfe von Perzentilen lassen sich Maße für die Streuung einer Verteilung angeben, die im Gegensatz zur Spannweite durch Ausreißer nicht beeinflusst werden:

- Der Interquartilbereich (IQR) wird durch das 25. und das 75. Perzentil begrenzt; er schließt 50 % aller Werte ein
- Der Interdezilbereich hat als Grenzen das 10. und das 90. Perzentil; er enthält somit 80 % aller Werte

Der IQR wird in der grafischen Darstellung einer Verteilung durch einen Box-and-Whisker-Plot als „Box“ dargestellt.

Qualitätsindikatoren

Ein Qualitätsindikator ermöglicht es, ein Qualitätsziel wie „Möglichst geringer Anteil von Patienten mit Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper oder Glaskörprolaps mit vorderer Vitrektomie als intraoperative Besonderheit.“ in eine Zahl zu „übersetzen“, d. h. zu quantifizieren. Erst dadurch wird eine Aussage darüber möglich, wie weit die medizinische Versorgung in einem Gebiet oder in einer einzelnen Einrichtung von einem Qualitätsziel entfernt ist oder inwieweit dieses Ziel erreicht wurde.

Die Quantifizierung bedient sich der im Rahmen der sektorübergreifende Qualitätssicherung erhobenen Daten zu Patient und Behandlungsverlauf. Häufig ist der resultierende Indikatorwert ein Anteil oder Prozentwert (in Anlehnung an den englischen Sprachgebrauch wurden Anteilswerte bisher als „Raten“ bezeichnet. Aus Gründen der Kontinuität wird dieser Begriff beibehalten.). Der Zähler des Anteilswerts ist die Zahl der Patienten, für die das Qualitätsziel erreicht wurde. Nenner ist die Gesamtheit aller Patienten, die sich einer Behandlung unterzogen haben. Indikatorwerte können für einzelne Versorgungsträger oder zusammenfassend für alle Einrichtungen eines Gebiets berechnet werden. Die vorliegenden Rückmeldeberichte berücksichtigen beides: Die Bundesergebnisse werden auf der Ebene der Fälle resp. Patienten mitgeteilt, außerdem wird über die Verteilung der Einrichtungsergebnisse informiert.

Referenzbereiche und Auffälligkeiten

Für die meisten Qualitätsindikatoren existieren Referenzbereiche. Referenzbereiche sind die Beurteilungskriterien, anhand derer Behandlungsergebnisse eingestuft werden. Mit Hilfe des Referenzbereichs wird eine gute und auch erreichbare Versorgungsqualität definiert. Für die Qualitätsindikatoren sind keine Referenzbereiche definiert. Anhand der Einrichtungsergebnissen für die Indikatoren kann zwar vergleichend die Behandlungsqualität einer Einrichtung beurteilt werden; es ist aber mangels Bezugsgröße nicht möglich, Einrichtungen als auffällig oder unauffällig einzustufen.

Spannweite

Aus Minimum und Maximum lässt sich ein einfaches Maß für die Streuung einer Messwertreihe ableiten: die Spannweite (auch als Variationsbreite oder Range bezeichnet). Die Spannweite ist die Differenz zwischen dem größten und dem kleinsten Wert:

$$R = x_{\max} - x_{\min}$$

Die Spannweite ist stark von Ausreißern (extrem großen oder kleinen Messwerten) abhängig. Sie eignet sich, um die Streuung von Messwertreihen mit geringen Fallzahlen zu charakterisieren; bei hohen Fallzahlen ist ihr Informationsgehalt gering.

Anhang_I_3 Beispiel Feedbackbericht F-U



Sektorübergreifende Qualitätssicherung 2012

KAT – Kataraktoperationen

Praxis 5
<Straße>

IK-Nr. Pseudonym: XXXXXXXXXX

Feedbackbericht

Erstellt am: 11.12.2012 13:45 - 1/2012030007

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Basisauswertung	5
Basisdokumentation	5
Follow-up Auswertung	6
Postoperative Komplikationen	6

Einleitung

Das AQUA-Institut als Institution nach § 137a SGB V stellt Ihnen als Teilnehmer des Probetriebs Kataraktoperationen mit dem vorliegenden Dokument den Feedbackbericht zu den von Ihnen übermittelten Daten zu.

Der Bericht beinhaltet ausschließlich eine *deskriptive* Darstellung der von Ihnen gelieferten Daten- Eine vergleichende Auswertung kann nur für diejenigen Leistungserbringer stattfinden, die sowohl Kataraktoperationen durchgeführt als auch nachbehandelt haben. Die Qualitätsmessung bezieht sich ausschließlich auf das Ergebnis der vorhergegangenen Kataraktoperationen, nicht auf die Qualität der Nachbehandlung an sich, da hierfür kein Qualitätsindikator vorgesehen ist.

Daraus ergibt sich folgende Konstellation der Feedbackberichte:

I.) Feedbackbericht für den Operateur: Für den Leistungserbringer aus Tabelle 1, z.B. „Einrichtung 2“, die die Indexleistung erbracht hat, werden sowohl alle Ergebnisse der Indexleistung als auch Ergebnisse des Follow-up (typischerweise Indikatoren der Ergebnisqualität) für alle seine Patienten, wie in Tabelle 2 dargestellt, aufgeführt. Die Ergebnisse werden ggf. unterteilt aufgeführt (selbst operiert, selbst nachuntersucht).

Tabelle 1: Beispiel 1 zur Verantwortlichkeit der Dokumentation

Ergebnisbericht	Patienten	Operation (Indexleistung)	Nachsorge (Follow-up)
Einrichtung 1	Patient A	Einrichtung 1	Einrichtung 1
	Patient B	Einrichtung 1	Einrichtung 2
Einrichtung 2	Patient C	Einrichtung 2	Einrichtung 1
	Patient D	Einrichtung 2	Einrichtung 3
	Patient E	Einrichtung 2	Einrichtung 2
	Patient F	Einrichtung 2	Einrichtung 2

Tabelle 2: Darstellung der Ergebnisse für operierende Einrichtungen

Ergebnisbericht	Grundgesamtheit 1 – (GG1) selbst operiert	Grundgesamtheit 2 – (GG2) selbst nachuntersuchte
Einrichtung 2	4	2

II.) Feedbackbericht für den Nachbehandler: Bei dem Beispiel der „Einrichtung 3“ (siehe Tabelle 3) würde die Einrichtung lediglich die deskriptive Darstellung (Basisauswertung) erhalten.

Tabelle 3: Beispiel 2 zur Verantwortlichkeit der Dokumentation

Ergebnisbericht	Patienten	Nachsorge (Follow-up)	Operation (Indexleistung)
Einrichtung 2	Patient D	Einrichtung 3	Einrichtung 2

Zudem ist es uns wichtig, mehrere grundsätzliche Punkte zu dem Bericht herauszuheben:

- Es wird auf Grundlage der jetzt vorliegenden Daten aus dem Probetrieb weder eine weitergehende Auswertung im Sinne einer sektorgleichen oder gar sektorübergreifenden Qualitätssicherung noch eines Qualitätsvergleichs geben.
- Ihre Ergebnisse und die Gesamtergebnisse werden weder in anonymisierter noch in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden.

IK-Nr. Pseudonym: ██████████

Einleitung

- Ergebnisse werden nur in aggregierter Form für die Berichterstellung gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss verwendet.
- Die Daten dienen dem Gemeinsamen Bundesausschuss, den mit dem Thema Kataraktoperationen befassten Fachgremien und dem AQUA-Institut zur Analyse des Probetriebs und zur Identifizierung von Verbesserungspotenzial.
- Die Daten werden nach Abschluss des Probetriebs gelöscht werden.

Abschließend ist es uns ein Anliegen, Ihnen und Ihren Mitarbeitern auf diesem Weg unseren Dank und den Dank des Gemeinsamen Bundesausschusses für Ihre Teilnahme auszusprechen. Uns ist wohl bewusst, dass Sie mit der dreimonatigen Erprobung der Dokumentation im sektorübergreifenden Verfahren Neuland betreten und zusätzliche Belastungen freiwillig auf sich genommen haben.

Basisauswertung

Basisdokumentation

		2012
		Ergebnis
Allgemeine Daten		
Anzahl Patienten		0
Anzahl Operationen		0

Follow-up Auswertung

		2012
		Ergebnis
Allgemeine Daten		
Anzahl Follow-ups		80
Anzahl Nachuntersuchungen		80
Anzahl nachuntersuchter Patienten		47

Postoperative Komplikationen

		2012	
		n	%
Postoperative Komplikation(en)			
Alle Nachbehandlungen		N = 80	
(0) nein		78	97,5
(1) ja		2	2,5
Art der Komplikation(en) ¹			
(1) Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente		0	0,00
(2) Endophthalmitis		0	0,00
(3) dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation)		0	0,00
(4) refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL		0	0,00
(5) Netzhautablösung		0	0,00
(6) Läsion der Iris		0	0,00
(7) Hornhautdekomensation/-ödem		0	0,00
(8) visuell bedeutsames zystoides Makulaödem		0	0,00
(9) zu versorgende Wunddehiszenz		0	0,00
(10) verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer		0	0,00
(11) sonstige postoperative Komplikation		2	100,0

¹Mehrfachnennungen möglich

**Anhang_I_4 Gesamtauswertung
Probetrieb (Bundesauswertung)**



Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2012

KAT – Kataraktoperationen

Qualitätsindikatoren

Erstellt am: 06.06.2013 09:49 - 1/2013020004

Das AQUA-Institut ist als fachlich unabhängige Institution gemäß § 137a SGB V u.a. damit betraut, im Rahmen der sektorübergreifenden Qualitätssicherung Bundesauswertungen durchzuführen. In diesem Bericht handelt es sich um Auswertungen die im Rahmen eines Probetriebs durchgeführt wurden.

Der vorliegende Bericht enthält unkommentierte Auswertungen zu allen Qualitätsindikatoren des genannten Probeverfahrens sowie verschiedene ergänzende, deskriptive Auswertungen (Basisauswertungen im hinteren Teil des Berichtes). In Bezug auf die einzelnen Qualitätsindikatoren ist zu beachten, dass diese im Gegensatz zu der Basisauswertung, ggf. nur auf einen ausgewählten Teil der Grundgesamtheit fokussieren.

Für Rückfragen, Anregungen und konstruktive Kritik stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52-0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Datengrundlage	4
Übersicht Qualitätsindikatoren	5
QI 1: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc \geq 0,6	6
QI 2: Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation	8
QI 3: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation.....	10
QI 4: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation	12
QI 5: Anästhesie-assoziierte Komplikationen.....	14
QI 6: Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge	16
Basisauswertung	18

Datengrundlage

2012	Datenbestand	Erwartet	Vollzähligkeit in %
Datensätze gesamt	523	0	0

Übersicht Qualitätsindikatoren

QI	Beschreibung	Referenzbereich	Ergebnis 2012 ¹	Tendenz ²
QI 1	Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc >= 0,6	nicht definiert	6,1 %	
QI 2	Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation	nicht definiert	0,6 %	
QI 3	Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation	nicht definiert	60,0 %	
QI 4	Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation	nicht definiert	2,9 %	
QI 5	Anästhesie-assoziierte Komplikationen	nicht definiert	0,0 %	
QI 6	Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge	nicht definiert	0,0 %	

¹☒: Veröffentlichungspflicht im Qualitätsbericht der Einrichtungen

²Die Tendenzpfeile zeigen, ob sich die Versorgungsqualität bei einem Indikator im Vergleich von 2012 zu positiv (Pfeil nach oben) oder negativ (Pfeil nach unten) entwickelt hat oder ob sie gleich geblieben ist, d. h. keine statistisch signifikanten Veränderungen nachgewiesen werden konnten (Pfeil waagrecht). Die statistische Signifikanz wird anhand der 95 %-Vertrauensbereiche der Indikatorenwerte beurteilt.

QI 1: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc \geq 0,6

QI 1: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc \geq 0,6

Qualitätsziel

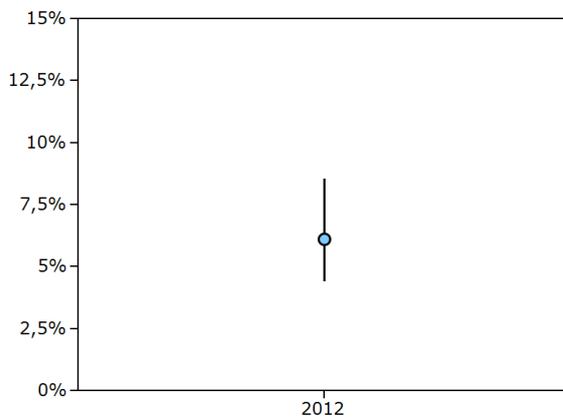
Möglichst geringer Anteil von Kataraktoperationen an Augen mit einem Visus cc = 0,6 und keiner zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens. Strenge Indikationsstellung bei einem Visus cc = 0,6.

Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc \geq 0,6.

Indikator-ID	51352
Grundgesamtheit (N)	Alle Kataraktoperationen.
Zähler	Anzahl der kataraktoperierten Augen mit einem Visus cc \geq 0,6 und keiner zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens.
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2012: N = 523 Fälle)

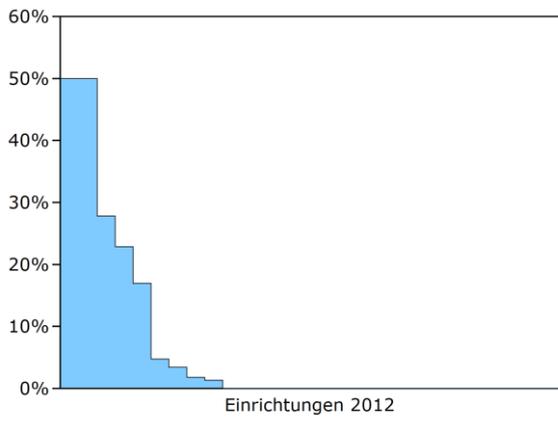


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2012	32 / 523	6,1	4,4 - 8,5

Q1 1: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc $\geq 0,6$

Einrichtungen

(2012: N = 28 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	30,0	50,0	50,0

QI 2: Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation

Qualitätsziel

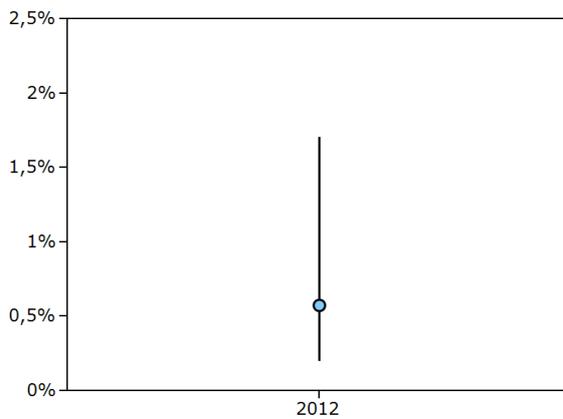
Möglichst geringer Anteil von Kataraktoperationen mit Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie als intraoperative Besonderheit.

Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation

Indikator-ID	51353
Grundgesamtheit (N)	Alle Kataraktoperationen.
Zähler	Anzahl der Kataraktoperationen mit Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie.
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2012: N = 523 Fälle)

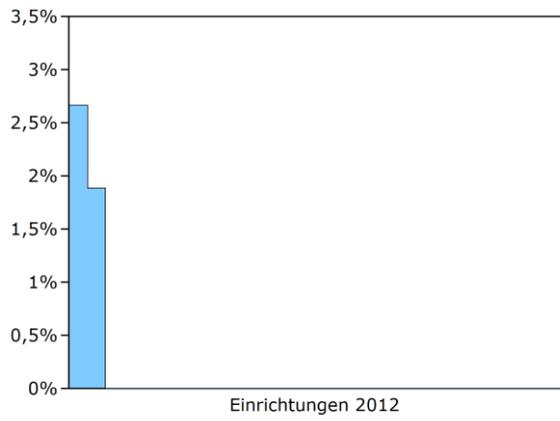


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2012	3 / 523	0,6	0,2 - 1,7

QI 2: Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation

Einrichtungen

(2012: N = 28 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	2,3	2,7

QI 3: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation

QI 3: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation

Qualitätsziel

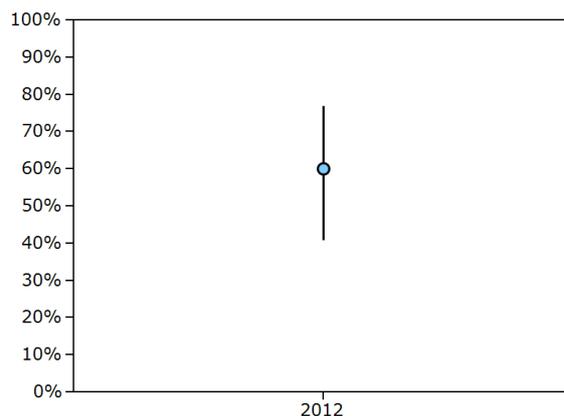
Möglichst hoher Anteil von Kataraktoperationen bei denen die berechnete Refraktion (Differenz des sphärischen Äquivalents zur Zielfraktion +/- 1 Dioptrie bzw. +/- 0,5 dpt) erreicht wird.

Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation

Indikator-ID	51354
Grundgesamtheit (N)	Alle Kataraktoperationen zu denen eine postoperative Refraktionsmessung im Rahmen einer Nachuntersuchung innerhalb von 4 bis 6 Wochen durchgeführt wurde.
Zähler	Anzahl der Kataraktoperationen, bei denen die präoperativ berechneten Zielwerte der Refraktion mit maximaler Abweichung +/- 1 dpt bzw. +/- 0,5 dpt innerhalb von 4 bis 6 Wochen postoperativ erreicht wurde. Aus den postoperativen Refraktionswerten wird mit einer Formel (Sphärisches Äquivalent (SÄ) = Sphäre + $\frac{1}{2}$ x Zylinder) das sphärische Äquivalent zum Vergleich errechnet.
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2012: N = 25 Fälle)

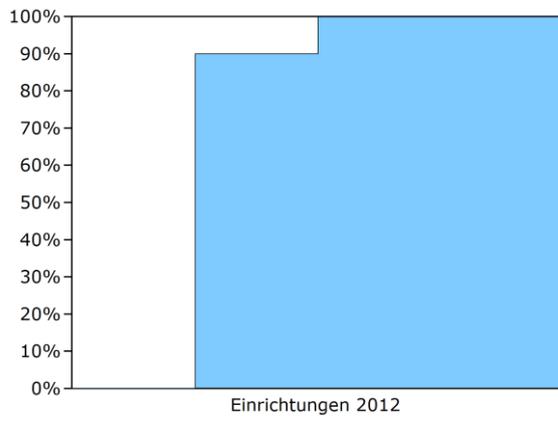


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2012	15 / 25	60,0	40,7 - 76,6

QI 3: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation

Einrichtungen

(2012: N = 4 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	22,5	95,0	100,0	100,0	100,0	100,0

QI 4: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation

QI 4: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation

Qualitätsziel

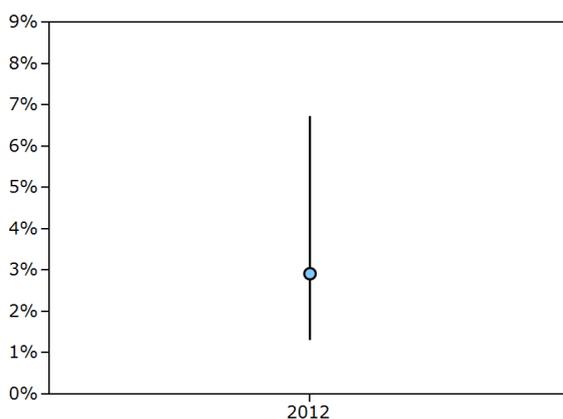
Möglichst geringer Anteil an Kataraktoperationen mit Komplikationen.

Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation

Indikator-ID	51372
Grundgesamtheit (N)	Alle Kataraktoperationen zu denen eine Nachuntersuchung durchgeführt wurde.
Zähler	Anzahl der Kataraktoperationen bei denen einer der Komplikationen (Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper/verbliebene Kernfragmente, Endophthalmitis, dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation), refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL, Netzhautablösung, Läsion der Iris, Hornhautdekomensation/-ödem, visuell bedeutsames zystoides Makulaödem, zu versorgende Wunddehiszenz, verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer) im Zusammenhang mit der durchgeführten Kataraktoperation, die innerhalb von 6 Wochen postoperativ auftraten.
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2012: N = 171 Fälle)

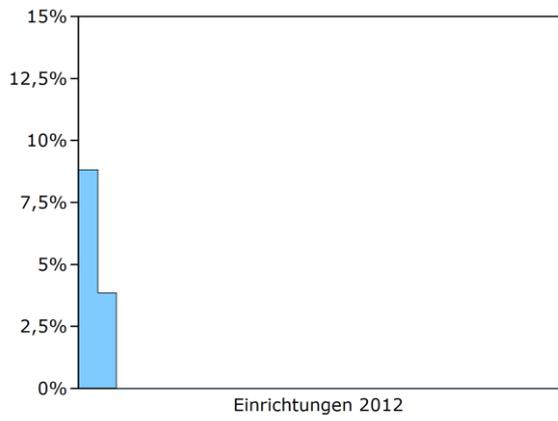


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2012	5 / 171	2,9	1,3 - 6,7

QI 4: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation

Einrichtungen

(2012: N = 26 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	7,1	8,8

QI 5: Anästhesie-assoziierte Komplikationen

Qualitätsziel

Möglichst geringer Anteil an Kataraktoperationen mit Anästhesie-assoziierten Komplikationen.

Anästhesie-assoziierte Komplikationen

Indikator-ID	51373
Grundgesamtheit (N)	Alle Kataraktoperationen.
Zähler	Anzahl der Kataraktoperationen mit Anästhesie-assoziierten Komplikationen.
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2012: N = 523 Fälle)

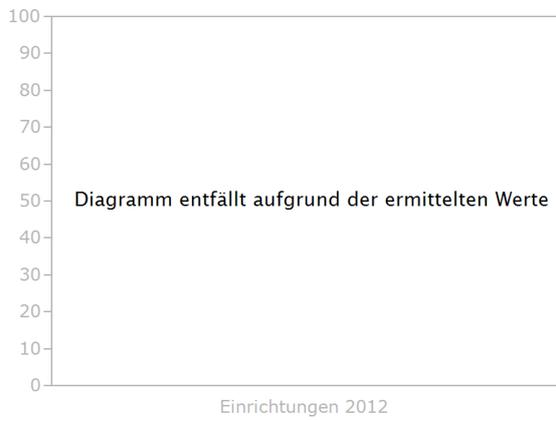


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2012	0 / 523	0,0	0,0 - 0,7

QI 5: Anästhesie-assoziierte Komplikationen

Einrichtungen

(2012: N = 28 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

QI 6: Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge

Qualitätsziel

Möglichst geringer Anteil an Operationen am falschen Patienten oder am falschen Auge.

Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge

Indikator-ID	51374
Grundgesamtheit (N)	Alle Kataraktoperationen.
Zähler	Anzahl der Kataraktoperationen am falschen Patienten oder am falschen Auge.
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2012: N = 523 Fälle)

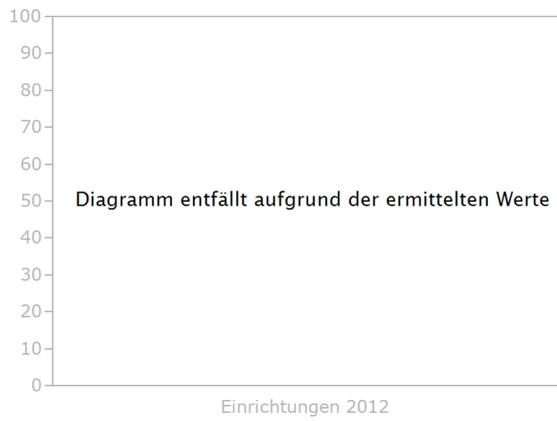


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2012	0 / 523	0,0	0,0 - 0,7

QI 6: Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge

Einrichtungen

(2012: N = 28 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2012

KAT – Kataraktoperationen

Basisauswertung

Erstellt am: 06.06.2013 09:49 - 1/2013020004

Inhaltsverzeichnis

Basisdokumentation	20
Patient.....	20
Anamnese.....	21
Operation	22
Eingriff.....	22
Präoperative Befunde.....	23
Indikation.....	26
Intraoperative Komplikationen.....	26
Postoperative Komplikationen	28
Entlassung.....	29
Follow-up Auswertung	30
Postoperative Komplikationen	30

Basisdokumentation

2012	
Ergebnis	
Allgemeine Daten	
Anzahl Patienten	468
Anzahl Operationen	523

2012		
	n	%
Art der Abrechnung		
Alle Patienten	N = 468	
(1) stationär	0	0,00
(2) ambulant, nach §115b, Krankenhaus	0	0,00
(3) ambulant, Vertragsarzt/ermächtigter Arzt/MVZ	468	100,0

Patient

2012		
	n	%
Geschlecht		
Alle Patienten	N = 468	
(1) männlich	181	38,7
(2) weiblich	287	61,3

Anamnese

	2012	
	n	%
OP-relevante Komorbidität(en)		
Alle Patienten	N = 468	
(0) nein	210	44,9
(1) ja	267	57,1
Art der Komorbidität(en) ³		
(1) Immunsuppression	1	0,37
(2) Diabetes Mellitus	89	33,3
(3) Hypertonie	159	59,6
(4) Koronare Herzkrankheit	49	18,4
(5) Herzinsuffizienz	29	10,9
(6) Gerinnungsstörung	50	18,7
(7) Demenz	6	2,2
(9) sonstige OP-relevante Komorbidität	89	33,3

³Mehrfachnennungen möglich

Operation

Eingriff

	2012	
	n	%
Seite des operierten Auges		
Alle Operationen	N = 523	
(1) rechts	284	54,3
(2) links	239	45,7

	2012	
	n	%
Art der Anästhesie		
Alle Operationen	N = 523	
(1) Vollnarkose	244	46,7
(2) Injektionsanästhesie	92	17,6
(3) Tropfanästhesie	187	35,8

	2012	
	n	%
Operation nach OPS		
Alle Operationen	N = 523	
(5-144.2*) Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelnexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang	1	0,19
(5-144.3*) Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelnverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang	150	28,7
(5-144.4*) Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelnexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang	1	0,19
(5-144.5*) Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernelnverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang	371	70,9
(5-144.x*) Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Sonstige	0	0,00

Präoperative Befunde

	2012	
	n	%
Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge oder Lasik		
Alle Operationen	N = 523	
(0) nein	512	97,9
(1) ja	11	2,1

	2012	
	n	%
Pupillendurchmesser in Mydriasis		
Alle Operationen	N = 523	
(1) eng	47	9,0
(2) mittel	159	30,4
(3) weit	213	40,7
(9) unbekannt	104	19,9

	2012	
	n	%
Pupillendurchmesser - Verteilung (Gruppen in mm)		
Pupillendurchmesser bekannt	N = 419	
< 3 mm	0	0,00
3 - 4 mm	15	3,6
5 - 6 mm	64	15,3
7 - 8 mm	112	26,7
> 8 mm	5	1,2

Basisauswertung

2012	
Ergebnis	
Pupillendurchmesser - Verteilung (in mm)	
Pupillendurchmesser bekannt	N = 419
Minimum	3 mm
5. Perzentil	4 mm
25. Perzentil	5 mm
Mittelwert	6,4 mm
Median	7 mm
75. Perzentil	8 mm
95. Perzentil	8 mm
Maximum	9 mm

2012		
	n	%
Bulbuslänge - Verteilung (Gruppen in mm)		
Alle Operationen	N = 523	
< 21 mm	6	1,1
21 - 22 mm	137	26,2
23 - 24 mm	339	64,8
25 - 26 mm	33	6,3
> 26 mm	8	1,5

2012	
Ergebnis	
Bulbuslänge - Verteilung (in mm)	
Alle Operationen	N = 523
Minimum	15 mm
5. Perzentil	21 mm
25. Perzentil	22 mm
Mittelwert	23,1 mm
Median	23 mm
75. Perzentil	24 mm
95. Perzentil	25 mm
Maximum	32 mm

Ophthalmologische Vorerkrankung

	2012	
	n	%
Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges		
Alle Operationen	N = 523	
(0) nein	351	67,1
(1) ja	172	32,9
Art Vorerkrankung ⁴		
(1) Pseudoexfoliationssyndrom (PEX)	36	20,9
(2) Zustand nach Glaukomanfall	2	1,2
(3) Uveitis / hintere Synechien	0	0,00
(4) Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation	0	0,00
(5) Zustand nach Bulbustrauma	0	0,00
(6) Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe	15	8,7
(7) Cataracta rubra/nigra/hypermatura	7	4,1
(8) sonstige ophthalmologische Vorerkrankung	112	65,1
(9) Glaukom mit engem Kammerwinkel	25	14,5

⁴Mehrfachnennungen möglich

Indikation

2012	
Ergebnis	
Präoperativer Visus cc (Verteilung)	
Alle Operationen	N = 523
Min	0
Median	0,4
Max	1

2012		
	n	%
Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens		
Alle Operationen	N = 523	
(0) nein	449	85,9
(1) ja	74	14,1
Art der zusätzlichen Einschränkung ⁵		
(1) erhöhte Blendempfindlichkeit	50	67,6
(2) Kataraktbedingte Anisometropie	21	28,4
(3) Linsenbedingter Druckanstieg	4	5,4
(4) subjektive erhebliche Einschränkungen des Patienten	32	43,2

Intraoperative Komplikationen

2012		
	n	%
Intraoperative Komplikation(en)		
Alle Operationen	N = 523	
(0) nein	517	98,9
(1) ja	6	1,1
Art der Komplikation(en) ⁶		
(1) Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente	1	16,7
(2) Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie	2	33,3
(3) sonstige intraoperative Komplikation	3	50,0

⁵Mehrfachnennungen möglich⁶Mehrfachnennungen möglich

Basisauswertung

	2012	
	n	%
Anästhesie-assoziierte Komplikation		
Alle Operationen	N = 523	
(0) nein	523	100,0
(1) ja	0	0,00

Postoperative Komplikationen

	2012	
	n	%
Postoperative Komplikation(en)		
Alle Operationen	N = 523	
(0) nein	516	98,7
(1) ja	7	1,3
Art der Komplikation(en) ⁷		
(1) Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente	1	14,3
(2) Endophthalmitis	0	0,00
(3) dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation)	0	0,00
(4) refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL	0	0,00
(5) Netzhautablösung	0	0,00
(6) Läsion der Iris	0	0,00
(7) Hornhautdekompensation/-ödem	2	28,6
(8) visuell bedeutsames zystoides Makulaödem	0	0,00
(9) zu versorgende Wunddehiszenz	0	0,00
(10) verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer	0	0,00
(11) sonstige postoperative Komplikation	4	57,1

⁷Mehrfachnennungen möglich

Entlassung

	2012	
	n	%
Entlassungsdiagnose(n) (nach ICD)		
Alle Patienten	N = 468	
(H25.0) Cataracta senilis incipiens	28	6,0
(H25.1) Cataracta nuclearis senilis	176	37,6
(H25.2) Cataracta senilis, Morgagni-Typ	9	1,9
(H25.8) Sonstige senile Kataraktformen	50	10,7
(H25.9) Senile Katarakt, nicht näher bezeichnet	121	25,9
(H26.0) Infantile, juvenile und präsenile Katarakt	0	0,00
(H26.1) Cataracta traumatica	2	0,43
(H26.2) Cataracta complicata	2	0,43
(H26.3) Arzneimittelinduzierte Katarakt	0	0,00
(H26.4) Cataracta secundaria	5	1,1
(H26.8) Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen	5	1,1
(H26.9) Katarakt, nicht näher bezeichnet	72	15,4

Follow-up Auswertung

2012	
Ergebnis	
Allgemeine Daten	
Anzahl Follow-ups	1.245
Anzahl Nachuntersuchungen	1.263
Anzahl nachuntersuchter Patienten	751

Postoperative Komplikationen

2012		
	n	%
Postoperative Komplikation(en)		
Alle Nachuntersuchungen	N = 1.263	
(0) nein	1.220	96,6
(1) ja	45	3,6
Art der Komplikation(en) [§]		
(1) Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente	2	4,4
(2) Endophtalmitis	0	0,00
(3) dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation)	1	2,2
(4) refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL	1	2,2
(5) Netzhautablösung	0	0,00
(6) Läsion der Iris	1	2,2
(7) Hornhautdekomensation/-ödem	18	40,0
(8) visuell bedeutsames zystoides Makulaödem	0	0,00
(9) zu versorgende Wunddehiszenz	0	0,00
(10) verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer	0	0,00
(11) sonstige postoperative Komplikation	25	55,6

[§]Mehrfachnennungen möglich

Anhang_J Testfälle VST-DAS

Prüf-ID	10
Bereich	Authentifizierung des Datenabsenders
Prüfung	Ist der Datenabsender ein berechtigter Leistungserbringer?
Referenz	
Regelverletzung	
Relevanz	Zwingend erforderlich
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	
Protokollierungspflichtig	Nein
Fehlerstufe	Abbruch
Fehlermeldung	<Keine Meldung an nicht autorisierte Absender>
Fehler-ID	<Keine Meldung an nicht autorisierte Absender>
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	OK

Prüf-ID	20
Bereich	Benennung der Exportdateien
Prüfung	Ist die XML-Datei (Exportdatei) Spezifikationskonform benannt worden?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.65
Regelverletzung	
Relevanz	Zwingend erforderlich
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	ERROR (Header)
Fehlermeldung	Die Datei <datei> wurde falsch benannt.
Fehler-ID	15
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	Nicht relevant, da die Daten nicht per Mail verschickt werden

Prüf-ID	30
Bereich	Schema
Prüfung	Ist die Datei wohlgeformt und Schema-konform?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.68
Regelverletzung	
Relevanz	Zwingend erforderlich
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	Ja
noch prüfbar in	Vertrauensstelle, Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	ERROR (Doc)
Fehlermeldung	Die XML-Datei ist nicht wohlgeformt (Abweichung vom Schema).
Fehler-ID	90
Fehlerstufe	ERROR (Doc)
Fehlermeldung	Beim Element <name> ist folgender Fehler aufgetreten:
Fehler-ID	47
Fehlerstufe	ERROR (Doc)
Fehlermeldung	Im Element <name> ist der Wert <wert> nicht zulässig (Abweichung vom Schema).
Fehler-ID	91
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	OK. Die ausgegebene Fehlermeldung entspricht nicht dem konkreten Fehler.

Prüf-ID	40
Bereich	ID des Dokumentes (Doppelte Lieferungen)
Prüfung	Ist ein bereits übermittelte Exportdatei erneut mit derselben Transaktions-ID (GUID) übermittelt worden?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.73
Regelverletzung	
Relevanz	Zwingend erforderlich
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	ERROR (Doc)
Fehlermeldung	Die übermittelte GUID (<guid>) wurde bereits verwendet.
Fehler-ID	14
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	OK

Prüf-ID	50
Bereich	Datenfluss
Prüfung	Entspricht der eingetragene Wert in das Element <data_flow> dem richtigen Datenfluss?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.83
Regelverletzung	KVen: <data_flow> <> QS-Kollektivvertraglich VST-DAS: <data_flow> <> QS-Selektivvertraglich
Relevanz	Zwingend erforderlich
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	ERROR (Doc)
Fehlermeldung	Nur QS-Daten aus ambulanten selektivvertraglichen Leistungen dürfen von der VST-DAS bearbeitet werden. Inkorrekter Wert im XML-Element data_flow. Das Dokument wird nicht weiter verarbeitet.
Fehler-ID	104
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	OK

Prüf-ID	80
Bereich	Datumangaben
Prüfung	Liegt das Erstelldatum vor dem Modifikationsdatum?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.81
Regelverletzung	origination_dttm@V > modification_dttm/@V
Relevanz	Sehr Wichtig, kann zur Not übergangsweise verlagert werden
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	Warning (Doc)
Fehlermeldung	Das Erstelldatum (<datum1>) liegt nach dem Modifikationsdatum (<datum2>).
Fehler-ID	23
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	OK

Prüf-ID	90
Bereich	Leistungserbringer Daten (<care_provider>)
Prüfung	Entsprechen alle Felder der Leistungserbringer-Daten (<care_provider>) den dafür vorgeschriebenen Datentypen?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.89-90
Regelverletzung	Wertbereiche, Datentypen...
Relevanz	Zwingend erforderlich
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	Ja
noch prüfbar in	
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	ERROR (Doc)
Fehlermeldung	Im Element <name> ist der Wert <wert> nicht zulässig (Abweichung vom Schema).
Fehler-ID	91
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	OK

Prüf-ID	100
Bereich	Richtige Zuordnung Modul/Verfahren
Prüfung	Sind alle Module dem richtigen Verfahren bzw. Pseudonymisierungsverfahren zugeordnet?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.91
Regelverletzung	"pseud_procedure [KAT] NICHTIN(@module, ('KAT', 'KAT_FU_S', 'KAT_FU_A') ODER pseud_procedure [KON] NICHTIN(@module, ('KON') ODER pseud_procedure [PCI] NICHTIN(@module, ('PCI'))"
Relevanz	Sehr Wichtig, kann zur Not übergangsweise verlagert werden
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	ERROR (Doc)
Fehlermeldung	Das angegebene Modul gehört nicht zum Verfahren <pseud_procedure>
Fehler-ID	99
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	OK

Prüf-ID	110
Bereich	Pseudonymisierungsverfahren
Prüfung	hat das Element <pseud_procedure> den Wert "undefined"?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.91
Regelverletzung	pseud_procedure<> (KAT, KON, PCI)
Relevanz	Sehr Wichtig, kann zur Not übergangsweise verlagert werden
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	ERROR (Doc)
Fehlermeldung	Das angegebene Verfahren ist nicht gültig.
Fehler-ID	100
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2, §9 Absatz 2 Satz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	OK

Prüf-ID	120
Bereich	Ablehnen von unbekanntem Modulen
Prüfung	Liegen alle übermittelten Module im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Datenannahmestelle?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.62
Regelverletzung	<cases>/@module <> (KAT, KON, PCI, KAT_FU_A, KAT_FU_S)
Relevanz	Zwingend erforderlich
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	Ja
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	ERROR (Doc)
Fehlermeldung	In der Datei <datei> fällt ein Datensatz nicht in die Zuständigkeit des angegebenen Verfahrens (<element>)
Fehler-ID	101
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	OK

Prüf-ID	130
Bereich	Einheitliche Bezeichnung der Module
Prüfung	Entspricht der Wert von <case_admin>/module dem im <cases>-Element festgelegten Modul?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.93
Regelverletzung	<case_admin>/@module<><cases>/@module)
Relevanz	Zwingend erforderlich
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	ERROR (DS)
Fehlermeldung	Der Wert '{case_admin/module/@V}' des Datenfeldes „case_admin/module“ entspricht nicht dem im „cases“-Element festgelegten Modul.
Fehler-ID	26
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	Der eingebaute Fehler wurde nicht erkannt.

Prüf-ID	140
Bereich	Einheitliche Bezeichnung der Module
Prüfung	Entspricht der Wert von <qs_data>/@module dem im <cases>-Element festgelegten Modul?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.93
Regelverletzung	qs_data/@module<><cases>/@module)
Relevanz	Zwingend erforderlich
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	ERROR (DS)
Fehlermeldung	Der Wert '{qs_data/@module}' des Attributs „module“ im Element „qs_data“ entspricht nicht dem im „cases“-Element festgelegten Modul.
Fehler-ID	102
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	Der eingebaute Fehler wurde nicht erkannt.

Prüf-ID	150
Bereich	Doppelte Datensätze (unterschiedliche Dateien)
Prüfung	Ist ein bereits übermittelter Datensatz erneut übermittelt worden?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.71
Regelverletzung	
Relevanz	Sehr Wichtig, kann zur Not übergangsweise verlagert werden
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	ERROR (DS)
Fehlermeldung	Es wurde bereits ein anderer Datensatz mit derselben Registrier- und Versionsnummer übermittelt.
Fehler-ID	103
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	Wurde nicht geprüft.

Prüf-ID	160
Bereich	Doppelte Datensätze (innerhalb einer Datei)
Prüfung	Tauchen innerhalb der Exportdatei Datensätze mit derselben Vorgangsnummer und Versionsnummer auf?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.71
Regelverletzung	
Relevanz	Sehr Wichtig, kann zur Not übergangsweise verlagert werden
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	ERROR (DS)
Fehlermeldung	Es wurde bereits ein anderer Datensatz mit derselben Registrier- und Versionsnummer übermittelt.
Fehler-ID	25
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	Der Fehler wurde nicht erkannt

Prüf-ID	170
Bereich	IST-Statistik
Prüfung	Entspricht die Gesamtanzahl der verarbeiteten Fälle der Summe anzulegender, zu aktualisierender, zu löschender und fehlerhafter Datensätze?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.95
Regelverletzung	(statistic/sent/@count) <> ((statistic/sent/create/@V) + (statistic/sent/update/@V) + (statistic/sent/delete/@V) + (statistic/sent/corrupted/@V))
Relevanz	Sehr Wichtig, kann zur Not übergangsweise verlagert werden
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	Warning (Doc)
Fehlermeldung	Die Gesamtanzahl der verarbeiteten Fälle ist ungleich der Summe anzulegender, zu aktualisierender, zu löschender und fehlerhafter Datensätze.
Fehler-ID	16
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	Fehler nicht erkannt

Prüf-ID	180
Bereich	IST-Statistik
Prüfung	Entspricht die Gesamtanzahl in der Statistik der Anzahl der tatsächlich exportierten Datensätze?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.95
Regelverletzung	(statistic/sent/@count) <> SUMME(<case>)
Relevanz	Sehr Wichtig, kann zur Not übergangsweise verlagert werden
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	Warning (Doc)
Fehlermeldung	Die Gesamtanzahl der gesendeten Fälle ist ungleich der Anzahl in der Statistik.
Fehler-ID	17
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	OK

Prüf-ID	190
Bereich	IST-Statistik
Prüfung	Entspricht die Gesamtanzahl der zu löschenden Datensätze der Anzahl in der Statistik?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.95
Regelverletzung	statistic/sent/delete/@V <> count(case[case_admin/action/@V = 'delete'])
Relevanz	Sehr Wichtig, kann zur Not übergangsweise verlagert werden
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	Warning (Doc)
Fehlermeldung	Die Gesamtanzahl der zu löschenden Fälle ist ungleich der Anzahl in der Statistik.
Fehler-ID	19
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	Fehler nicht erkannt

Prüf-ID	200
Bereich	IST-Statistik
Prüfung	Entspricht die Gesamtanzahl der zu aktualisierenden Datensätze der Anzahl in der Statistik?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.95
Regelverletzung	statistic/sent/update/@V <> count(case[case_admin/action/@V = 'update'])
Relevanz	Sehr Wichtig, kann zur Not übergangsweise verlagert werden
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	Warning (Doc)
Fehlermeldung	Die Gesamtanzahl der zu aktualisierenden Fälle ist ungleich der Anzahl in der Statistik.
Fehler-ID	20
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2, Anlage zu Teil 1, §2 Absatz 4 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	Fehler nicht erkannt

Prüf-ID	210
Bereich	IST-Statistik
Prüfung	Entspricht die Gesamtanzahl der anzulegenden Datensätze der Anzahl in der Statistik?
Referenz	TechDok QSDok LE (XML)-2.2.0.pdf S.95
Regelverletzung	statistic/sent/create/@V <> count(case[case_admin/action/@V = 'create'])
Relevanz	Sehr Wichtig, kann zur Not übergangsweise verlagert werden
Mit Datenprüfprogramm prüfbar	Ja
Schema prüfbar	
noch prüfbar in	Bundesauswertungsstelle
Protokollierungspflichtig	Ja
Fehlerstufe	WARNING (Doc)
Fehlermeldung	Die Gesamtanzahl der anzulegenden Fälle ist ungleich der Anzahl in der Statistik.
Fehler-ID	21
Siehe auch	Qesü-RL §4 Absatz 2, Anlage zu Teil 1, §2 Absatz 4 Methodenpapier V2.1 vom 30.06.2010, Kapitel 4
Ergebnis	Fehler nicht erkannt

**Anhang_K Einladung
Abschlussworkshop**



ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

AQUA-Institut GmbH · Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Praxis
Praxisname
Ansprechpartner
Straße
PLZ Ort

AQUA – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8-10
37073 Göttingen

Telefon (+49) 055 1-789 52-0
Telefax (+49) 055 1-789 52-10

lars.behrenz@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

IHR ZEICHEN

IHRE NACHRICHT VOM

MEIN ZEICHEN

DATUM

7. November 2012

Einladung zum Abschlussworkshop des Probebetriebs Kataraktoperationen

Anrede,

nachdem Sie vor Kurzem den Fragebogen zu Ihren Erfahrungen mit und Meinungen über den Probebetrieb Katarakt erhalten haben, möchten wir mit Ihnen in eine weitere Runde des Austauschs eintreten.

Zu diesem Zweck laden wir Sie sehr herzlich ein, am Abschlussworkshop des Probebetriebs Kataraktoperationen teilzunehmen.

Der Workshop wird stattfinden am

13. Dezember 2012,

ab 19 Uhr

in den Räumlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein,

**Tersteegenstr. 3
40474 Düsseldorf**

Wir bitten um Bestätigung Ihrer Teilnahme bis zum 23. November 2012 per E-Mail (lars.behrenz@aqua-institut.de) oder per Fax mit beiliegender Faxantwort (Fax.-Nr.: 0551 789 52 10).

Mit freundlichen Grüßen
Ihr AQUA-Institut

Rückantwort an das AQUA-Institut per Fax an 0551 789 52 10
(Herr Behrenz)

Praxis
Praxisname
Ansprechpartner
Straße
PLZ Ort

Sehr geehrte Damen und Herren,

am Abschlussworkshop zum Probetrieb Kataraktoperationen am 13. Dezember in Düsseldorf werde ich teilnehmen.

(Ort, Datum)

**Anhang_L Indikatordatenblätter
Kataraktoperation Stand Ergebnis
Probebetrieb**

Indikatordatenblätter

Die unter den Indikatoren aufgeführten Auslösekriterien werden im Ergebnisbericht, Kapitel 5.2., genauer erläutert. Zudem ist zu beachten, dass sich diese Kriterien nicht auf die Auslösung einzelner Indikatoren beziehen, sondern auf die Auslösung des Dokumentationsbogens.

Indikator Nr. E07: Indikationsstellung zur Kataraktoperation bei Visus cc \geq 0,6	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patienten durchgeführten Kataraktoperationen bei denen eine Kataraktoperation durchgeführt worden ist und, bei denen die Patient das operierte Auge ein <u>die einen Visus cc \geq 0,6 hatten und keiner zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens vorlag.</u>
Zähler	<u>Anzahl der kataraktoperierten Augen mit einem Visus cc \geq 0,6 und keiner zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens.</u> Anzahl der Augen mit einem Visus cc \geq 0,6, bei denen eine Kataraktoperation durchgeführt wurde
Nenner	Gesamtzahl der Augen, bei denen eine Kataraktoperation durchgeführt wurde
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	<u>Möglichst geringer Anteil von Kataraktoperationen an Augen mit einem Visus cc \geq 0,6 und keiner zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens.</u> Strenge Indikationsstellung bei einem Visus cc \geq 0,6. Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Im Rahmen der Entwicklung des Indikators wurde festgelegt, dass bei einem Visus cc von unter 0,6 und einer entsprechenden Linsentrübung eine Indikation zur Kataraktoperation besteht. Bei einem Visus cc von \geq 0,6 müssen weitere Bedingungen gegeben sein, um den Eingriff zu rechtfertigen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhte Blendung ▪ Eingeschränktes Nah-Sehen und eingeschränkte Lesefähigkeit ▪ Eingeschränkte Kraftfahrtauglichkeit ▪ Kataraktbedingte Anisometropie (unterschiedliche Brechungsverhältnisse von rechtem und linkem Auge) ▪ Eingeschränkte Berufstauglichkeit ▪ Linsenbedingter Druckanstieg Ein kataraktbedingte Einschränkung des Visus und damit einhergehender Funktionsverlust gilt national wie international als angemessene Veranlassung zur Kataraktoperation (Quintara, 2006; Reiche, 2006). Dabei wird häufig empfohlen den Grenzwert zur Indikation an rechtliche Voraussetzungen zur Ausübung allgemein bedeutsamer Aktivitäten zu koppeln (COS, 2008)
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator entstammt dem Indikatoren-Set der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS). Es wurden redaktionelle Anpassungen des Indikators durch das Expertengremium vorgenommen. ▪ Als Referenz der angegebenen Grenze des Visus wird die Fahrerlaubnisverordnung (FEV), die der Empfehlung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft zur Fahreignungsbegutachtung für den Straßenverkehr entspricht, herangezogen (AAD, 2008).
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	BQS 2008 [1]; AAD 2008 [2], Quintana 2006 [3]; COS 2008 [4]; Reiche 2006 [5] Kernempfehlung (COS 2008): Cataract surgery is indicated primarily for the correction of visual impairment that cannot be adequately improved nonsurgically and that is directly attributable to the presence of a lens opacity (Level 3).

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiertRisikoadjustierung: keine Risikoadjustierung vorgesehenMögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes 5-144.-, 5-143.- aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Präoperativer Visus cc (Index-Leistung)	Angabe des korrigierten Visus nach Snellen als Dezimalzahl (Erhebung über Datenquelle 3). Werte $<$ 0,01 sind als 0,01 anzugeben.
	Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Erhöhte Blendempfindlichkeit 2 = Kataraktbedingte Anisometropie 3 = Linsenbedingter Druckanstieg 4 = Subjektive erhebliche Einschränkungen des Patienten
	Operationen- und Prozedurenschlüssel (Index-Leistung)	OPS Kodes 5-144.-, 5-143.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung	
	nicht vorgesehen	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes 5-144.-, 5-143.- aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Präoperativer Visus cc (Index-Leistung)	Angabe des korrigierten Visus nach Snellen als Dezimalzahl (Erhebung über Datenquelle 3). Werte $<$ 0,01 sind als 0,01 anzugeben.
	Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Erhöhte Blendempfindlichkeit 2 = Kataraktbedingte Anisometropie 3 = Linsenbedingter Druckanstieg 4 = Subjektive erhebliche Einschränkungen des Patienten
	Operationen- und Prozedurenschlüssel r (Index-Leistung)	OPS Kodes 5-144.-, 5-143.- aus Datenquelle 1

Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen

Indikator Nr. E01: Intraoperative Komplikationen bei der Kataraktoperation	
Beschreibung	Anteil der Kataraktoperationen Anteil der Patienten , bei denen während der Durchführung einer Kataraktoperation eine der Komplikationen: Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper, oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie auftraeten.
Zähler	Anzahl der Kataraktoperationen Anzahl der Patienten mit Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie
Nenner	Gesamtzahl der Augen, bei denen eine durchgeführten Kataraktoperationen durchgeführt wurde Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil von Kataraktoperationen von Patienten mit Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper, oder Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie als intraoperative Besonderheit. Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Der Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper kann zu einer verlängerten entzündlichen Reaktion und zu einer Reihe von weiteren Komplikationen führen. Zur Verhinderung dieser Komplikationen ist häufig eine Erweiterung des operativen Vorgehens notwendig. Eine weitere Komplikation bei der extrakapsulären Linsenextraktion ist der Riss der hinteren Linsenkapsel. Dieses Ereignis macht in der Regel die vordere Vitrektomie erforderlich. Diese Komplikation sollte möglichst nicht auftreten. In Registerstudien (Lum, 2000; Lundstrom, 2001b) sowie bisherigen Datenerhebungen zur Qualitätssicherung (BQS, 2003) wurden folgende Komplikationsraten berichtet. Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie: 1,1% - 1,5% Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper: 0,2%<1%
Anmerkungen	Der Indikator entstammt dem Indikatoren-Set der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS). Der Indikator in der vorliegenden Form entstand durch Zusammenfassung der BQS-Indikatoren „Intraoperative Besonderheiten (4): Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper“ und „Intraoperative Besonderheiten (3): Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie“. Es wurden weitere Anpassungen des Indikators durch das Expertengremium vorgenommen. Der Indikator hat Ähnlichkeit mit einem Indikator des ACHS. Für diesen Indikator ist eine Risikoadjustierung (Stratifizierung) vorgesehen. Dabei werden der Pupillendurchmesser in Mydriasis (<5mm) sowie folgende op-relevanten ophthalmologischen Vorerkrankungen des zu operierenden Auges berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) ▪ Zustand nach Glaukomanfall ▪ Uveitis/hintere Synechien ▪ Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation ▪ Zustand nach Bulbustraua ▪ Glaukom mit engem Kammerwinkel
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	ACHS 2009 [6]; BQS 2008 [1]; BQS 2004 [7]; Lundstrom 2001 [8]; Lum 2000 [9]

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Stratifizierung nach Pupillendurchmesser in Mydriasis (< 5 mm) und relevanten ophthalmologischen Vorerkrankungen des zu operierenden Auges, die präoperativ erhoben werden (s. Datenfelder zur Risikoadjustierung)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes 5-144.-, 5-143.- aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28. aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Intraoperative Komplikation(en) (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer intraoperativer Komplikationen der Kataraktoperation. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der intraoperativen Komplikation(en) (Index-Leistung)	Relevante intraoperative Komplikationen der Kataraktoperation. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper 2 = Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie
	Operationen- und Prozedurenschlüssel (Index-Leistung)	OPS Kodes 5-144.-, 5-143.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Stratifizierung	
	Feld	Beschreibung
	Pupillendurchmesser in Mydriasis (Index-Leistung)	Angabe des Pupillendurchmessers in Mydriasis in mm, ohne Nachkommastelle (Erhebung über Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Pupillendurchmesser in Mydriasis < 5 mm
	Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer ophthalmologischer Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der ophthalmologischen Vorerkrankung (Index-Leistung)	OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Angabe erforderlich, wenn Angabe 1 = ja im Feld „Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges“. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis/hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustraua 8 = Glaukom mit engem Kammerwinkel

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Prozedur	OPS Kodes 5-144.-, 5-143.- aus Datenquelle 2
Diagnose	ICD Kode H25.* bis H28.* aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Intraoperative Komplikation(en) (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer intraoperativer Komplikationen der Kataraktoperation. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der intraoperativen Komplikation(en) (Index-Leistung)	Relevante intraoperative Komplikationen der Kataraktoperation. Angabe erforderlich, wenn Angabe 1 = ja im Feld „Intraoperative Komplikation(en)“. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper 2 = Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie
Operationen- und Prozedurenschlüssel (Index-Leistung)	OPS Kodes 5-144.-, 5-143.- aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Stratifizierung	
Feld	Beschreibung
Pupillendurchmesser in Mydriasis (Index-Leistung)	Angabe des Pupillendurchmessers in Mydriasis in mm, ohne Nachkommastelle (Erhebung aus Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Pupillendurchmesser in Mydriasis $<$ 5 mm
Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer ophthalmologischer Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der ophthalmologischen Vorerkrankung (Index-Leistung)	OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Angabe erforderlich, wenn Angabe 1 = ja im Feld „Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges“. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis/hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustrauma 8 = Glaukom mit engem Kammerwinkel

AMBULANT

Indikator Nr. E17: Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation	
Beschreibung	Anteil der Patientender Kataraktoperationen , bei denen die berechnete Zielrefraktion mit einer Abweichung von maximal +/- 1 dpt (QI 17a) bzw. +/- 0,5 dpt (QI 17b) zum sphärischen Äquivalent nach einer Kataraktoperation postoperativ innerhalb von 4 bis 6 Wochen erreicht wird.
Zähler	Anzahl der Kataraktoperationender Patienten, bei denen die die präoperativ berechneten Zielwerte der Refraktion mit maximaler Abweichung +/- 1 dpt bzw. +/- 0,5 dpt innerhalb von 4 bis 6 Wochen postoperativ erreicht haben wurde . Aus den postoperativen Refraktionswerten wird mit einer Formel (Sphärisches Äquivalent (SÄ) = Sphäre + $\frac{1}{2} \times$ Zylinder) das sphärische Äquivalent zum Vergleich errechnet.
Nenner	Alle Kataraktoperationen zu denen eine postoperative Refraktionsmessung im Rahmen einer Nachuntersuchung durchgeführt wurde sowie eine postoperative Refraktionsmessung innerhalb von 4 bis 6 Wochen durchgeführt wurde. Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 50 Jahre ▪ Patienten, bei denen keine Zielrefraktion berechnet wurde. ▪ Patienten, deren Bulbuslänge kleiner 20 mm oder größer 27 mm ist.
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil von Patienten-Kataraktoperationen bei denen die berechnete Refraktion (Differenz des sphärischen Äquivalents zur Zielfraktion +/- 1 Dioptrie bzw. +/- 0,5 dpt) erreicht wird. Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Bei jeder Kataraktoperation wird präoperativ eine Zielrefraktion festgelegt. Trotz weit entwickelter Messsysteme (zum Beispiel Ultraschall-Biometrie) kommt es zu postoperativen Abweichungen von dieser Zielrefraktion, sodass unter Umständen eine weitere Operation mit Linsenaustausch oder eine Korrektur nötig wird. Das Erreichen der Zielrefraktion wird international als ein vor allem auch für den Patienten relevantes Ergebnis der Kataraktoperation betrachtet (AAO 2006, RCO 2007). Studien (und auch den früheren BQS-Ergebnissen) zufolge wird eine maximale postoperative Abweichung von +/- 1 Dioptrie in 76 bis 82% der Fälle und +/- 0,5 Dioptrie bei 48 bis 62% der Fälle erreicht. Zum Teil werden deutliche Unterschiede zwischen Leistungserbringern deutlich (BQS 2003, 2004, Lum 2000, Lundstrom 2001b, Gale 2009, Reiche 2006). Die präzise Bestimmung der Zielrefraktion umfasst insbesondere die Messung der Achsenlänge, die Brechkraft der Hornhaut und die Berechnung der adäquaten IOL (COS 2008)
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem Indikatorenset der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS). Es wurden Anpassungen des Indikators durch das Expertengremium vorgenommen. ▪ Der Indikator macht eine Mehrpunktmessung erforderlich ▪ Für den Indikator ist eine Risikoadjustierung mit folgenden Parametern vorgesehen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Messmethode zur Bestimmung der Zielrefraktion ▪ Vorliegen einer ophthalmologischen Vorerkrankung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>Gale 2009 [12]; BQS 2008 [1]; COS 2008 [5]; RCO 2007 [11]; Reiche 2006 [4]; AAO 2006 [10]; BQS 2004 [9]; Lundstrom 2001b [8]; Lum 2000 [7]</p> <p><u>Kernempfehlung (COS 2008):</u> Either optical coherence or immersion ultrasonographic biometry should be considered to provide the greatest accuracy and consistency in determination o axial length (Level 1B) Rec.32: In order to provide the highest level of postoperative target refraction accuracy and consistency, latest-generation theoretical IOL formulas, including Holladay, SRK/T, and Hoffer Q should be used (Level 1B)</p>

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Mehrpunktmessung: Berechnung erfolgt nur dann, wenn die Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Katarakt-Operation gemessen wurde und die Bulbuslänge präoperativ zwischen 20 und 27mm liegt.

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Bulbuslänge (Index-Leistung)	Angabe der Bulbuslänge in mm (Erhebung über Datenquelle 3).
	Präoperativ bestimmte Zielrefraktion (sphärisches Äquivalent) (Index-Leistung)	Angabe mit Vorzeichen (Erhebung über Datenquelle 3)
	Bestimmung der Refraktion möglich (Follow-up)	Erhebung notwendig, da mehrere Follow-up-Dokumentationen (auch in unterschiedlichen Einrichtungen) möglich sind. Zudem kann bei auftreten postoperativer Komplikationen die Refraktion nicht bestimmt werden. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Datum der postoperativen Refraktionsbestimmung (Follow-up)	Erhebung über Datenquelle 3
	Postoperative Refraktion – sphärisch (Follow-up)	Gemessene Refraktion innerhalb 4 bis 6 Wochen postoperativ; Angabe mit Vorzeichen (Erhebung über Datenquelle 3)
	Postoperative Refraktion – zylindrisch (Follow-up)	Gemessene Refraktion innerhalb 4 bis 6 Wochen postoperativ; Angabe als negativer Wert (Erhebung über Datenquelle 3)
	Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung	
Vorliegen einer ophthalmologischen Vorerkrankung (Index-Leistung)	Liegt eine ophthalmologische Vorerkrankung vor? (Inbegriffen sind alle ophthalmologischen Vorerkrankungen, die im gleichnamigen Feld [„Ophthalmologische Vorerkrankungen“] aufgeführt sind.) Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja	

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
<i>Index-Leistung</i>	
Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
<i>Follow-up</i>	
Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Gebührenordnungsposition	31718 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31332, 31333 oder 31351 bei Überweisung durch den Operateur) ODER 31716 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31331 oder 31350 bei Überweisung durch den Operateur) ODER 31719 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31332, 31333 oder 31351 bei Erbringung durch den Operateur) ODER 31717 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31331 oder 31350 bei Erbringung durch den Operateur)
Diagnose	Z96.1 (Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates) ODER H27,0 (Aphakie)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Bulbuslänge (Index-Leistung)	Angabe der Bulbuslänge in mm, ohne Nachkommastelle (Erhebung über Datenquelle 3).
Präoperativ bestimmte Zielrefraktion (sphärisches Äquivalent) (Index-Leistung)	Angabe mit Vorzeichen (Erhebung über Datenquelle 3)
Bestimmung der Refraktion möglich (Follow-up)	Erhebung notwendig, da mehrere Follow-up-Dokumentationen (auch in unterschiedlichen Einrichtungen) möglich sind. Zudem kann bei auftreten postoperativer Komplikationen die Refraktion nicht bestimmt werden. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Datum der postoperativen Refraktionsbestimmung (Follow-up)	Erhebung über Datenquelle 3
Postoperative Refraktion – sphärisch (Follow-up)	Gemessene Refraktion innerhalb 4 bis 6 Wochen postoperativ; Angabe mit Vorzeichen (Erhebung über Datenquelle 3)
Postoperative Refraktion – zylindrisch (Follow-up)	Gemessene Refraktion innerhalb 4 bis 6 Wochen postoperativ; Angabe als negativer Wert (Erhebung über Datenquelle 3)
Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Vorliegen einer ophthalmologischen Vorerkrankung (Index-Leistung)	Liegt eine ophthalmologische Vorerkrankung vor? (Inbegriffen sind alle ophthalmologischen Vorerkrankungen, die im gleichnamigen Feld [„Ophthalmologische Vorerkrankungen“] aufgeführt sind.) Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja

AMBULANT

Indikator Nr. E52:	Stationäre Behandlung aufgrund einer Endophthalmitis innerhalb von 3 Monaten nach Kataraktoperation
Beschreibung	Anteil der Patienten Kataraktoperationen, bei denen die Patienten die innerhalb von 3 Monaten nach einer Indexleistung mit der Diagnose „Endophthalmitis“ stationär behandelt werden.
Zähler	Anzahl der Patienten Kataraktoperationen, bei denen eine -die stationäre Behandlung mit der Diagnose „Endophthalmitis“ innerhalb von 3 Monaten nach einer Indexleistung mit der Diagnose „Endophthalmitis“ stationär behandelt wurden folgt.
Nenner	Gesamtzahl der Patienten Kataraktoperationen, die sich innerhalb des Beobachtungszeitraums einer Kataraktoperation unterzogen haben <u>stattgefunden haben</u> .
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil von Patienten mit postprozeduraler Endophthalmitis. Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Endophthalmitis gilt als ernste Komplikation in Verbindung mit der Kataraktoperation, die den völligen Verlust der Sehfähigkeit oder des ganzen Auges nach sich ziehen kann. Im Jahr 2008 wurden insgesamt 1.740 Patienten aufgrund einer Endophthalmitis (H44.0 und H44.1) stationär behandelt. Mit Bezug zur Kataraktoperation wird in internationalen Leitlinien eine Inzidenz von 0,06% bis 0,17% (AAO 2006) bzw. 0,05% bis 0,33% (COS 2008) beschrieben. Für Deutschland wurde Ende der 90er-Jahre noch eine Rate von 0,15% gemeldet (Schmitz, 1999). Nach weiterem Fortschritt der Operationsmethoden sank die Inzidenz in Skandinavien Mitte des neuen Jahrtausends auf 0,05%[11].
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem Indikatoren-Set des Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). ▪ Daten des Indexaufenthaltes (Kataraktoperation) und Zweitdiagnosestellung „Endophthalmitis“ werden über Mehrpunktmessung zusammengeführt. ▪ Für diesen Indikator ist eine Risikoadjustierung vorgesehen. Folgende Parameter werden dabei berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorliegen OP-relevanter Komorbiditäten ▪ Vorliegen OP-relevanter ophthalmologischer Vorerkrankungen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	ACHS 2009 [6]; COS 2008 [4]; Lundstrom 2007 [10]; AAO 2006 [11]; Schmitz 1999 [12] <u>Kernempfehlung (COS 2008):</u> In order to reduce the risk of endophthalmitis, all patients should have proper draping (Level 3), preoperative management of lid margin disease (Level 3), and use 5% of povidoneiodine (Level 2).

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Mehrpunktmessung, Zeit zwischen Indexleistung und stationärer Behandlung ≤ 3 Monate

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert, voraussichtlich Sentinel Event

Risikoadjustierung: vorgesehen (OP-relevante Komorbiditäten und OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten
4. [Datenpool der Krankenkassen Sozialdaten bei den Krankenkassen](#)

STATIONÄR Datenpool der Krankenkassen	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle +4)
	Diagnose	ICD-Kodes H44.0 oder H44.1 (Erhebung aus Datenquelle +4)
	<u>Zeitraum</u>	<u>bis zu 3 Monate nach Kataraktoperation (Erhebung über Datenquelle 4)</u>
	<u>Kataraktoperation (cataracta senilis) innerhalb der letzten 3 Monate OPS-Kodes der Kataraktoperation</u>	<u>5-144,- oder 5-143,- (Erhebung über Datenquelle 34)</u> 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	<u>Aufnahmedatum</u>	<u>Erhebung aus Datenquelle 1</u>
	<u>Art der Prozedur</u>	<u>OPS Kode 5-144,- aus Datenquelle 1</u>
	<u>Datum der Prozedur</u>	<u>Erhebung aus Datenquelle 1</u>
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	<u>OP-relevante Komorbidität(en)</u>	<u>Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen:</u> 0 = nein 1 = ja
	<u>Art der OP-relevanten Komorbidität(en)</u>	<u>Erhebung über Datenquelle 3 mit der relevanten Ausprägung:</u> 2 = Diabetes mellitus
<u>Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges</u>	<u>Liegt eine ophthalmologische Vorerkrankung vor? (Inbegriffen sind alle ophthalmologischen Vorerkrankungen, die im Feld [„Art der ophthalmologische Vorerkrankung“] aufgeführt sind.)</u> <u>Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung:</u> 0 = nein 1 = ja	

Indikator Nr. E56: Postoperative Komplikationen innerhalb von 6 Wochen nach erfolgter Kataraktoperation	
Beschreibung	Anteil der Kataraktoperationen Patienten , bei denen innerhalb von 6 Wochen nach Durchführung einer Kataraktoperation Komplikationen auftreten.
Zähler	Anzahl der Patienten-Kataraktoperationen, bei denen mit einer der unten genannten Komplikationen im Zusammenhang mit der durchgeführten Kataraktoperation, die innerhalb von 6 Wochen postoperativ auftraten <u>ist</u> .
Nenner	Alle Kataraktoperationen zu denen eine Nachuntersuchung durchgeführt wurde. Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil an Patienten-Kataraktoperationen mit den unten genannten Komplikationen. Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Im Allgemeinen stellt die Kataraktoperation einen sicheren und erfolgversprechenden Eingriff dar. Nur in relativ seltenen Fällen kommt es zu Komplikationen, die dauerhaft die Sehfähigkeit des Patienten beeinträchtigen (COS 2008). Der Indikator leistet einen Beitrag zur Abschätzung des Komplikationsspektrums.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem Eye Care Physician Performance Measurement Set des Physician Consortium for Performance Improvement der American Academy of Ophthalmology (2007) ▪ Indikator wird unterstützt durch Kohnen (2009) ▪ Folgende postoperative Komplikationen werden erfasst: <ul style="list-style-type: none"> - Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper/verbliebene Kernfragmente - Endophthalmitis - dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) - refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL - Netzhautablösung - Läsion der Iris - Hornhautdekomensation/ -ödem - visuell bedeutsames zystoides Makulaödem - zu versorgende Wunddehiszenz - verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer ▪ Für den Indikator ist unter Berücksichtigung folgender Faktoren eine Risikoadjustierung vorgesehen: <ul style="list-style-type: none"> - OP-relevante Komorbiditäten, OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges, okuläre Voroperationen und präoperative Befunde (Pupillendurchmesser und Bulbuslänge)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	Kohnen 2009 [15]; COS 2008 [5]; American Academy of Ophthalmology 2007 [16]; American Academy of Ophthalmology 1996 [17]

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Mehrpunktmessung: Berechnung erfolgt nur dann, wenn Kataraktoperation innerhalb der letzten 6 Wochen = ja (s. Auslösekriterien).

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: OP-relevante Komorbiditäten, OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges, okuläre Voroperationen und präoperative Befunde (Pupillendurchmesser und Bulbuslänge) (s. Datenfelder zur Risikoadjustierung; Erhebung präoperativ).

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten,

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Kataraktoperation innerhalb der letzten 6 Wochen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Postoperative Komplikation(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Vorliegen einer oder mehrerer postoperativer Komplikationen. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der postoperativen Komplikation(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper/verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer
	Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Diagnose (Index-Leistung)	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	OP-relevante Komorbidität(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der OP-relevanten Komorbidität(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Relevante Grunderkrankungen. Erhebung über Datenquelle 3 mit der relevanten Ausprägung: 2 = Diabetes mellitus
	Pupillendurchmesser in Mydriasis (Index-Leistung)	Angabe des Pupillendurchmessers in Mydriasis in mm (Erhebung aus Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Pupillendurchmesser in Mydriasis $<$ 5 mm
	Bulbuslänge (Index-Leistung)	Angabe der Bulbuslänge in mm (Erhebung über Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Bulbuslänge $<$ 20 mm und $>$ 27 mm. Erhebung in mm, ohne Nachkommastelle.

Fortsetzung Datenfelder für die Risikoadjustierung	
STATIONÄR	<p>Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges (Index-Leistung)</p> <p>Vorliegen einer oder mehrerer ophthalmologischer Vorerkrankungen des operierten Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja</p>
	<p>Art der ophthalmologischen Vorerkrankung (Index-Leistung)</p> <p>OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis/hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustraua 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura</p>
	<p>Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge oder Lasik (Index-Leistung)</p> <p>Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja</p>

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Index-Leistung	
Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Kataraktoperation innerhalb der letzten 6 Wochen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
Follow-up	
Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Gebührenordnungsposition	31718 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31332, 31333 oder 31351 bei Überweisung durch den Operateur) ODER 31716 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31331 oder 31350 bei Überweisung durch den Operateur) ODER 31719 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31332, 31333 oder 31351 bei Erbringung durch den Operateur) ODER 31717 (Postoperative Behandlung nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31331 oder 31350 bei Erbringung durch den Operateur) (Erhebung aus Datenquelle 2)
Diagnose	Z96.1 (Vorhandensein eines intraokularen Linsenimplantates) ODER H27,0 (Aphakie) (Erhebung aus Datenquelle 2)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Postoperative Komplikation(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Vorliegen einer oder mehrerer postoperativer Komplikationen. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der postoperativen Komplikation(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper/verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer
Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
Diagnose (Index-Leistung)	ICD Kode H25.- bis H28.* aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
OP-relevante Komorbidität(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en) (Index-Leistung/ Follow-up)	Relevante Grunderkrankungen. Erhebung über Datenquelle 3 mit der relevanten Ausprägung: 2 = Diabetes mellitus
Pupillendurchmesser in Mydriasis (Index-Leistung)	Angabe des Pupillendurchmessers in Mydriasis in mm (Erhebung aus Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Pupillendurchmesser in Mydriasis < 5 mm
Bulbuslänge (Index-Leistung)	Angabe der Bulbuslänge in mm (Erhebung über Datenquelle 3). Relevanter Faktor zur Stratifizierung: Bulbuslänge < 20 mm und > 27 mm. Erhebung in mm, ohne Nachkommastelle.

AMBULANT

Ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer ophthalmologischer Vorerkrankungen des operierten Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der ophthalmologischen Vorerkrankung (Index-Leistung)	OP-relevante ophthalmologische Vorerkrankungen des zu operierenden Auges. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis/hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustraua 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura
Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge oder Lasik (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 mit der Ausprägung: 0 = nein 1 = ja

Indikator Nr. S88: Anästhesie-assoziierte Komplikationen	
Beschreibung	Anteil der Patienten, bei denen eine Anästhesie- assoziierte Komplikation aufgetreten ist.
Zähler	Anzahl der Patienten mit Anästhesie- assoziierte Komplikationen
Nenner	Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 50 Jahre ▪ ▪ Immunsupprimierte Patienten (z.B. bei Drogenabusus, HIV)
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil von Patienten mit Anästhesie- assoszierten Komplikationen
Begründung	Kenntnisse über Anästhesie-induzierte Komplikationen sind wichtig für die Bewertung der Patientensicherheit.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt den Patient Safety Indicators der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): PSI 1 und dem Catalogue of Patient Safety Indicators SimPatiE: PSI 15 ▪ Für diesen Indikator ist eine Risikoadjustierung unter Berücksichtigung folgender Faktoren vorgesehen: ▪ OP-relevante Komorbiditäten ▪ Art der Anästhesie (Vollnarkose, Injektionsanästhesie & Tropfanästhesie)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	AHRQ 2007 [13]; Kristensen 2007 [14]; lezzoni 1994 [15]

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn kein Ausschlusskriterium (Immunsuppression=nein) vorliegt

Auffälligkeit: kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: nach OP-relevanten Komorbiditäten, Art der Anästhesie

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes 5-144.-, 5-143.- aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Anästhesie-assozierte Komplikation (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Operationen- und Prozedurenschlüssel	OPS Kodes 5-144.-, 5-143.- aus Datenquelle 1
	OP-relevante Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer OP-relevanter Komorbiditäten. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
	Art der OP-relevanten Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Ausschluss der Patienten mit Immunsuppression und/oder Drogenabhängigkeit. Erhebung über Datenquelle 3 mit den relevanten Ausprägungen: 1 = Immunsuppression
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Anästhesie (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 1 = Vollnarkose 2 = Injektionsanästhesie 3 = Tropfanästhesie
	OP-relevante Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer OP-relevanter Komorbiditäten. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Relevante Grunderkrankungen. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 2 = Diabetes mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz 6 = Gerinnungsstörung	

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Prozedur	OPS Kodes 5-144.-, 5-143.- aus Datenquelle 2
Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Anästhesie-assoziierte Komplikation (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
Operationen- und Prozedurenschlüssel	OPS Kodes 5-144.-, 5-143.- aus Datenquelle 2
OP-relevante Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer OP-relevanter Komorbiditäten. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Ausschluss der Patienten mit Immunsuppression und/oder Drogenabhängigkeit. Erhebung über Datenquelle 3 mit den relevanten Ausprägungen: 1 = Immunsuppression
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Art der Anästhesie (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 1 = Vollnarkose 2 = Injektionsanästhesie 3 = Tropfanästhesie
OP-relevante Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Vorliegen einer oder mehrerer OP-relevanter Komorbiditäten. Erhebung über Datenquelle 3 mit den Ausprägungen: 0 = nein 1 = ja
Art der OP-relevanten Komorbidität(en) (Index-Leistung)	Relevante Grunderkrankungen. Erhebung über Datenquelle 3 mit den multiplen Ausprägungen: 2 = Diabetes mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz 6 = Gerinnungsstörung

AMBULANT

Indikator Nr. S95: Operationen am falschen Patienten/am falschen Auge	
Beschreibung	Anteil der Operationen am falschen Patienten oder am falschen Auge.
Zähler	Anzahl an Operationen am falschen Patienten oder am falschen Auge
Nenner	Anzahl der Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben
Ausschlusskriterien	Patienten < 50 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringer Anteil an Operationen am falschen Patienten oder am falschen Auge Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
Begründung	Operationen am falschen Auge oder am falschen Patienten können schwerwiegende Folgen haben. Die Untersuchung des Auftretens von falsch lokalisierten Operationen ist ein bedeutsamer Indikator zur Patientensicherheit.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieser Indikator entstammt den Patient Safety Indicators der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): PSI 2 und dem „Catalogue of Patient Safety Indicators SimPatiE: PSI 2“ ▪ Der Indikator wird in seiner praktischen Umsetzung (Dokumentation durch die betreffende Einrichtung) in seiner Aussagefähigkeit teilweise angezweifelt. Daher ist zum Abgleich und als Hinweis auf mögliche Unstimmigkeiten zusätzlich eine Abfrage im Patientenfragebogen vorgesehen.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit/Patientenorientierung (Erfassung zusätzlich über die Patientenbefragung)
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	AHRQ 2007 [18]; Kristensen 2007 [20]

Instrumente/DatenquellenSpezifizierung für Berechnung: Sentinel EventAuffälligkeit: jedes Ereignis wird als Auffälligkeit gezählt, Sentinel EventRisikoadjustierung: keine Risikoadjustierung vorgesehenMögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. Manuell erfasste klinische Daten
4. Patientenbefragung (Fragebogen)

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	OP am falschen Patienten (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	OP am falschen Auge (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 (zusätzliche Abfrage im Patientenfragebogen) 0 = nein 1 = ja Plausibilitätskontrolle über Abfrage im Patientenfragebogen
	Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 50 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD Kode H25.- bis H28.- aus Datenquelle 2; alternativ Erhebung über Datenquelle 3
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	OP am falschen Patienten (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	OP am falschen Auge (Index-Leistung)	Erhebung über Datenquelle 3 (zusätzliche Abfrage im Patientenfragebogen) 0 = nein 1 = ja Plausibilitätskontrolle über Abfrage im Patientenfragebogen
	Art der Prozedur (Index-Leistung)	OPS Kode 5-144.- aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

Indikatoren zur Patientenperspektive

Die Felder zur Darstellung des Instruments/der Datenquelle sind bis auf die konkrete Frage zur Abbildung des Indikators für alle Indikatoren zur Patientenperspektive gleich.

Indikator Nr. P85: Aufklärung über die Risiken der Behandlung aus Patientensicht	
Beschreibung	Anteil der Patienten, die angeben, dass sie verständlich über die Risiken der Behandlung informiert werden.
Zähler	Anzahl der Patienten, die angeben, dass sie verständlich über die Risiken der Behandlung informiert wurden.
Nenner	Anzahl der Patienten, die an der Befragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben.
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre, Demenz, Patient verstorben, Patient versteht die Sprache des Fragebogens nicht (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die angeben, dass sie über die Behandlungsrisiken verständlich informiert wurden.
Begründung	Eine Aufklärung des Patienten über die Risiken der Behandlung ist bedeutsam für die Entscheidungsfindung und die Wahrung der Patienteninteressen und -autonomie. Auch mit Bezug auf das Erreichen eines optimalen Behandlungsergebnisses kommt der umfassenden Aufklärung eine hohe Bedeutung zu (COS 2008)
Anmerkungen	Der Indikator wurde in Anlehnung an den QUOTE Cataract Questionnaire (Nijkamp 2002a) und unter Bezug zum Indikatoren-Set des National Health Service abgeleitet und wird durch Studien gestützt.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>NHS 2009a [16]; NHS 2009b [17]; Lockey 2009 [18]; COS 2008 [4]; Nijkamp 2002a [19]; Nijkamp 2002b [20]</p> <p>Kernempfehlung (COS 2008): As surgical cases of increased difficulty can sometimes be predicted preoperatively and are also associated with an increased risk of complications (Level 3), <i>surgeons must realistically evaluate the anticipated difficulty of high-risk risk cases and refer it the anticipated difficulty exceeds their personal level of competence (consent).</i></p>

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Familienstand/Wohnsituation, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) ▪ Pseudonym der Einrichtung
Basisdaten für das Verfahren Katarakt im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestätigung, dass die Kataraktoperation im gg. Zeitraum stattgefunden hat. ▪ Angabe, an welchem Auge die Operation stattgefunden hat (R/L) ▪ Abfrage, ob eine ophthalmologische Vorerkrankung vorliegt
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:	Wurden Sie verständlich über die Risiken der Kataraktoperation informiert?
	<p>Die Alternativen A und B stellen, zur Veranschaulichung, zwei mögliche Antwortskalen dar. Das Panel bewertet nur den Indikator und nicht die Antwortskala.</p> <p>A) <input type="checkbox"/> Ja, voll und ganz <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>B) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Teils / teils <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 6–8 Wochen nach der Index-Leistung in der Einrichtung
Stichprobe:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zweistufige Klumpenstichprobe: ▪ 1. Bundesweite Zufallsstichprobe von 64 Einrichtungen (ambulante und stationäre Versorgung) ▪ 2. Befragung einer definierten Anzahl von Patienten (z.B. N=58) in den Einrichtungen <p>Ggf. erfolgt nach Vorliegen von Erfahrungen aus Machbarkeitsstudie und Probetrieb eine Anpassung der Vorgaben zur Stichprobenziehung</p>
Versendung der Fragebögen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenversendung durch die Einrichtungen (6 bis 8 Wochen postoperativ) an alle entlassenen Patienten zum Verfahren Kataraktoperation; konsekutiv, bis eine Anzahl von 58 Patienten erreicht ist. ▪ Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ durch das AQUA-Institut ▪ Auswertung auf Bundesebene ▪ Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

Indikator Nr. P96: Gemeinsame Entscheidungsfindung aus Patientensicht	
Beschreibung	Anteil der Patienten, die berichten, dass sie ausreichend über Vor- und Nachteile der Kataraktoperation sowie über mögliche Alternativen informiert und, sofern von ihnen gewünscht, in die Entscheidung für oder gegen den Eingriff einbezogen werden.
Zähler	Anzahl der Patienten, die berichten, dass sie ausreichend über Vor- und Nachteile der Kataraktoperation sowie über mögliche Alternativen informiert und, sofern von ihnen gewünscht, in die Entscheidung für oder gegen den Eingriff einbezogen wurden
Nenner	Anzahl der Patienten, die an der Befragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben,
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre, Demenz, Patient verstorben, Patient versteht die Sprache des Fragebogens nicht (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die berichten, dass sie ausreichend informiert und wunschgemäß in die Entscheidungsfindung bezüglich der Durchführung der Kataraktoperation einbezogen wurden.
Begründung	Eine Einbeziehung des Patienten in die Entscheidungsfindung bzgl. eines Eingriffs ist notwendig. Die Sicherstellung der Patienteninteressen und -autonomie ist, unter Berücksichtigung der individuellen Werte und Prioritäten des Patienten, zu gewährleisten. Auch mit Bezug auf das Erreichen eines optimalen Behandlungsergebnisses kommt einem umfassenden Austausch und gelingender Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine hohe Bedeutung zu (COS 2008).
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde in Anlehnung an die Indikatoren PE15 und PE16 des National Health Service sowie Indikator 16 des SAPHORA Questionnaire (Satisfaction V3) entwickelt und wird durch Studienergebnisse gestützt.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>NHS 2009a [16]; NHS 2009b [17]; COS 2008 [4]; SAPHORA 2006 [21]; Ross 2003 [22]; Churchill 2003 [23]; Ramchandani 2002 [24]; Fotaki 1999 [25]; Davies 1992 [26]; Lowe 1992 [27]</p> <p><u>Kernempfehlung (COS 2008):</u> The ophthalmic work-up of a patient being considered for cataract surgery should answer the following questions:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Is the cataract primarily responsible for the vision loss? b) Are there any comorbid conditions that may be exacerbated by the surgery? c) Are there any comorbid conditions that may complicate the execution of the surgery or minimize the visual improvement? <p>Answering these questions allows the stratification of surgical risk that should be presented to the patient as part of the consent process (Level 3).</p>

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Familienstand/Wohnsituation, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) ▪ Pseudonym der Einrichtung
Basisdaten für das Verfahren Katarakt im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestätigung, dass die Kataraktoperation im gg. Zeitraum stattgefunden hat. Angabe, an welchem Auge die Operation stattgefunden hat (R/L) ▪ Abfrage, ob eine ophthalmologische Vorerkrankung vorliegt
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:	<p>Wurden Sie ausreichend über Vor- und Nachteile der Kataraktoperation sowie über mögliche Alternativen informiert und, sofern von Ihnen gewünscht, in die Entscheidung einbezogen, ob diese Behandlung /dieser Eingriff überhaupt durchgeführt werden soll?</p> <p>Die Alternativen A und B stellen, zur Veranschaulichung, zwei mögliche Antwortskalen dar. Das Panel bewertet nur den Indikator und nicht die Antwortskala.</p> <p>A) <input type="checkbox"/> Ja, voll und ganz <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich wollte nicht in die Entscheidung einbezogen werden</p> <p>B) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Teils/teils <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 6-8 Wochen nach der Indexleistung in der Einrichtung
Stichprobe:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zweistufige Klumpenstichprobe: ▪ 1. Bundesweite Zufallsstichprobe von 64 Einrichtungen (ambulante und stationäre Versorgung) ▪ 2. Befragung einer definierten Anzahl von Patienten (z.B. N=58) in den Einrichtungen <p>Ggf. erfolgt nach Vorliegen von Erfahrungen aus Machbarkeitsstudie und Probetrieb eine Anpassung der Vorgaben zur Stichprobenziehung</p>
Versendung der Fragebögen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenversendung durch die Einrichtungen (6 bis 8 Wochen postoperativ) an alle entlassenen Patienten zum Verfahren Kataraktoperation; konsekutiv, bis eine Anzahl von 58 Patienten erreicht ist. ▪ Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch das AQUA-Institut ▪ Auswertung auf Bundesebene ▪ Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

Indikator Nr. P97: Ergebnis der Kataraktoperation aus Patientensicht	
Beschreibung	Anteil der Patienten, die berichten, mit dem Ergebnis der Kataraktoperation zufrieden zu sein.
Zähler	Anzahl der Patienten, die berichten, mit dem Ergebnis der Kataraktoperation zufrieden zu sein.
Nenner	Anzahl der Patienten, die an der Befragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben.
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten < 18 Jahre, Demenz, Patient verstorben, Patient versteht die Sprache des Fragebogens nicht (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die mit dem Ergebnis der Kataraktoperation zufrieden sind.
Begründung	Die Zufriedenheit des Patienten mit dem Ergebnis der Kataraktoperation ist ein wesentliches Ziel der Kataraktoperation. Dieser Indikator ist somit ein wichtiges Gütekriterium der Ergebnisqualität. Die Zufriedenheit der Patienten mit dem Ergebnis der Kataraktoperation ist international relativ hoch ausgeprägt (Zufrieden oder sehr zufrieden sind ca. 95%) (Haynes 2001, Lum 2000). Wenige Patienten (6%) drücken ihre Unzufriedenheit aus (Conner-Spady, 2004). Für Deutschland wurde Mitte der 90er-Jahre eine Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis in 88% der Fälle berichtet (Wenzel 1996).
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator abgeleitet in Anlehnung an das Item: Erfolg der medizinischen Behandlung im Krankenhaus (aus Patientensicht) des „Patienten Monitor“; Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit im stationären Bereich (Bleich 2008) ▪ Der Indikator wird durch Studienergebnisse unterstützt von Lowe 1992, Foster 2001 Lundstrom 2002, Chang 2003, Smith 2001, Javitt 2003, Wenzel 1996 ▪ Das Ergebnis nach Kataraktoperation sowie auch die Zufriedenheit des Patienten können in Abhängigkeit vom Risikoprofil des Patienten variieren. Daher ist für den Indikatoreine Stratifizierung nach Vorhandensein einer ophthalmologischen Vorerkrankung vorgesehen. ▪ Zufriedenheit stellt ein komplexes Konstrukt dar (Jacob 2000). Die Aussagefähigkeit bei Reduzierung dieser Komplexität auf ein Item bzw. Erhebungszeitpunkt wird in der Literatur (Morris 2007) hinterfragt und auch im Expertenpanel thematisiert. Ein Zusammenhang der Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Operation und eine Veränderung in der Sehschärfe bzw. visuellen Funktionsfähigkeit wird empirisch berichtet (Conner-Spady 2004) aber auch kritisch diskutiert (Pager 2004, Wenzel 1996). Die Objektivierung des subjektiven Aspekts Zufriedenheit und weiterer patientenrelevanter Komplexe (Funktionsgewinn, Lebensqualität) können momentan für Kataraktpatienten nur mit erheblichem Aufwand präzise bestimmt werden (Pesudovs 2010). Trotz der Problematik wurde der Indikator vom Panel als relevant bewertet und stellt mit seinem Ziel einen insbesondere für den Patienten bedeutsamen Endpunkt dar (AAO 2006, RCO 2007).
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	Pesudovs 2010 [28]; Bleich 2008 [29]; Morris 2007 [30]; RCO 2007 [31]; AAO 2006 [11]; Pager 2004 [32]; Chang 2003 [33]; Javitt 2003 [34]; Nijkamp 2002a [19]; Nijkamp 2002b [20]; Lundstrom 2002 [35]; Foster 2001 [36]; Smith 2001 [37]; Wenzel 1996 [38]; Lowe 1992 [27]

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der ggf. zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) ▪ Pseudonym der Einrichtung
Basisdaten für das Verfahren Katarakt im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestätigung, dass die Kataraktoperation im gg. Zeitraum stattgefunden hat. Angabe, an welchem Auge die Operation stattgefunden hat (R/L) ▪ Abfrage, ob eine ophthalmologische Vorerkrankung vorliegt
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:	<p>Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Kataraktoperation?</p> <p>Die Antwort-Skala stellt lediglich eine Möglichkeit dar. Das Panel bewertet nur den Indikator und nicht die Antwort-Skala</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr zufrieden <input type="checkbox"/> Eher zufrieden <input type="checkbox"/> Teils / teils</p> <p><input type="checkbox"/> Eher nicht zufrieden <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht zufrieden <input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 6-8 Wochen nach der Index-Leistung in der Einrichtung
Stichprobe:*	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zweistufige Klumpenstichprobe: ▪ 1. Bundesweite Zufallsstichprobe von 64 Einrichtungen (ambulante und stationäre Versorgung) ▪ 2. Befragung einer definierten Anzahl von Patienten (z.B. N=58) in den Einrichtungen <p>Ggf. erfolgt nach Vorliegen von Erfahrungen aus Machbarkeitsstudie und Probetrieb eine Anpassung der Vorgaben zur Stichprobenziehung</p>
Versendung der Fragebögen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenversendung durch die Einrichtungen (6 bis 8 Wochen postoperativ) an alle entlassenen Patienten zum Verfahren Kataraktoperation; konsekutiv, bis eine Anzahl von 58 Patienten erreicht ist. ▪ Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch das AQUA-Institut ▪ Auswertung auf Bundesebene ▪ Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

1. BQS (2008). Qualitätsindikatoren für interne und externe Qualitätssicherung: Kataraktoperation.
2. AAD (2008). Fahreignungsbegutachtung für den Straßenverkehr 2008. Empfehlung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) und des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (BVA): Anleitung für die augenärztliche Untersuchung und Beurteilung der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen. München: Augenärztliche Akademie Deutschland.
3. Quintana, JM; Escobar, A; Arostegui, I (2006). Development of appropriateness explicit criteria for cataract extraction by phacoemulsification. *BMC.Health Serv.Res.* 6: 23.
4. COS (2008). Canadian Ophthalmological Society evidence-based clinical practice guidelines for cataract surgery in the adult eye. *Can.J.Ophthalmol.* 43 Suppl 1: S7-57.
5. Reiche, R; Klaes, L; Thelen, M (2006). Modellvorhaben über eine abgestufte, flächendeckende Versorgung mit Kataraktoperationen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Bonn: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein.
6. ACHS (2009). Clinical indicator users' manual 2009. ULTIMO NSW: Australian Council on Healthcare Standards (ACHS).
7. BQS (2004). Qualitätsreport 2003. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH.
8. Lundstrom, M; Barry, P; Leite, E; Seward, H; Stenevi, U (2001). 1998 European Cataract Outcome Study: report from the European Cataract Outcome Study Group. *J.Cataract Refract.Surg.* 27(8): 1176-1184.
9. Lum, F; Schein, O; Schachat, AP; Abbott, RL; Hoskins, HD, Jr.; Steinberg, EP (2000). Initial two years of experience with the AAO National Eyecare Outcomes Network (NEON) cataract surgery database. *Ophthalmology* 107(4): 691-697.
10. Lundstrom, M; Wejde, G; Stenevi, U; Thorburn, W; Montan, P (2007). Endophthalmitis after cataract surgery: a nationwide prospective study evaluating incidence in relation to incision type and location. *Ophthalmology* 114(5): 866-870.
11. AAO (2006). Cataract in the Adult Eye; Preferred Practise Patterns. San Francisco: American Academy of Ophthalmology.
12. Schmitz, S; Dick, HB; Krummenauer, F; Pfeiffer, N (1999). Endophthalmitis in cataract surgery: results of a German survey. *Ophthalmology* 106(10): 1869-1877.
13. AHRQ (2007). Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators. Rockville: Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality.
14. Kristensen, S; Mainz, J; Bartels, P (2007). Catalogue of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. Aarhus: European Society for Quality in Health Care (ESQH).
15. Iezzoni, LI; Daley, J; Heeren, T; Foley, SM; Fisher, ES; Duncan, C; et al. (1994). Identifying complications of care using administrative data. *Med.Care* 32(7): 700-715.
16. NHS (2009). Indicators for Quality Improvement: Full indicator list. The Health and Social Care Information Centre (UK).
17. NHS (2009). Inpatient Questionnaire. NHS Care Quality Commission; Picker Institute Europe.
18. Lockey, J (2009). The provision of information for patients prior to cataract surgery. *Br.J.Nurs.* 18(19): 1207-1211.
19. Nijkamp, MD; Sixma, HJ; Afman, H; Hiddema, F; Koopmans, SA; van den, BB; et al. (2002). Quality of care from the perspective of the cataract patient. QUOTE cataract questionnaire. *J.Cataract Refract.Surg.* 28(11): 1924-1931.
20. Nijkamp, MD; Sixma, HJ; Afman, H; Hiddema, F; Koopmans, SA; van den, BB; et al. (2002). Quality of care from the perspective of the cataract patient: the reliability and validity of the QUOTE-cataract. *Br.J.Ophthalmol.* 86(8): 840-842.
21. SAPHORA (2006). Satisfaction du patient hospitalisé, Questionnaire © SAPHORA Modifié. Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale); CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) et l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris).
22. Ross, MA; Avery, AJ; Foss, AJ (2003). Views of older people on cataract surgery options: an assessment of preferences by conjoint analysis. *Qual.Saf Health Care* 12(1): 13-17.
23. Churchill, AJ; Gibbon, C; Anand, S; McKibbin, M (2003). Public opinion on weekend and evening outpatient clinics. *Br.J.Ophthalmol.* 87(3): 257-258.
24. Ramchandani, M; Mirza, S; Sharma, A; Kirkby, G (2002). Pooled cataract waiting lists: views of hospital consultants, general practitioners and patients. *J.R.Soc.Med.* 95(12): 598-600.
25. Fotaki, M (1999). The impact of market oriented reforms on choice and information: a case study of cataract surgery in outer London and Stockholm. *Soc.Sci.Med.* 48(10): 1415-1432.
26. Davies, B; Tyers, AG (1992). Do patients like day case cataract surgery? *Br.J.Ophthalmol.* 76(5): 262-263.
27. Lowe, K; Gregory, D; Jeffery, R; Easty, D (1992). Cataract extraction: patient characteristics and preferences. *Health Trends* 24(4): 151-153.
28. Pesudovs, K (2010). Item Banking: A Generational Change in Patient-Reported Outcome Measurement. *Optom.Vis.Sci.*
29. Bleich, C; Nickel, S; Trojan, A (2008). Der "Patienten-Monitor" als Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit im stationären Bereich: Überprüfung seiner psychometrischen Eignung. *Z Med Psychol* 17(2-3): 81-96.

30. Morris, D; Fraser, SG; Gray, C (2007). Cataract surgery and quality of life implications. *Clin.Interv.Aging* 2(1): 105-108.
31. RCO (2004). Cataract surgery guidelines 2004. Editorial amendment made to Section 1.1 on 3rd April 2007. London: The Royal College of Ophthalmologists.
32. Payer, CK (2004). Assessment of visual satisfaction and function after cataract surgery. *J.Cataract Refract.Surg.* 30(12): 2510-2516.
33. Chang, DF (2003). Simultaneous bilateral cataract surgery. *Br.J.Ophthalmol.* 87(3): 253-254.
34. Javitt, JC; Jacobson, G; Schiffman, RM (2003). Validity and reliability of the Cataract TyPE Spec: an instrument for measuring outcomes of cataract extraction. *Am.J.Ophthalmol.* 136(2): 285-290.
35. Lundstrom, M; Brege, KG; Floren, I; Lundh, B; Stenevi, U; Thorburn, W (2002). Cataract surgery and quality of life in patients with age related macular degeneration. *Br.J.Ophthalmol.* 86(12): 1330-1335.
36. Foster, A (2001). Cataract and "Vision 2020 - the right to sight" initiative. *Br.J.Ophthalmol.* 85(6): 635-637.
37. Smith, GT; Liu, CS (2001). Is it time for a new attitude to "simultaneous" bilateral cataract surgery? *Br.J.Ophthalmol.* 85(12): 1489-1496.
38. Wenzel, M; Altgassen, G (1996). Über die Zufriedenheit von Katarakt-Patienten. *Klin.Monbl.Augenheilkd.* 209(4): 215-219.

**Anhang_M Dokumentationsbogen
Kataraktoperation Stand Ergebnis
Probebetrieb**

Datensatz Kataraktoperation

BASIS (WENN EINE KATARAKT-OP DURCHGEFÜHRT WIRD)	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
6-21 Basisdokumentation	
6	Art der Abrechnung <input type="checkbox"/> 1 = stationär 2 = ambulant, nach §115b, Krankenhaus 3 = ambulant, Vertragsarzt/ermächtigter Arzt/MVZ
7-10 Patientenidentifizierende Daten	
7	Institutionskennzeichen der Krankenkasse <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>
8	Versichertennummer der alten Versichertenkarte <input type="text"/>
9	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) <input type="text"/>
10	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
11-16 Leistungserbringeridentifizierende Daten	
11-13 stationär	
wenn der Patient stationär behandelt wird	
11>	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>
12>	Betriebsstättennummer <input type="text"/>
13>	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> Schlüssel 1 <input type="text"/>
14-16 ambulant	
wenn der Patient ambulant behandelt wird	
14>	Betriebsstättennummer <small>BSNR</small> <input type="text"/>

bei angegebener Betriebsstätte optional	
15>>	Nebenbetriebsstättennummer <small>NBSNR</small> <input type="text"/>
wenn der Patient ambulant behandelt wird	
16>	Lebenslange Arztnummer <small>LANR</small> <input type="text"/>
17-21 Patient	
17	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/>
18	Geburtsdatum <small>JJJJ-MM-TT</small> <input type="text"/>
19	Geschlecht <input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich
wenn der Patient stationär behandelt wird	
20>	Aufnahmedatum <small>stationär JJJJ-MM-TT</small> <input type="text"/>
21	Aufnahmediagnose(n) <small>ICD-10-GM http://www.dimdi.de</small> 1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/> 4. <input type="text"/> 5. <input type="text"/>
22-23 Anamnese	
22	OP-relevante Komorbidität(en) <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja

wenn Feld 22 = 1	
23>	Art der OP-relevanten Komorbidität(en) 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 1 = Immunsuppression 2 = Diabetes Mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz 6 = Gerinnungsstörung 7 = Demenz 9 = sonstige OP-relevante Komorbidität

Datensatz Kataraktoperation

OPERATION	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
24-24	Eingriff
24	Seite des operierten Auges <input type="checkbox"/> 1 = rechts 2 = links
25-30	Präoperative Befunde
25	Präoperative festgelegte Zielrefraktion sphärisches Äquivalent [][][][] , [][][] dpt
26	Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge oder Lasik <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
27	Pupillendurchmesser in Mydriasis [][] mm
28	Bulbuslänge [][] mm
29	ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 29 = 1	
30>	Art der ophthalmologischen Vorerkrankung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis / hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustrauuma 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura 8 = sonstige ophthalmologische Vorerkrankung 9 = Glaukom mit engem Kammerwinkel
31-33	Indikation
31	Präoperativer Visus cc [][] , [][]
32	Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 32 = 1	
33>	Art der zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 1 = erhöhte Blendempfindlichkeit 2 = Kataraktbedingte Anisometropie 3 = Linsenbedingter Druckanstieg 4 = subjektive erhebliche Einschränkungen des Patienten
34-36	Operation
34	Datum der Kataraktoperation JJJJ-MM-TT [][][][] [][][] [][][]
35	Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS http://www.dimdi.de 1. [][]-[][][][] . [][][] 2. [][]-[][][][] . [][][] 3. [][]-[][][][] . [][][] 4. [][]-[][][][] . [][][] 5. [][]-[][][][] . [][][]
36	Art der Anästhesie <input type="checkbox"/> 1 = Vollnarkose 2 = Injektionsanästhesie 3 = Tropfanästhesie
37-39	Intraoperative Komplikationen
37	Intraoperative Komplikation(en) <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 37 = 1	
38>	Art der intraoperativen Komplikation(en) 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie 3 = sonstige intraoperative Komplikation
39	Anästhesie-assoziierte Komplikation <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
40	OP am falschen Patienten <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
41	OP am falschen Auge <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja

Datensatz Kataraktoperation

42-43	Postoperative Komplikationen
42	Postoperative Komplikation(en) <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 42 = 1	
43>	Art der postoperativen Komplikation(en) 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Endophthalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturmöglichkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekompensation/-ödem 8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer 11 = sonstige postoperative Komplikation

Datensatz Kataraktoperation

BASIS (WENN EINE KATARAKT-OP DURCHGEFÜHRT WIRD)	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
44-45 Entlassung	
wenn der Patient stationär behandelt wird	
44>	Entlassungsdatum stationär JJJJ-MM-TT <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="text"/> </div>
45	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

DatensatzKataraktoperation

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1800 = Gefäßchirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1890 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1900 = Plastische Chirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1990 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1991 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1992 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2000 = Thoraxchirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2091 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2092 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2100 = Herzchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2190 = Herzchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2191 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2192 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2291 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2292 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2392 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2425 = Frauenheilkunde
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2500 = Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2591 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2592 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2790 = Augenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2791 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2891 = Neurologie
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2892 = Neurologie
0892 = Pneumologie	1792 = Neurochirurgie	2900 = Allgemeine Psychiatrie
		2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
		2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

DatensatzKataraktoperation

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3690 = Intensivmedizin
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3691 = Intensivmedizin
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3692 = Intensivmedizin
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3700 = sonstige Fachabteilung
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3752 = Palliativmedizin
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3757 = Visceralchirurgie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3790 = Sonstige Fachabteilung
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3791 = Sonstige Fachabteilung
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3792 = Sonstige Fachabteilung
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3200 = Nuklearmedizin	
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3290 = Nuklearmedizin	
3291 = Nuklearmedizin	
3292 = Nuklearmedizin	
3300 = Strahlenheilkunde	
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
3390 = Strahlenheilkunde	
3391 = Strahlenheilkunde	
3392 = Strahlenheilkunde	
3400 = Dermatologie	
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3490 = Dermatologie	
3491 = Dermatologie	
3492 = Dermatologie	
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3600 = Intensivmedizin	
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie	
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie	
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	

**Anhang_N Ausföhlhinweise
Kataraktoperation Stand Ergebnis
Probetrieb**



Ausfüllhinweise
Kataraktoperation (KAT)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Stand: 14. Januar 2013 (QS-Spezifikation sqg_

Stand: 14. Januar 2013) Copyright © AQUA-

Institut, Göttingen

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
-------	-------------	---------------------	----------------

Teildatensatz Filter (FILTER)

<u>1</u>	Wurde eine Kataraktoperation durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	-
----------	--	--------------------	---

wenn Feld 1 = 0

<u>2</u>	Welche der angegebenen OPS-Kodes wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?	1 = 5-143.* 2 = 5-144.*	-
----------	--	----------------------------	---

<u>3</u>	Anmerkung	-	-
----------	-----------	---	---

<u>4</u>	Welche der angegebenen ICD-Kodes wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?	1 = H25.- 2 = H26.- 3 = H27.- 4 = H28.-	-
----------	--	--	---

<u>5</u>	Anmerkung	-	-
----------	-----------	---	---

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
-------	-------------	---------------------	----------------

Teildatensatz Basis (wenn eine Katarakt-OP durchgeführt wird) (B)

Basisdokumentation

<u>6</u>	Art der Abrechnung	1 = stationär 2 = ambulant, kollektivvertraglich 3 = ambulant, selektivvertraglich	Einrichtungen mit ambulanten Behandlungsfällen: <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhäuser mit Zulassung zum ambulanten Operieren nach §115b SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §301 SGB V) • Krankenhäuser mit Ermächtigung für ambulante Leistungen nach §116a SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) • Medizinische Versorgungszentren; selektivvertraglich und kollektivvertraglich tätig (Zulassung nach §95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) • Facharztpraxen und Zusammenschlüsse von Facharztpraxen (Zulassung nach §95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach
----------	--------------------	--	---

			<p>§295 SGB V)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hochschulambulanzen (Ermächtigung nach §117 (1) SGB V, Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V)
Patientenidentifizierende Daten			
<u>7</u>	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	-	<p>Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
<u>8</u>	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
			<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine</p>

<u>9</u>	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	-	<p>automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
<u>10</u>	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	<p>Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis des Patienten ab.</p> <p>Als gesetzlich versichert gelten in diesem Zusammenhang alle Patienten, bei denen bei einem der im KIS hinterlegten potenziellen Kostenträger das Institutskennzeichen der Krankenversicherung mit der Ziffernfolge "10" beginnt.</p> <p>Dieses Datenfeld wird im Rahmen des üblichen QS-Datenexportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert.</p>
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
stationär			
wenn der Patient stationär behandelt wird			
<u>11</u>	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
			<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig</p>

12	Betriebsstättennummer	-	<p>„1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
13	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-
ambulant			
wenn der Patient ambulant behandelt wird			
14	Betriebsstättennummer	-	Die von der KV vergebenen "Betriebsstätten-Nummern (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten.
bei angegebener Betriebsstätte optional			
15	Nebenbetriebsstättennummer	-	-
wenn der Patient ambulant behandelt wird			
16	Lebenslange Arztnummer	-	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.
Patient			
17	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	-	Die "einrichtungsinterne Identifikationsnummer" erhält der Patient bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle oder das AQUA-Institut übermittelt.
18	Geburtsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	-
19	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-
wenn der Patient stationär behandelt wird			
			<p>Gilt nur für stationäre Eingriffe:</p> <p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p>

20	Aufnahmedatum	Format: JJJJ-MM-TT	<p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011</p>
21	Aufnahmediagnose(n)	-	<p>Es sollen die Aufnahmediagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag in der Einrichtung gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.</p>

Anamnese

22	OP-relevante Komorbidität(en)	0 = nein 1 = ja	<p>Gemeint sind die im nachfolgenden Feld "Art der OP-relevanten Komorbidität(en)" genannten Komorbiditäten. Zu benennende Komorbiditäten sind: Immunsuppression, Diabetes Mellitus, Hypertonie, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Gerinnungsstörung, Demenz, sonstige OP-relevante Komorbidität.</p>
--------------------	-------------------------------	--------------------	---

wenn Feld 22 = 1

23	Art der OP-relevanten Komorbidität(en)	1 = Immunsuppression 2 = Diabetes Mellitus 3 = Hypertonie 4 = Koronare Herzkrankheit 5 = Herzinsuffizienz 6 = Gerinnungsstörung 7 = Demenz 9 = sonstige OP-relevante Komorbidität	<p>9 = sonstige OP-relevanten Komorbiditäten. Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt.</p> <p>Eingabe von maximal 5 Kennzahlen; Reihenfolge beliebig.</p>
--------------------	--	--	--

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
-------	-------------	---------------------	----------------

Teildatensatz Operation (O)**Eingriff**

24	Seite des operierten Auges	1 = rechts 2 = links	-
Präoperative Befunde			
25	Präoperative festgelegte Zielrefraktion	-	Gemeint ist die Eingabe der mit dem Patienten abgestimmten Zielrefraktion.
26	Zustand nach intraokularer Voroperation am Auge oder Lasik	0 = nein 1 = ja	-
27	Pupillendurchmesser in Mydriasis	-	-
28	Bulbuslänge	-	-
29	ophthalmologische Vorerkrankung des operierten Auges	0 = nein 1 = ja	Gemeint sind die im nachfolgenden Feld genannten ophthalmologischen Vorerkrankungen.
wenn Feld 29 = 1			
30	Art der ophthalmologischen Vorerkrankung	1 = Pseudoexfoliationssyndrom (PEX) 2 = Zustand nach Glaukomanfall 3 = Uveitis / hintere Synechien 4 = Zonulafaser-Insuffizienz mit Subluxation 5 = Zustand nach Bulbustraua 6 = Hornhauttrübung/-degeneration/-narbe 7 = Cataracta rubra/nigra/hypermatura 8 = sonstige ophthalmologische Vorerkrankung 9 = Glaukom mit engem Kammerwinkel	8 = sonstige ophthalmologischen Vorerkrankungen Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt. Eingabe von maximal 5 Kennzahlen; Reihenfolge beliebig.
Indikation			
312	Präoperativer Visus cc	-	Es ist der präoperative Visus CC (cum correctione): Sehvermögen bei optimaler Korrektur anzugeben.
32	Zusätzliche Einschränkung des Sehvermögens	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 33 = 1			
33	Art der zusätzlichen Einschränkung des Sehvermögens	1 = erhöhte Blendempfindlichkeit 2 = Kataraktbedingte Anisometropie 3 = Linsenbedingter Druckerhöhung 4 = subjektive erhebliche Einschränkungen des Patienten	Unter subjektiv erheblichen Einschränkungen des Sehvermögens sind zu verstehen: eingeschränkte Kraftfahrtauglichkeit, eingeschränkte Berufstauglichkeit, eingeschränktes Nah-Sehen und eingeschränkte Lesefähigkeit

-
-
-

Operation

34	Datum der Kataraktoperation	Format: JJJJ-MM-TT	-
35	Operationen- und Prozedurenschlüssel	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahme-tag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2012 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.
36	Art der Anästhesie	1 = Vollnarkose 2 = Injektionsanästhesie 3 = Tropfanästhesie	-

Intraoperative Komplikationen

37	Intraoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 37 = 1			
38	Art der intraoperativen Komplikation(en)	1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Glaskörperprolaps mit vorderer Vitrektomie 3 = sonstige intraoperative Komplikation	3 = Sonstige intraoperative Komplikation Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt. Eingabe von maximal 3 Kennzahlen; Reihenfolge beliebig.
39	Anästhesie-assoziierte Komplikation	0 = nein 1 = ja	Umfasst unerwünschte Behandlungsfolgen, die im Zusammenhang mit der Anästhesie auftreten oder ausgelöst werden.
40	OP am falschen Patienten	0 = nein 1 = ja	-
41	OP am falschen Auge	0 = nein 1 = ja	-

Postoperative Komplikationen

42	Postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	Ist nicht bekannt, ob die postoperative Komplikation bereits während des Aufenthalts bestand, ist diese hier anzugeben.
wenn Feld 42 = 1			
43	Art der postoperativen Komplikation(en)	1 = Kern- oder Rindenverlust in den Glaskörper / verbliebene Kernfragmente 2 = Endophtalmitis 3 = dislozierte Linse (optisch relevante Dislokation) 4 = refraktiv-chirurgische Korrekturnotwendigkeit der IOL 5 = Netzhautablösung 6 = Läsion der Iris 7 = Hornhautdekomensation/-ödem	11 = sonstige postoperative Komplikation Stellt ein Alternativ-Feld dar, bleibt bei der Berechnung des Indikators jedoch unberücksichtigt. Eingabe von maximal 5 Kennzahlen;

		8 = visuell bedeutsames zystoides Makulaödem 9 = zu versorgende Wunddehiszenz 10 = verbliebener Glaskörper in der Vorderkammer 11 = sonstige postoperative Komplikation	Reihenfolge beliebig.
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (wenn eine Katarakt-OP durchgeführt wird) (B)			
Entlassung			
wenn der Patient stationär behandelt wird			
44	Entlassungsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	Gilt nur für stationäre Eingriffe: Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung; bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011, 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011, Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011.
45	Entlassungsdiagnose(n)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist..

Lange Schlüssel

- 0100 = Innere Medizin
- 0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
- 0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
- 0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
- 0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie

0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0190 = Innere Medizin
0191 = Innere Medizin
0192 = Innere Medizin
0200 = Geriatrie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
0290 = Geriatrie
0291 = Geriatrie
0292 = Geriatrie
0300 = Kardiologie
0390 = Kardiologie
0391 = Kardiologie
0392 = Kardiologie
0400 = Nephrologie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin
0490 = Nephrologie
0491 = Nephrologie
0492 = Nephrologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
0600 = Endokrinologie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0690 = Endokrinologie
0691 = Endokrinologie
0692 = Endokrinologie
0700 = Gastroenterologie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0790 = Gastroenterologie
0791 = Gastroenterologie
0792 = Gastroenterologie
0800 = Pneumologie
0890 = Pneumologie
0891 = Pneumologie
0892 = Pneumologie
0900 = Rheumatologie
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0990 = Rheumatologie
0991 = Rheumatologie

0992 = Rheumatologie
1000 = Pädiatrie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
1051 = Langzeitbereich Kinder
1090 = Pädiatrie
1091 = Pädiatrie
1092 = Pädiatrie
1100 = Kinderkardiologie
1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
1190 = Kinderkardiologie
1191 = Kinderkardiologie
1192 = Kinderkardiologie
1200 = Neonatologie
1290 = Neonatologie
1291 = Neonatologie
1292 = Neonatologie
1300 = Kinderchirurgie
1390 = Kinderchirurgie
1391 = Kinderchirurgie
1392 = Kinderchirurgie
1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1500 = Allgemeine Chirurgie
1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV '95)
1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
1590 = Allgemeine Chirurgie
1591 = Allgemeine Chirurgie
1592 = Allgemeine Chirurgie
1600 = Unfallchirurgie
1690 = Unfallchirurgie
1691 = Unfallchirurgie
1692 = Unfallchirurgie
1700 = Neurochirurgie
1790 = Neurochirurgie
1791 = Neurochirurgie
1792 = Neurochirurgie
1800 = Gefäßchirurgie

1890 = Gefäßchirurgie
1891 = Gefäßchirurgie
1892 = Gefäßchirurgie
1900 = Plastische Chirurgie
1990 = Plastische Chirurgie
1991 = Plastische Chirurgie
1992 = Plastische Chirurgie
2000 = Thoraxchirurgie
2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2090 = Thoraxchirurgie
2091 = Thoraxchirurgie
2092 = Thoraxchirurgie
2100 = Herzchirurgie
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV '95)
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2190 = Herzchirurgie
2191 = Herzchirurgie
2192 = Herzchirurgie
2200 = Urologie
2290 = Urologie
2291 = Urologie
2292 = Urologie
2300 = Orthopädie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2390 = Orthopädie
2391 = Orthopädie
2392 = Orthopädie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
2425 = Frauenheilkunde
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500 = Geburtshilfe
2590 = Geburtshilfe
2591 = Geburtshilfe
2592 = Geburtshilfe
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700 = Augenheilkunde
2790 = Augenheilkunde
2791 = Augenheilkunde
2792 = Augenheilkunde
2800 = Neurologie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
2890 = Neurologie
2891 = Neurologie
2892 = Neurologie

Schlüssel 1

Fachabteilungen

- 2900 = Allgemeine Psychiatrie
- 2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
- 2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
- 2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
- 2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
- 2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
- 2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
- 2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik
- 2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
- 2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik
- 2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 2990 = Allgemeine Psychiatrie
- 2991 = Allgemeine Psychiatrie
- 2992 = Allgemeine Psychiatrie
- 3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
- 3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
- 3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
- 3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
- 3200 = Nuklearmedizin
- 3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 3290 = Nuklearmedizin
- 3291 = Nuklearmedizin
- 3292 = Nuklearmedizin
- 3300 = Strahlenheilkunde
- 3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
- 3390 = Strahlenheilkunde
- 3391 = Strahlenheilkunde
- 3392 = Strahlenheilkunde
- 3400 = Dermatologie
- 3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3490 = Dermatologie
- 3491 = Dermatologie
- 3492 = Dermatologie
- 3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
- 3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
- 3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
- 3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
- 3600 = Intensivmedizin
- 3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
- 3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
- 3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
- 3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
- 3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie
- 3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
- 3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- 3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- 3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
- 3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
- 3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
- 3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
- 3690 = Intensivmedizin
- 3691 = Intensivmedizin
- 3692 = Intensivmedizin
- 3700 = sonstige Fachabteilung
- 3750 = Angiologie
- 3751 = Radiologie
- 3752 = Palliativmedizin
- 3753 = Schmerztherapie
- 3754 = Heiltherapeutische Abteilung
- 3755 = Wirbelsäulenchirurgie
- 3756 = Suchtmedizin
- 3757 = Visceralchirurgie
- 3790 = Sonstige Fachabteilung
- 3791 = Sonstige Fachabteilung
- 3792 = Sonstige Fachabteilung



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Ergebnisbericht zum Probetrieb

Stand: 03. September 2013

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie – Ergebnisbericht zum Probetrieb

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

21. Juni 2012

Datum der Abgabe:

31. Juli 2013, redaktionell überarbeitete Version vom 03. September 2013

Signatur:

13-SQG-019

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9
Zusammenfassung.....	11
1. Einleitung	13
1.1. Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	13
1.2. Ziele des Probetriebs	13
1.3. Vorgesehene Erprobungsgegenstände	13
1.4. Erhebungsform	14
1.5. Notwendige Teilnehmer und Voraussetzungen	14
2. Grundlagen des Probetriebs	15
2.1. Datenfeldebene.....	15
2.2. Indikatorenset.....	16
3. Vorbereitung des Probetriebs	18
3.1. Zeitplan zur Vorbereitung des Probetriebs.....	18
3.2. Vorbereitung, Information und Abstimmung der technischen Spezifikation.....	18
3.3. Definition der gesuchten Regionen.....	19
3.4. Rekrutierung der teilnehmenden Institutionen	19
3.4.1. Institutionen auf Länderebene/Datenannahmestellen.....	20
3.4.2. Softwareanbieter	20
3.4.3. Einrichtungen.....	20
3.5. Kommunikationsplattform und Hotline	20
3.6. Operative Abstimmung mit den beteiligten Institutionen	21
3.7. Vorbereitung und Testung der Software	21
3.8. Auftaktworkshop.....	21
3.9. Erkenntnisse aus den Rekrutierungsbemühungen.....	22
3.9.1. Hinderungsgründe für Softwareanbieter	22
3.9.2. Hinderungsgründe für Datenannahmestellen.....	22
3.9.3. Rekrutierungsschwierigkeiten für das AQUA-Institut	23
4. Umsetzung des Probetriebs.....	24
4.1. Beginn und Zeitraum der Dokumentation	24
4.2. Zeitplan zur Umsetzung der Probetriebe	24
4.3. Teilnehmende Leistungserbringer.....	25
4.3.1. Bereitstellung der Dokumentationssoftware	26

4.3.2. QulK.....	26
4.3.3. 3M	26
4.4. Dokumentation der Daten in den Einrichtungen.....	26
4.4.1. Stationäre Dokumentation in Hessen.....	26
4.4.2. Stationäre Dokumentation in Hamburg.....	27
4.4.3. Stationäre Dokumentation in Nordrhein-Westfalen.....	27
4.4.4. Ambulant-kollektivvertragliche Dokumentation in Nordrhein.....	27
4.4.5. Ambulant-selektivvertragliche Dokumentation in Baden-Württemberg	27
4.5. Datenexport.....	27
4.5.1. Datenexport über QulK.....	27
4.5.2. Datenexport über 3M	28
4.6. Inhalte und Struktur der Gesamtauswertung und der Rückmeldeberichte.....	28
4.7. Bereitstellung und Weiterleitung der Rückmeldeberichte.....	30
4.8. Schriftliche Befragung der Einrichtungen	31
4.9. Abschlussworkshop	31
5. Ergebnisse der Durchführung	32
5.1. Gelieferte Daten – Übersicht	32
5.2. Ergebnisse auf Ebene der QS-Auslösung.....	33
5.3. Ergebnisse auf Ebene der Datenfelder.....	34
5.4. Ergebnisse auf Ebene der Indikatoren	35
5.5. Auswertung der schriftlichen Befragung der Einrichtungen (Teil 1).....	39
5.5.1. Fragen für alle Einrichtungen.....	39
5.5.2. Zusatzfragen für Teilnehmer in Baden-Württemberg	45
5.6. Auswertung der schriftlichen Befragung der Einrichtungen (Teil 2).....	47
5.7. Beurteilung des Datenflusses/Übertragungsverfahrens	49
5.7.1. Patientenidentifizierende Daten	49
5.7.2. Auslösung der Dokumentationspflicht – technische Aspekte	52
5.7.3. Weitere Aspekte der Auslösung im ambulant-selektivvertraglichen Bereich.....	52
5.7.4. Vollzähligkeitsprüfung.....	53
5.7.5. Datenannahme im selektivvertraglichen Bereich	53
6. Beantwortung der in der Machbarkeitsprüfung aufgeworfenen Fragen.....	55
6.1. Aussagen im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung zur Überprüfung einzelner Indikatoren im Probetrieb	55
6.2. Zusätzliche Aussagen im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung im Hinblick auf den Probetrieb	57
7. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	58
7.1. Beurteilung der technischen Umsetzung	58

7.2. QS-Auslösung	58
7.3. Bereitstellung der PID	59
7.4. Verfahren der Datenannahme im selektivvertraglichen Bereich.....	59
7.5. Empfehlungen zu Indikatoren und benötigten Datenfelder	59
7.6. Weiteres Vorgehen.....	60
8. Vorschläge für die themenspezifische Bestimmungen	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datenfeldänderungen zwischen Machbarkeitsprüfung und Probetrieb	15
Tabelle 2: Übersicht des abgestimmten Indikatorensets im Probetrieb PCI und Koronarangiographie.....	17
Tabelle 3: Zeitplan der Vorbereitung des Probetriebs.....	18
Tabelle 4: Zeitplan zur Umsetzung der Probetriebe	25
Tabelle 5: Übersicht teilnehmender Leistungserbringer	25
Tabelle 6: Übersicht teilnehmender Softwareanbieter	25
Tabelle 7: Übersicht über die gelieferten Datensätze	32
Tabelle 8: Gelieferte Datensätze nach Sektoren.....	33
Tabelle 9: Gelieferte Datensätze nach Softwareanbietern.....	33
Tabelle 10: Frage 1: Absolute und relative Häufigkeiten dokumentierter Eingriffe.....	39
Tabelle 11: Frage 2: Dokumentierte Behandlungsformen	39
Tabelle 12: Frage 2a: Behandlungsformen und jeweilige Dokumentationsorte (Differenz zu 100%: fehlende Angaben)	40
Tabelle 13: Frage 3: Verwendete QS-Dokumentationssoftware	40
Tabelle 14: Fragen 4 bis 8: Verwendetes KIS/PVS und automatische Übertragung der PID (kombinierte Darstellung)	41
Tabelle 15: Frage 11: Erforderliche Angaben, die nicht zur Verfügung standen	42
Tabelle 16: Frage 12: Gründe für nicht zur Verfügung stehende Daten.....	42
Tabelle 17: Frage 13: Verfügbarkeit administrativer QS-Daten im Krankenhaus und in Arztpraxen.....	43
Tabelle 18: Frage 14: Grund, warum die administrativen Daten nicht zur Verfügung standen.....	43
Tabelle 19: Frage 17: Durchschnittlicher Zeitaufwand für die Dokumentation pro dokumentationspflichtigem Fall	44
Tabelle 20: Frage 18: Dokumentierende Personen.....	44
Tabelle 21: Frage 20: Zeit zwischen Eingriff und QS Dokumentation	44
Tabelle 22: Frage 22: Zeitaufwand in Minuten für Installation und Betrieb der EDV-technischen Komponente für die QS-Dokumentation	45
Tabelle 23: Frage 22: Beurteilung des Zeitaufwands für Installation und Betrieb der EDV-technischen Komponente für die QS-Dokumentation.....	45
Tabelle 24: Frage 24: Zeitaufwand in Minuten für einzelne Aspekte der Installation, Anmeldung und Export	46
Tabelle 25: Frage 27: Häufigkeit der Anmeldung am Portal der VST-DAS	46
Tabelle 26: Frage 28: Dauer der Zusendung des Einmalkennworts durch die VST-DAS	46
Tabelle 27: Frage 1: Entschlüsseln des Rückmeldeberichts	47
Tabelle 28: Frage 2: Verständlichkeit der Indikатораussagen	47
Tabelle 29: Frage 3: Verständlichkeit der Indikatorgrundlagen.....	47
Tabelle 30: Frage 4: Einordnung der Indikatorergebnisse	48
Tabelle 31: Frage 5: Nachvollziehbarkeit statistischer Werte	48

Tabelle 32: Frage 6: Nutzen der Leseanleitung.....	48
Tabelle 33: Frage 7: Weitere Hinweise und Anregungen	48
Tabelle 34: Datensätze mit und ohne Pseudonym.....	49
Tabelle 37: Indikatorenset nach Probetrieb.....	59
Tabelle 38: Vorschläge für die themenspezifischen Bestimmungen.....	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht Qualitätsindikatoren – Rückmeldeberichte (Auszug)	29
Abbildung 2: Übersicht Qualitätsindikatoren – Gesamtauswertung (Auszug)	29

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AG Qesü-RL	Arbeitsgemeinschaft Qesü-RL des G-BA
AIS	Arztinformationssystem
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
BAS	Bundesauswertungsstelle
BNK	Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V.
BQS	Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH
CABG	Coronary Artery Bypass Graft (= Koronararterien-Bypass)
D2D	„Doctor-to-doctor“-Übertragungsstandard
DAS	Datenannahmestelle
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EQS	Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Hamburg
ESC	European Society of Cardiology (= Europäische Gesellschaft für Kardiologie)
esQS	Externe stationäre Qualitätssicherung gemäß QSKH-RL
Fachausschuss IT QS	Fachausschuss für Informationstechnologie in der Qualitätssicherung des G-BA
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
GQH	Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KGNW	Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
KHK	Koronare Herzkrankheit
KIS	Krankenhausinformationssystem
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVHB	Kassenärztliche Vereinigung Bremen
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LE	Leistungserbringer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft(en)
LAD	Left Anterior Descending (= Teil der linken Koronararterie)

Abkürzung	Beschreibung
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft(en)
LQS	Landesgeschäftsstelle(n) für Qualitätssicherung
MACCE	Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events (= große Herz- und Hirngefäßkomplikationen intra- postprozedural: Schlaganfall, Herzinfarkt, Tod)
metek	Medizin-Technik-Komponenten GmbH
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NSTEMI	Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (= Nicht-ST-Hebungsinfarkt)
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	Percutaneous Coronary Intervention (= Perkutane Koronarintervention)
PDF	Portable Document Format (Dateiformat)
PID	Patientenidentifizierende Daten
PVS	Praxisverwaltungssystem
Qesü-RL	Richtlinie (des G-BA) nach §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. §137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie (des G-BA) gemäß §137 Abs. 1 SGB V i.V.m. §135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
QuIK	Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung invasive Kardiologie des BNK
RCA	Right Coronary Artery (= Rechte Koronararterie)
RCX	Ramus Circumflexus (Teil der linken Koronararterie)
RL	Richtlinie
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SQG	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
ST	ST-Segment im Elektrokardiogramm
STEMI	ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (= ST-Hebungsinfarkt)
SWA	Softwareanbieter
TIMI	Kardiologische Studie "Thrombolysis in Myocardial Infarction"
VST	Vertrauensstelle des G-BA
VST-DAS	Vertrauensstelle des G-BA in der Funktion als Datenannahmestelle
VST-PSN	Vertrauensstelle des G-BA in der Funktion als Pseudonymisierungsstelle
W3C	World Wide Web Consortium (Gremium zur Standardisierung der das World Wide Web betreffenden Techniken)
XML	Extensible Markup Language (Sprache zur Darstellung hierarchisch strukturierter Daten in Form von Textdateien)
XSLT	Extensible Stylesheet Language Transformation (Programmiersprache zur Transformation von XML-Dokumenten)

Zusammenfassung

Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Probetrieb und die Empfehlungen des AQUA-Instituts für das sektorenübergreifende Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* zusammengefasst.

Grundsätzliche Anmerkungen:

Alle Empfehlungen und Schlussfolgerungen beziehen sich zunächst allein auf das Erhebungsinstrument der QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern und stehen unter Vorbehalt, da die ergänzenden Instrumente der Datenerhebung mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen¹ bzw. Patientenbefragung² derzeit noch nicht zur Verfügung stehen.

Unter diesem Vorbehalt kann ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren *PCI und Koronarangiographie* zur Umsetzung empfohlen werden. Dementsprechend macht das AQUA-Institut Vorschläge zu den themenspezifischen Bestimmungen, sieht hinsichtlich einiger Punkte aber auch noch Klärungs- und Entscheidungsbedarf seitens des G-BA.

Die Rahmenbedingungen der Erprobung im Einzelnen:

- Die Erprobung fand in allen drei in der Qesü-RL genannten Sektoren (stationär, ambulante-kollektivvertraglich, ambulante-selektivvertraglich³) in insgesamt vier Bundesländern unter der Beteiligung von fünf Datenannahmestellen und zwei Softwareanbietern statt.
- Dort, wo es den Teilnehmern möglich war, fand eine testweise Erhebung und Pseudonymisierung der patientenidentifizierenden Daten statt, jedoch ohne Zusammenführung mittels Pseudonym.

Die Ergebnisse des Probetriebs:

- Die meisten der Teilnehmer waren in der Lage, Vorgänge zu dokumentieren und die Datensätze später zu exportieren.
- Nur ca. 17% der Daten liefernden Teilnehmer konnten die zur Erzeugung des Pseudonyms notwendigen patientenidentifizierenden Daten bereitstellen und nur ca. 30% der bei der Bundesauswertungsstelle angekommenen Datensätze wiesen ein Patientenpseudonym auf.
- Eine Vollzähligkeitsprüfung konnte nicht durchgeführt werden.
- Automatische Auslösung und Vollzähligkeitsprüfung sind technisch machbar. Sie sind aber zum einen abhängig von der Investitionsbereitschaft und -fähigkeit der Leistungserbringer, zum anderen vom Abgleich mit den Abrechnungsdaten durch die zuständigen Datenannahmestellen.
- Das Verfahren der Datenannahme im selektivvertraglichen Bereich weist Verbesserungspotenzial insbesondere hinsichtlich der Nutzerfreundlichkeit für Einzelpraxen ohne technikgeschulte Mitarbeiter auf.
- Insgesamt konnten 5.267 Datensätze geliefert und ausgewertet werden.
- Leistungserbringer, die Daten erfolgreich exportiert haben, erhielten einen Rückmeldebericht in Form eines Benchmarkreports, in dem ihre Ergebnisse denen aller anderen Teilnehmer gegenübergestellt wurden.
- Der Datenfluss wird als komplex, aber angemessen und umsetzbar betrachtet.

¹ Siehe Beschluss des G-BA vom 20. Juni 2013 über eine Beauftragung zum Thema: „Vorbereitende Leistungen zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen gem. §299 Abs. 1a SGB V im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)“. Im Folgenden „*Auftrag Sozialdaten und PCI*“ genannt.

² Siehe Beschluss des G-BA vom 21. März 2013 über eine Beauftragung zum Thema: „Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen der Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI) und Arthroskopie am Kniegelenk“

³ „Selektivvertraglich“ beschränkt sich hier auf einen Vertrag zwischen einer Krankenkasse – der AOK Baden-Württemberg – und Leistungserbringern. Verträge zwischen einer KV und Leistungserbringern waren nicht Gegenstand der Erprobung.

- Auf Seiten der Teilnehmer sind keine Implementationsbarrieren erkennbar. Insbesondere der erforderliche Zeitaufwand wird als vergleichbar dem der bisher schon existierenden QS-Verfahren angesehen (stationärer Bereich respektive freiwilliges Verfahren im niedergelassenen Bereich).
- Für einzelne Indikatoren bzw. Datenfelder wurden als Ergebnis des Probetriebs Verbesserungsvorschläge gemacht.
- Zwei Indikatoren werden nicht zur weiteren Umsetzung empfohlen:
 - Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI: Dieser Indikator zeigt als Einzelindikator einen deutlichen Bodeneffekt (0/5266) und ist weiterhin Teil der MACCE-Indikatoren.
 - Sterblichkeit im Nachbeobachtungszeitraum 12 Stunden – bei Patienten mit PCI: Ist sowohl Teil der MACCE-Indikatoren als auch der neuen Indikatoren zur Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen und 1 Jahr.
- Zwei im Abschlussbericht zur Umsetzung empfohlene Indikatoren werden bei Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen dem Indikatorenset hinzugefügt:
 - 30-Tage Sterblichkeit nach PCI
 - 1 Jahres-Sterblichkeit nach PCI

Klärungs- bzw. Entscheidungsbedarf besteht hinsichtlich folgender Fragen:

- Wie kann von Seiten des G-BA die Fähigkeit der Leistungserbringer zur Bereitstellung der patientenidentifizierenden Daten gefördert werden?
- Wie soll die Prüfung der Vollzähligkeit in den drei Sektoren konkret ablaufen, was genau wird dabei geprüft?
- Wie und in welcher Form werden die Angaben zur Vollzähligkeit dem AQUA-Institut durch die Datenanahmestellen zur Verfügung gestellt?
- Ab wann und unter welchen Bedingungen könnte das Qesü-Verfahren das QSKH-Verfahren ablösen?

1. Einleitung

Der vorliegende Ergebnisbericht beschreibt die Weiterentwicklung des sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* im Rahmen des Probetriebs.

Der Probetrieb mit Dokumentationen durch die Leistungserbringer (LE) fand ab dem 1. Januar 2013 statt. Hauptgegenstände dieses Berichts sind die Beschreibung der Vorbereitung des eigentlichen Probetriebs, dessen Durchführung, die Auswertung der Durchführung, sowie die daraus resultierenden Vorschläge des AQUA-Instituts für die themenspezifischen Bestimmungen für den Regelbetrieb des Verfahrens.

1.1. Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 21. Juni 2012 wurde das AQUA-Institut als Institution nach §137 SGB V mit der Durchführung eines Probetriebs für das QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie* vom 1. Oktober 2012 bis zum 30. Juni 2013 beauftragt. Gegenstand der Beauftragung war die Umsetzung dieses Probetriebs gemäß dem „Konzept zur Umsetzung des Probetriebs für *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie*“ des AQUA-Instituts vom 10. April 2012.

1.2. Ziele des Probetriebs

Ziel des Probetriebs war es, nach erfolgter informationstechnischer Aufbereitung der Dokumentationsanfordernisse und Durchführung der Machbarkeitsprüfung, die weiteren Voraussetzungen und Möglichkeiten für die erfolgreiche Umsetzung des QS-Verfahrens *PCI und Koronarangiographie* in den Regelbetrieb zu schaffen.

Im Verlauf des Probetriebs sollte ermittelt werden, ob die Daten wie vorgesehen sinnvoll erhebbar und für die vorgeschlagenen Indikatoren verwendbar sind. Zudem waren Fragen im Rahmen der Machbarkeitsprüfung offen geblieben, die ebenfalls beantwortet werden sollten. Neben diesen Aspekten sollten zudem die Weiterleitung der Daten (Datenfluss) und die Auswertung, sowie die Erstellung und Versendung der Rückmeldeberichte (teilweise auch als Benchmarkberichte bezeichnet) gemäß §18 Qesü-RL im Fokus der Erprobung stehen.

Am Schluss des Probetriebs stehen als Ergebnis dieser Auswertungen die Empfehlungen des AQUA-Instituts für einen Regelbetrieb und Vorschläge zu den themenspezifischen Bestimmungen für das Verfahren *PCI und Koronarangiographie*.

1.3. Vorgesehene Erprobungsgegenstände

Innerhalb der sektorenübergreifenden QS-Verfahren gibt es neue Aspekte und Beteiligte, die in den bisherigen QS-Verfahren noch keine Rolle spielten. Das sind insbesondere die gleichzeitige Einbeziehung stationär, ambulant-kollektiv- und ambulant-selektivvertraglich⁴ erbrachter Leistungen, sowie folgende Aspekte, die auch schon im vorherigen Probetrieb betrachtet wurden:

- Die Betrachtungen der Qualität von Behandlungsergebnissen nicht nur sektorenübergreifend, sondern auch im Zeitverlauf (Längsschnittbetrachtung) durch sogenannte Follow-ups, ermöglicht durch die Erhebung und spätere Verknüpfung der (pseudonymisierten) Patientendaten (patientenidentifizierende Daten (PID)). Für *PCI und Koronarangiographie* wurde kein Follow-up getestet, da die Follow-up-Daten nicht über Dokumentationen bei Leistungserbringern, sondern vollständig über Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden sollen.
- Die Einbindung der sog. Vertrauensstelle (VST), die für die Pseudonymisierung dieser persönlichen Daten der gesetzlich Versicherten und als Datenannahmestelle für ambulant-selektivvertraglich erbrachte Leistungen

⁴ „Selektivvertraglich“ beschränkt sich hier auf einen Vertrag zwischen einer Krankenkasse – der AOK Baden-Württemberg – und Leistungserbringern. Verträge zwischen einer KV und Leistungserbringern waren nicht Gegenstand der Erprobung.

gen zuständig ist. Die Pseudonymisierung erfolgte im Probebetrieb nur zu Testzwecken. Die Pseudonyme wurden nicht zur Datenzusammenführung genutzt.

Die konkreten Gegenstände der vorgesehenen Erprobung waren dementsprechend vielfältig:

- Verständlichkeit der Erhebungsinstrumente (Datensätze/Items, Ausfüllhinweise)
- Verfügbarkeit der Daten (für die Datenerfassung, Auslösung und Sollstatistik)
- Praktikabilität der Datenerhebung (z.B. Integration in den Workflow)
- Funktionalität und Sachgerechtigkeit der Plausibilitätsprüfungen
- Aufwandsschätzung
- Technische Funktionsfähigkeit des Verfahrenskonzepts (erweiterter Machbarkeitstest)
- Datenflüsse inkl. Rückmeldeprotokolle und Einbindung der Vertrauensstelle
- Verwendbarkeit (Auswertbarkeit) der Daten (Ergebnisse und Sollstatistik)
- Erstellung und Erprobung eines Auswertungskonzepts
- Verwertbarkeit der Daten für die Durchführung der QS, insbesondere die Identifikation auffälliger Ergebnisse aus der die Einleitung von Maßnahmen gemäß §17 der Qesü-RL abgeleitet werden kann
- Erkennen von Implementierungsbarrieren (z.B. Mehrkosten, ablehnende Grundhaltung der Beteiligten o.ä.)

1.4. Erhebungsform

Die Erhebung sollte – bezogen auf die Patienten der teilnehmenden LE – als Vollerhebung über einen bestimmten Zeitraum (1. Januar bis 31. März 2013) bei freiwillig teilnehmenden LE stattfinden. Ein zweites Erhebungsinstrument, insbesondere zum Aufwand der Dokumentation und zur Einschätzung des Verfahrens durch die teilnehmenden LE, war eine Befragung der beteiligten LE, die nach Abschluss der Dokumentation ab Juni 2013 durchgeführt wurde.

1.5. Notwendige Teilnehmer und Voraussetzungen

Die entwickelten Indikatoren sollten probeweise anhand einer größeren Anwendergruppe aus freiwillig teilnehmenden LE und ihren jeweiligen Softwareanbietern (SWA) erhoben werden. In die Dokumentation sollten stationär, ambulant-kollektivvertraglich und ambulant-selektivvertraglich tätige LE einbezogen werden.

Zudem sollten möglichst Softwareimplementierungen unterschiedlicher Hersteller mit Spezialisierung auf den ambulanten und den stationären Sektor einbezogen werden. Pro Sektor sollte dementsprechend mindestens eine Softwarevariante mit Integration in das führende Primärsystem (Praxisverwaltungssystem, PVS, bzw. Krankenhausinformationssystem, KIS) erprobt werden.

In den Probebetrieb sollten nur gesetzlich versicherte Patienten aufgenommen werden, für die durch die am Probebetrieb teilnehmenden LE eine Koronarintervention und/oder Koronarangiographie erbracht wurde. Von diesen Patienten sollten Daten im Rahmen der Vorgaben des Beschlusses zur Richtlinie zur Datennutzung im Probebetrieb *PCI und Koronarangiographie*⁵ dokumentiert werden. Da es sich angesichts der zu erwartenden Fallzahlen zugleich um ein im Regelbetrieb voraussichtlich länderbezogenes Verfahren handelt, sollten darüber hinaus Vertreter der Landesebene (Datenannahmestellen und Landesarbeitsgemeinschaften (LAGs), bzw. Vertreter der die LAGs konstituierenden Organisationen einbezogen werden, um den Datenfluss möglichst analog dem späteren Regelbetrieb zu erproben.

Das AQUA-Institut hatte schließlich die Aufgabe, die für den Probebetrieb notwendigen Auslösekriterien und die technische Spezifikation mit den Beteiligten abzustimmen und bereitzustellen. Im Probebetrieb selbst sollte das Institut die Daten in seiner Rolle als Bundesauswertungsstelle annehmen, prüfen und auswerten, Rückmeldeberichte für die beteiligten LE erstellen und übermitteln, sowie den Bericht zum Probebetrieb und die darauf basierenden Vorschläge für die themenspezifischen Bestimmungen erarbeiten und dem G-BA vorlegen.

⁵ http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1519/2012-06-21_RL-Datennutzung-Probebetrieb-Erstfassung_BAnz.pdf

2. Grundlagen des Probetriebs

Grundlage des Probetriebs sind neben den technischen Voraussetzungen des Datenflusses die Indikatoren, anhand derer die Qualität überprüft werden soll und die Überprüfung der Datenfelder, aus denen die Indikatoren berechnet werden. Entsprechend werden im Folgenden zunächst die Datenfelder und Indikatoren, sowie deren Anpassungen zwischen Ende der Machbarkeitsprüfung und Beginn des Probetriebs dargestellt.

2.1. Datenfeldebene

Im Vergleich zum Dokumentationsbogen (Doku-Bogen) aus dem Anhang des Ergebnisprotokolls der Machbarkeitsprüfung wurden im Doku-Bogen des Probetriebs folgende Änderungen vorgenommen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Datenfeldänderungen zwischen Machbarkeitsprüfung und Probetrieb

Datenfeld	Anpassung für den Probetrieb
Verbringungsleistung	Aus dem esQS-Doku-Bogen wurde das Datenfeld „Verbringungsleistung“ („Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch“) in den Doku-Bogen des Probetriebs übernommen.
Postprozedural festgestellte Ereignisse bzw. Komplikationen an der Punktionsstelle	Die Datenfelder zu den einzelnen MACCE bzw. den einzelnen lokalen Komplikationen wurden aus der Abhängigkeit zu einem übergeordneten Datenfeld „postprozedural festgestellte Ereignisse“ bzw. „Komplikationen an der Punktionsstelle“ herausgelöst. Diese übergeordneten Datenfelder entfielen. Die Datenfelder der Einzelkomplikationen erhielten jeweils das Item „nein“.
Art der Abrechnung	Der Titel des Datenfelds wurde in „Art der Leistungserbringung“ umbenannt. Das Item „ambulant, kollektivvertraglich“ wurde ersetzt durch „ambulant, nach § 115b, Krankenhaus“ und „ambulant, Vertragsarzt/ermächtigter Arzt/MVZ“. Das Item „ambulant, selektivvertraglich“ entfiel im Doku-Bogen. ⁶
Aufnahmedatum	Das Datenfeld wurde nicht auf „wenn der Patient stationär behandelt wurde“ begrenzt.
Niereninsuffizienz	Die Item-Reihenfolge wurde aus der Spezifikation der esQS übernommen, um die vorhandene Software nutzen zu können. Diese Reihenfolge unterscheidet sich von der im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung empfohlenen Reihenfolge entsprechend dem Schweregrad der Erkrankung.
Diabetes mellitus	Die Item-Reihenfolge wurde analog zum bestehenden Datenfeld „Niereninsuffizienz“ aus der Spezifikation der esQS gestaltet. Diese Reihenfolge unterscheidet sich von der im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung empfohlenen Reihenfolge entsprechend dem Schweregrad der Erkrankung.

⁶ Die im Rahmen des Selektivvertrags der AOK Baden-Württemberg erbachten Leistungen wurden im Probetrieb aufgrund ihrer Herkunft selektiert und ausgewertet. Für einen Regelbetrieb ist ein entsprechendes Item wieder einzuführen, s. Abschnitt 5.3.

Datenfeld	Anpassung für den Probebetrieb
kardiogener Schock	Das Item „ja“ wurde in die beiden Items „ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert“ und „ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil“ aufgeteilt. Diese Differenzierung für die Risikoadjustierung geht auf eine Empfehlung der Bundesfachgruppe Kardiologie zurück und fand Eingang in die Spezifikation 2014 des esQS-Verfahrens.
PCI an	Die Items dieses Datenfelds benennen im Probebetrieb die konkreten anatomischen Koronarbereiche (Hauptstamm, LAD, RCX und RCA) und erlauben Mehrfachnennungen, um im Follow-up eine Intervention am gleichen Gefäß als MACCE zu erkennen (QI 10b und QI 10c). Das entsprechende Datenfeld im Anhang des Ergebnisprotokolls sah lediglich die Angabe „PCI an einem/zwei/drei Versorgungsgebieten“ vor.
besonderes Merkmal	Das Item „PCI an einer In-Stent Stenose“ wurde hinzugefügt, um auch diese Besonderheit abbilden zu können.
„Door-to-balloon“-Zeit	Da die Berechnung der Door-to-balloon-Zeit nicht durch den Leistungserbringer, sondern durch die Auswertungsstellen vorgenommen wird, konnte das Datenfeld „Door-to-balloon-Zeit“ entfallen. Die Datenfelder „Door-Zeit“ und „Balloon-Zeit“ blieben erhalten.
intraprozedurale Ereignisse	In dieses Datenfeld wurde das Item „sonstiges“ hinzugefügt
postprozedural festgestellte Ereignisse	Die Datenfelder zu den einzelnen MACCE wurden aus der Abhängigkeit zu dem übergeordneten Datenfeld „postprozedural festgestellte Ereignisse“ herausgelöst. Dieses Datenfeld entfiel. Die Datenfelder der Einzelkomplikationen erhielten jeweils das Item „nein“.
Komplikationen an der Punktionsstelle	Die Datenfelder zu den einzelnen lokalen Komplikationen wurden aus der Abhängigkeit zu dem übergeordneten Datenfeld „Komplikationen an der Punktionsstelle“ herausgelöst. Dieses Datenfeld entfiel. Die Datenfelder der Einzelkomplikationen erhielten jeweils das Item „nein“.
Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt	Der Titel dieses Datenfeldes wurde in „Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt/überwiesen“ angepasst.

2.2. Indikatorenset

Grundlage des Probebetriebs bildet das im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung zur Umsetzung im Probebetrieb empfohlene Indikatorenset. Dieses berücksichtigte alle als Ergebnis der Machbarkeitsprüfung empfohlenen Modifikationen. Im Bereich der Komplikationen einer Koronarangiographie oder PCI mussten die Beobachtungsintervalle für alle Leistungserbringer einheitlich an die durchschnittliche Verweildauer der Patienten nach ambulant erbrachter Leistung angepasst werden (4 Stunden nach Koronarangiographie bzw. 12 Stunden nach PCI). So konnte im Probebetrieb beispielsweise lediglich die Sterblichkeit bei PCI in einem Nachbeo-

bachtungszeitraum bis 12 Stunden nach der Prozedur erfasst werden. Da der Probetrieb noch nicht auf Sozialdaten bei den Krankenkassen zurückgreifen konnte, wurden die Follow-up-Indikatoren der Sterblichkeit (30 Tage, 1 Jahr) nicht in den Probetrieb einbezogen. Da im Probetrieb keine Patientenbefragung vorgesehen war, kamen die entsprechenden Indikatoren aus dem Abschlussbericht nicht zur Anwendung. Eine Übersicht über die im Probetrieb evaluierten Indikatoren gibt Tabelle 2 (siehe auch Anhang A. 1: Indikatorenset vor dem Probetrieb).

Tabelle 2: Übersicht des abgestimmten Indikatorensets im Probetrieb PCI und Koronarangiographie

Indikator-ID (Machbarkeitsprüfung)	Bezeichnung des Indikators
P001a_1	Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI
P280_1	Indikation zur Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
P176_1	Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI
P028a_1	„Door-to-balloon“-Zeit – PCI bei STEMI < 24h
S017	Isolierte Koronarangiographie mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²
S018a	Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²
S019a	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²
S020	Flächendosisprodukt – Flächendosisprodukt bekannt
S021	Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Koronarangiographien (ohne PCI)
S022	Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller PCI ohne Einzeitig-PCI
S023	Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Einzeitig-PCI
S032a_1	Komplikationsrate an der Punktionsstelle
OU004a_1	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI-Indikation STEMI bis 24 Stunden
OU005	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)
OU077_1	Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI
OU006_1	MACCE – Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)
OU007a	MACCE bei PCI
OU009a	MACCE Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
OU011a	Sterblichkeit (Letalität) im Nachbeobachtungszeitraum 12h – bei Patienten mit PCI

3. Vorbereitung des Probebetriebs

Das QS-Verfahren *PCI und Koronarangiographie* ist das dritte sektorenübergreifende QS-Verfahren, das für den die Entwicklung abschließenden Probebetrieb vorgesehen war. Neben den in Kapitel 2 geschilderten verfahrensspezifischen Vorbereitungen waren die technischen Neuentwicklungen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bzw. deren Erprobung der zweite wichtige Bestandteil der Vorbereitung des Probebetriebs.

Dieser Abschnitt beschreibt die notwendigen Vorbereitungsschritte: Definition von und Suche nach geeigneten Regionen, das Patientenmerkblatt, die Rekrutierung der Teilnehmer und die Abstimmung mit den Teilnehmern.

3.1. Zeitplan zur Vorbereitung des Probebetriebs

Der Zeitplan ging ursprünglich von einem Beginn der Dokumentation am 1. Oktober 2012 aus. Die notwendige Spezifikation wurde am 15. Juni 2012 veröffentlicht, die Beauftragung durch den G-BA erfolgte am 21. Juni 2012. Als sich abzeichnete, dass geeignete freiwillige Teilnehmer in ausreichender Zahl nicht rechtzeitig zur Verfügung stehen würden, wurde der Beginn der Dokumentation in Abstimmung mit dem G-BA auf den 01. Januar 2013 verschoben. Die Tabelle 3 zeigt den Zeitplan der Vorbereitung, ausgehend vom tatsächlichen Dokumentationsbeginn am 01. Januar 2013:

Tabelle 3: Zeitplan der Vorbereitung des Probebetriebs

Beginn	Ende	Aktivität	Anmerkungen
Februar 2011	14. Juni 2012	Vorbereitung und Abstimmung der Spezifikation	Veröffentlichung erfolgte am 15. Juni 2012
Oktober 2011	November 2011	Vorbereitung des Patienteninformationsblatts	Nicht erforderlich, da PID nur zu Erprobungszwecken erhoben wurden und kein Follow-up geplant war
Juni 2012		Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	
April 2012	Dezember 2012	Rekrutierung der Teilnehmer auf Länderebene, der Leistungserbringer und der Softwareanbieter	
Juni 2012	Dezember 2012	Umsetzung der Spezifikation durch die Softwareanbieter, Testung der Software und Installation in den Einrichtungen	

3.2. Vorbereitung, Information und Abstimmung der technischen Spezifikation

Die technischen Grundlagen der Spezifikation für den Probebetrieb wurden parallel zu den sektorenübergreifenden Verfahren *Kataraktoperation* und *Konisation* geschaffen. Von besonderer Bedeutung sind die patientenidentifizierenden Daten, die bei den zeitpunktbezogenen Betrachtungen der bisherigen rein stationären QS-Verfahren nicht erhoben wurden. Erst durch die Nutzung pseudonymisierter patientenidentifizierender Daten ist eine sektorenübergreifende Längsschnittbetrachtung möglich, da erst diese die nachträgliche Zusammenführung aufeinander bezogener Behandlungsfälle und -informationen desselben Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten und bei verschiedenen Leistungserbringern ermöglichen. Im Zuge dessen ist die Beteiligung einer Institution notwendig, die die Pseudonymisierung der PID vornimmt.

Eine Besonderheit im Verfahren *PCI und Koronarangiographie* ist es, das im Rahmen der Dokumentation durch die LE keine zusammenführbaren Daten entstehen, da es keine durch LE dokumentierte Follow-ups gibt. Statt der Follow-up-Dokumentationen ist für den späteren Regelbetrieb eine Follow-up-Erhebung über Sozialdaten bei den Krankenkassen (im Folgenden Sozialdaten genannt) vorgesehen. Im Probetrieb *PCI und Koronarangiographie* erfolgte jedoch keinerlei Erprobung der Zusammenführung von Daten.

Unabhängig von dieser Besonderheit existieren verfahrensübergreifende Elemente der technischen Erprobung im Rahmen des Probetriebs:

- Datenexport und -annahme im XML-Format
- Datenprüfung
- Ver- und Entschlüsselung der Daten
- Pseudonymisierung der Daten durch die Vertrauensstelle
- Rückprotokollierung über empfangene Datenlieferungen
- Zusammenführbarkeit der Daten
- Datenübermittlung über andere Übertragungswege (D2D)

In die Vorbereitung der Spezifikation für die Datenerfassung und die Schnittstellen wurden alle beteiligten Institutionen einbezogen und in der Folgezeit laufend informiert:

- AG Qesü-RL
- Projektgruppe zur Abstimmung der sektorenübergreifenden Spezifikation
- Fachausschuss IT QS
- Treffen des AQUA-Instituts mit den Landesstellen
- Informationsveranstaltungen für ambulante und stationäre Softwareanbieter des AQUA-Instituts

Die Spezifikation wurde auf Grundlage des Beschlusses des G-BA vom 15. März 2012 am 15. Juni 2012 vom AQUA-Institut veröffentlicht.

3.3. Definition der gesuchten Regionen

Die Definition der entsprechenden Regionen wurde als wichtige Grundlage für die Auswahl der Teilnehmer (sowohl DAS als auch LE) angesehen.

Angesichts der fehlenden Follow-ups in Form von LE-Dokumentationen sind die Kriterien für den Probetrieb *PCI und Koronarangiographie* – anders als im Probetrieb *Kataraktoperation* – weniger eng gefasst gewesen. Grundsätzlich galt jedoch auch hier, dass LE in einer Region nur dann am Probetrieb teilnehmen konnten, wenn gleichzeitig die für sie zuständige stationäre respektive ambulant-kollektivertragliche Institution als DAS zur Teilnahme bereit war. Da für den ambulant-selektivvertraglichen Bereich die VST-DAS bundesweit als DAS zuständig ist wäre hier theoretisch die Teilnahme bundeslandunabhängig möglich gewesen.

Hauptziel war es, Teilnehmer aller drei Sektoren für die Teilnahme zu gewinnen und dabei möglichst unterschiedliche Software einzubeziehen, die gleichzeitig bei mehreren Teilnehmer verwendet werden sollen. Das sollte Vergleiche auf zwei Ebenen ermöglichen: den Vergleich identischer Software in unterschiedlichen Einrichtungen, sowie den Vergleich unterschiedlicher Softwareprodukte im Gesamtkomplex Probetrieb.

3.4. Rekrutierung der teilnehmenden Institutionen

Der Probetrieb sollte entsprechend den Bedingungen des späteren Regelbetriebs durchgeführt werden, insbesondere hinsichtlich des durch die Qesü-RL vorgesehenen Datenflusses. Daraus ergeben sich die am Verfahren Beteiligten (Leistungserbringer, Softwareanbieter, Datenannahmestellen auf Landesebene, Vertrauensstelle), die durch das AQUA-Institut mit Unterstützung des G-BA und seiner Banken rekrutiert werden sollten.

3.4.1. Institutionen auf Länderebene/Datenannahmestellen

Die Landesstellen hatten im Vorfeld des Probetriebs die Aufgabe, aktiv an der Rekrutierung und der Auswahl von Leistungserbringern mitzuwirken, die Datenannahmestellen in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich einzurichten und das Verfahren abschließend mit zu beurteilen.

Voraussetzung für die Teilnahme war, dass sich in einem Bundesland sowohl eine stationäre als auch eine ambulant-kollektivvertragliche DAS zur Teilnahme bereiterklärte. Es zeigte sich jedoch, dass dies mangels entsprechender zur Teilnahme bereiter Länder nicht umsetzbar war. Schließlich standen am Ende des Rekrutierungsprozesses die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO, ambulant-kollektivvertraglich), die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH, stationär), die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW, stationär) und die EQS-Hamburg Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (EQS, stationär) als Datenannahmestellen zur Verfügung, wobei die beiden letzteren die eigentliche Datenannahme durch das BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH (BQS) durchführen ließen. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) konnte leider nicht teilnehmen, da die Teilnahme an den finanziellen Forderungen des Softwareanbieters des LE scheiterte.

Die Einbindung der VST-DAS konnte dank eines geeigneten Selektivvertrags der AOK Baden-Württemberg gewährleistet werden, so dass auch dieser Datenfluss erstmals getestet werden konnte.

3.4.2. Softwareanbieter

Bereits im Sommer 2012 erfolgte eine erste Kontaktaufnahme mit der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Invasive Kardiologie (QulK) des Bundesverbands niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK). Hintergrund der Gespräche war die Tatsache, dass diese – auf freiwilliger Basis – bereits seit 1996 Daten sowohl der diagnostischen als auch der therapeutischen Herzkathetereingriffe in einem Register sammelt. Das dafür verwendete Programm kann auch Datensätze aus anderen Softwaresystemen verarbeiten, wodurch eine Mehrfacherfassung vermieden wird. Zudem können seit 2001 Teilnehmer den Leistungsbereich *PCI und Koronarangiographie* der esQS exportieren, ohne dass identische Daten doppelt erfasst werden müssen. QulK erklärte sich in Absprache mit dem BNK zur Teilnahme und den erforderlichen Anpassungen seines Programms bereit. Diese Lösung bot den Vorteil, dass es nicht notwendig war, mehrere einzelne Anbieter von Praxisverwaltungs- (PVS) bzw. Arztinformationssystemen (AIS) ansprechen zu müssen, da das Programm von QulK die dokumentierten Informationen unabhängig von der originären Datenquelle verarbeiten und bereitstellen kann.

Im stationären Bereich wurden die entsprechenden Softwareanbieter ebenfalls angesprochen. Dabei waren die Gespräche mit einem Anbieter zunächst sehr konkret, scheiterten dann jedoch an dessen finanziellen Vorstellungen für die Teilnahme. Ein zweiter Anbieter erklärte seine Bereitschaft zur Teilnahme, dies allerdings erst Mitte Dezember 2012, also nur zwei Wochen vor dem offiziellen Dokumentationsbeginn.

3.4.3. Einrichtungen

Infrage kommende Einrichtungen wurden schließlich sowohl über die teilnahmebereiten Datenannahmestellen (GQH, KGNW), als auch über den BNK/QulK (Hessen, Nordrhein, Baden-Württemberg) und das AQUA-Institut (Asklepios-Kliniken in Hamburg) angesprochen. Hervorzuheben ist hier die Unterstützung durch den BNK, der seine Mitglieder explizit auf die Möglichkeit zur Teilnahme am Probetrieb hinwies.

3.5. Kommunikationsplattform und Hotline

Alle Beteiligten hatten durchgehend die Möglichkeit, sich für die entsprechenden Bereiche auf der Kommunikationsplattform des AQUA-Instituts anzumelden. Diese stellt einen Ort für den Austausch über technische Aspekte der Probetrieb dar. Sie stand und steht auch interessierten LE offen, dürfte aber angesichts der Tatsache, dass die technische Umsetzung in aller Regel durch die jeweiligen SWA erfolgt, für diesen Kreis nicht von Interesse sein. Dementsprechend war auch keine Anmeldung eines LE zu verzeichnen.

Die Hotline wurde in die SQG-Hotline integriert. Dadurch war gewährleistet, dass LE und SWA das AQUA-Institut mit ihren Fragen und Anregungen erreichen konnten. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass die Beteiligten

regelmäßig nicht die Hotline nutzen, sondern sich direkt mit den jeweiligen Ansprechpartnern in Verbindung setzen.

3.6. Operative Abstimmung mit den beteiligten Institutionen

Der Großteil der operativen Abstimmungen erfolgte in direkter Kommunikation miteinander oder schließlich im Rahmen des Auftaktworkshops zum Probetrieb (s. Abschnitt 3.8). Dieser Umstand ist sicherlich der geringen Teilnehmerzahl geschuldet. Insgesamt wurden in dieser Phase grundsätzliche Fragen zum Verfahren gestellt, die eine andere, direkte Form der Betreuung durch das AQUA-Institut erforderlich machte, denn außer der KVNO hatte niemand am vorherigen Probetrieb *Kataraktoperation* teilgenommen.

3.7. Vorbereitung und Testung der Software

Die Infrastruktur des AQUA-Instituts stand bereits, weil sich der Probetrieb *Kataraktoperation* bzw. der Sonderexport gemäß QSKH-RL derselben Technologien bedient. Gleiches galt demnach auch für die VST-PSN und mit Abstrichen ebenso für die stationären Datenannahmestellen und hinsichtlich der Qesü-Erfahrungen für die KVNO. Entscheidend ist, dass diese Form der Probetriebe keine Breitenwirkung erzielt, sprich: es sind überwiegend diejenigen im Probetrieb *PCI und Koronarangiographie* beteiligt, die entsprechende Kenntnisse und Fertigkeiten bereits im Rahmen anderer Erprobungen erworben haben.

3.8. Auftaktworkshop

Der Auftaktworkshop zum Probetrieb fand am 18. Dezember 2012 statt. Er sollte einen Überblick über den Stand der Vorbereitungen des Probetriebs geben und vor allem die Möglichkeit zur direkten Klärung technischer Fragen bieten. Teilgenommen haben die Softwareanbieter QulK⁷ und metek GmbH, die KGNW, die GQH, die KVNO, die VST und das BQS-Institut.

Im Vorfeld hatten die Teilnehmer ihre Fragen an das AQUA-Institut geschickt, die mittels einer Präsentation beantwortet wurden (s. Anhang D: Auftaktworkshop). Es wurden zahlreiche Detailfragen zu technischen Abläufen gestellt und beantwortet. Einige wichtige Punkte daraus:

Laienverständlichkeit/anwenderfreundliche Darstellung der Rückprotokolle:

Vorgesehen ist, dass die QS-Dokumentationssoftware das Rückprotokoll importiert und dem Anwender die Fehlermeldungen anzeigt, der die Fehler dann korrigieren und die Datensätze erneut einsenden kann. Die Darstellung für den LE soll dabei in einem Browser erfolgen. Zu diesem Zweck hat das AQUA-Institut ein XSLT-Skript bereitgestellt, das in die Software eingebaut werden kann, sofern die Software selber keine entsprechende Option bereitstellt.

Export der Datensätze von nicht gesetzlich versicherten Patienten

Es ist im Rahmen aller Qesü-Verfahren sicherzustellen, dass die Daten nicht gesetzlich versicherter Patienten nicht exportiert werden. Deswegen ist eine Barriere für die Datensätze eingebaut worden, über die sie durch das Datenprüfprogramm aussortiert werden sollen.

Data-Target

Während der testweisen Datenexporte im März 2013 muss das Data-Target „Testdatenpool“ eingetragen sein. Für die abschließenden Echtexporte ist dagegen als Data-Target „Probdatenpool“ zu verwenden.

Schlüssel der VST

Während des Probetriebs ist für Datenlieferungen – egal ob testweise oder Echtexporte – ausschließlich der öffentliche Schlüssel der Echtinstanz der VST zu nutzen.

⁷ Die Bezeichnung „Softwareanbieter“ ist an dieser Stelle nicht ganz korrekt. Im Rahmen des Probetriebs allerdings war die Bereitstellung der Software die Hauptfunktion QulKs. Daher wird die Bezeichnung in dieser Weise weiterverwendet.

Sollstatistik

Während des Probetriebs ist davon auszugehen, dass die stationäre Sollstatistik durch die Software noch nicht erstellt werden kann.

Die Übermittlung von Sollzahlen im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich war von der KVNO für einen Probetrieb als nicht realisierbar dargestellt worden, da deren Ermittlung gemäß Qesü-RL aus administrativen (in der Regel voraussichtlich Abrechnungs-) Daten zu erfolgen hat, die einer KV nach Schätzungen frühestens acht bis sechzehn Wochen nach Abrechnung zur Verfügung stehen und somit den Zeitrahmen des Probetriebs gesprengt hätten.

Auswertung

Es wird zum Probetrieb eine Gesamtauswertung geben, die sich an die Auswertung des bestehenden esQS-Verfahrens anlehnt. Außerdem erhält jeder der Teilnehmer seinen individuellen Rückmeldebericht gemäß §18 Qesü-RL in Form eines Benchmarkberichts, der seine Werte denen aller anderen Teilnehmer gegenüberstellt und zudem eine quantitative Basisauswertung enthält.

Für die Übermittlung der Rückmeldeberichte müssen die Teilnehmer aus dem niedergelassenen Bereich (ambulant-kollektivvertraglich und ambulant-selektivvertraglich) ein von ihnen selbst festgelegtes Verschlüsselungspasswort übermitteln, das das AQUA-Institut zur Verschlüsselung des Rückmeldeberichts verwendet.

Meilensteintreffen

Auf Wunsch der Teilnehmer wurde ein Meilensteintreffen für Mitte März 2013 geplant, bei dem erste Erkenntnisse der Testdatenlieferungen ausgetauscht werden sollten, so dass sie gegebenenfalls noch für die dann anstehenden Echtdatenlieferungen von Nutzen sein können.

3.9. Erkenntnisse aus den Rekrutierungsbemühungen

Zunächst ist festzuhalten, dass sich diejenigen, die ihre Teilnahmebereitschaft erklärt haben, sehr engagiert zeigten. Dennoch ist das Ergebnis der Rekrutierungsbemühungen sowohl hinsichtlich der Anzahl als auch der Diversität der Teilnehmer unbefriedigend. Bereits im Rahmen der Ergebnisberichte *Konisation* und *Kataraktoperation* wurden Gründe dafür dargestellt, die sich auch im Hinblick auf den Probetrieb *PCI und Koronarangiographie* in leicht abgewandelter Form bestätigten.

3.9.1. Hinderungsgründe für Softwareanbieter

In allen drei bisherigen Verfahren hatten SWA des stationären Bereichs angegeben, dass ihnen die kurzfristige Umsetzung der Anforderungen für die Machbarkeitsprüfung und/oder den Probetrieb nicht möglich sei. Zudem wollten sie die ressourcenintensive Implementierung der Vorgaben erst dann beginnen, wenn der Zeitpunkt der Einführung der neuen Verfahren bekannt und eine Refinanzierung der Kosten durch Umsetzung als Regelbetrieb konkret möglich sei.

Für SWA des ambulanten Bereichs kommt erschwerend hinzu, dass sich im niedergelassenen Bereich die Erfahrungen nur auf einen kleinen Bereich der Dialyse beziehen, wogegen der stationäre Bereich dank der QSKH-RL-Verfahren bereits über deutlich mehr Erfahrungen verfügt. Zudem existiert zwischen den LE und den DAS kein einheitliches System der Datenübertragung im Abrechnungsbereich, das für die Übermittlung von QS-Daten genutzt werden könnte. Kommen bei den Kunden des Softwareanbieters mehrere Übertragungssysteme zum Einsatz, so besteht die Gefahr, dass er für ebenso viele Systeme Anpassungen vornehmen muss. Dies kann und muss über lange Sicht für die Softwareanbieter leistbar sein, bedeutet aber einen höheren Aufwand, der für einen dreimonatigen Probetrieb in keinem Verhältnis steht.

3.9.2. Hinderungsgründe für Datenannahmestellen

Die Datenannahmestellen stehen für einen Probetrieb ebenfalls vor der Schwierigkeit, dass für einen sehr kurzen Zeitraum ein erheblicher Aufwand betrieben werden muss und die personellen und finanziellen Ressourcen erst dann aufgebracht werden, sobald eine entsprechende Verpflichtung besteht. Dieser Umstand wird

verstärkt durch die Tatsache, dass der Datenfluss in den Qesü-Verfahren nicht über das im stationären Bereich gewohnte Datenübertragungsformat CSV, sondern stattdessen über das neu eingeführte Format XML abgewickelt wird. Zudem können die Datenannahmestellen auch dann, wenn sie die Mittel aufbringen können und sich an der Erprobung beteiligen wollen, sich nur sinnvoll beteiligen, wenn es in ihrem Zuständigkeitsbereich sowohl teilnahmebereite LE als auch die dazugehörigen Softwareanbieter gibt.

3.9.3. Rekrutierungsschwierigkeiten für das AQUA-Institut

Das AQUA-Institut war zwar darauf vorbereitet, das XML-Format zu bedienen und hat alle für die Erprobung notwendigen Testinstanzen bereitgestellt. Als Hindernis erwiesen sich jedoch vor allem zwei Faktoren, nämlich die kurzen Rekrutierungszeiträume und die wechselseitigen Abhängigkeiten der potenziellen Teilnehmer.

Zwar fanden sich Datenannahmestellen und Leistungserbringer, allerdings erwies es sich als nahezu unmöglich, auch die dazugehörigen Softwareanbieter zu mobilisieren. Erschwert wurde diese Tatsache außerdem durch den Umstand, dass sich Softwareanbieter allenfalls dann beteiligen wollten, wenn eine ausreichend hohe Zahl ihrer Kunden ebenfalls beteiligt wäre. Die Kunden ihrerseits ließen sich zumindest teilweise nicht zu verbindlichen Teilnahmeerklärungen bewegen, solange nicht die Teilnahme des Softwareanbieters feststand. Durch gegenseitige Verweise auf zunächst erforderliche Zusagen der jeweils anderen potenziellen Parteien entstand zusammengefasst eine Situation, die die Durchführung des Probetriebs erneut erheblich erschwerte.

4. Umsetzung des Probetriebs

Inhalt dieses Abschnitts sind die einzelnen Bestandteile der eigentlichen Durchführung des Probetriebs:

- Dokumentation bei den Leistungserbringern
- Datenexport
- Erstellung eines Auswertungskonzepts
- Bereitstellung und Weiterleitung der Rückmeldeberichte
- Abschlussworkshops
- Schriftliche Befragung der Einrichtungen

Die Ergebnisse und Erkenntnisse werden dann Gegenstand des Kapitels 5 sein, das sowohl die technischen als auch die inhaltlichen Folgerungen aus dem Probetrieb darstellen wird.

Der Probetrieb fand für den kollektivvertraglichen Bereich im Zuständigkeitsbereich der KVNO statt. Im selektivvertraglichen Bereich wurden LE aus Baden-Württemberg einbezogen, die Leistungen im Rahmen eines Selektivvertrags mit der AOK Baden-Württemberg erbringen. Darüber hinaus nahmen für den stationären Bereich Krankenhäuser sowie die jeweils zuständigen Datenannahmestellen aus den Bundesländern Hessen, Nordrhein-Westfalen und Hamburg teil.

Die Beteiligung der Vertrauensstelle fand im Rahmen des Probetriebs *PCI und Koronarangiographie* sowohl in der Funktion als Pseudonymisierungsstelle (VST-PSN) für die patientenidentifizierenden Daten als auch als Datenannahmestelle im selektivvertraglichen Bereich (VST-DAS) statt.

4.1. Beginn und Zeitraum der Dokumentation

Als ursprünglicher Beginn des dreimonatigen Dokumentationszeitraums war der 1. Oktober 2012 vorgesehen. Dieser Beginn wurde auf Vorschlag des AQUA-Instituts und Empfehlung der AG Qesü vom 24. Juli 2012 auf den 01. Januar 2013 verschoben.

Am 12. März 2013 schlug das AQUA-Institut der AG Qesü eine Verlängerung des Dokumentationszeitraums um zwei Monate bis Ende Mai 2013 vor. Die Begründung dafür lag im verspäteten Dokumentationsbeginn einiger Teilnehmer, der wiederum seine Gründe in Problemen mit der Bereitstellung der Dokumentationssoftware hatte. Mit der Verlängerung verbunden war die Verschiebung der Abgabe des vorliegenden Berichts um einen Monat auf den 31. Juli 2013. Die AG Qesü befürwortete das Vorgehen, ein entsprechender Beschluss des G-BA wurde dann am 16. Mai 2013 gefasst.

4.2. Zeitplan zur Umsetzung der Probetriebe

Die Dokumentation durch die freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer begann am 01. Januar 2012 und dauerte knapp fünf Monate. Daraus ergab sich – abweichend vom ursprünglichen Konzept – der folgende Ablauf zur Durchführung des Probetriebs *PCI und Koronarangiographie*.

Tabelle 4: Zeitplan zur Umsetzung der Probebetriebe

Beginn	Ende	Name der Aufgabe
18. Dezember		Auftaktworkshop
1. Januar 2013	31. Mai 2013	Dokumentation der Daten in den Einrichtungen
1. April 2013	14. Juni 2013	Export Testdatenpool
1. Juni 2013	14. Juni 2013	Datenexport und Datenprüfung
1. Oktober 2012	15. Juni 2013	Erstellung eines Auswertungskonzepts (Aufstellung von Rechenregeln, Erstellung von Musterberichten, Validierung der Rechenregeln, Erstellung und Prüfung der Berichte
1. Juni 2013	17. Juni 2013	Befragung der Einrichtungen
15. Juni 2013		Bereitstellung der Rückmeldeberichte
27. Juni und 3. Juli 2013		Abschlussworkshops
1. Januar 2013	31. Juli 2013	Berichterstellung

4.3. Teilnehmende Leistungserbringer

Insgesamt nahmen Leistungserbringer in folgender Anzahl am Probebetrieb teil:

Tabelle 5: Übersicht teilnehmender Leistungserbringer

Sektor	Bundesland/Bezirk (Datenannahmestelle)	Anzahl
Stationär	Hessen (GQH)	5
Stationär	Hamburg (EQS/BQS)	3
Stationär	Nordrhein-Westfalen (KGNW/BQS)	3
Ambulant-kollektivvertraglich	Nordrhein (KVNO)	8
Ambulant-selektivvertraglich ⁸	Baden-Württemberg (VST-DAS)	5

Angegeben ist jeweils die Zahl der Leistungserbringer, die Vereinbarungen zur Teilnahme geschlossen haben. Letztendlich wurden von zwei der drei Krankenhäuser in Hamburg, von einem der drei Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen und von einer der fünf Praxen in Baden-Württemberg Daten für die Auswertung empfangen. Weitere Details und Aussagen zu den Ursachen siehe Abschnitte 4.4.2, 4.4.3, 4.4.5, 5.1 und 5.7.5.

Von Seiten der SWA sah die Verteilung wie folgt aus:

Tabelle 6: Übersicht teilnehmender Softwareanbieter

Softwareanbieter	Sektor	Anzahl
QuIK	Stationär (Hessen)/Ambulant-kollektivvertraglich (Nordrhein)/Ambulant-selektivvertraglich ⁹ (Baden-Württemberg)	5/8/5
3M Health Information Systems	Stationär (Hamburg/Nordrhein-Westfalen)	3/3

⁸ „Selektivvertraglich“ beschränkt sich hier auf einen Vertrag zwischen einer Krankenkasse – der AOK Baden-Württemberg – und Leistungserbringern. Verträge zwischen einer KV und Leistungserbringern waren nicht Gegenstand der Erprobung.

⁹ S. Fußnote 8

Damit waren im Probetrieb *PCI und Koronarangiographie* drei Ziele erreicht: es waren alle drei Sektoren in unterschiedlichen Bundesländern und unterschiedliche Softwareanbieter vertreten. Leider konnten die angestrebten 40 Teilnehmer für den Probetrieb ebenso wenig erreicht werden wie eine größere Anzahl an Softwareanbietern, durch die eine bessere Vergleichsbasis geschaffen worden wäre.

4.3.1. Bereitstellung der Dokumentationssoftware

Grundlegende Voraussetzung für die Dokumentation im Probetrieb ist das Vorhandensein der entsprechenden Dokumentationssoftware. Aus verschiedenen Gründen standen die beiden Softwareprodukte den Teilnehmern zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten zur Verfügung.

4.3.2. QulK

Der große Vorteil des Probetriebs ist theoretisch der gewesen, dass die niedergelassenen Teilnehmer bereits mit QulK arbeiteten, das eine hohe inhaltliche Deckungsgleichheit mit der Spezifikation des Probetriebs aufweist. Die entscheidende Neuerung gegenüber dem freiwilligen QulK-Verfahren lag demnach weniger in den einzelnen zu dokumentierenden Feldern. QulK hat diese geänderten Felder/Feldinhalte so in die Software integrieren können, dass sich der Dokumentierende gar nicht bewusst gewesen wäre, dass er gleichzeitig für zwei Auswertungen dokumentierte. Der eigentliche Unterschied und daraus resultierende, später noch zu zeigende, praktische Probleme ergaben sich für die QulK-Nutzer in der im Probetrieb geforderten Dokumentation der PID. Hinzu kamen die Übertragung der Daten im XML-Format und die Umstellung der Verschlüsselung auf den W3C-Standard (XML-Encryption).

Die Dokumentationssoftware konnte rechtzeitig zum Beginn des Probetriebs als Update bereitgestellt werden. Wann genau von den einzelnen Teilnehmern das Update eingespielt wurde ist allerdings nicht nachvollziehbar. So ist z.B. von einer Einrichtung mitgeteilt worden, dass sie das Update bewusst erst nach Durchführung des regulär fälligen QulK-Exports durchführte, um diesen nicht zu gefährden.

4.3.3. 3M

Noch höher war die inhaltliche Deckungsgleichheit für Teilnehmer des stationären Bereichs, die verpflichtend am bereits etablierten esQS-Verfahren Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention teilnehmen. Auch hier ist die eigentliche Neuerung die Notwendigkeit, die PID mit zu dokumentieren.

Der SWA 3M hatte sich allerdings erst Mitte Dezember 2012 zur Teilnahme am Probetrieb entschlossen. Erst danach konnte deswegen die Entwicklung der notwendigen Software beginnen, so dass die ersten Dokumentationen erst im März (Nordrhein-Westfalen) bzw. im Mai 2013 (Hamburg) beginnen konnten.

4.4. Dokumentation der Daten in den Einrichtungen

Es zeigte sich, dass die Teilnehmer sektorenunabhängig zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit der Dokumentation beginnen konnten. Die Hintergründe und Auswirkungen, ggf. auch die Schlussfolgerungen daraus sind Inhalt der einzelnen Unterkapitel, da sich unterschiedliche Konstellationen ergaben. Aufgrund des teilweise sehr spät möglichen Dokumentationsbeginns kündigte das AQUA-Institut in Abstimmung mit dem G-BA mit Schreiben vom 17. März 2013 den Teilnehmern eine Verlängerung des Dokumentationszeitraums bis Ende Mai 2013 an. Gedacht war die Verlängerung hauptsächlich als Möglichkeit für die Teilnehmer, die aufgrund technischer Schwierigkeiten noch keine oder nur wenige Datensätze hatten dokumentieren können. An diejenigen, die bereits wie vorgesehen seit Anfang Januar dokumentiert hatten, wurde die Nutzung des verlängerten Erfassungszeitraums als Bitte formuliert.

4.4.1. Stationäre Dokumentation in Hessen

Die Krankenhäuser in Hessen dokumentierten mit der QulK-Software gleichzeitig auch für das esQS-Verfahren Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention. Diese Besonderheit ergibt sich aus der Tatsache, dass sich die Krankenhäuser in Hessen auf freiwilliger Basis am QulK-Register beteiligen. Insofern bestand der Vorteil, dass man für den Probetrieb nicht auf originäre SWA angewiesen war, sondern die QulK-Software nutzen konnte. Die insgesamt fünf Krankenhäuser sollten ihre stationär erbrachten Leistungen dokumentieren.

Dazu wurde ihnen von QulK die entsprechend angepasste Dokumentationssoftware Anfang Januar bereitgestellt. Alle fünf Häuser konnten somit ab Januar dokumentieren.

4.4.2. Stationäre Dokumentation in Hamburg

Die Krankenhäuser in Hamburg dokumentieren ebenfalls im Rahmen des esQS-Verfahrens *Koronarangiographie und PCI*. Die für die Dokumentation des Probetriebs notwendige Software konnte jedoch erst ab Ende Mai zur Dokumentation genutzt werden. Die Gründe für den späten Beginn liegen offenbar in einem nach Auskunft der zuständigen IT-Abteilung ohnehin problematischen Zusammenspiel zwischen dem KIS, einem weiteren Softwaresystem und der Dokumentationssoftware. In der Konsequenz konnten leider nur wenige Fälle nachträglich in zwei der drei teilnehmenden Krankenhäuser manuell dokumentiert werden.

4.4.3. Stationäre Dokumentation in Nordrhein-Westfalen

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen dokumentieren ebenfalls im Rahmen des etablierten esQS-Verfahrens *Koronarangiographie und PCI*. Die für die Dokumentation des Probetriebs notwendige Software konnte jedoch erst ab März zur Dokumentation genutzt werden. In nur einem der drei Krankenhäuser wurden Datensätze in dieser Maske erfasst. In einem zweiten wurden die Datensätze versehentlich in der für das bestehende esQS-Verfahren vorgesehenen Maske erfasst statt in der für den Probetrieb. Diese Datensätze konnten leider nicht mehr nachträglich in die für den Probetrieb notwendige Datenstruktur überführt werden, so dass sie für den Export und die Auswertung im Rahmen des Probetriebs nicht genutzt werden konnten. Im dritten Haus fand infolge interner organisatorischer Abstimmungsprobleme (Personalwechsel) keinerlei Dokumentation für den Probetrieb statt.

4.4.4. Ambulant-kollektivvertragliche Dokumentation in Nordrhein

Die niedergelassenen Praxen im Zuständigkeitsbereich der KV Nordrhein bekamen Anfang Januar 2013 das Update von QulK zur Verfügung gestellt und konnten von diesem Zeitpunkt an mit der Dokumentation beginnen. Der genaue Beginn der Dokumentation in den einzelnen Praxen ist nicht bekannt.

4.4.5. Ambulant-selektivvertragliche Dokumentation in Baden-Württemberg

Die niedergelassenen Praxen, die sich im ambulant-selektivvertraglichen Bereich im Rahmen des bestehenden Selektivvertrags mit der AOK Baden-Württemberg beteiligten bekamen ebenfalls Anfang Januar das Update von QulK zur Verfügung gestellt und konnten von diesem Zeitpunkt an mit der Dokumentation beginnen. Dokumentiert werden sollten ausschließlich selektivvertraglich erbrachte Leistungen. Der genaue Beginn der Dokumentation in den einzelnen Praxen ist nicht bekannt.

4.5. Datenexport

Zunächst war es vorgesehen, dass testweise Datenexporte ab Anfang März 2013 erfolgen sollten, um daraus noch Rückschlüsse für den Echtexport ziehen zu können, der ab 01. April durchgeführt werden sollte. Es zeigte sich jedoch, dass Anfang März aufgrund fehlender Exportsoftware noch keiner der Teilnehmer dazu in der Lage war. Entsprechend änderte das AQUA-Institut nach Rücksprache mit dem G-BA die Fristen für die Datenlieferungen. Weder die Lieferung von Testdaten noch die von Echtdateien war nunmehr an feste Zeiträume gebunden sondern konnte jederzeit zwischen dem 01. April und dem 14. Juni durchgeführt werden. Im Zuge der Datenübermittlung stießen die Teilnehmer auf Schwierigkeiten, die jedoch nicht auf grundsätzlichen Problemen des Datenflussmodells beruhen, sondern auf Fehler in der Umsetzung bzw. Inkonsistenzen zwischen einzelnen Stellen zurückzuführen sind, die im Verlaufe des Probetriebs nach Möglichkeit korrigiert bzw. vereinheitlicht wurden.

4.5.1. Datenexport über QulK

Das Exportmodul der QulK-Software war nicht gemeinsam mit dem Update für die Datenerfassung ausgeliefert worden, die Entwicklung begann erst Anfang 2013. Insbesondere das Erfordernis einer Java-Umgebung für die Verschlüsselung der Exportdatei bzw. deren Export stellte sich als schwierig heraus, da häufig keine Java-Installationen auf den für den Export vorgesehenen Rechnern vorhanden sind. In enger Zusammenarbeit zwi-

schen QuLK und dem AQUA-Institut konnte hierfür jedoch eine tragfähige Lösung gefunden werden, die die Exporte ab Ende Mai ermöglichte.

4.5.2. Datenexport über 3M

Das Exportmodul von 3M wurde gemeinsam mit dem Dokumentationsmodul ausgeliefert bzw. sind beide nicht voneinander getrennt. Insofern war der Export hier möglich, nachdem die Schwierigkeiten mit der Dokumentation grundsätzlich ausgeräumt worden waren.

4.6. Inhalte und Struktur der Gesamtauswertung und der Rückmeldeberichte

Im Folgenden wird das Auswertungskonzept für das sektorenübergreifende QS-Verfahren *PCI und Koronarangiographie* erläutert. Das Konzept umfasst die Beschreibung der Qualitätsindikatoren und die Rechenregeln, sowie eine Muster-Gesamtauswertung zur Veranschaulichung der späteren Darstellung der zu veröffentlichenden Ergebnisse.

Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass aus sämtlichen Ergebnissen des Probetriebs keine inhaltlichen und/oder quantitativen Rückschlüsse auf die Gesamtheit entsprechender Eingriffe gezogen werden dürfen. Die Gesamtauswertung des Probetriebs befindet sich im Anhang C.2 (Gesamtauswertung), ein Beispiel eines Rückmeldeberichts im Anhang C.1.1 (Beispiel Rückmeldebericht). Zudem wurde eine Leseanleitung bereitgestellt, s. Anhang C.1.2 (Leseanleitung Rückmeldebericht).

Die Auswertung des Probetriebs ergibt sich aus den entwickelten Indikatoren und damit aus den in den Indikatoratenblättern beschriebenen Rechenregeln. Die Ergebnisse der Berechnungen wurden sowohl in der Gesamtauswertung als auch in den Rückmeldeberichten dargestellt.

In den Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer befindet sich die individuelle Auswertung der von ihnen dokumentierten Fälle. Gesamtauswertung wie auch Rückmeldeberichte des Probetriebs lehnen sich im Aufbau eng an das bewährte Format und aufgrund der inhaltlichen Nähe der beiden Verfahren auch an die Ausgestaltung des esQS-Verfahrens an. Die Struktur der Auswertung und der Rückmeldeberichte orientiert sich an folgendem Schema:

1. Datengrundlage (nur in der Gesamtauswertung)
2. Übersicht über die Qualitätsindikatoren
3. Ergebnisse (gegliedert nach den Qualitätsindikatoren)
4. Erläuterungen (optional)
5. Basisauswertung

1. Tabelle „Datengrundlage“ (nur in der Gesamtauswertung)

Diese Tabelle informiert über die Datenbasis der Rückmeldeberichte für die Eingriffe während des Probetriebs. Der Tabelle kann entnommen werden, wie viele Datensätze insgesamt im Probetrieb geliefert wurden, also die Datengrundlage der Auswertung bilden. Im Regelbetrieb können der Tabelle folgende Angaben entnommen werden:¹⁰

- Anzahl der gelieferten und erwarteten Datensätze
- Anzahl der Einrichtungen, die im aktuellen Erfassungsjahr Daten geliefert haben
- Vollständigkeit der Datenerhebung in Prozent

2. Tabelle „Übersicht Qualitätsindikatoren“

Diese Tabelle ist ein Verzeichnis der Indikatorengruppen und Qualitätsindikatoren: Alle Indikatoren, zu denen Ergebnisse dargestellt werden sind hier aufgeführt. In der Gesamtauswertung werden an dieser Stelle die Referenzbereiche¹¹ und die Gesamtergebnisse des untersuchten Zeitraums sowie des vorhergehende Zeitraums¹²

¹⁰ Angaben zu erwarteten Datensätzen und damit zur Vollständigkeit konnten für den Probetrieb nicht errechnet werden, da diese Angaben nicht zur Verfügung standen.

¹¹ Für den Probetrieb wurden keine Referenzbereiche definiert.

dargestellt. In den Rückmeldeberichten der Einrichtungen sind aus dieser Tabelle der jeweils eigene und der Gesamtwert aller Einrichtungen ersichtlich. Auszüge dieser Tabellen zeigen die nächsten beiden Abbildungen.

QI	Beschreibung	Referenzbereich	Ergebnis Einrichtung	Ergebnis Bund
QI 1	Indikation zur Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	nicht definiert	39,1 %	23,8 %
QI 2	Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI	nicht definiert	36,7 %	51,1 %
QI 3	Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI	nicht definiert	99,6 %	98,8 %
QI 4	„Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"	nicht definiert	-	96,0 %
Indikatorengruppe: Flächendosisprodukt				
QI 5a:	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²	nicht definiert	11,2 %	16,2 %
QI 5b:	Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²	nicht definiert	16,7 %	21,1 %
QI 5c:	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²	nicht definiert	5,1 %	12,2 %
QI 5d:	Flächendosisprodukt - Flächendosisprodukt unbekannt	nicht definiert	0,4 %	0,1 %

Abbildung 1: Übersicht Qualitätsindikatoren – Rückmeldeberichte (Auszug)

QI	Beschreibung	Referenzbereich	Ergebnis 2013
QI 1	Indikation zur Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	nicht definiert	23,8 %
QI 2	Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI	nicht definiert	51,1 %
QI 3	Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI	nicht definiert	98,8 %
QI 4	„Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"	nicht definiert	96,0 %
Indikatorengruppe: Flächendosisprodukt			
QI 5a:	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²	nicht definiert	16,2 %
QI 5b:	Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²	nicht definiert	21,1 %
QI 5c:	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²	nicht definiert	12,2 %
QI 5d:	Flächendosisprodukt - Flächendosisprodukt unbekannt	nicht definiert	0,1 %

Abbildung 2: Übersicht Qualitätsindikatoren – Gesamtauswertung (Auszug)

3. Ergebnisse der einzelnen Indikatoren

Sowohl in der Gesamtauswertung als auch in den Rückmeldeberichten werden die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren dargestellt. Es wird zunächst jeweils das Qualitätsziel beschrieben, sowie Grundgesamtheit, Zähler

¹² Die Darstellung eines vorhergehenden Zeitraums ist für den Probetrieb naturgemäß nicht möglich, ist aber sonst Bestandteil von Auswertungen über mehrere Vergleichszeiträume.

und Referenzbereich.¹³ Die Gesamtauswertung gibt in Tabellen und Grafiken die Gesamtergebnisse wieder, die Rückmeldeberichte enthalten zusätzlich den Vergleich der jeweiligen Einrichtungen mit allen Einrichtungen.

4. Erläuterungen (optional)

5. Basisauswertung

Eine Basisauswertung ist der abschließende Teil der Auswertung. Sie enthält deskriptive Statistiken (z.B. Median, Mittelwert und/oder weitere Kennwerte) sowie Häufigkeiten (in Tabellenform und/oder grafischer Darstellung) für alle wichtigen Datenfelder, die für das jeweilige Verfahren erfasst werden. Die deskriptiven Darstellungen beziehen sich in unterschiedlichem Umfang auf folgende Gebiete:

- Patientenmerkmale
- Anamnese/Befunde
- Prä- und postoperative Diagnostik
- Eingriff, ggf. Komplikationen
- Status des Patienten bei Entlassung

Risikoadjustierung im Probetrieb

Bei den Auswertungen ist im Regelbetrieb bei vielen Indikatoren eine Risikoadjustierung notwendig. Dies hat seine Ursache darin, dass der für die Berechnung eines Qualitätsindikators erhobene Wert für einzelne Patienten nicht allein von der Qualität der behandelnden Einrichtung abhängt, sondern auch von individuellen patientenbezogenen Risikofaktoren. Die Herausforderung bei der statistischen Analyse von Qualitätsindikatoren mit dem Ziel einer Gegenüberstellung der Ergebnisse verschiedener Einrichtungen besteht darin, durch die Risikoadjustierung einen fairen Vergleich zu ermöglichen, indem Unterschiede in den Ausgangsbedingungen hinsichtlich patientenbezogener Einflussbedingungen ausgeglichen werden.

Mögliche relevante Risikofaktoren für das Verfahren waren im Entwicklungsprozess definiert worden. Eine Risikoadjustierung im Zuge der Auswertung des Probetriebs wurde nicht vorgenommen, weil aufgrund der geringen und selektiven Teilnehmer- und Fallzahl kein valides Risikomodell geschätzt werden kann. Dies kann und soll erstmals im Regelbetrieb erfolgen, wenn auf der Datenbasis des ersten Erhebungszeitraums ein entsprechendes Modell erstellt werden kann.

4.7. Bereitstellung und Weiterleitung der Rückmeldeberichte

Grundsätzlich soll jeder Leistungserbringer, der eine Indexleistung erbringt, die Ergebnisse für alle erbrachten Indexleistungen erhalten. So erhielten alle Teilnehmer sowohl eine Darstellung aller Qualitätsindikatoren für die von ihnen durchgeführten Eingriffe (inklusive Benchmarks gemessen an allen Teilnehmern) als auch eine quantitative Basisauswertung im PDF-Format. Dabei ist es im Sinne der sektorenübergreifenden QS unerheblich, welchem Sektor eine Einrichtung zugeordnet ist, d.h., jede Einrichtung wurde mit allen anderen verglichen.

Die Rückmeldeberichte für die Einrichtungen wurden Mitte Juni vom AQUA-Institut fertiggestellt und an die DAS zur Weiterleitung übermittelt. Zudem erhielt jeder Teilnehmer eine Leseanleitung mit dem Aufbau der Tabellen und Diagramme, sowie ein Glossar der wichtigsten Begriffe. Die Berichte wurden je nach Empfänger nach den Vorgaben der Qesü-RL auf zwei verschiedenen Wegen übermittelt.

Die Berichtsübermittlung der BAS an die teilnehmenden Krankenhäuser erfolgt über die zuständige Datenannahmestelle. Dabei werden die Berichte zusammen mit einer Leseanleitung (siehe Anhang C.1.2: Leseanleitung Rückmeldebericht) mit dem Passwort des Krankenhauses transportverschlüsselt übermittelt und von den DAS an die Krankenhäuser weitergeleitet.

Etwas anders muss aufgrund der Vorgaben der Qesü-RL die Übermittlung an die niedergelassenen Teilnehmer sowohl im ambulant-kollektivvertraglichen als auch im ambulant-selektivvertraglichen Bereich erfolgen, da die

¹³ Für den Probetrieb wurden keine Referenzbereiche definiert.

DAS bzw. VST-DAS keine Einsicht in die Feedbackberichte erhalten dürfen. Das hat zur Folge, dass das AQUA-Institut die Berichte transportverschlüsselt einem Leistungserbringer, von dem sie nur das Pseudonym kennt via DAS zustellen muss. Gleichzeitig muss für jeden Leistungserbringer für die Transportver- bzw. -entschlüsselung ein Kennwort zur Verfügung stehen, das ausschließlich dem Leistungserbringer und dem AQUA-Institut, nicht aber der ambulanten DAS bekannt sein darf.

Für den Probebetrieb wurde ein Ablauf vereinbart, der den Anforderungen der Qesü-RL Rechnung trägt:

- Der LE schickt ein mit dem öffentlichen Schlüssel der Bundesauswertungsstelle (BAS, AQUA-Institut) verschlüsseltes Passwort bei der Übermittlung seiner (durch die DAS nicht einsehbaren) QS-Daten mit
- Die BAS verschlüsselt den Bericht mit diesem Passwort
- Die BAS schickt den so verschlüsselten Bericht an die DAS, wobei der Dateiname des Berichts das LE-Pseudonym enthält
- Die DAS ersetzt den Dateinamen bzw. das LE-Pseudonym innerhalb des Dateinamens. Dieser Schritt ist durch die Qesü-RL nicht vorgegeben, wurde aber für den Probebetrieb durchgeführt, um potenzielle Gefährdungen der Sicherheit der verwendeten Pseudonymisierungsalgorithmen auf Landesebene von vornherein auszuschließen.
- Der LE entschlüsselt die Datei mit dem von ihm selbst vergebenen Kennwort

4.8. Schriftliche Befragung der Einrichtungen

Die schriftliche Befragung der Einrichtungen soll diesen die Möglichkeit der direkten Rückmeldung zu allen Aspekten des Probebetriebs geben. Im Probebetrieb wurde neben einem ersten Fragebogen, der Fragen zum Probebetrieb an sich beinhaltete, ein zweiter Fragebogen entwickelt und verschickt, der ein Feedback der Teilnehmer zu den Rückmeldeberichten einholen sollte.

Teil 1 (s. Anhang C.3.1: Befragung der teilnehmenden Leistungserbringer Teil 1) wurde Ende Mai verschickt, die Rücksendung wurde bis Mitte Juni erwartet, um erste Ergebnisse in die Vorbereitung der beiden Abschlussworkshops einfließen lassen zu können. Der zweite Teil (s. Anhang C.3.2: Befragung der teilnehmenden Leistungserbringer Teil 2) wurde Anfang Juli – also nach Versendung der Rückmeldeberichte an die DAS – ausschließlich an diejenigen Teilnehmer verschickt, die einen solchen Bericht erhalten hatten, nachdem von ihnen auswertbare Daten geliefert worden waren, da nur sie die Fragen entsprechend fundiert beantworten konnten.

4.9. Abschlussworkshop

Die Durchführung eines Abschlussworkshops ist ein wichtiger Bestandteil im Rahmen des bisherigen Konzepts der Probebetriebe. Der Workshop ermöglicht es allen Beteiligten sich zum Ende des Probebetriebs über alle denkbaren Aspekte der Durchführung auszutauschen, seien sie technischer, organisatorischer oder inhaltlicher Natur. Während des Meilensteintreffens wurde beschlossen, nach Möglichkeit zwei Abschlussworkshops durchzuführen, um so der regionalen Streuung der Teilnehmer Rechnung zu tragen. Aus diesem Grund wurden die zwei Workshops am 26. Juli in Düsseldorf (für Teilnehmer aus Nordrhein-Westfalen und Hamburg) und am 3. Juli in Eschborn (Hessen und Baden-Württemberg) durchgeführt. Beide Workshops waren zweigeteilt: der erste Teil war auf Anregung der Beteiligten technischen Fragen vorbehalten und beschränkte sich auf Aspekte der Datenannahme und der Software. Der zweite Teil war jeweils für alle Teilnehmer vorgesehen, also auch und gerade als Forum für direktes Feedback, Kritik und Anregungen durch die Leistungserbringer gedacht.

Außer dem SWA 3M waren alle Beteiligten SWA und DAS auf mindestens einem der beiden Workshops vertreten. Dazu kamen in Düsseldorf je ein Leistungserbringer aus dem stationären und einer aus dem niedergelassenen Bereich, sowie ein Vertreter der DKG. In Eschborn nahmen neben den DAS ein Vertreter der KBV, die VST und sechs Vertreter von drei Leistungserbringern aus dem stationären Bereich teil. Von den fünf ambulant-selektivvertraglichen Leistungserbringern konnte leider keiner die Teilnahme ermöglichen, sie wurden jedoch inhaltlich durch den SWA QuIK vertreten. Beide Workshops brachten wertvolle Erkenntnisse, teilweise auch Bestätigung für zuvor bereits vermutete Sachverhalte, die in die jeweiligen Auswertungsabschnitte eingeflossen sind.

5. Ergebnisse der Durchführung

Zu den Ergebnissen der Durchführung gehören die Darstellung der gelieferten Datensätze und deren Auswertung in technischer und inhaltlicher Hinsicht. Ergänzt werden diese Ergebnisse um die Auswertungen der beiden schriftlichen Befragungen und ggf. ergänzende Erkenntnisse aus den beiden Abschlussworkshops.

5.1. Gelieferte Daten – Übersicht

Dieser Abschnitt beschreibt die Datengrundlage auf der die Berechnungen und Auswertungen des Probebetriebs basieren. Am Anfang befinden sich Angaben zu den datenliefernden Einrichtungen und den übertragenen Datensätzen. Eine Trennung zwischen testweise gelieferten Datensätzen und den abschließend übermittelten Datensätzen erfolgt an dieser Stelle nicht. Die Testexporte konnten in Folge der Schwierigkeiten mit der Exportsoftware von allen Teilnehmern erst spät durchgeführt werden, so dass sich aufgrund dieser zeitlichen Nähe zueinander Test- und Echtexporte in der Regel nicht unterschieden. Insgesamt haben 17 Einrichtungen Daten liefern können. Berücksichtigt wurden alle Datenlieferungen bis einschließlich 14. Juni (ein LE konnte die Daten nach diesem Termin liefern, zwei weitere konnten die Exportdateien zwar erzeugen, aber den Export an die VST-DAS nicht durchführen). Minimaldatensätze wurden keine geliefert.

Tabelle 7: Übersicht über die gelieferten Datensätze

Einrichtung ¹⁴	Gelieferte Datensätze ohne Pseudonym	in Prozent	Gelieferte Datensätze mit Pseudonym	in Prozent	Gelieferte Datensätze gesamt
DAS1 LE1	80	100,00	0	0,00	80
DAS1 LE2	67	100,00	0	0,00	67
DAS1 LE3	269	100,00	0	0,00	269
DAS1 LE4	15	28,30	38	71,70	53
DAS1 LE5	113	51,13	108	48,87	221
DAS1 LE6	33	82,50	7	17,50	40
DAS1 LE7	33	100,00	0	0,00	33
DAS1 LE8	64	100,00	0	0,00	64
DAS2 LE1	419	87,29	61	12,71	480
DAS2 LE2	270	29,48	646	70,52	916
DAS2 LE3	226	19,95	907	80,05	1133
DAS2 LE4	309	100,00	0	0,00	309
DAS2 LE5	1325	99,47	7	0,53	1332
DAS3 LE1	7	100,00	0	0,00	7
DAS3 LE2	11	100,00	0	0,00	11
DAS4 LE1	237	100,00	0	0,00	237
DAS5 LE1	0	0,00	15	100,00	15
Gesamt	3478	66,03	1789	33,97	5267

¹⁴ Hier werden nicht die durch die jeweilige DAS vergebenen Pseudonyme verwendet, sondern vom AQUA-Institut nachträglich vergebene Kennzeichnungen. Die Systematik besteht aus einer Durchnummerierung der DAS und einer der Einrichtungen pro DAS.

Alle gelieferten Datensätze konnten zur Berechnung der Qualitätsindikatoren verwendet werden. Die Übermittlung von PID und damit von Pseudonymen spielt an dieser Stelle eine untergeordnete Rolle, da es mangels Follow-up-Daten keine zu erprobende Zusammenführung mittels Patientenpseudonym gab. Auf die Frage, warum ca. 2/3 der Datensätze ohne Patientenpseudonym geliefert wurden wird in den Abschnitten 5.7.1 und 7.3 eingegangen werden.

Die gelieferten Datensätze lassen sich noch etwas weiter ausdifferenzieren nach Sektor und nach Softwareanbieter:

Tabelle 8: Gelieferte Datensätze nach Sektoren

Sektor	Datensätze ohne Pseudonym	in Prozent	Datensätze mit Pseudonym	in Prozent	Gesamt
Ambulant-kollektivvertraglich, gesamt	674	81,50	153	18,50	827
Ambulant-selektivvertraglich, gesamt ¹⁵	0	0,00	15	100,00	15
Stationär, gesamt	2804	63,37	1621	36,63	4425
Gesamt	3478	66,03	1789	33,97	5267

Tabelle 9: Gelieferte Datensätze nach Softwareanbietern

Softwareanbieter	Datensätze ohne Pseudonym	in Prozent	Datensätze mit Pseudonym	in Prozent	Gesamt
QulK	3223	64,31	1789	35,69	5012
3M	255	100,00	0	0,00	255
Gesamt	3478	66,03	1789	33,97	5267

Mit dieser Darstellung ist ausdrücklich nur eine quantitative Aussage beabsichtigt und keine Wertung der Leistung oder der Qualität der einzelnen Teilnehmer oder Sektoren verbunden: Zum einen war der Teilnehmerkreis nicht repräsentativ für die Gesamtheit der bundesweit im Bereich *PCI und Koronarangiographie* tätigen Einrichtungen. Zum anderen ist die vergleichsweise niedrige Anzahl des SWA 3M zurückzuführen auf die niedrigere Zahl an Teilnehmern und die Verzögerungen bei der Bereitstellung der Software.

5.2. Ergebnisse auf Ebene der QS-Auslösung

Für den Probebetrieb wurden Ziffern spezifiziert, die so in die jeweilige Software integriert werden sollten, dass sie bei ihrer Erfassung die Dokumentationspflicht für einen Behandlungsfall anzeigen bzw. den Dokumentationsbogen auslösen (s. Anhang B.3: Anwenderinformationen zum QS-Filter Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie).

Es war anhand des Probebetriebs nicht möglich, Rückschlüsse auf die Auslösung bei den Leistungserbringern zu ziehen. Die Begründung dafür liegt in der verwendeten Software: QulK wies keine ausreichend tiefe Integration in die Primärsysteme der Praxen auf, als dass eine automatische Auslösung möglich gewesen wäre bzw. es wurde auf die möglichen, jedoch kostenintensiven Anpassungen für den Probebetrieb verzichtet. Stattdessen oblag es dem Behandler bzw. dem Dokumentierenden, einen dokumentationspflichtigen Fall als solchen zu erkennen und zu dokumentieren.

¹⁵ „Selektivvertraglich“ beschränkt sich hier auf einen Vertrag zwischen einer Krankenkasse – der AOK Baden-Württemberg – und Leistungserbringern. Verträge zwischen einer KV und Leistungserbringern waren nicht Gegenstand der Erprobung.

Die Software von 3M stand den Teilnehmern erst spät zur Verfügung. Vorgänge wurden dort in einer separaten Maske dokumentiert. Beide Vorgehensweisen sind für den Regelbetrieb nicht praktikabel. Spätestens dann muss die Software in der Lage sein, die dokumentationspflichtigen Fälle automatisch auszulösen.

5.3. Ergebnisse auf Ebene der Datenfelder

Im Folgenden wird auf inhaltliche Auffälligkeiten eingegangen, wie sie sich aus der Betrachtung der Ergebnisse der einzelnen Datenfelder in der Basisauswertung des Probetriebs ergeben.

Datenfeld „Art der Leistungserbringung“

Dieses Datenfeld ist um das Item „ambulant, selektivvertraglich“ zu ergänzen.

Datenfeld „Aufnahmezeit“

Dieses Datenfeld kann im Regelbetrieb entfallen.

Datenfeld „Art der Prozedur“

Zur Vereinheitlichung der Terminologie in den Bezeichnungen der Indikatoren und den Items der Datenfelder werden die Items umbenannt: „1= isolierte Koronarangiographie“, „2 = isolierte PCI“, „3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI“.

Datenfeld „Diabetes mellitus“

Dieses Datenfeld wurde im Probetrieb durch mehrere Items differenziert. Nach Angabe der Einrichtungen hatten 23,12 % der Patienten einen Diabetes mellitus. Bei 1.219 Patienten wurde ein insulinpflichtiger, nur bei einem Patienten aber ein nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus dokumentiert. Diese Verteilung ist aus ärztlicher Sicht nicht plausibel. Die Benennung der Items „ja, insulinpflichtig“ und „ja, nicht insulinpflichtig“ ist eindeutig. Wahrscheinlich wurden die Itembezeichnungen nicht sorgfältig gelesen und nur beim ersten „ja“-Item ein Kreuz gesetzt. Für den Regelbetrieb wird empfohlen, die beiden Items so anzuordnen, dass der häufigere, nicht-insulinpflichtige Diabetes vor dem selteneren, insulinpflichtigen Diabetes genannt wird. Dies entspräche auch einer Anordnung entsprechend dem Schweregrad der Erkrankung.

Datenfeld „Schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle“

Laut Ausfüllhinweis und Indikatordatenblatt zählen als schwere therapiebedürftige Blutung all jene Blutungen, die eine Thrombininjektion, eine Transfusion oder eine chirurgische Intervention erfordern. Diese Therapiemaßnahmen werden in eigenen Datenfeldern abgefragt. Es wurde keine „schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur“ dokumentiert, obwohl in den nachfolgenden Datenfeldern 3 Thrombininjektionen, zwei Transfusionen und eine chirurgische Intervention innerhalb von 4 Stunden nach Blutung an der Punktionsstelle eingetragen wurden. Es wird daher empfohlen, auf das übergeordnete Datenfeld „schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle“ zu verzichten und – wie bereits im Probetrieb geschehen – den Indikator aus der Summe der einzelnen Komplikationen zu berechnen.

Datenfeld „Door-Zeit“ und Datenfeld „Balloon-Zeit“

In vier Fällen wurde ein Door-Zeitpunkt nach dem Balloon-Zeitpunkt dokumentiert, so dass sich eine negative Door-to-balloon-Zeit ergab. Angesichts der deutlich negativen Werte zwischen -67 und -227 Minuten ist davon auszugehen, dass die Einträge des Door-Zeitpunkts und des Balloon-Zeitpunkts vertauscht wurden. Es wird daher empfohlen im Regelbetrieb eine Datenfeldplausibilisierung einzuführen, die einen Warnhinweis gibt, wenn der Door-Zeitpunkt eine spätere Zeit angibt als der Balloon-Zeitpunkt. In 27 Fällen (18%) waren Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt gleich, so dass sich eine unplausible Door-to-balloon-Zeit von 0 Minuten ergab. Hierbei handelte es sich um Fälle, in denen mindestens eine Zeitangabe in der Dokumentation fehlte. Um den QS-Bogen abschließen zu können, wurde die bekannte Uhrzeit auch in das andere Datenfeld übertragen oder die administrative Uhrzeit wurde in beide Felder eingesetzt. Da es sich um neue Datenfelder handelt, ist es nicht verwunderlich, wenn die am Probetrieb teilnehmenden Einrichtungen (insbesondere in der Notaufnahme) ihre Prozesse noch nicht so umgestellt haben, dass die abgefragten Zeiten durchgehend dokumentiert werden. Dies dürfte bis zum Regelbetrieb sehr viel häufiger der Fall sein, da die Datenfelder „Door-Zeitpunkt“ und „Bal-

loon-Zeitpunkt“ auch schon in der Spezifikation 2014 des esQS-Verfahrens enthalten sind. Grundsätzlich erscheint es aber sinnvoll für Patienten mit ST-Hebungsinfarkt ein Datenfeld „Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?“ einzuführen und damit auch einen entsprechenden Indikator (P029 Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt unbekannt) zu definieren. Um die Datenerfassung zu optimieren empfiehlt das AQUA-Institut die Datenfelder in „Door-Zeitpunkt“ und „Ballon-Zeitpunkt“ zu präzisieren und neben der Uhrzeit an dieser Stelle auch jeweils das spezifische Datum zu erfassen: Da es letztlich um wenige Minuten vor oder nach Mitternacht gehen kann, kann ein Bezug zum Aufnahmedatum bzw. Datum des Prozedurbeginns hier durchaus fehlerhaft sein. Eine ungenaue Datumszuordnung um Mitternacht herum würde aber einen Fehler in der Door-to-balloon-Zeit von 1.440 Minuten (24 Stunden) verursachen. Grundsätzlich sollte sich der Indikator „Door-to-balloon-Zeit“ nur auf jene Patienten beziehen, die mit einem ST-Hebungsinfarkt in die Einrichtung aufgenommen werden. Bei Patienten, die erst im Verlauf eines stationären Aufenthaltes einen Herzinfarkt erleiden, würde sich der Door-Zeitpunkt auf den weit zurückliegenden Aufnahmetag beziehen, der tatsächlich aber nicht Teil der Notfallversorgung des Herzinfarkts war. Diese Differenzierung gelingt durch die Einführung eines zusätzlichen Datenfeldes „Ist der STEMI Hauptdiagnose?“, welches später problemlos aus Sozialdaten bei den Krankenkassen abgeleitet werden kann.

Ein nach diesen Empfehlungen überarbeiteter Dokumentationsbogen sowie eine aktualisierte Liste der Ausfüllhinweise finden sich in den Anhängen B.1.2: Dokumentationsbogen nach dem Probetrieb und B.2.2: Ausfüllhinweise nach dem Probetrieb.

5.4. Ergebnisse auf Ebene der Indikatoren

Anschließend sollen die Gesamtergebnisse der Indikatorauswertungen im Probetrieb kurz bewertet werden. Wenn angemessen werden die Ergebnisse des Probetriebs mit analogen Indikatoren aus dem esQS-Verfahren *Koronarangiographie und PCI* verglichen.

QI	Bezeichnung des Indikators	Indikatorergebnis
QI 1	Indikation zur Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	23,8 %

Dieser Indikator stellt eine Neuerung gegenüber dem esQS-Verfahren dar. Vergleicht man das Indikatorergebnis des Probetriebs mit Daten aus der Basisauswertung des esQS-Verfahrens, so erscheint es plausibel. Die Bundesauswertung 2012 weist 86.338 Fälle mit der führenden Diagnose „Ausschluss KHK“ nach isolierter Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI und 247.432 Fällen mit der führenden Indikation zur Koronarangiographie „V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK“ auf, was einer Rate von 34,9 % entspräche. Da davon auszugehen ist, dass eine therapeutische Intervention nie bei fehlendem pathologischem Befund vorgenommen wird, sollte die Koronarangiographie im Rahmen einer Einzeitig-PCI aus der Grundgesamtheit des Indikators herausgenommen werden. Die Bezeichnung des Indikators sollte daher präzisiert werden: „Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund“.

QI	Bezeichnung des Indikators	Ergebnis Probetrieb 2013
QI 2	Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI	51,1%

Der Indikator ist mit dem esQS-Indikator 399 „Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie“ nicht vergleichbar. Gegenüber dem in der externen stationären QS verwendeten Indikator bezieht sich der sektorenübergreifend verwendete bei Patienten ohne akutes Koronarsyndrom nur auf objektive Ischämiezeichen. Andererseits schließt er Patienten mit akutem Koronarsyndrom ein, die im Indikator für die esQS ausgeschlossen werden. Da bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom stets eine dringliche bis notfallmäßige Indikation zur Koronarangiographie besteht, empfiehlt das AQUA-Institut den Indikator – ähnlich wie den für die esQS – auf elektive Koronarangiographien zu fokussieren und die Bezeichnung entsprechend anzupassen („Objektive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI“). Zu-

sätzlich sollten neben gesicherten auch fragliche Ischämiebefunde aus der objektiven (apparativen) Diagnostik bei Belastung (Item 2 = fraglich: 20,9% aller Patienten mit Koronarangiographie ohne akutes Koronarsyndrom) als Indikation zur Koronarangiographie akzeptiert werden.

QI	Bezeichnung des Indikators	Ergebnis Probebetrieb 2013
QI 3	Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI	98,8%

Das Ergebnis dieses Indikators erscheint im Vergleich zum Ergebnis des Indikators 2311 der esQS „Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz bei einer Verweildauer von über einem Tag“ (1,5%) plausibel. Dabei zeichnet sich ein Deckeneffekt ab. Aus medizinischer Sicht ist im Grunde ein Referenzwert von 100 % zu fordern. Für das erste Erfassungsjahr des Regelbetriebs wird ein Toleranzbereich oberhalb des 5. Perzentils empfohlen mit der Option später auf einen Sentinel-Event-Indikator zu wechseln. Zur Vereinheitlichung der Indikatoren sollte die Bezeichnung des Indikators umbenannt werden in „Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie“.

QI	Bezeichnung des Indikators	Ergebnis Probebetrieb 2013
QI 4	„Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h“	96,0%

Der Indikator stellt eine Neuerung gegenüber dem esQS-Verfahren dar. Der Indikator gibt den Anteil der STEMI Fälle bis 24 h mit einer Door-to-balloon-Zeit bis 90 Minuten an. Hierbei zeigt sich ein Deckeneffekt (143 von 149 Patienten hatten eine Door-to-balloon-Zeit ≤ 90 Minuten). Das Panel empfahl im Abschlussbericht 2011 einen Schwellenwert von 90 Minuten einzuführen, wie ihn der amerikanische Indikator AMI-8a der National Inpatient Quality Measure (The Joint Commission 2009)¹⁶ vorsah. Das AQUA-Institut empfiehlt für den Regelbetrieb den Grenzwert entsprechend der aktuellen europäischen Leitlinie (ESC 2012)¹⁷ auf 60 Minuten anzupassen (129 von 149 Patienten hatten eine Door-to-balloon-Zeit ≤ 60 Minuten). Eine Einschränkung auf STEMI < 24 Stunden wird in der Leitlinie nicht vorgenommen, so dass auch der Indikator alle STEMI einschließen sollte. Der Indikator sollte sich jedoch stets nur auf die Erst-PCI mit der Indikation STEMI beziehen und nur jene Patienten einschließen, die mit einem STEMI aufgenommen werden. Es wird daher empfohlen ein neues Datenfeld „Ist STEMI Hauptdiagnose?“ in die QS-Dokumentation aufzunehmen. Die Bezeichnung des Indikators sollte schließlich umbenannt werden in „Door-to-balloon-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt“. Die Datenfelder „Door-Zeitpunkt“ und „Balloon-Zeitpunkt“ sind bereits Teil der Spezifikation 2014 des esQS-Verfahrens, so dass bis zur Einführung des Regelbetriebs des Qesü-Verfahrens weitere bundesweite Erfahrungen mit diesen Datenfeldern gesammelt werden können. Da vereinzelt aber damit zu rechnen ist, dass bei Einführung des Regelbetriebs noch nicht in allen Fällen mit STEMI die geforderten Zeiten in den Krankenakten dokumentiert werden, erscheint ein zusätzlicher Indikator (mit entsprechendem Datenfeld) „Door-Zeitpunkt und Ballon-Zeitpunkt unbekannt“ (P029) zur Förderung der Dokumentationsumstellung sinnvoll.

QI	Bezeichnung des Indikators	Ergebnis Probebetrieb 2013
QI 5a	Isolierte Koronarangiographie mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²	16,2%
QI 5b	Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²	21,1%
QI 5c	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²	12,2%
QI 5d	Flächendosisprodukt – Flächendosisprodukt unbekannt	0,1%

¹⁶ The Joint Commission (2009). Measure Information Form (Acute Myocardial Infarction). In: Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures. Version 3.0: The Joint Commission: AMI-8.

¹⁷ ESC. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur. Heart J 2012;33:2569-2619.

Die Indikatoren entsprechen denen der esQS zur Strahlenbelastung (QI-ID 12774, 12775, 12779, 12773). Die Ergebnisse erscheinen plausibel. Aufgrund des sich abzeichnenden Bodeneffekts im Indikator QI 5d empfiehlt das AQUA-Institut, im ersten Erfassungsjahr bei einem Toleranzbereich oberhalb des 5. Perzentils zu bleiben und später die Überführung in einen Sentinel-Event-Indikator zu prüfen.

QI	Bezeichnung des Indikators	Ergebnis Probebetrieb 2013
QI 6a	Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Koronarangiographien (ohne PCI)	70 ml
QI 6b	Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller PCI ohne Einzeitig-PCI	100 ml
QI 6c	Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Einzeitig-PCI	130 ml

Die Indikatoren zur applizierten Kontrastmittelmenge wurden im esQS-Verfahren 2012 auf ratenbasierte Indikatoren (QI-ID 51405, 51406, 51407) umgestellt. Ratenbasierte Indikatoren geben den Einrichtungen einen klaren Zielwert für jeden Einzelfall vor und sind im Strukturierten Dialog einfacher zu überprüfen. Das AQUA-Institut empfiehlt dies auch für die entsprechenden Indikatoren des Qesü-Verfahrens. Die Schwellenwerte sollten – analog zum esQS-Verfahren – 150 ml (QI 6a), 200 ml (QI 6b) und 250 ml (QI 6c) betragen. Die Bezeichnungen der Indikatoren sollten entsprechend in „Isolierte Koronarangiographien (ohne PCI) mit Kontrastmittelmenge über 150 ml“ (QI 6a), „Isolierte PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit Kontrastmittelmenge über 200 ml“ (QI 6b) und „Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml“ (QI 6c) umbenannt werden.

QI	Bezeichnung des Indikators	Ergebnis Probebetrieb 2013
QI 7	Komplikationsrate an der Punktionsstelle	0,3%

Dieser Indikator stellt eine Neuerung gegenüber dem esQS-Verfahren dar. Im Probebetrieb musste dieser Indikator aus operationellen Gründen auf einen Beobachtungszeitraum eingegrenzt werden, der der durchschnittlichen postprozeduralen Aufenthaltsdauer in einer ambulanten Einrichtung nach Koronarangiographie (4 Stunden) bzw. PCI (12 Stunden) entspricht. Die fallbezogene QS-Dokumentation ermöglichte auch eine Dokumentation in einem längeren Zeitintervall, sofern der Patient in der Einrichtung verblieb. Hierbei zeigte sich, dass insbesondere chirurgische Revisionen nach Blutungen an der Punktionsstelle meist erst nach mehr als 12 Stunden erfolgten. Das kurze Beobachtungsintervall von 4-12 Stunden ist daher medizinisch nicht sinnvoll. Das AQUA-Institut empfiehlt im Rahmen der Prüfung der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, diesen Indikator auf die Nutzung von Sozialdaten umzustellen und ein angemessenes, längeres Follow-up-Intervall einzuführen. Die Bezeichnung des Indikators sollte umformuliert werden in „Komplikationen an der Punktionsstelle“.

QI	Bezeichnung des Indikators	Ergebnis Probebetrieb 2013
QI 8a	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI – Indikation STEMI bis 24 Stunden	89,7%
QI 8b	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)	94,7%

Der Indikator 8a ist nicht mit dem gleichlautenden Indikator (QI-ID 2063) des esQS-Verfahrens vergleichbar, da er sich auf die Beurteilung des poststenotischen Blutflusses nach der TIMI-Klassifikation bezieht. Das Gesamtergebnis erscheint plausibel. Für den Regelbetrieb sollten alle STEMI in den Indikator einbezogen werden. In der Erstellung des Risikomodells wird geprüft werden, ob für die Differenzierung STEMI < 24 Stunden und STEMI > 24 Stunden adjustiert werden muss. Die Bezeichnung des Indikators wird angepasst: „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI – Indikation ST-Hebungsinfarkt“. Damit erfolgt eine Vereinheitlichung der Grundgesamtheiten für die inhaltlich aufeinander bezogenen Indikatoren QI 4 („Door-to-balloon“-Zeit bei ST-Hebungsinfarkt), QI 8a (Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei ST-Hebungsinfarkt) und QI 10c (MACCE bei Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt).

Der QI 8b entspricht dem Indikator „Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI“ aus dem esQS-Verfahren

und weist ein vergleichbares Ergebnis auf. Mit der Einführung der Dokumentation eines Nicht-ST-Hebungsinfarkts (NSTEMI) im Rahmen des akuten Koronarsyndroms im Datenfeld „Indikation zur PCI“ (s.u.) sollte auch beim NSTEMI die TIMI-Klassifikation zur Anwendung kommen (Indikator 8b).

QI	Bezeichnung des Indikators	Ergebnis Probebetrieb 2013
QI 9	Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI	0,0%

Bei diesem Indikator scheint ein ausgeprägter Bodeneffekt vorzuliegen. Aus der QS-Dokumentation des Probebetriebs geht hervor, dass kein einziger der 5.267 Patienten mit Koronarangiographie oder PCI bis zu 24 Stunden nach der Prozedur zur Notfall-CABG verlegt oder überwiesen wurde. Das AQUA-Institut empfiehlt, auf diesen im Grunde redundanten Indikator zu verzichten, die Notwendigkeit einer Notfall-CABG aber als Teil der MACCE-Indikatoren zu belassen. Die MACCE-Indikatoren sollten jedoch bei Einbeziehung der Sozialdaten im Regelbetrieb einen längeren, medizinisch angemesseneren Beobachtungszeitraum erfassen als im Probebetrieb.

QI	Bezeichnung des Indikators	Ergebnis Probebetrieb 2013
QI 10a	MACCE - Patienten mit Koronarangiographie (ohne PCI)	0,1%
QI 10b	MACCE bei PCI	1,0%
QI 10c	MACCE - Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	3,0%

Die MACCE-Indikatoren sind mit den gleichlautenden Indikatoren des esQS-Verfahrens (QI-ID 414, 418, 2237) nicht vergleichbar. Zum einen wurde das Beobachtungsintervall aus operationellen Gründen auf 4 bzw. 12 Stunden nach der Prozedur verkürzt. Desweiteren wurde die MACCE-Definition um die Notfall-PCI am selben Gefäß und die Notfall-CABG-Operation erweitert. Die Gesamt-Ergebnisse dieser Indikatoren zeigen, dass die kurzen Beobachtungsintervalle von 4 bzw. 12 Stunden nach der Prozedur medizinisch nicht sinnvoll sind. Das AQUA-Institut empfiehlt im Rahmen der Prüfung der Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen daher, diese Indikatoren auf die Nutzung von Sozialdaten umzustellen und ein angemessenes, längeres Follow-up-Intervall einzuführen. Um die Bezeichnungen der Indikatoren zu vereinheitlichen empfiehlt das AQUA-Institut den QI 10b umzubenennen in „MACCE - Patienten mit PCI“.

QI	Bezeichnung des Indikators	Ergebnis Probebetrieb 2013
QI 11	Sterblichkeit im Nachbeobachtungszeitraum 12 Stunden - bei Patienten mit PCI	0,4%

Dieser Indikator ist mit dem Indikator der Sterblichkeit im Krankenhaus nach PCI im esQS-Verfahren (QI-ID 417) nicht vergleichbar. Das AQUA-Institut empfiehlt diesen im Grunde redundanten Indikator nicht fortzuführen, die Kurzzeitsterblichkeit aber in der Berechnung der MACCE-Indikatoren zu belassen. Die MACCE-Indikatoren sollten jedoch ein etwas längeres, medizinisch angemesseneres Beobachtungsintervall abdecken (s.o.). Sobald Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Qualitätssicherung genutzt werden können, werden zudem die Follow-up-Indikatoren der 30-Tage Sterblichkeit nach PCI und der 1-Jahr Sterblichkeit nach PCI umgesetzt werden. Für die bessere Risikoadjustierung der Sterblichkeit nach PCI wurde in der Spezifikation 2014 des esQS-Verfahrens die Dokumentation des Nicht-ST-Hebungsinfarkts explizit in den Datenfeldern „Führende Indikation zur Koronarangiographie“ und „Indikation zur PCI“ eingeführt (zuvor nur unter „akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebungsinfarkt“ subsummiert). Das AQUA-Institut empfiehlt, dies auch im sektorenübergreifenden Verfahren zu tun.

Das nach diesen Empfehlungen überarbeitete Indikatorenset findet sich im Anhang A.2: Indikatorenset nach dem Probebetrieb.

5.5. Auswertung der schriftlichen Befragung der Einrichtungen (Teil 1)

Der erste Teil der Einrichtungsbefragung weist insgesamt 29 Fragen auf, von denen 23 von allen teilnehmenden Einrichtungen beantwortet werden sollten. Soweit an dieser Stelle angebracht erfolgt bereits eine kurze Kommentierung der Ergebnisse, wobei angesichts der niedrigen Teilnehmerzahl immer die mangelnde Repräsentativität zu beachten ist.

Die Fragen 24 bis 29 bezogen sich auf die besondere Rolle der VST-DAS in Baden-Württemberg und waren ausschließlich durch die dokumentierenden Teilnehmer im selektivvertraglichen Bereich zu beantworten. Zu diesen Fragen sind leider nur 3 von 5 möglichen Bögen ausgefüllt zurückgeschickt worden. Aus Sicht des AQUA-Instituts ist eine Auswertung dieser Bögen in ausführlicher Form nicht sinnvoll. Stattdessen wird versucht, die Antworten der drei Teilnehmer zusammengefasst darzustellen.

5.5.1. Fragen für alle Einrichtungen

Frage 1: Welche der folgenden Eingriffe wurden von Ihrer Einrichtung im Rahmen des Probebetriebs dokumentiert? (Mehrfachantworten möglich)

Verwertbare Antworten: 12

Tabelle 10: Frage 1: Absolute und relative Häufigkeiten dokumentierter Eingriffe

Dokumentierte Eingriffe	Anzahl	Anteil in %
Koronarangiographie	12	38,7
Perkutane Koronarintervention	10	32,3
Einzeitig PCI	9	29

Frage 2: Welche Behandlungsformen wurden dokumentiert? (Mehrfachantworten möglich)

Verwertbare Antworten: 12

Tabelle 11: Frage 2: Dokumentierte Behandlungsformen

Art der Behandlung	Anzahl	Anteil in %
Vollstationäre Krankenhausbehandlungen (§301 SGB V)	7	36,7
Belegärztliche Leistungen im Krankenhaus	1	5,3
Ambulant vertragsärztliche Leistungen (§§ 295, 116 SGB V)	4	21,1
Ambulante Operationen (§ 115b SGB V)	3	15,8
Ambulant vorstationäre Behandlungen (§ 115a SGB V)	0	0
Selektivvertragliche Leistungen	4	21,1

Anmerkung: Es ist offensichtlich so, dass einige Teilnehmer hier alle Behandlungsformen angegeben haben, die durch sie bzw. ihre Einrichtung während des Zeitraums des Probebetriebs erbracht wurden und nicht nur jene, die sie für den Probebetrieb dokumentiert haben.

Frage 2a: Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben: wo haben Sie die QS-Dokumentation dazu durchgeführt?

Verwertbare Antworten: 12

Tabelle 12: Frage 2a: Behandlungsformen und jeweilige Dokumentationsorte (Differenz zu 100%: fehlende Angaben)

Art der Behandlung und Ort der Dokumentation	Im Herzkatheterlabor	In der Praxis	Anderer Ort
Vollstationäre Krankenhausbehandlungen (§301 SGB V)	71,4 %	0 %	21,6 %
Belegärztliche Leistungen im Krankenhaus	50 %	0 %	50 %
Ambulant vertragsärztliche Leistungen (§§ 295, 116 SGB V)	50 %	25 %	25 %
Ambulante Operationen (§115b SGB V)	50 %	0 %	50 %
Ambulant vorstationäre Behandlungen (§ 115a SGB V)	-	-	-
Selektivvertragliche Leistungen	50 %	25 %	25 %

Anmerkung: Es ist offensichtlich so, dass einige Teilnehmer hier alle Behandlungsformen angegeben haben, die durch sie bzw. ihre Einrichtung während des Zeitraums des Probetriebs erbracht wurden und nicht nur jene, die sie für den Probetrieb dokumentiert haben.

Frage 3: Welche QS-Dokumentationssoftware wurde im Rahmen des Probetriebs von Ihnen genutzt?

Verwertbare Antworten: 12

Tabelle 13: Frage 3: Verwendete QS-Dokumentationssoftware

Verwendete QS-Dokumentationssoftware	Anzahl	Anteil in %
3M	3	25
QulK-Register	9	75

Frage 4 bis Frage 9 (kombinierte Darstellung der Antworten in Tabelle 14):

Frage 4: Welches Krankenhausinformationssystem (KIS) oder Arztinformationssystem (AIS/PVS) wurde von Ihnen während des Probetriebs genutzt?

Frage 5: Wurden die PID über eine Schnittstelle aus dem KIS bzw. AIS/PVS automatisch in die QS-Software übertragen?

Verwertbare Antworten: 12 Ja: 6 (50 %) Nein: 6 (50 %)

Frage 6: Warum konnten die PID nicht vom KIS bzw. AIS/PVS in die QS-Software übertragen werden?

Erwartete Antworten: 6 Verwertbare Antworten: 6

Frage 7: War stattdessen während des Probetriebs ein Kartenlesegerät zum Einlesen der PID am Ort der Leistungserbringung verfügbar?

Erwartete Antworten: 6 Verwertbare Antworten: 6

Frage 8: Falls die Voraussetzungen für die elektronische Erfassung oder automatische Übertragung der PID nicht vorlagen: Wie haben Sie die PID erfasst?

Erwartete Antworten: 4 Verwertbare Antworten: 4

Frage 9: Wurden dokumentationspflichtige Fälle automatisch durch die Software ausgelöst/angezeigt?

Verwertbare Antworten: 10 Ja: 5 (50 %) Nein: 5 (50 %)

Tabelle 14: Fragen 4 bis 8: Verwendetes KIS/PVS und automatische Übertragung der PID (kombinierte Darstellung)

Nr.	Angabe	Automatische Übertragung der PID in die QS-Software	Gründe für die fehlende automatische Übertragung der PID in die QS-Software	War stattdessen ein Kartenlesegerät vorhanden?	Wie haben Sie die PID stattdessen erfasst?	Wurden dokumentationspflichtige Fälle automatisch durch die Software ausgelöst/angezeigt?
1 (Praxis)	QuK	Nein	Keine Schnittstelle vorhanden	Nein	Manuell	Nein
2 (KH)	OR-BIS/Agfa	Nein	Keine Schnittstelle vorhanden	Ja, war bereits vor dem Probetrieb vorhanden		Ja
3 (Praxis)	Medistar	Ja				Ja
4 (KH)	SAP	Ja				Ja
5 (Praxis)	ixx.isynet	Ja				Nein
6 (Praxis)	k. A.	Nein	Keine Schnittstelle vorhanden	Nein	Manuell	Nein
7 (Praxis)	k. A.	Nein	Keine Schnittstelle vorhanden	Nein	Manuell (teilweise)	unbekannt
8 (KH)	Siemens	Ja				Ja
9 (Praxis)	MCS-Isynet	Ja				Ja
10 (KH)	Siemens medico	Ja				Ja
11 (Praxis)	Albis	Nein	Keine Schnittstelle vorhanden	Nein	Manuell	Nein
12 (KH)	WORIS	Nein	Keine Schnittstelle vorhanden	Ja, war bereits vor dem Probetrieb vorhanden		Nein

Anmerkung: Die Vollständigkeit und Richtigkeit der Antworten vorausgesetzt lässt sich kein Muster erkennen hinsichtlich der automatischen Übertragbarkeit der PID aus dem Primärsystem. Dies ist angesichts der Heterogenität der verwendeten Software bzw. Softwarekombinationen allerdings nicht überraschend. Es zeigt sich aber, dass in den Krankenhäusern eine automatische Auslösung wegen des vorhandenen esQS-Verfahrens in der Regel erfolgt, während dies in den Praxen eher nicht der Fall ist.

Frage 10: Standen während des Dokumentationsvorgangs alle benötigten Daten für die Eingabe in die Datenfelder zur Verfügung?

Erwartete Antworten: 12 Verwertbare Antworten: 10

Ja: 7 (70 %); Nein: 3 (30 %)

Frage 11: Für welche Datenfelder standen beim Dokumentieren die erforderlichen Angaben nicht zur Verfügung?

Erwartete Antworten: 3 Verwertbare Antworten: 3

Tabelle 15: Frage 11: Erforderliche Angaben, die nicht zur Verfügung standen

Teilnehmer-Nr.	Kommentar
1	1) Entlassungsdiagnose 2) Datum der Prozedur(Feld 28)
2	1) Versichertennummer 2) Krankenkasse 3) Status 4) Bereich 5) Ergänzung
3	PCI spezifische Daten wurden händisch aus Akte bzw. Dokubogen LHKM übertragen

Frage 12: Aus welchem Grund standen die genannten QS-Daten nicht für die Eingabe zur Verfügung?

Erwartete Antworten: 3 Verwertbare Antworten: 3

Tabelle 16: Frage 12: Gründe für nicht zur Verfügung stehende Daten

Antwortmöglichkeiten	Anzahl	Anteil in %
Die fehlenden Daten werden bei uns nicht regelmäßig erhoben	0	0
Fehlende Schnittstelle zwischen KIS bzw. PVS/AIS und QS-Software	2	75
Probleme bei den vorhandenen Schnittstellen zwischen KIS bzw. PVS/AIS und QS-Software	1	25
Andere	0	0

Frage 13: Standen während des Dokumentationsvorgangs folgende zu dokumentierende administrative Daten für die Eingabe in die Datenfelder zur Verfügung?

Verwertbare Antworten: 12

Tabelle 17: Frage 13: Verfügbarkeit administrativer QS-Daten im Krankenhaus und in Arztpraxen

QS-Datum	Ja	Nein	Trifft nicht zu	k. A.	Gesamt
Institutskennzeichen (Krankenhaus)	6	1	4	1	12
Betriebsstättennummer (Krankenhaus)	6	1	4	1	12
Betriebsstättennummer (Praxis)	8	0	1	3	12
Nebenbetriebsstättennummer (Praxis)	3	2	3	4	12
Lebenslange Arztnummer (Praxis)	6	2	1	3	12
Fachabteilung (Krankenhaus)	6	0	4	2	12
Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	12	0	0	0	12
Geburtsdatum des Patienten	12	0	0	0	12
Geschlecht des Patienten	12	0	0	0	12
Aufnahmedatum des Patienten	7	3	1	1	12
Aufnahmezeitpunkt des Patienten	4	4	2	2	12

Frage 14: Aus welchem Grund standen die genannten administrativen Daten nicht für die Eingabe zur Verfügung?

Tabelle 18: Frage 14: Grund, warum die administrativen Daten nicht zur Verfügung standen

Teilnehmer-Nr.	Kommentar
1	„nur manuell“
2	„Angaben unter "Trifft nicht zu" sind für Dokumentation nicht notwendig.“
3	„tatsächlicher Aufnahmezeitpunkt nicht regelhaft bekannt“

Frage 15: Waren die Hinweise bei Eingabefehlern verständlich?

Erwartete Antworten: 12 Verwertbare Antworten: 9 Ja: 9 Nein: 0

Frage 16: Bitte nennen Sie die Hinweise, die Sie nicht verständlich fanden:

Die einzige Antwort war der Kommentar „Beim Hochladen der Daten für den Probetrieb wurden lange Fehlerlisten angegeben, die völlig unverständlich waren.“

Die Antwort bezieht sich jedoch nicht auf die Fehlermeldungen bei Eingabefehlern, sondern auf die Fehlermeldungen aus Rückprotokollen.

Frage 17: Wie hoch war der durchschnittliche Zeitaufwand für die nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten pro dokumentationspflichtigem Fall (exkl. der Einarbeitungszeit)?

Tabelle 19: Frage 17: Durchschnittlicher Zeitaufwand für die Dokumentation pro dokumentationspflichtigem Fall

Zeitaufwand	1-10 min.	11-20 min.	21-30 min.	≥30 min.
Beschaffung notwendiger patientenrelevanter Informationen und Daten für die QS-Dokumentation	8 (72,7 %)	1 (9,1 %)	2 (18,2 %)	0 (0 %)
Ausfüllen des QS-Dokumentationsbogens	7 (63,6 %)	2 (18,2 %)	2 (18,2 %)	0 (0 %)
Überprüfung und Fehlerkorrektur der QS-Dokumentation	8 (72,7 %)	1 (9,1 %)	2 (18,2 %)	0 (0 %)

Anmerkung: Der Aufwand unterscheidet sich (so die Auskunft auf explizite Nachfrage während beider Abschlussworkshops) nicht von dem für das bisherige esQS-Verfahren bzw. die Datenerfassungen für das QuIK-Register.

Frage 18: Von wem wird die QS-Dokumentation überwiegend durchgeführt?

Verwertbare Antworten: 12

Tabelle 20: Frage 18: Dokumentierende Personen

Dokumentation durch	Anzahl	Anteil in %
Arzt/Ärztin	8	66,7
Medizinische/r Fachangestellte/r	3	25
Medizinische/r Dokumentar/in	1	8,3
andere	0	0

Frage 19: Betroffene Mitarbeiter insgesamt:

Verwertbare Antworten: 12

Min: 1 Max: 7 Arithmetischer Mittelwert: 3,3

Frage 20: Wie viel Zeit lag in der Regel zwischen einem Eingriff und der dazugehörigen QS Dokumentation?

Tabelle 21: Frage 20: Zeit zwischen Eingriff und QS Dokumentation

Zeit zwischen Eingriff und Dokumentation	Anzahl	Anteil in %
Bis zu 24 Stunden	9	75
Bis zu einer Woche	3	25
Bis zu vier Wochen	0	0
Mehr als vier Wochen	0	0

Frage 21: Wie oft wurde der QS-Dokumentationsbogen vor der abschließenden Speicherung/Datenübermittlung in der Regel bearbeitet?

Min: 1 Max: 5 Arithmetischer Mittelwert: 2

Frage 22: Frage zur EDV-technischen Komponente: Wie hoch war der Zeitaufwand für die im Folgenden aufgeführten Aspekte im Rahmen des Probebetriebs und wie schätzen Sie ihn persönlich ein?

Tabelle 22: Frage 22: Zeitaufwand in Minuten für Installation und Betrieb der EDV-technischen Komponente für die QS-Dokumentation

Zeitaufwand für	Verwertbare Antworten	Mittelwert (min.)	Median (min.)	Min/Max (min.)
Installation der Dokumentationssoftware	5	43,2	20	1/120
Installation der Exportsoftware	5	72,2	60	1/120
Datenexport	4	146,3	150	45/240
Telefonische Unterstützung durch den Softwareanbieter	3	50,0	60	15/75
Telefonische Unterstützung durch das AQUA-Institut	3	21,7	20	20/25

Tabelle 23: Frage 22: Beurteilung des Zeitaufwands für Installation und Betrieb der EDV-technischen Komponente für die QS-Dokumentation

Beurteilung des durchschnittlichen Zeitaufwands für	Verwertbare Antworten	Mittelwert (1=gering, 4=hoch)	Min/Max (min.)
Installation der Dokumentationssoftware	5	2,0	1/3
Installation der Exportsoftware	5	3,2	1/4
Datenexport	4	3,0	2/4
Telefonische Unterstützung durch den Softwareanbieter	3	2,7	2/4
Telefonische Unterstützung durch das AQUA-Institut	3	2,7	2/3

Anmerkung: Die leider nur von wenigen Teilnehmern gemachten Angaben zu den Zeitaufwänden erscheinen sehr hoch. Nach Auffassung aller Teilnehmer an den beiden Abschlussworkshops ist dies jedoch den besonderen Umständen eines Probebetriebs und der kurzen Vorbereitungszeit geschuldet.

Frage 23: Gibt es weitere Anmerkungen von Ihnen zum Probebetrieb?

Die fünf Freitextanmerkungen flossen in die Auswertung mit ein.

5.5.2. Zusatzfragen für Teilnehmer in Baden-Württemberg

Alle Fragen in diesem Zusatzbogen befassten sich mit dem Umstand, dass im selektivvertraglichen Bereich die Vertrauensstelle als Datenannahmestelle zuständig ist und sich für die Datenannahme einer Portallösung bedient. Das bedeutet, dass jeder Teilnehmer sich zunächst in Papierform bei der VST-DAS anmelden musste. Daraufhin bekam er Zugangsdaten zugesickt, die er im Verlauf der Installation eines sogenannten Zertifikats benötigt, eines Programms, das lokal installiert wird und die grundsätzliche Zugangsberechtigung zum Portal verifiziert. Ist dieser initiale Vorgang abgeschlossen, kann sich der Nutzer jederzeit beim Portal anmelden, braucht dazu aber für jede Sitzung ein neues Einmalkennwort, das an seine registrierte Handynummer geschickt wird.

Bei der Darstellung der Antworten werden jeweils alle Antworten aufgeführt, die auswertbar waren. Auf die Berechnung statistischer Werte wurde verzichtet. Die Fragen im Einzelnen:

Frage 24: Wie hoch war der Zeitaufwand für die im Folgenden aufgeführten Aspekte und wie schätzen Sie ihn ein?

Tabelle 24: Frage 24: Zeitaufwand in Minuten für einzelne Aspekte der Installation, Anmeldung und Export

Teilbereich	Zeitaufwand (min.) insgesamt	Einschätzung des Aufwands (1=gering, 4=hoch)
Studieren der Installationsanleitung	k. A. / k. A. / 60	3 / k. A. / 3
Studieren der Anmeldungsinformationen	k. A. / k. A. / 60	3 / k. A. / 3
Erstmalige Anmeldung am Internetportal	k. A. / k. A. / Tage	3 / k. A. / 4
Datenexport	k. A. / k. A. / Wochen	4 / 4 / 4
Telefonische Unterstützung durch die Vertrauensstelle	k. A. / k. A. / k. A.	3 / k. A. / „trifft nicht zu“

Frage 25: Konnten Sie die Installation der Zertifikatssoftware der Vertrauensstelle ohne weiteres durchführen?

Antworten: 1 Ja, 2 Nein Gründe für Nein: k. A., „zu kompliziert“

Frage 26: Konnten Sie die einzelnen Anmeldungen zum Hochladen der Exportdateien ohne Weiteres durchführen?

Antworten: 1 Ja, 2 Nein Gründe für Nein: k. A., „ständige Fehlermeldungen“

Frage 27: Wie häufig haben Sie sich am Portal der Vertrauensstelle angemeldet?

Tabelle 25: Frage 27: Häufigkeit der Anmeldung am Portal der VST-DAS

Häufigkeit der Anmeldung	Anzahl
1 Mal	0
2 bis 5 Mal	1
5 bis 10 Mal	0
Öfter als 10 Mal	2

Frage 28: Wie lange dauerte es bei diesen Anmeldungen in der Regel bis zur Zusendung des Einmalkennworts per SMS/E-Mail durch die Vertrauensstelle?

Tabelle 26: Frage 28: Dauer der Zusendung des Einmalkennworts durch die VST-DAS

Dauer bis zu Zusendung	Anzahl
Bis zu einer Minute	1
Bis zu fünf Minuten	1
Bis zu zehn Minuten	0
Länger, nämlich	1 – „hat nicht funktioniert“

Frage 29: Gibt es weitere Anmerkungen von Ihnen zum Verfahren der Datenannahme der Vertrauensstelle?

Eine Anmerkung floss in die Gesamtbeurteilung mit ein.

Zusammenfassung

Wie bereits beschrieben ist eine Auswertung angesichts der geringen Anzahl der Antworten und ihrer Vollständigkeit kaum sinnvoll möglich. Erschwerend kommt hinzu, dass Fragen teilweise in einer Weise beantwortet wurden, die sich einer systematischen Auswertung entzieht. Es ergibt sich aber aus den drei vorliegenden Fragebögen der Eindruck, dass das Verfahren als verhältnismäßig umständlich und zeitintensiv empfunden wird. Je nach Vorkenntnissen wird auch die Zertifikats-Installation als eher umständlich empfunden.

Die im Ergebnisbericht zum Probetrieb *Kataraktoperation* vom AQUA-Institut noch bemängelte Dauer zwischen der Anmeldung eines Teilnehmers am Portal und der Zusendung des zur Anmeldung am Portal notwendigen Einmalkennworts auf sein Mobiltelefon scheint hingegen mittlerweile akzeptabel zu sein.

5.6. Auswertung der schriftlichen Befragung der Einrichtungen (Teil 2)

Der zweite Teil der Befragung befasste sich mit der Verständlichkeit der erstellten Rückmeldeberichte, die, so die Annahme, insbesondere den Teilnehmern aus dem niedergelassenen Bereich nicht vertraut sind. Dieser Teil des Fragebogens konnte sinnvollerweise nur an diejenigen verschickt werden, die zuvor Daten geliefert und daraufhin einen Rückmeldebericht erhalten hatten. Von 17 verschickten Fragebögen gingen acht wieder beim AQUA-Institut ein.

Frage 1: Falls zutreffend: Konnten Sie den verschlüsselt übermittelten Feedbackbericht entschlüsseln?

Tabelle 27: Frage 1: Entschlüsseln des Rückmeldeberichts

Gesamt	Ja	Nein	War nicht verschlüsselt	Keine Angabe
8	3	0	4 ¹⁸	1

Frage 2: Ist bei den Qualitätsindikatoren verständlich dargestellt, was ein „guter“ bzw. anzustrebender Wert ist (hoher/niedriger Wert)?

Tabelle 28: Frage 2: Verständlichkeit der Indikatoraussagen

Ja	Nein	Vermutlich
6	0	2

Frage 3: Sind die Grundlagen (Inhalt, Zähler/Nenner) der einzelnen Indikatoren verständlich dargestellt?

Tabelle 29: Frage 3: Verständlichkeit der Indikatorgrundlagen

Ja	Nein	Vermutlich
7	0	1

¹⁸ Die Berichte sind verschlüsselt von der BAS verschickt und von der DAS weitergeleitet worden. Allerdings hat der SWA die Entschlüsselung der Berichte zumindest für einen Teil seiner Kunden übernommen, so dass es für diese Teilnehmer den Anschein hatte, die Berichte seien ihnen unverschlüsselt zugegangen.

Frage 4: Bei welchen Qualitätsindikatoren hatten Sie Mühe, die Ergebnisse nachzuvollziehen oder die eigenen Ergebnisse einzuordnen und aus welchem Grund war dies an der betreffenden Stelle der Fall (Mehrfachnennungen!)

Tabelle 30: Frage 4: Einordnung der Indikatorergebnisse

Keine	„Vermutlich keine“	Frage
6	1	2

Die Fragen bezogen sich auf Details zu den Indikatoren und werden den Teilnehmern direkt beantwortet.

Frage 5: Gibt es im Bericht statistische Werte, die für Sie schwer nachzuvollziehen bzw. zu interpretieren sind?

Tabelle 31: Frage 5: Nachvollziehbarkeit statistischer Werte

Nein	„Vermutlich nein“	Frage
4	1	3

Die Anmerkungen bezogen sich auf Details eines Indikators und einer graphischen Darstellung und werden den Teilnehmern direkt beantwortet.

Frage 6: War Ihnen die Leseanleitung bei der Durchsicht des Berichts eine Hilfe?

Tabelle 32: Frage 6: Nutzen der Leseanleitung

Ja	Nein	Teilweise
5	1	2

Frage 6a: Wenn Sie mit „Nein“ oder „Teilweise“ geantwortet haben: Welche Angaben müssten aus Ihrer Sicht optimiert bzw. wie müssten die Inhalte der Leseanleitung verändert werden?

Antworten mit „teilweise“ beziehen sich auf die Anmerkungen, die bereits zu den Fragen 4 und 5 gemacht wurden.

Frage 7: Haben Sie hinsichtlich der Feedbackberichte noch weitere Anregungen, Kritik oder Hinweise?

Tabelle 33: Frage 7: Weitere Hinweise und Anregungen

Ja	Nein	Keine Angabe
1	5	2

Zusammenfassung

Der Rückmeldebericht scheint – angesichts der geringen Beteiligung in aller Vorsicht formuliert – als insgesamt verständlich angesehen zu werden. Dies war im Krankenhausbereich zu erwarten, da dort diese Form der Berichte etabliert ist. Umso erfreulicher ist es jedoch, dass auch aus dem niedergelassenen Bereich ähnlich lautende Rückmeldungen gekommen sind.

5.7. Beurteilung des Datenflusses/Übertragungsverfahrens

Grundsätzliche Einigkeit herrschte unter den Teilnehmern der Abschlussworkshops, dass das Datenflussverfahren sich hinsichtlich der Auslösung dokumentationspflichtiger Fälle und des Exports der Daten von den Einrichtungen bis zur Bundesauswertungsstelle eignet. Schwierigkeiten in Auslösung, Dokumentation, Export und nachfolgendem Datenfluss wurden als besondere Umstände eines Probebetriebs gesehen und ausschließlich auf zeitliche bzw. Ressourcenengpässe zurückgeführt. Dennoch gibt es je nach Sektor unterschiedliche Erfahrungen und Schwierigkeiten, die daher auch, soweit erforderlich, separat behandelt werden. Darüber hinaus existieren auch noch grundsätzliche Schwierigkeiten, die insbesondere mit der Umsetzung der Vollzähligkeitsprüfung in einem sektorenübergreifenden QS-Verfahren zusammenhängen.

Im folgenden Abschnitt werden diese Auffälligkeiten und Schwierigkeiten grundsätzlicher Natur thematisiert und, soweit möglich, Lösungsvorschläge gemacht.

5.7.1. Patientenidentifizierende Daten

Grundlage der Zusammenführung von verschiedenen, zusammengehörigen Behandlungsfällen ist die Verknüpfung dieser Datensätze mittels des Patientenpseudonyms. Dieses Pseudonym wird, soweit vorhanden, aus der lebenslangen Versichertennummer des Patienten gebildet. Steht die lebenslange Versichertennummer für einen Patienten noch nicht zur Verfügung, so wird das Pseudonym durch die VST-PSN stattdessen aus der alten, krankenkassenspezifischen Versichertennummer des Patienten¹⁹ und dem Institutskenzeichen der jeweiligen Krankenkasse (IKNR) gebildet. Im Ergebnis sind die Tabelle 33 dargestellten Eingänge von Datensätzen mit Pseudonymen zu verzeichnen gewesen. Zudem wurden die mit und ohne Pseudonym übermittelten Datensätze zum OP-Datum in Beziehung gesetzt, um so mögliche Muster im Zeitverlauf zu erkennen.

Tabelle 34: Datensätze mit und ohne Pseudonym²⁰

Einrichtung	Gelieferte Datensätze ohne Pseudonym	in Prozent	Gelieferte Datensätze mit Pseudonym	in Prozent	Anmerkung zur Verfügbarkeit der PID (Resultat aus der Betrachtung des Zeitverlaufs)
DAS1 LE1	80	100,00	0	0,00	Keinerlei Pseudonyme → keine PID vorhanden
DAS1 LE2	67	100,00	0	0,00	Keinerlei Pseudonyme → keine PID vorhanden
DAS1 LE3	269	100,00	0	0,00	Keinerlei Pseudonyme → keine PID vorhanden
DAS1 LE4	15	28,30	38	71,70	PID standen erst Mitte Februar zur Verfügung
DAS1 LE5	113	51,13	108	48,87	Bis Ende Februar keine PID, danach nur vereinzelt fehlende Pseudonyme, die vermutlich auf Erfassungsfehler zurückzuführen sind
DAS1 LE6	33	82,50	7	17,50	PID standen bei insgesamt niedriger Fallzahl nur vereinzelt zur Verfügung, was auf eine manuelle Erfassung der PID schließen lässt.
DAS1 LE7	33	100,00	0	0,00	Keinerlei Pseudonyme → keine PID vorhanden.

¹⁹ Diese Nummern wurden von jeder Kasse nach internen Schemata vergeben, die jedoch nicht unter den Krankenkassen abgestimmt waren. Insofern konnte es kassenübergreifend betrachtet zu Doppelvergaben kommen.

²⁰ In der Tabelle werden nicht die durch die jeweilige DAS vergebenen Pseudonyme verwendet, sondern vom AQUA-Institut nachträglich vergebene Kennzeichnungen. Die Systematik besteht aus einer Durchnummerierung der DAS und einer der Einrichtungen pro DAS.

Einrichtung	Gelieferte Datensätze ohne Pseudonym	in Prozent	Gelieferte Datensätze mit Pseudonym	in Prozent	Anmerkung zur Verfügbarkeit der PID (Resultat aus der Betrachtung des Zeitverlaufs)
DAS1 LE8	64	100,00	0	0,00	Keinerlei Pseudonyme → keine PID vorhanden
DAS2 LE1	419	87,29	61	12,71	PID standen erst ab Mitte Februar und dann auch nur vereinzelt zur Verfügung, was auf manuelle Erfassung schließen lässt.
DAS2 LE2	270	29,48	646	70,52	Die fehlenden Pseudonyme verteilen sich gleichmäßig über den gesamten Dokumentationszeitraum, was den Schluss zulässt, dass die fehlenden Pseudonyme ihre Ursache in Erfassungsfehlern haben.
DAS2 LE3	226	19,95	907	80,05	Bis Mitte Januar kaum Pseudonyme, danach regelmäßig, was auf eine Automatisierung der PID-Erfassung in irgendeiner Form schließen lässt.
DAS2 LE4	309	100,00	0	0,00	Keinerlei Pseudonyme → keine PID vorhanden
DAS2 LE5	1.325	99,47	7	0,53	Die sehr wenigen Fälle ohne jegliches Muster lassen auf vereinzelte manuelle Erfassung der PID schließen.
DAS3 LE1	7	100,00	0	0,00	Keinerlei Pseudonyme → keine PID vorhanden
DAS3 LE2	11	100,00	0	0,00	Keinerlei Pseudonyme → keine PID vorhanden
DAS4 LE1	237	100,00	0	0,00	Keinerlei Pseudonyme → keine PID vorhanden
DAS5 LE1	0	0,00	15	100,00	PID standen (bei niedriger Fallzahl) jedes Mal zur Verfügung, wurden aber manuell dokumentiert
Gesamt	3.478	66,03	1.789	33,97	

Notwendigkeit der PID

Bislang war es für kein Verfahren notwendig, dass die PID mit dokumentiert und übermittelt wurden. Einzige Ausnahme bilden sechs Leistungsbereiche in der esQS, die seit 2011 probeweise mit PID dokumentiert und seit 2012 auch exportiert werden. Erst seit 2011 also und ausschließlich im stationären Bereich gibt es Erfahrungen mit der Notwendigkeit, PID zu dokumentieren und zu übermitteln.

Grundsätzliche Verfügbarkeit der PID im Krankenhaus

Aufgrund der neuen Notwendigkeit stellt sich die Frage, ob diese Daten für die QS zur Verfügung stehen. Im stationären Sektor ist es in aller Regel so, dass die PID im KIS als Primärsystem für administrative und/oder Abrechnungszwecke zur Verfügung stehen. Die QS-Software ist jedoch insofern von diesem Primärsystem getrennt, als dass sie vereinfacht ausgedrückt nur diejenigen Daten zur Verfügung gestellt bekommt bzw. nutzt, die sie zur Erfüllung ihrer spezifischen Aufgabe benötigt. Da die PID bislang nicht benötigt wurden, stehen sie

dementsprechend auch nicht per se zur Verfügung. Dass sie in den teilnehmenden Krankenhäusern zumindest teilweise zur Verfügung standen ist vermutlich ein Nebeneffekt der dort für die esQS bereits vorgenommenen Anpassungen seit 2011 und erleichtert die Umsetzungen für den Probetrieb.

Grundsätzliche Verfügbarkeit der PID in den Arztpraxen

Auch in den Arztpraxen sind die PID im Primärsystem zu denselben Zwecken vorhanden wie in dem der Krankenhäuser. Im niedergelassenen Bereich gibt es bislang jedoch kaum die Notwendigkeit einer zusätzlichen QS-Dokumentationssoftware, weil es bis auf sehr wenige Ausnahmen keine externe QS im niedergelassenen Bereich gibt. Zwar gibt es mit dem QuK-Register ein QS-Verfahren, das allerdings vollkommen ohne Integration in das Primärsystem auskommt und somit auch nicht notwendigerweise geeignete Schnittstellen für die Übertragung der PID bietet, schlicht weil bislang die Notwendigkeit nicht gegeben ist.

Verfügbarkeit der PID bei der dokumentierenden Einrichtung

Relativ eindeutig (wenn auch weiterhin mit den geschilderten Problemen der grundsätzlichen Verfügbarkeit behaftet) sind die PID des Patienten dann am Ort der QS-Dokumentation (wenn auch nicht in derselben Software) vorhanden, wenn Administration des Patienten und QS-Dokumentation des Eingriffs an ein und demselben Ort geschehen. Eine weitere Frage wurde aber insbesondere beim zweiten Abschlussworkshop aufgeworfen. Es stellt sich das Problem, dass die PID nicht notwendigerweise an der Stelle vorliegen, die die Dokumentationsverantwortung für einen Eingriff hat. Aus Sicht der am Abschlussworkshop teilnehmenden Praktiker entsteht ein Problem dort, wo diese Einheit nicht gegeben ist, wenn also z.B. Krankenhaus und niedergelassener Kardiologe eng verzahnt kooperieren. Es ist an dieser Stelle zunächst einmal unerheblich, auf welcher rechtlichen Grundlage beide Leistungserbringer zusammenarbeiten. Entscheidend ist, dass es in diesem Beispiel keinerlei Schnittstelle zwischen dem KIS des Krankenhauses, das die administrativen Angaben (also auch die PID) enthält, und dem Dokumentationssystem des niedergelassenen Arztes gibt, das wiederum die PID für die QS-Dokumentation bräuchte. Es wurde von den Teilnehmern aktuell keine Möglichkeit gesehen, dies unter den gegebenen Rahmenbedingungen anders zu gestalten.

Alternativen zur automatischen Bereitstellung der PID

Eine manuelle Erfassung kommt aus Zeitgründen und angesichts der Fehleranfälligkeit für den Regelbetrieb nicht in Betracht. Im Rahmen des Probetriebs hat sich insbesondere QuK bemüht, kostengünstige Alternativen für die Dauer des Probetriebs zu finden. In einigen Katheterlaboren wurde schließlich versucht, mittels eines nachträglichen bzw. erneuten Einlesens der Versichertenkarte die PID zu erfassen. Dies scheitert in der Praxis jedoch meist daran, dass die Karte zum Zeitpunkt des Eingriffs bzw. der QS-Dokumentation – insbesondere in Notfällen – nicht verfügbar ist.

Fazit zur Erfassung und Bereitstellung der PID

Es zeigt sich, dass nur ca. 34% der Datensätze der teilnehmenden Einrichtungen ein Pseudonym enthielten. Es wird angenommen, dass fehlende Pseudonyme nur in seltenen Fällen auf fehlerhafte PID zurückzuführen sind, aufgrund der die VST-PSN aus den PID kein Pseudonym erzeugen konnte. Vielmehr ist davon auszugehen, dass im Probetrieb eine Vielzahl der Teilnehmer keine PID geliefert haben, aus denen Pseudonyme hätten erzeugt werden können. Diese Tatsache wurde schon früh im Probetrieb offenbar, als Einrichtungen mitteilten, sie seien nicht in der Lage, PID zu erheben und zu übermitteln. Das AQUA-Institut hatte daraufhin, um die Auswertung der Daten an sich nicht zu gefährden, gegenüber diesen Leistungserbringern eher auf die Dokumentation der PID verzichtet als den Abbruch des Probetriebs durch die betreffenden Teilnehmer zu riskieren.

Die Bereitstellung der PID in den Krankenhäusern erscheint mittelfristig angesichts der Erfahrungen mit den esQS-Follow-up-Verfahren nicht problematisch. Es hat sich gezeigt, dass die erforderlichen Schnittstellen in anderen Leistungsbereichen geschaffen werden konnten, sobald die rechtliche Vorgabe vorhanden war und eine verpflichtende Erprobung durchgeführt wurde.

Grundsätzlich ist auch für niedergelassene Ärzte, die gleichzeitig für Administration und Dokumentation eines Vorgangs verantwortlich sind, davon auszugehen, dass die SWA entsprechende QS-Dokumentationssoftware und/oder die erforderlichen Schnittstellen zur Übermittlung der PID schaffen werden.

Ein anderes Problem sind die von den Teilnehmern vorgebrachten Bedenken hinsichtlich einer Schnittstelle zwischen IT-Systemen von Praxen und Krankenhäusern. Diese technischen Strukturen sind zwar aktuell nicht vorhanden, unterscheiden sich jedoch nicht von denen sektorgleicher Schnittstellen.

5.7.2. Auslösung der Dokumentationspflicht – technische Aspekte

Ebenfalls eng mit der Frage der Verfügbarkeit von Informationen und Daten zur richtigen Zeit am richtigen Ort hängt das Problem der automatischen Auslösung der Dokumentationspflicht zusammen. In der esQS wird die Dokumentationspflicht über einen vom AQUA-Institut spezifizierten QS-Filter ausgelöst. Wird eine dokumentationspflichtige Leistung z.B. mittels GOP oder OPS dokumentiert, zeigt dieser QS-Filter die Dokumentationspflicht an. Dies setzt eine tiefe Integration von Primärsystem, QS-Filter und QS-Dokumentationssoftware voraus wie sie im stationären Bereich mittlerweile gegeben ist. Entsprechend gab es bei den Teilnehmern aus dem stationären Bereich überwiegend keine grundsätzlichen Schwierigkeiten, die Dokumentationspflicht für die stationären Eingriffe anzuzeigen. Der QS-Filter des Probetriebs wurde analog zu dem des regulären esQS-Verfahrens ausgelöst, so dass die Eingriffe dokumentiert werden konnten. Der einzige Unterschied für die Teilnehmer bestand darin, dass die (automatisierte) Exportdatei an eine andere Empfängeradresse geschickt werden musste.

Eine solche Integration ist, wie der Softwareanbieter Duria eG im Probetrieb *Kataraktoperationen* gezeigt hat, auch im niedergelassenen Bereich möglich. Voraussetzung für den Regelbetrieb ist jedoch, dass alle SWA diese Erfordernisse auch für den ambulanten Bereich umsetzen.

Eine analoge Problematik zur Verfügbarkeit der PID zeigt sich dort, wo administrative Verantwortung für den Patienten und Dokumentationsverantwortung für den Eingriff in unterschiedlichen Sektoren (niedergelassen bzw. stationär) liegen. Die Lösungsansätze sind deswegen dieselben: Überprüfung der Voraussetzungen zur Schaffung von Schnittstellen zwischen Krankenhaus und Praxis, gegebenenfalls Anpassung der notwendigen Rahmenbedingungen und schließlich die technische Umsetzung.

5.7.3. Weitere Aspekte der Auslösung im ambulant-selektivvertraglichen²¹ Bereich

Während die Abrechnungsziffern zur Auslösung im Verfahren *PCI und Koronarangiographie* im stationären und im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich gut definiert werden können, stellen sich in den Selektivverträgen nicht nur die erwähnten technischen Problemen, sondern zwei weitere nachfolgend beschriebene.

Selektivverträge in der externen QS

Es gibt eine wachsende Zahl von Selektivverträgen im Bereich der niedergelassenen Ärzte aller Fachrichtungen, sowohl zwischen Ärzten und Krankenkassen als auch zwischen Ärzten und kassenärztlichen Vereinigungen. Um die Vergleichbarkeit zu stationär und ambulant-kollektivvertraglich erbrachten Leistungen herzustellen, sollen auch die Selektivverträge und die in ihrem Rahmen erbrachten Leistungen für die sektorenübergreifende QS dokumentiert werden. Die Selektivverträge werden jedoch zwischen den jeweiligen Partnern abgeschlossen. Ein Pflicht etwas zur Anzeige solcher Verträge oder eine verbindliche Registrierung der Verträge und ihrer Inhalte gibt es bislang nicht. Dies ist im Hinblick auf die externe QS deswegen kritisch, weil dadurch dem AQUA-Institut nicht bekannt ist, welche Verträge in welchen Verfahren existieren.

QS-Auslöser der externen QS bei Selektivverträgen

Für die Auslösung der Dokumentationspflicht bedarf es, wie beschrieben, zuverlässiger Filterkriterien, die in der Regel aus Prozedureschlüssel und/oder Abrechnungsziffern und/oder Diagnoseschlüssel bestehen. Im Rahmen der Selektivverträge werden ebenfalls festgelegte Ziffern zu Abrechnungszwecken verwendet. Diese folgen jedoch keiner festgelegten Systematik und gelten nur zwischen den Vertragspartnern. Da auch hier – wie bei den Verträgen an sich – keine zentrale Registrierung erfolgt, sind die jeweiligen spezifischen Kodierungen dem AQUA-Institut nicht bekannt. Mit der Nutzung dieser Kodierungen wären aber ohnehin zwei Unwägbarkeiten verbunden: zum einen würde die Pflege aller Schlüssel aller einschlägigen Selektivverträge im QS-Filter einen enormen Aufwand sowohl für die spezifizierende Stelle als auch für die SWA bedeuten. Zum anderen aber wären Doppelungen der Ziffern nicht ausgeschlossen, da sie auf Ebene der Bundesländer vergeben

²¹ „Selektivvertraglich“ beschränkt sich hier auf einen Vertrag zwischen einer Krankenkasse – der AOK Baden-Württemberg – und Leistungserbringern. Verträge zwischen einer KV und Leistungserbringern waren nicht Gegenstand der Erprobung.

werden und sich somit deutschlandweit betrachtet überschneiden können, wobei sie dann in unterschiedlichen Bundesländern zudem für unterschiedliche Leistungen stehen könnten.

Die derzeit einzige Möglichkeit sieht das AQUA-Institut darin, dass zusätzlich zu den vertragsspezifischen Ziffern eine allgemeingültige Kodierung im Rahmen solcher Verträge erfolgen muss. Konkret würde dies eine Verpflichtung der selektivvertraglich tätigen Leistungserbringer bedeuten, die für die anderen beiden Sektoren vorgesehenen Ziffern ebenfalls zu dokumentieren, damit die QS-Auslösung effektiv und vergleichbar ist.

5.7.4. Vollzähligkeitsprüfung

Die Vollzähligkeitsprüfung im Bereich der esQS beruht auf dem Prinzip eines Abgleichs der Anzahl gelieferter QS-Dokumentationen („Ist“) mit der Anzahl abgerechneter Behandlungsfälle („Soll“). Das „Ist“ sind also die Fälle, die anhand des QS-Filters als dokumentationspflichtig ausgelöst, dokumentiert, exportiert und als fehlerfrei von der DAS/BAS quittiert bzw. fehlerfrei in den Bundesdatenpool übernommen werden. Das „Soll“ wird am Ende des Betrachtungszeitraums (in der Regel ein Kalenderjahr) dadurch ermittelt, dass ein inhaltsgleicher QS-Filter aus den Abrechnungsdaten des Krankenhauses einmalig die Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle ermittelt.

Auch in den Verfahren der sektorenübergreifenden QS ist eine Vollzähligkeitsprüfung zwingend vorgesehen, die grundsätzlich demselben Prinzip folgt: Abgleich der QS-Dokumentationen mit den abgerechneten Behandlungsfällen. Werden Leistungen vollstationär erbracht, kann das oben beschriebene Verfahren zum Einsatz kommen. Werden Leistungen durch einen niedergelassenen Arzt ambulant nach §295 SGB V erbracht ist dies ebenso eindeutig: Die Abrechnung erfolgt durch den Arzt mit der KV. Im Unterschied wird das „Soll“ dann gemäß Qesü-RL allerdings nicht bei den einzelnen Ärzten/in den einzelnen Praxen ermittelt, sondern durch die KV anhand administrativer Daten, voraussichtlich Abrechnungsdaten.

Vollzähligkeitsprüfung im Probetrieb *PCI und Koronarangiographie*

Im Rahmen des Probetriebs konnte keine Vollzähligkeitsprüfung durchgeführt werden, da es weder automatisierte (und damit verbindliche) Auslösungen gab, noch die Möglichkeit zur Ermittlung valider Sollzahlen. Hätten als „Ist“ noch die tatsächlich gelieferten Dokumentationen angesehen werden können, so ist angesichts der beschriebenen Probleme und der teilweise geringen Zahlen dokumentierter Fälle klar, dass es sich nicht um brauchbare Zahlen gehandelt hätte.

Die Ermittlung eines unterjährigen „Soll“ in einem als Folge der Begleitumstände nicht klar zu definierenden Zeitraums hätte im Krankenhaus nicht funktioniert. In den niedergelassenen Praxen hätte das „Soll“ für die Teilnehmer über Abrechnungsdaten der KV ermittelt werden müssen, die dieser nach eigener Auskunft jedoch nur mit großer zeitlicher Verzögerung in ausreichend valider Form zur Verfügung stehen.

5.7.5. Datenannahme im selektivvertraglichen Bereich

Erstmals konnte die VST-DAS außerhalb rein technischer Erprobungen in den Datenfluss involviert werden. Von den fünf Praxen in Baden-Württemberg, die eine Teilnahmeerklärung unterschrieben hatten²² sollten ausschließlich die Fälle für den Probetrieb dokumentiert werden, die im Rahmen des Selektivvertrags mit der AOK Baden-Württemberg erbracht wurden. Auch hier war keine automatische Auslösung möglich. Die Dokumentation der Fälle erfolgte in der Oberfläche von QuK und ein entsprechender Marker sorgte für die Selektion beim Export.

Inhalt dieses Abschnitts sind allein die Besonderheiten, die sich für die Teilnehmer in Baden-Württemberg durch die VST-DAS ergaben. Die Anmeldeprozedur ist bereits in Abschnitt 5.5.2 beschrieben worden.

Bereits zu Beginn des Probetriebs war von den Teilnehmern bzw. von QuK angemerkt worden, dass sich die Fallzahlen der Praxen in Baden-Württemberg voraussichtlich in einer Größenordnung von durchschnittlich weniger als 10 pro Praxis für den gesamten Dokumentationszeitraum bewegen würden. Dennoch sollten diese Fälle dokumentiert werden, um Erkenntnisse und Einschätzungen aus der Praxis zum selektivvertraglichen Datenfluss zu gewinnen. Bedauerlich war, dass drei der fünf teilnehmenden Praxen erst im Januar zum Probe-

²² Letztendlich konnten vier Praxen dokumentieren; die Daten einer dieser vier Praxen konnten für die Auswertung herangezogen werden.

betrieb hinzukamen und sich somit der Beginn der Dokumentation verzögerte. Darüber hinaus zeichnete sich früh ab, dass eine Praxis den Probetrieb nicht durchführen würde. Es gab dazu zwar keine Mitteilung der Praxis, andererseits wurde aber auch auf keinerlei schriftliche oder telefonische Ansprache reagiert, so dass de facto nur vier Praxen am Probetrieb teilnahmen.

Nutzerfreundlichkeit

Die Exportdateien konnten nach Anfangsproblemen von den vier verbliebenen Praxen erzeugt werden. Mehr Schwierigkeiten bereiteten die Installation des Zertifikats der Vertrauensstelle, die Anmeldung dort und das Hochladen der Dateien. Besonders problematisch erscheint ein Umstand, der bereits zu einem früheren Zeitpunkt vom AQUA-Institut zu bedenken gegeben worden war: Bei den Praxen handelt es sich um Einzelpraxen bzw. jedenfalls um kleine Praxen, die in aller Regel kein technikgeschultes Personal haben. Es zeigte sich, dass schon das Installieren des Zertifikats ein Problem darstellte. Erschwerend kommt hinzu, dass genau genommen ein Rechner angemeldet und auch nur diesem einen Rechner dann der Zugang gewährt wird. Soll von einem zweiten Rechner exportiert werden oder – wie im Probetrieb in einer Praxis geschehen – ist der angemeldete Rechner nicht mehr brauchbar, muss eine neue Installation des Zertifikats erfolgen.

Das zweite Hindernis stellten offenbar die Einmalkennworte dar, die zwar einerseits von der VST als sicherer Weg eingeschätzt werden, die andererseits das Verfahren für den Nutzer umständlich gestalten. Die Nutzer bemängelten neben dem komplizierten Verfahren die Tatsache, dass sie nicht ausreichend unterstützt würden und nicht-automatisierte Schritte unternommen werden müssten. Inwiefern dies später durch die Umsetzungen der SWA erleichtert werden kann – also durch automatisches Erzeugen der Exportdateien und Einlesen der Transaktionsprotokolle – ist derzeit offen und nicht zuletzt eine Frage des zu tätigenden finanziellen Aufwands. Zurzeit müssen Datenflussprotokolle aktiv durch den Arzt im Portal abgeholt werden. Fest steht, dass der Anmeldevorgang zum Hochladen der Datei nicht mit vertretbarem Aufwand automatisiert erfolgen kann. Zweifelhafte erscheint weiterhin, ob die Darstellung der Protokolle in der Praxissoftware möglich sein wird: Für die Rücksendung der Protokolle wird die bei der Anmeldung angegebene E-Mail-Adresse verwendet, die in der Regel eine private des Arztes oder eine der Praxis ist. Dieses führt ebenso dazu, dass ein weiteres Problem, das im Probetrieb aufgetreten ist, nicht gelöst werden könnte: Ist eine Datei einmal von der VST-DAS abgelehnt worden, ist die Identifikationsnummer dieser Datei gemäß der Spezifikation „verbraucht“. Ein erneuter Versuch, sie hochzuladen – egal ob mit unveränderten oder mit korrigierten Inhalten – scheitert bereits an dieser Tatsache. Ein automatisiertes System würde vor dem erneuten Exportversuch einen neuen Dateinamen vergeben. Der Arzt selber kann dies zwar theoretisch auch, allerdings würde dies ein hohes Maß an Kenntnis über Dateiaufbau und -inhalte verlangen, das keinesfalls vorausgesetzt werden kann. Diese Aufgabe sollte von der Software übernommen werden. Inwieweit dies angesichts der oben beschriebenen manuell auszuführenden Schritte jedoch möglich ist, ist derzeit offen.

Sicherheit

Nach Kenntnis des AQUA-Instituts ist es aufgrund einer fehlenden Legitimationsprüfung durch die VST-DAS nicht zu überprüfen, ob sich tatsächlich eine echte Arztpraxis anmeldet oder ob sich ein Unbefugter Zugang verschaffen will.

Schlussfolgerungen

Ein Webportal zur Datenannahme ist spezifikationskonform, allerdings müssen Detailfragen hinsichtlich Sicherheit und Praktikabilität überprüft werden. Nach Einschätzung des AQUA-Instituts geht das Verfahren der Datenübertagung an die VST-DAS an den Bedürfnissen und Möglichkeiten kleiner Praxen vorbei, ohne dass sich dadurch ein echter Sicherheitsvorteil gegenüber anderen Verfahren erkennen ließe.

6. Beantwortung der in der Machbarkeitsprüfung aufgeworfenen Fragen

6.1. Aussagen im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung zur Überprüfung einzelner Indikatoren im Probebetrieb

Indikator	Aussage Machbarkeitsprüfung	Anmerkung Probebetrieb
P028a_1 „Door-to-balloon“-Zeit bei STEMI (S. 68)	Zum Vergleich mit der alten Operationalisierung der „Door-Zeit“ wird empfohlen, das Datenfeld 16 (Aufnahmezeitpunkt) im Probebetrieb noch beizubehalten.	Im Probebetrieb bestätigte sich die Vermutung aus dem esQS-Verfahren, dass der automatisch ausgeleitete, administrative Aufnahmezeitpunkt letztlich nicht als valide im Sinne des angestrebten Door-Zeitpunktes zu werten ist, so dass der nun manuell einzutragende Door-Zeitpunkt zu bevorzugen ist. Im sektorenübergreifenden Verfahren kann daher auf das Datenfeld „Aufnahmezeitpunkt“ verzichtet werden (siehe Dokumentationsbogen nach Probebetrieb im Anhang B.1.2).
OU006 MACCE – Patienten mit Koronarangiographien (ohne PCI) (S. 41)	Um einen gleichen Nachbeobachtungszeitraum im ambulanten und stationären Bereich sicherzustellen, wird das Erhebungsintervall für den Indikator OU006 auf 4h nach der Koronarangiographie (ohne PCI) angepasst. Um den Einfluss dieser Modifikation auf die Validität des Indikators prüfen zu können, sollen die Komplikationen im stationären Bereich im Probebetrieb sowohl bis einschließlich 4h als auch von 5h-12h dokumentiert werden.	Die im Probebetrieb erprobten Zeitfenster sind aus medizinischer Sicht unangemessen klein. Auch der im Abschlussbericht definierte Beobachtungszeitraum von 24 Stunden kann medizinisch auf Grundlage der Daten des Probebetriebs nicht als angemessen gelten. Diese Beobachtungszeiten bis 24 Stunden wurden nur im Hinblick auf eine QS-Dokumentation bei ambulanten Leistungserbringern gewählt. Sobald Sozialdaten genutzt werden können, müssen neue, medizinisch angemessene Intervalle im Umfang mehrerer Tage definiert werden. Dies wird im Rahmen des Auftrags „Sozialdaten und PCI“ erfolgen. Der Beobachtungszeitraum für MACCE soll dann auch wieder gleich sein für Koronarangiographien und PCI.
OU007a_1 MACCE – Patienten mit PCI (ohne Einzeitig-PCI) (S.42)	Um einen gleichen Nachbeobachtungszeitraum im ambulanten und stationären Bereich sicherzustellen, wird das Erhebungsintervall für MACCE-Komplikationen auf 12h nach dem letzten Eingriff angepasst. Um den Einfluss dieser Modifikation auf die Validität dieses Indikators prüfen zu können, sollen die Komplikationen im stationären im Probebetrieb sowohl bis einschließlich 12h als auch von 13h-24h dokumentiert werden.	Die Zeitfenster sind aus medizinischer Sicht unangemessen klein. Auch der im Abschlussbericht definierte Beobachtungszeitraum von 24 Stunden kann medizinisch auf Grundlage der Daten des Probebetriebs nicht als angemessen gelten. Diese Beobachtungszeiten bis 24 Stunden wurden nur im Hinblick auf eine QS-Dokumentation bei ambulanten Leistungserbringern gewählt. Sobald Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt werden können, müssen neue, medizinisch angemessene Intervalle im Umfang mehrerer Tage definiert werden. Dies wird im Rahmen des Auftrags „Sozialdaten und PCI“ erfolgen. Der Beobachtungszeitraum für MACCE soll dann auch wieder gleich sein für Koronarangiographien und PCI.

Indikator	Aussage Machbarkeitsprüfung	Anmerkung Probebetrieb
OU009a MACCE – Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungs- infarkt (S. 42)	Der Indikator wird auf die MACEE- Nachbeobachtungszeit von 12h angepasst. Auch für diesen Ergebnisindikator wird eine Risikoadjustierung im Probebetrieb ge- prüft.	Die Zeitfenster sind aus medizinischer Sicht unangemessen klein. Auch der im Abschlussbe- richt definierte Beobachtungszeitraum von 24 Stunden kann medizinisch auf Grundlage der Daten des Probebetriebs nicht als angemessen gelten. Diese Beobachtungszeiten bis 24 Stun- den wurden nur im Hinblick auf eine QS- Dokumentation bei ambulanten Leistungser- bringern gewählt. Sobald Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt werden können, müssen neue, medizinisch angemessene Intervalle im Umfang mehrerer Tage definiert werden. Dies wird im Rahmen des Auftrags „Sozialdaten und PCI“ erfolgen. Der Beobachtungszeitraum für MACCE soll dann auch wieder gleich sein für Koronarangiographien und PCI. Im Probebetrieb erfolgte keine Risikoadjustie- rung, da die Grundgesamtheit der Patienten mit „STEMI bis 24 Stunden“ nur 168 Patienten um- fasste.
OU077_1 Rate der durchgeführ- ten CABGs innerhalb 24h nach PCI (S. 41)	Das AQUA-Institut schlägt vor, den OP- Zeitpunkt durch den Verlegungszeitpunkt zu ersetzen. Zudem wird der Nachbeobach- tungszeitraum nach ambulanter und stati- onärer Durchführung der Prozedur verein- heitlicht, d.h. auf 12h herabgesetzt. Die Bezeichnung des Indikators ist demnach in „Rate der Notfall-Verlegungen zur CABG- Operation innerhalb 12h nach PCI“ umzu- benennen. Um den Einfluss dieser Modifi- kation auf die Validität des Indikators prü- fen zu können, sollen die Notfallverlegun- gen zur CABG-OP im stationären Bereich im Probebetrieb sowohl bis einschließlich 12h als auch von 13h-24h dokumentiert werden. Der Ergebnisindikator wird risiko- adjustiert.	Bei diesem im Grunde redundanten Indikator scheint ein ausgeprägter Bodeneffekt vorzulie- gen. Aus der QS-Dokumentation des Probebe- triebs geht hervor, dass kein einziger der 5.266 Patienten mit Koronarangiographie oder PCI bis zu 24 Stunden nach der Prozedur zur Notfall- CABG verlegt oder überwiesen wurde. Das AQUA-Institut empfiehlt, auf den Indikator zu verzichten. Die Notwendigkeit einer Notfall- CABG sollte aber weiterhin Teil der MACCE- Indikatoren bleiben, die bei Einbeziehung der Sozialdaten bei den Krankenkassen einen länge- ren Zeitraum als im Probebetrieb erfassen soll- ten.
S032a_1 Komplika- tionsrate an der Punktions- stelle (S. 40)	Um einen gleichen Nachbeobachtungszeit- raum im ambulanten und stationären Be- reich sicherzustellen, wird das Erhebungs- intervall für den Indikator S032a_1 auf 4h nach diagnostischer Koronarangiographie und auf 12h nach PCI einschließlich Einzeitig-PCI angepasst. Der Indikator wird umbenannt: „Komplikationsrate an der Punktionsstelle“. Um den Einfluss dieser Modifikation auf die Validität des Indika- tors prüfen zu können, sollen die Komplika- tionen im stationären Bereich im Probebe- trieb sowohl bis einschließlich 4h als auch von 5h-12h und von 13h-24h dokumentiert werden.	Die Zeitfenster sind aus medizinischer Sicht unangemessen klein. Auch der im Abschlussbe- richt definierte Beobachtungszeitraum von 24 Stunden kann medizinisch auf Grundlage der Daten des Probebetriebs nicht als angemessen gelten. Diese Beobachtungszeiten bis 24 Stun- den wurden nur im Hinblick auf die QS- Dokumentation bei ambulanten Leistungser- bringern gewählt. Sobald Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt werden können, müssen neue, medizinisch angemessene Intervalle im Umfang mehrerer Tage definiert werden. Dies wird im Rahmen des Auftrags „Sozialdaten und PCI“ erfolgen. Der Beobachtungszeitraum für Komplikationen an der Punktionsstelle soll dann auch wieder gleich sein für Koronarangiogra- phien und PCI.

Indikator	Aussage Machbarkeitsprüfung	Anmerkung Probebetrieb
OU011a Sterblichkeit (Letalität) im Nachbeobachtungszeitraum 24h – bei Patienten mit PCI (S. 42)	Um einen gleichen Nachbeobachtungszeitraum im ambulanten und stationären Bereich sicherzustellen, wird das Erhebungsintervall für den Indikator OU011a (Akut-Sterblichkeit) auf 12h nach dem letzten Eingriff angepasst. Der Indikator wird entsprechend umbenannt: „Sterblichkeit (Letalität) im Nachbeobachtungszeitraum 12h – bei Patienten mit PCI“. Um den Einfluss dieser Modifikation auf die Validität des Indikators prüfen zu können, soll die Sterblichkeit im stationären Bereich im Probebetrieb sowohl bis einschließlich 12h als auch von 13h-24h dokumentiert werden.	Das AQUA-Institut empfiehlt diesen im Grunde redundanten Indikator nicht fortzuführen, die Kurzzeit-Sterblichkeit aber in der Berechnung der MACCE-Indikatoren zu belassen. Die MACCE-Indikatoren sollten jedoch ein etwas längeres, medizinisch angemesseneres Beobachtungsintervall abdecken (s.o.). Sobald Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Qualitätssicherung genutzt werden können, werden die Follow-up-Indikatoren der 30-Tage Sterblichkeit nach PCI und der 1-Jahr Sterblichkeit nach PCI umgesetzt werden.

6.2. Zusätzliche Aussagen im Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung im Hinblick auf den Probebetrieb

Aussage Machbarkeitsprüfung ²³	Antwort/Anmerkung Probebetrieb
„Nach den Ergebnissen der Machbarkeitsprüfung sollte eine Auslösung des Dokumentationsbogens PCI mit den in den Einrichtungen verwendeten Abrechnungsdaten möglich sein. Aus Sicht des AQUA-Instituts muss dies aber im Probebetrieb vertieft getestet werden. Grundsätzlich bieten sich sowohl OPS-Verschlüsselungen (stationärer Bereich, ambulantes Operieren) als auch eine GOP (34292, ambulante PCI) für eine Verwendung an. Mit Blick auf den Probebetrieb ist insbesondere zu prüfen, ob die Ergebnisse zur Auslösung der Dokumentationspflicht auf alle Bundesländer und auf Selektivverträge übertragbar sind.“ (S. 6)	Die automatische Auslösung konnte im Probebetrieb nicht erprobt werden. Für den stationären und den ambulanten-kollektivvertraglichen Bereich kann jedoch sowohl für die GOP als auch für die OPS angenommen werden, dass sie geeignet sind für den QS-Filter zur Auslösung der Dokumentationspflicht. Im ambulanten-selektivvertraglichen Bereich des Vertrags mit der AOK Baden-Württemberg wurde keine automatische Auslösung umgesetzt. Grundsätzlich kann aufgrund der zahlreichen, teilweise unbekannteren Verträge keine Aussage zur Lösbarkeit gemacht werden. Erforderlich ist hier eine einheitliche Dokumentation von OPS/ICD auch bei der Dokumentation selektivvertraglich abgerechneter Fälle, um eine automatische Auslösung zu gewährleisten.
„Empfehlung: Die Einbeziehung des Items „Ejektionsfraktion < 40 %“ in die Risikoadjustierung der Indikatoren OU007a_1(MACCE bei PCI), OU011a (Sterblichkeit im Nachbeobachtungszeitraum 24h – bei Patienten mit PCI) und OU191a (30-Tage Sterblichkeit bei PCI) beruht auf der Empfehlung des Panels. Datenfeld 20 stellt einen apparativen Parameter der Herzinsuffizienz dar, während Datenfeld 30 eine klinische Stadieneinteilung abbildet. Eine Überprüfung und Optimierung des Risikomodells ggf. mit der Aufgabe eines der Datenfelder 20 oder 30 bleibt der Datenauswertung im Probebetrieb vorbehalten. Datenfeld 26 wird gestrichen (s. Diskussion Datenfeld 26).“ (S. 26)	Im Probebetrieb fand keine Risikoadjustierung statt. Die MACCE-Indikatoren sollen im Regelbetrieb über Sozialdaten erfasst werden. Einzelheiten auch im Hinblick auf die Risikoadjustierung sind im Projekt „Sozialdaten und PCI“ bzw. im ersten Jahr des Regelbetriebs zu überprüfen.

²³ Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie – Ergebnisprotokoll der informationstechnischen Aufbereitung und Machbarkeitsprüfung vom 31. Januar 2012

7. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Aus dem Probetrieb ergeben sich Schlussfolgerungen hinsichtlich der möglichen Umsetzung eines sektorenübergreifenden Verfahrens *PCI und Koronarangiographie*. Dem Engagement der Beteiligten ist es zu verdanken, dass trotz Umsetzungsschwächen nun Erkenntnisse zu wichtigen Aspekten auf dem Weg des Verfahrens hin zu einem Regelbetrieb vorliegen. Dennoch bleiben Unwägbarkeiten aus Bereichen, die nicht unmittelbar mit der Spezifikation zusammenhängen und die abschließend dargestellt werden sollen.

7.1. Beurteilung der technischen Umsetzung

Die technische Umsetzung des Probetriebs hat sich in Teilen als nicht unproblematisch erwiesen. Es ist jedoch die Auffassung des AQUA-Instituts, im Großen und Ganzen gestützt durch die anderen Teilnehmer am Probetrieb, dass diese Schwierigkeiten weitestgehend aus der besonderen Situation des Probetriebs entstehen. Es ist nicht zu verkennen, dass der eng gesteckte Zeitrahmen, die begrenzten Ressourcen der Teilnehmer, sowie deren verständlicherweise auf dem realen Tagesgeschäft liegenden Prioritäten dazu führten, dass die für den Probetrieb notwendigen Anpassungen unvollständig und in manchen Bereichen (z.B. Bereitstellung der PID, Sollzahl, Protokollverarbeitung) nicht termingerecht oder gar nicht umgesetzt werden konnten. Diese Priorisierung ist nachvollziehbar und als Tatsache bei der Bewertung des Probetriebs ins Kalkül zu ziehen. Wie schon im Probetrieb *Kataraktoperation* wurden die technischen Vorgaben insgesamt als komplex, aber den Anforderungen angemessen und geeignet betrachtet. Dennoch ist es notwendig, einzelne Aspekte näher zu betrachten und zu bewerten.

7.2. QS-Auslösung

Erstrebenswert ist eine möglichst einheitliche Auslösung in allen drei Sektoren, um so die Vergleichbarkeit der Dokumentationen zu gewährleisten. Dies scheint im Verfahren *PCI und Koronarangiographie* jedoch nur bedingt möglich, da im stationären Bereich OPS im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich jedoch GOP genutzt werden. Die QS-Auslösung als Grundlage des gesamten Verfahrens ist je nach Sektor also unterschiedlich zu beurteilen.

Grundsätzlich ist die Auslösung im stationären Sektor unkritisch, da sie sich im esQS-Verfahren *Koronarangiographie und PCI* bereits bewährt hat und unverändert im sektorenübergreifenden Verfahren fortgesetzt werden kann. Zudem ist die Auslösung durch die SWA im stationären Bereich bereits umgesetzt und etabliert.

Ebenso unkritisch ist die Auslösung im ambulant-kollektivvertraglichen Bereich. Eine Umsetzung der technischen Voraussetzungen ist machbar, sie hängt jedoch ab von der Investitionsbereitschaft und -fähigkeit der Praxen.

Die Schwierigkeiten der Auslösung im ambulant-selektivvertraglichen Bereich wurden ebenso dargestellt wie ein möglicher Lösungsansatz: Eine Auslösung durch die vertragsspezifischen Ziffern ist nicht praktikabel. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, eine Verpflichtung zu schaffen, dass neben den spezifischen Ziffern stets auch die entsprechenden OPS zu dokumentieren sind, um so den Zugriff des QS-Filters auch auf diesen Leistungen zu ermöglichen.

Die Prüfung der Vollzähligkeit konnte im Probetrieb nicht erprobt werden, weil zum einen in aller Regel keine automatisierte Auslösung erfolgte und zum anderen die Vergleichswerte der Abrechnungszahlen während eines zeitlich begrenzten Probetriebs durch die Datenannahmestellen nicht zur Verfügung gestellt werden können.

7.3. Bereitstellung der PID

Die PID sind für die sektorenübergreifenden Verfahren unverzichtbar. Die Zusammenführung mittels PID war zwar nicht Gegenstand des Probebetriebs. Im Regelverfahren werden die PID jedoch benötigt werden, um die QS-Dokumentationen der LE mit den Follow-up-Daten der Krankenkassen zusammenzuführen. Die grundsätzliche Eignung der PID dazu ist unbestritten.

Im Probebetrieb konnten nur ca. 17,6 % der Teilnehmer die PID mindestens zeitweise automatisiert in die Dokumentation einfließen lassen (3 von 17 der verwertbaren Datenlieferungen). Im stationären Bereich ist angesichts der Erfahrungen mit den QSKH-Follow-up-Verfahren grundsätzlich davon auszugehen, dass die PID für einen Regelbetrieb bereitgestellt werden können. Technisch wird dieser Prozess im niedergelassenen Bereich ebenso implementierbar sein wie im stationären Bereich, die Investitionsbereitschaft bzw. -fähigkeit der Praxen vorausgesetzt. Darüber hinaus ist es erforderlich, Schnittstellen dort zu schaffen, wo sich stationärer und ambulanter Sektor die administrative Verantwortung und die QS-Dokumentationsverantwortung teilen.

7.4. Verfahren der Datenannahme im selektivvertraglichen Bereich

Erstmals konnte im Probebetrieb *PCI und Koronarangiographie* die Vertrauensstelle in ihrer Funktion als Datenannahmestelle erprobt werden. Die Rückmeldungen der teilnehmenden Praxen zeigen Hinweise auf Verbesserungspotenzial insbesondere hinsichtlich der Nutzerfreundlichkeit des von der VST-DAS verwendeten Verfahrens.

Die grundsätzliche Möglichkeit zur Datenannahme per Webportal ist durch das AQUA-Institut als eine von drei Optionen spezifiziert. Die konkrete Ausgestaltung dieser Option obliegt der VST-DAS bzw. dem G-BA. Es ist jedoch Aufgabe des AQUA-Instituts, auf potenzielle Hindernisse in diesem Bereich aufmerksam zu machen und die Diskussion darüber anzustoßen, ob es Möglichkeiten zur Verbesserung der Anwenderfreundlichkeit gibt und ob mögliche Sicherheitslücken, z.B. hinsichtlich des Anmeldeverfahrens, neu bewertet werden müssen.

7.5. Empfehlungen zu Indikatoren und benötigten Datenfelder

Die aus dem Probebetrieb resultierenden, inhaltlichen Empfehlungen für die Spezifikation und die Indikatoren wurden anhand der Ergebnisse des Probebetriebs in Kapitel 5 dargestellt und in den Dokumentationsbogen und die Ausfüllhinweise in Anhang B.2.2 sowie in das Indikatorenset in Anhang A.2.2 eingearbeitet.

Die für die weitere Umsetzung nach dem Probebetrieb empfohlenen Indikatoren zeigt Tabelle 36:

Tabelle 35: Indikatorenset nach Probebetrieb

Indikator-ID (Machbarkeitsprüfung)	QI-Nr	Bezeichnung des Indikators
P280_1	QI 1	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
P001a_1	QI 2	Objektive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI
P176_1	QI 3	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI
P028a_1	QI 4	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Min bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt“
P029		„Door“-Zeitpunkt und „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt
S017	QI 5a	Isolierte Koronarangiographie (ohne PCI) mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²

Indikator-ID (Machbarkeitsprüfung)	QI-Nr	Bezeichnung des Indikators
S018a	QI 5b	Isolierte PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²
S019a	QI 5c	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²
S020	QI 5d	Flächendosisprodukt bekannt
S022	QI 6a	Isolierte Koronarangiographie (ohne PCI) mit Kontrastmittelmenge über 150 ml
S023	QI 6b	Isolierte PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit Kontrastmittelmenge über 200ml
S032a_1	QI 6c	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250ml
S032a_1	QI 7	Komplikationen an der Punktionsstelle
OU004a_1	QI 8a	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI – Indikation ST-Hebungsinfarkt
OU005	QI 8b	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)
OU006_1	QI 10a	MACCE – Patienten mit Koronarangiographie (ohne PCI)
OU007a	QI 10b	MACCE – Patienten mit PCI
OU009a	QI 10c	MACCE – Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
OU191a		30-Tage Sterblichkeit nach PCI
OU 192		1-Jahr Sterblichkeit nach PCI

7.6. Weiteres Vorgehen

Das AQUA-Institut empfiehlt trotz der beschriebenen Hindernisse die Umsetzung des sektorenübergreifenden Verfahrens *PCI und Koronarangiographie*. Die Akzeptanz für ein solches Verfahren ist nicht nur bei den stationär, sondern auch bei den ambulant tätigen Kardiologen grundsätzlich hoch: Für den stationären Bereich würden sich de facto keine Änderungen in Dokumentationsumfang und -aufwand ergeben, ebenso wenig für diejenigen niedergelassenen LE, die sich bereits seit Jahren am freiwilligen QuIK-Register beteiligen.

Die gegenwärtigen – ambitionierten – Vorstellungen gehen von der Umsetzbarkeit ab dem Jahr 2015 aus. Die Möglichkeit zur Umsetzung steht allerdings unter Vorbehalt, da die Teile des Verfahrens zu den Erhebungsinstrumenten Sozialdaten und Patientenbefragung noch nicht entwickelt sind: Die Follow-up-Daten zum Verfahren *PCI und Koronarangiographie* sollen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen gewonnen werden. Dabei handelt es sich um Indikatoren zum Überlebensstatus der Patienten 30 Tage und zwölf Monate nach dem Eingriff. Die Details zur Verfügbarkeit und zum Datenfluss der Sozialdaten bei den Krankenkassen werden derzeit untersucht. Die Patientenbefragung als dritte Datenquelle des sektorenübergreifenden Verfahrens ist am 21. März 2013 beauftragt worden und befindet sich in der Entwicklung. Die Ergebnisse bzw. Zwischenberichte der beiden Instrumente werden 2014 zur Verfügung gestellt werden und dann Gegenstand eines weiteren Berichts an den G-BA sein, der dann auch das Zusammenspiel aller drei Instrumente darstellen wird. Der vorgeschlagene Zeitpunkt eröffnet die Möglichkeit, die notwendigen Änderungen sowohl in der Qesü-RL als auch ggf. der QSKH-RL vorzunehmen. Die entsprechende Spezifikation für die SWA im stationären Bereich kann im normalen Turnus zum 30. Juni 2014 veröffentlicht und umgesetzt werden. Gleichzeitig ergibt sich ein realistischer Zeitraum für die SWA im ambulanten Bereich, die entsprechenden Voraussetzungen ebenfalls zu schaffen und den ggf. notwendigen Zertifizierungsprozess der KBV zu durchlaufen.

Es ist allerdings nicht zu erwarten, dass im ersten Jahr eines neuen Verfahrens durchweg brauchbare Daten erhoben werden. Aus diesem Grund schlägt das AQUA-Institut vor, in den themenspezifischen Bestimmungen

festzuhalten, dass im ersten Jahr zwar die Verpflichtung zur Teilnahme an dem Verfahren besteht, dies aber sanktionsfrei gestaltet wird und allen Beteiligten so die Möglichkeit zur umfassenden Erprobung eröffnet. Aufbauend auf dieser ist es dann ab dem zweiten Jahr denkbar, dass Verfahren vollumfassend durchzuführen.

Aus Sicht des AQUA-Instituts gibt es Klärungs- bzw. Entscheidungsbedarf für den G-BA hinsichtlich folgender Fragen:

- Wie kann von Seiten des G-BA die Möglichkeit der Leistungserbringer zur Bereitstellung der PID gefördert werden?
- Wie soll die Prüfung der Vollzähligkeit in den drei Sektoren konkret ablaufen und was genau wird geprüft?
- Wie und in welcher Form werden die Angaben zur Vollzähligkeit dem AQUA-Institut durch die Datenanahmestellen zur Verfügung gestellt?
- Welche Schritte sind auf dem Weg zum Regelbetrieb hinsichtlich der Anpassung der Qesü-RL zu unternehmen?
- Ab welchem Zeitpunkt und unter welchen Bedingungen könnte das Qesü-Verfahren das OSKH-Verfahren ablösen?

8. Vorschläge für die themenspezifische Bestimmungen

Gemäß §4 Abs. 3 der Qesü-RL erstellt und beschließt der G-BA themenspezifische Bestimmungen dieser Richtlinie für jedes Verfahren unter Beachtung der Ergebnisse der Institution nach §137a SGB V.

Die durch den G-BA zu treffenden Festlegungen zu den ausgewählten Themen werden auf Grundlage der durch die Institution nach §137a SGB V entwickelten Indikatoren und Instrumente getroffen. Die grundsätzlich zu treffenden Festlegungen sind in §3 der Qesü-RL festgelegt.

Die Vorschläge dazu macht das AQUA-Institut dem G-BA. Sie sind in der Folge tabellarisch dargestellt.

Alle hier aufgeführten Punkte stehen unter dem Vorbehalt, dass die Teile des Verfahrens zu den Erhebungsinstrumenten Sozialdaten und Patientenbefragung noch nicht entwickelt sind und alles am Schluss gemeinsam betrachtet und gegebenenfalls abgeglichen, geändert oder angepasst werden muss.²⁴

²⁴ siehe Auftrag „Sozialdaten und PCI“: „Vorbereitende Aufgaben zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen für Zwecke der Qualitätssicherung vom 20.6.2013 unter II Ziele, Nr. 3: Eine Darstellung zur Koordination der Datenerhebung und Auswertung der verschiedenen Instrumente im Gesamtverfahren PCI: Die Indikatoren, die unter Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden, sollen im Rahmen eines Konzeptes mit den Indikatoren aus der Erfassung klinischer Daten und den Patientenbefragungen abgestimmt und für ein Gesamtverfahren koordiniert werden.“

Tabelle 36: Vorschläge für die themenspezifischen Bestimmungen

Laufende Nummer	Thema	Verweis Qesü-RL	Empfehlung des AQUA-Instituts	Anmerkung
0.1	Titel des QS-Verfahrens	§3 Nr. 1	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Die Leistungen werden sowohl stationär als auch ambulant erbracht.
0.2	Verfahrensnummer	§3 Nr. 1	01	Erstes sektorenübergreifendes/sektorengleiches QS-Verfahren
1.	Allgemeines		Alle hier aufgeführten Punkte stehen unter Vorbehalt, weil die Erhebungsinstrumente Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung noch nicht entwickelt sind und alles gemeinsam betrachtet und ggf. auch geändert oder angepasst werden muss.	
1.1.	Ziele des Verfahrens	§3 Nr. 2	Unter Würdigung der gegenwärtigen Versorgungspraxis ergeben sich Potenziale für die Qualitätsverbesserung in der Indikationsstellung, in der Prozessoptimierung zur Vermeidung unerwünschter Ergebnisse an den relevanten Endpunkten, in der Notwendigkeit der Wahl eines ausreichend langen Beobachtungsfensters mit beispielsweise Längsschnittbeobachtungen über längere Zeiträume, in der stärkeren Berücksichtigung der Patientenperspektive und nicht zuletzt in der Entwicklung und Anwendung elektronischer Dokumentationsstandards für eine zukünftige sektorengleiche Qualitätssicherung unter Zusammenführung von Ergebnissen unterschiedlicher Zeitpunkte auf dem Behandlungspfad (Follow-up).	Je nachdem, welche Option zur Durchführung des Verfahrens vom G-BA ausgewählt wird, sind hier ggf. noch Anpassungen vorzunehmen.
1.2.	Art des Verfahrens	§2 Abs. 3, §3 Nr. 3	Das AQUA-Institut empfiehlt ein länderbezogenes Verfahren.	Die relativ hohe Fallzahl begründet den Vorschlag, ein länderbezogenes Verfahren durchzuführen.

Laufende Nummer	Thema	Verweis Qesü-RL	Empfehlung des AQUA-Instituts	Anmerkung
1.3.	Dauer des Verfahrens		Durchführung über vier Jahre, danach obligatorische Entscheidung über die Fortführung des Verfahrens	<p>Im ersten Jahr können keine verlässlichen Daten erwartet werden (z.B. aufgrund von Unsicherheiten, Missverständnissen bei der Spezifikationsumsetzung und/oder der Dokumentation, technischen Problemen etc.).</p> <p>Im zweiten Jahr ist eine erste verlässliche Datengrundlage zu erwarten.</p> <p>Im dritten Jahr erfolgt die Bewertung im strukturierten Dialog.</p> <p>Im vierten Jahr erfolgt die Bewertung der qualitätsverbessernden Maßnahmen.</p>
1.4.	Zulässige Zeitdauer der Speicherung und des Zeitpunkts der Löschung des Schlüssels durch die Vertrauensstelle	§3 Nr. 3	Löschung des Schlüssels ein Jahr nach Beendigung des Dokumentationszeitraums	
1.5.	Art und Umfang der Stichprobe, ggf. Begründung für eine Vollerhebung	§3 Nr. 6	<p>Vollerhebung zur Ermittlung vorhandener Qualitätsdefizite bzw. Fallzahlen und um einen Leistungserbringervergleich sicherzustellen.</p> <p>Das AQUA-Institut empfiehlt, die Einführung des QS-Verfahrens in Form einer Vollerhebung mit der Option, auf Basis der dann guten Datenlage nach zwei bis vier Jahren erneut eine Entscheidung zu treffen ob auf ein Stichprobenverfahren umgestellt werden kann.</p>	<p>Perspektivisch wäre eine Reduzierung auf eine patientenbezogenen Stichprobenerhebung möglich, sobald Defizite bzw. Fallzahlen bekannt sind.</p>
2.	Erhebung, Weiterleitung, Prüfung, Auswertung der Daten			

Laufende Nummer	Thema	Verweis Qesü-RL	Empfehlung des AQUA-Instituts	Anmerkung
2.1.	Festlegung der zu erhebenden Daten	§3 Nr. 6, §14 Abs. 3, §13 Abs. 2, §14 Abs. 4		Gemäß Anlagen zum Ergebnisbericht, es erfolgt jedoch noch eine Überprüfung bzw. ein Abgleich mit den zu erhebenden Sozialdaten bei den Krankenkassen und den Daten der Patientenbefragung.
2.2.	Zugehöriges Datenflussmodell	§3 Nr. 4, §13 Abs. 2	Für den Teil der Leistungserbringerdaten kann das Datenflussmodell der Qesü-RL, Anlage 1 zu Anwendung kommen	
2.3.	Konkretisierungen zum Datenfluss	§13 Abs. 4		
2.4.	Bundeseinheitliche Kriterien für 2.4.1 – 2.4.4:			
2.4.1.	Datenprüfung	§3 Nr. 9	Siehe Spezifikation und Qualitätsindikatordatenblätter	
2.4.2.	Datenauswertung	§3 Nr. 9	Siehe Spezifikation und Qualitätsindikatordatenblätter Empfehlung zur halbjährlichen Datenauswertung für die Leistungserbringer (Rückmeldeberichte) und jährlich an den G-BA und die Öffentlichkeit (Landes- und Bundesqualitätsbericht). Referenzwerte: Es kommt die Regelung des 5 % oder 95 % Perzentil zur Anwendung. Änderungen können noch nach den Auswertungen zum Probetrieb oder der ersten Probeauswertung festgelegt werden.	
2.4.3.	Datenbewertung	§3 Nr. 9	Erfolgt einmal jährlich über alle vier Quartale	
2.4.4.	Kriterien für die Einleitung von Maßnahmen gegenüber Leistungserbringern		Gemäß Angaben auf den Indikatordatenblättern bzw. wenn es erste Probeauswertungen gibt.	

Laufende Nummer	Thema	Verweis Qesü-RL	Empfehlung des AQUA-Instituts	Anmerkung
2.5.	Datenvalidierung	§16 Abs. 2	Siehe Bericht zur Datenvalidierung Empfohlen wird eine Datenvalidierung, sobald ein stabiles Verfahren besteht. Z.B. im zweiten Erfassungsjahr können Kriterien zur Prüfung entwickelt werden.	
3.	Durchführung		Alle hier aufgeführten Punkte stehen unter dem Vorbehalt, dass die Erhebungsinstrumente Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung noch nicht entwickelt sind und alles gemeinsam betrachtet und ggf. auch geändert oder angepasst werden muss	
3.1.	Fachkommissionen	§5 Abs. 5	QM Erfahrung als gemeinsame Voraussetzung, Methodiker, Mitarbeiter der LAG (KV, LKG, KK), Kardiologen, Kardiochirurgen und Patientenvertreter. Pflegevertreter?	Zahnärzte, Psychotherapeuten, und weitere Fachrichtungen sind nicht erforderlich.
3.2.	Fristen	§3 Nr. 7	Jährliche Durchführung des Strukturierten Dialogs.	
3.3.	Bundesstelle	§7		
4.	Datenschutz			
4.1.	Zweckbindung der Daten	§3 Nr. 6		Formulierungen zu Zweckbindung und Datensicherheit könnten dem Patienteninformationsblatt zum Probetrieb entnommen werden.
5.	Berichterstattung		Alle hier aufgeführten Punkte stehen unter dem Vorbehalt, dass die Erhebungsinstrumente Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung noch nicht entwickelt sind und alles gemeinsam betrachtet und ggf. auch geändert oder angepasst werden muss	
5.1.	Berichterstattung	§3 Nr. 9	Nach Bildung der LAG legt das AQUA-Institut in Absprache mit den LAG eine Spezifikation für eine Berichterstattung der LAG an das AQUA-Institut nach den Kriterien des §19 Abs. 3 Qesü-RL fest.	

Laufende Nummer	Thema	Verweis Qesü-RL	Empfehlung des AQUA-Instituts	Anmerkung
5.2.	Fristen zur Berichterstattung	§3 Nr. 7	Siehe Qesü RL Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer werden jeweils für das 1. Halbjahr zum Beispiel bis zum 01. Oktober, für das 2. Halbjahr bis zum 01. April des Folgejahres erstellt.	Ggf. können sich die Zeiten grundlegend ändern wenn die Beratungen zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen und den Ergebnissen der Patientenbefragung mit den Ergebnissen der Leistungserbringererhebung abgeglichen werden!
5.3.	Berichterstattung zu Maßnahmestufe 2	§17 Abs. 8	Siehe Qesü RL Die LAG übermitteln einen jährlichen Qualitätssicherungsergebnisbericht in einem maschinenlesbaren und auswertbaren Format bis zum 15. März eines jeden Jahres an das AQUA-Institut.	Ggf. können sich die Zeiten grundlegend ändern wenn die Beratungen zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen und den Ergebnissen der Patientenbefragung mit den Ergebnissen der Leistungserbringererhebung abgeglichen werden!
5.4.	Qualitätssicherungsergebnisbericht	§19 Abs. 1	Siehe Qesü RL Der G-BA erhält den Bericht jeweils am 15. August eines jeden Jahres.	Ggf. können sich die Zeiten grundlegend ändern wenn die Beratungen zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen und den Ergebnissen der Patientenbefragung mit den Ergebnissen der Leistungserbringererhebung abgeglichen werden!
6.	Dokumentation			
6.1.	Bestimmung der bundeseinheitlichen Dokumentation	§3 Nr. 8	Veröffentlichung der Spezifikation durch das AQUA-Institut erfolgt für das folgende Erfassungsjahr nach G-BA-Beschluss bis zum 30. Juni eines jeden Jahres.	Ggf. können sich die Zeiten grundlegend ändern wenn die Beratungen zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen und den Ergebnissen der Patientenbefragung mit den Ergebnissen der Leistungserbringererhebung abgeglichen werden!
6.2.	Konformitätserklärung	§15 Abs. 3	Soll-Statistik und Konformitätserklärungen werden einmal jährlich von den Leistungserbringern bis zum 28. Februar erstellt.	Ggf. können sich die Zeiten grundlegend ändern wenn die Beratungen zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen und den Ergebnissen der Patientenbefragung mit den Ergebnissen der Leistungserbringererhebung abgeglichen werden!
6.3.	Fehlende Dokumentation der Datensätze	§17 Abs. 6	Berichte zur Mahnstufe 2 sind unverzüglich nach Feststellung an die verantwortliche Stelle zu melden.	



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Anhang zum Ergebnisbericht zum Probetrieb

Stand: 03. September 2013

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie – Anhang zum Ergebnisbericht zum Probetrieb

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

21. Juni 2012

Datum der Abgabe:

31. Juli 2013

Signatur:

13-SQG-019

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Indikatorenset

- Anhang A.1: Indikatorenset vor dem Probebetrieb
- Anhang A.2: Indikatorenset nach dem Probebetrieb

Anhang B: QS-Filter und Dokumentation

- Anhang B.1.1: Dokumentationsbogen vor dem Probebetrieb
- Anhang B.1.2: Dokumentationsbogen nach dem Probebetrieb
- Anhang B.2.1: Ausfüllhinweise vor dem Probebetrieb
- Anhang B.2.2: Ausfüllhinweise nach dem Probebetrieb
- Anhang B.3: Anwenderinformationen zum QS-Filter Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Anhang C: Auswertungen

- Anhang C.1.1: Beispiel Rückmeldebericht (Benchmarkreport)
- Anhang C.1.2: Leseanleitung Rückmeldebericht (Benchmarkreport)
- Anhang C.2: Gesamtauswertung
- Anhang C.3.1: Befragung der teilnehmenden Leistungserbringer Teil 1
- Anhang C.3.2: Befragung der teilnehmenden Leistungserbringer Teil 2

Anhang D: Auftaktworkshop

Anhang A.1: Indikatorenset vor dem Probetrieb

Indikator Nr. P001a_1 Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt, inwieweit eine Indikation zur Koronarangiographie bei bekannter oder vermuteter KHK angemessen gestellt wird.
Zähler	Alle Koronarangiographien bei Patienten <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit akutem Koronarsyndrom <u>oder</u> ▪ mit stabiler Angina pectoris <u>oder</u> ▪ mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)
Nenner	Alle Koronarangiographien mit führender Indikation: <ul style="list-style-type: none"> ▪ „bekannte KHK“ <u>oder</u> ▪ „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ <u>oder</u> ▪ „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ <u>oder</u> ▪ akutem Koronarsyndrom
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Sicherstellung einer korrekten Indikationsstellung zur Koronarangiographie; Referenzbereich vorerst nicht definiert
Begründung	Vermeidung einer unangemessenen Anwendung der Koronarangiographie unter Beachtung der leitliniengerechten Indikationsstellung.
Anmerkungen	Indikator basiert auf Leitlinienempfehlungen (Antman 2004; Hamm 2008) Indikator entstammt dem „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) Indikator wird durch Studienergebnisse unterstützt (Albrecht 2009, Cohen 2009)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	Albrecht 2009 [1], BQS 2009 [2]; Cohen 2009 [3]; Hamm 2008 [4]; Antman 2004 [5] Evidenzgraduierung und Empfehlung <u>NVL 2006</u> [6] (unter Berücksichtigung der aktualisierten Version September 2010) Invasive Diagnostik: Bedeutung der Koronarangiographie <u>Kernempfehlung:</u> Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten, die ein akutes Koronarsyndrom entwickelt haben, empfohlen werden (...) ▪ ↑↑ <u>Kernempfehlung:</u> Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit unter leitliniengerechter medikamentöser Therapie anhaltender Angina pectoris (CCS Klasse III und IV) empfohlen werden. ▪ ↑↑ <u>Kernempfehlung:</u> Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit pathologischem Ergebnis der nichtinvasiven Untersuchungen, unabhängig von der Schwere der Angina pectoris, empfohlen werden (...). ▪ ↑↑ <u>ESC Guidelines 2006</u> [7] <u>ESC Guidelines 2007/Bassand 2007</u> [8] <u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments) Urgent coronary angiography is recommended in patients with refractory or recurrent angina associated with dynamic ST-deviation, heart failure, life-threatening arrhythmias, or haemodynamic instability (...) ▪ (LoE): C; (GoR): I <u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments) Routine invasive evaluation of patients without intermediate to high-risk features is not recommended (...) ▪ (LoE): C; (GoR): III <u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments) PCI of non-significant lesions is not recommended (...) ▪ (LoE): C; (GoR): III <u>SIGN 2007</u> [9]

	<p><u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments) Following initial assessment in primary care, patients with suspected angina should, wherever possible, have the diagnosis confirmed and the severity of the underlying coronary heart disease assessed in the chest pain (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): 2++; (GoR): B <p><u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments) Early access to angiography and coronary artery bypass surgery may reduce the risk of adverse events and impaired quality of life.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): 1+ ▪ (GoR): C <p><u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments) Patients with single or double vessel disease, therapy fails to control angina symptoms, should be offered percutaneous coronary intervention or where unsuitable, considered for coronary artery bypass grafting.</p> <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>
--	--

Instrumente/Datenquellen		
Auffälligkeit: Toleranzbereich $\geq 80\%$		
Risikoadjustierung: nicht vorgesehen		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 h)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	stabile Angina pectoris (nach CCS)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)
	objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 3 = unbekannt
führende Indikation zur Koronarangiographie	Erhebung über Datenquelle 3 1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 7 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion $<40\%$) 8 = Vitium 9 = sonstige	
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung	
	nicht vorgesehen	

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie aus Datenquelle 1 oder 2 oder GOP 34291 aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
stabile Angina pectoris (nach CCS)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)
objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 3 = unbekannt
führende Indikation zur Koronarangiographie (nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)	Erhebung über Datenquelle 3 1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 6 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 7 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40 %) 8 = Vitium 9 = sonstige
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen

AMBULANT

Indikator Nr. 280_1 Indikation zur Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	
Beschreibung	Der Indikator betrachtet den Anteil der elektiven Koronarangiographien, bei denen angiographisch kein pathologischer Befund erhoben wurde (bezogen auf die Gesamtzahl der elektiven Koronarangiographien).
Zähler	Alle elektiven Koronarangiographien mit angiographisch normalen Koronargefäßen, die wegen Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK (d.h. ohne vorbekannte KHK) durchgeführt wurden
Nenner	Alle elektiven Koronarangiographien, die wegen Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK (d.h. ohne vorbekannte KHK) durchgeführt wurden
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Reduktion der KHK-Ausschlüsse mittels Koronarangiographie
Begründung	Der fehlende Nachweis von stenotischen Veränderungen an den Koronargefäßen ist ein Hinweis auf eine unzureichende Indikationsstellung. Eine hohe Quote weist auf eine Überversorgungssituation hin.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine evidenzbasierte Rate für Koronarangiographien mit eindeutiger KHK-Indikation als Referenzbereich lässt sich gegenwärtig nicht ableiten. ▪ Indikator basiert u.a. auf den Empfehlungen der ACC Task Force (Bashore 2001) ▪ Indikator wurde über Expertenkontakt (17.03.2010) in das Panel-Verfahren eingebracht
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>Albrecht 2009 [1], Bashore 2001 [10]</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung</p> <p><u>NVL 2006 [6]</u> (unter Berücksichtigung der aktualisierten Version September 2010)</p> <p>Invasive Diagnostik: Bedeutung der Koronarangiographie</p> <p><u>Kernempfehlung:</u> Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten, die ein akutes Koronarsyndrom entwickelt haben, empfohlen werden (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ↑↑ <p><u>Kernempfehlung:</u> Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit unter leitliniengerechter medikamentöser Therapie anhaltender Angina pectoris (CCS Klasse III und IV) empfohlen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ↑↑ <p><u>Kernempfehlung:</u> Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit pathologischem Ergebnis der nichtinvasiven Untersuchungen, unabhängig von der Schwere der Angina pectoris, empfohlen werden (...).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ↑↑ <p><u>ESC Guidelines 2006 [7] ESC Guidelines 2007/Bassand 2007 [8]</u></p> <p><u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments)</p> <p>Urgent coronary angiography is recommended in patients with refractory or recurrent angina associated with dynamic ST-deviation, heart failure, life-threatening arrhythmias, or haemodynamic instability (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): C; (GoR): I <p><u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments)</p> <p>Routine invasive evaluation of patients without intermediate to high-risk features is not recommended (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): C; (GoR): III <p><u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments)</p> <p>PCI of non-significant lesions is not recommended (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): C; (GoR): III ▪ <p><u>SIGN 2007 [9]</u></p> <p><u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments)</p> <p>Following initial assessment in primary care, patients with suspected angina should, wherever possible, have the diagnosis confirmed and the severity of the underlying</p>

	<p>coronary heart disease assessed in the chest pain (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): 2++; (GoR): B <p><u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments)</p> <p>Early access to angiography and coronary artery bypass surgery may reduce the risk of adverse events and impaired quality of life.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): 1+; (GoR): C <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>
--	--

Instrumente/Datenquellen		
Auffälligkeit: Referenzbereich nicht festgelegt		
Risikoadjustierung: nicht vorgesehen		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	
	Beschreibung	
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	führende Indikation zur Koronarangiographie	Erhebung über Datenquelle 3 1 = V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) = bis 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 7 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40 %) 8 = Vitium 9 = sonstige
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter	Erhebung über Datenquelle 3 0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50 % 2 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50 % (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 3 = Kardiomyopathie 4 = Herzklappenitium 5 = Aortenaneurysma 6 = hypertensive Herzerkrankung 9 = andere kardiale Erkrankungen
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung	
	nicht vorgesehen	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
	Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Kodes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie aus Datenquelle 1 oder 2 oder GOP 34291 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	führende Indikation zur Koronarangiographie	Erhebung über Datenquelle 3 1 = V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) = bis 24h nach Stellung der Diagnose 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 6 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 7 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40 %) 8 = Vitium 9 = sonstige
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter	Erhebung über Datenquelle 3 0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50 % 2 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50 % (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 3 = Kardiomyopathie 4 = Herklappenvitium 5 = Aortenaneurysma 6 = hypertensive Herzerkrankung 9 = andere kardiale Erkrankungen
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
		nicht vorgesehen

Indikator Nr. P176_1 Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt, inwieweit vor Durchführung einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI die Nierenfunktion der Patienten gemessen wird.
Zähler	Alle geplanten diagnostischen Koronarangiographien oder PCI, bei denen innerhalb einer Woche vor der Intervention die Nierenfunktion des Patienten gemessen wurde
Nenner	Alle geplanten diagnostischen Koronarangiographien oder PCI
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre; alle Notfall-PCI (STEMI, kardiogener Schock)
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI bei denen die Nierenfunktion der Patienten gemessen wird
Begründung	Patienten mit beeinträchtigter Nierenfunktion haben bei der Durchführung einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI ein erhöhtes Risiko für eine kontrastmittelassoziierte Nephropathie und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator basiert auf Leitlinienempfehlungen (Smith 2006) ▪ Indikator entstammt dem „Canadian Quality Indicator Set“ (Ko 2008)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>Ko 2008 [11]; Smith 2006 [12]; Evidenzgraduierung und Empfehlung <u>ESUR Guidelines</u> [13] (Keinem LoE eindeutig zuzuweisen) Dokument nimmt Bezug auf die Guidelines des American College of Radiology [14] Kernempfehlungen: Bestimmung der Nierenfunktion mittels Serumkreatinin und Kreatininclearance Ermittlung wesentlicher Risikofaktoren vor Durchführung der Untersuchung: Herzinsuffizienz, Dehydratation, höheres Lebensalter > 70 Jahre, nephrotoxische Begleitmedikation (Keinem LoE eindeutig zuzuweisen) Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

Nierenfunktion: nach Einschätzung des Untersuchers anhand vorhandener Laborparameter (Kreatinin im Serum in mg/dl) (Laskey 2007)

Auffälligkeit: Referenzbereich vorab noch nicht festgelegt

Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
OPS	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für PCI bzw. mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie bzw. eine Kombination aus den genannten OPS-Kodes für Koronarangiographie und PCI aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
Dringlichkeit der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
Nierenfunktion gemessen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
	OPS	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie aus Datenquelle 1 oder 2 oder GOP 34291 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Dringlichkeit der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
	Nierenfunktion gemessen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
		nicht vorgesehen

Indikator Nr.P028a_1 „Door-to-balloon“-Zeit – PCI bei STEMI < 24h	
Beschreibung	Rate an primären PCI, die innerhalb der in den Leitlinien geforderten 90 Minuten nach Ankunft von Patienten mit STEMI in der Einrichtung durchgeführt werden.
Zähler	Alle primären PCI, die innerhalb von 90 Minuten nach Ankunft von Patienten mit STEMI < 24h in der Einrichtung durchgeführt wurden
Nenner	Alle primären PCI bei Patienten mit STEMI < 24 h
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre, primäre PCI mit einer zuvor durchgeführten Fibrinolyse; primäre PCI, bei denen der Grund für eine verspätete Durchführung der Intervention dokumentiert wurde (z.B. hämodynamisch instabile Patienten);
Zielstellung	Möglichst hohe Rate an primären PCI, die innerhalb des durch die Leitlinien geforderten Zeitrahmens von 90 Minuten nach Ankunft der Patienten mit STEMI in der Einrichtung durchgeführt werden.
Begründung	Die frühe Anwendung einer primären PCI bei Patienten mit STEMI < 24 h reduziert signifikant die Mortalität und Morbidität.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator basiert auf Leitlinienempfehlungen (Smith 2006; Silber 2005; Antman 2004;) ▪ Indikator ist Bestandteil folgender Indikatorensysteme: AIHW, AAMC, Joint Commission, „Canadian Quality Indicator Set“ (AIHW 2009; AAMC 2008; Joint Commission 2009b; Ko 2008) ▪ Metrische Indikatoren (OECD-Indikatoren, Joint Commission), die die durchschnittliche „Door-to-balloon“-Zeit abbilden, werden unter diesem Indikator subsummiert, da die Zielsetzung einer möglichst geringen Zeit gleich ist (Joint Commission 2009a; Lambie 2004;) ▪ Indikator der NHS gibt als Referenzwert der „Door-to-balloon“-Zeit 120 Minuten an (NHS 2009) ▪ Indikator wird durch Studienergebnisse unterstützt (z.B. Bradley 2006); ▪ Risikoadjustierungen und stratifizierte Auswertungen können nach folgenden Prädiktoren vorgenommen werden, die nachweislich die „Door-to-balloon“-Zeit mitbestimmen: ▪ Realisierungsgrad der präklinischen Phase (prähospitales EKG, Aktivierung Herzkatheterlabor) (Afolabi 2007; Sejersten 2008; Vaught 2006; de Villiers 2007) ▪ Durchführung in „high volume“ vs. „low volume“ PCI-Zentren (Kumbhani 2009) ▪ Teilnahme an Audit Programmen (Lai 2009) ▪ Vorstellung des Patienten „on-hours“ vs. „off-hours“ (Charpentier 2009)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>AIHW 2009 [15]; Charpentier 2009 [16]; Joint Commission 2009a [17]; Joint Commission 2009b [18]; Kumbhani 2009 [19]; Lai 2009 [20]; NHS 2009 [21]; AAMC 2008 [22]; Ko 2008 [11]; Sejersten 2008 [23]; Afolabi 2007 [24]; de Villiers 2007 [25]; Smith 2006 [12]; Vaught 2006 [26]; Silber 2005 [27]; Antman 2004 [5]; Lambie 2004 [28];</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung</p> <p>ESC-Guidelines 2006 [7], ESC Guidelines 2007/Bassand 2007 [8]</p> <p>Die abgeleitete Evidenz ergibt sich aus der Kernforderung im Abschnitt 1 (S. 1641 im Originaldokument)</p> <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p> <p>Die ermittelte Evidenz basiert zudem in erster Linie auf der Studienlage der Ergebnisse. Diskutierter Referenzrahmen sind hier die populationsbezogenen Daten aus dem dänischen Register zum Zielkriterium „Door-to-balloon delay“(Terkelsen 2010 [29])</p>

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

1. Definition von „Door“: Dokumentierter Zeitpunkt des Zuganges in die Einrichtung;
2. Definition von „Balloon“: Zeitpunkt der Ballondilatation [Datenfeld: Uhrzeit des Eingriffes]
3. Definition der „Door-to-balloon“-Zeit: Differenz der dokumentierten Zeit der Ballondilatation des Infarktgefäßes und der „Door-Zeit“ (in Minuten)

Toleranzbereich: < 90 Minuten

Auffälligkeit: Überschreitung des Toleranzbereiches

Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für PCI bzw. mindestens eine Prozedur aus den OPS-Kodes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie in Kombination mit den genannten OPS-Kodes für PCI aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Aufnahmedatum	Erhebung über Datenquelle 1 Aufnahmedatum = TT.MM.JJJJ [gültiger Wert]
Door-Zeit	Erhebung über Datenquelle 3 Door-Zeit = hh:mm [gültiger Wert]
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
Datum der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 Datum der Prozedur = TT.MM.JJJJ [gültiger Wert]
Door-Zeit	Erhebung über Datenquelle 3: Door-Zeit = hh:mm [gültiger Wert]
Balloon-Zeit	Erhebung über Datenquelle 3 Balloon-Zeit = mmm [gültiger Wert]
Fibrinolyse vor der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung

STATIONÄR

	nicht vorgesehen
--	------------------

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
Prozedur	GOP 34292 für Einzeitig-PCI aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Datum der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 1 oder 2: Aufnahmedatum = TT.MM.JJ [gültiger Wert]
Door-Zeit	Erhebung über Datenquelle 3 Door-Zeit = hh:mm [gültiger Wert]
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
Datum der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 Datum der Prozedur = TT.MM.JJJJ [gültiger Wert]
Door-Zeit	Erhebung über Datenquelle 3: Door-Zeit = hh:mm [gültiger Wert]
Balloon-Zeit	Erhebung über Datenquelle 3 Balloon-Zeit = mmm [gültiger Wert]
Fibrinolyse vor der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen

AMBULANT

Indikator Nr. S017 Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²	
Beschreibung	Der Indikator gibt die Rate an isolierten Koronarangiographien mit einem Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ² an.
Zähler	Isolierten Koronarangiographien mit einem Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²
Nenner	Alle isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Flächendosisprodukt
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre; alle PCI
Zielstellung	Möglichst niedrige Rate an Koronarangiographie mit einer Strahlenbelastung über dem vom Bundesamt für Strahlenschutz festgelegten Schwellenwert
Begründung	Eignung, die Sicherheit in spezifischen Situationen zu erhöhen durch Minimierung der Strahlenbelastung für Patient und Untersucher gemäß ICRP.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entspricht dem 2011 eingeführten Indikator 12774 des esQS-Verfahrens „Koronarangiographie und PCI“ ▪ Indikator hat Bezug zum „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Indikator hat Bezug zu Livingstone 2007 (Strahlenbelastungsaudits) ▪ Diskutierte Eignung für die sektorengleiche Qualitätssicherung (QulK-Register: Albrecht 2009, Levenson 2007)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	Albrecht 2009 [1], BQS 2009 [2]; Levenson 2007 [30]; Livingstone 2007 [31] Es handelt sich um einen zentralen Indikator zum Patientenschutz. Grundlage bilden hier die erarbeiteten Prinzipien der Internationalen Strahlenschutzkommission (ICRP). Indikator orientiert sich an den veröffentlichten Empfehlungen in der „Überarbeitung des Bundesamtes für Strahlenschutz in der „Bekanntmachung der aktualisierten diagnostischen Referenzwerte für diagnostische und interventionelle Röntgenuntersuchungen vom 22.Juni 2010“ [32].

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt nur, wenn Angabe Flächendosisprodukt ≥ 0 und ≤ 50.000 cGy*cm²

Auffälligkeit: Referenzbereich $\leq x\%$ (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Stratifizierung (Die dazugehörigen Strata werden durch die Qualitätsindikatoren S018a und S019a abgebildet)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	OPS	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Flächendosisprodukt	Erhebung über Datenquelle 3 Strahlendosis in cGy*cm ²
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
	nicht vorgesehen	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
	OPS	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie aus Datenquelle 1 oder 2 oder GOP 34291 ohne GOP 34292 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Flächendosisprodukt	Erhebung der über Datenquelle 3 Strahlendosis in cGy*cm ²
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
	nicht vorgesehen	

Indikator Nr. S018a Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm²	
Beschreibung	Der Indikator gibt die Rate an PCI mit einem Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ² an.
Zähler	Isolierte PCI mit einem Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²
Nenner	Alle isolierten PCI (d.h. ohne Einzeitig-PCI) mit bekanntem Flächendosisprodukt
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre; alle Einzeitig-PCI und diagnostischen Koronarangiographien
Zielstellung	Möglichst niedrige Rate an isolierten PCI mit einer Strahlenbelastung über dem vom Bundesamt für Strahlenschutz festgelegten Schwellenwert
Begründung	Eignung, die Sicherheit in spezifischen Situationen zu erhöhen durch Minimierung der Strahlenbelastung für Patient und Untersucher gemäß ICRP.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entspricht dem 2011 eingeführten Indikator 12775 des esQS-Verfahrens „Koronarangiographie und PCI“ ▪ Indikator hat Bezug zum „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Ergänzende Empfehlungen bei Stratis 2009 und Clark 2000 ▪ Diskutierte Eignung für die sektorengleiche Qualitätssicherung (QulK-Register: Albrecht 2009, Levenson 2007)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	Albrecht 2009 [1]; BQS 2009 [2]; Stratis 2009 [33]; Levenson 2007 [30]; Clark 2000 [34] Es handelt sich um einen zentralen Indikator zum Patientenschutz. Grundlage bilden hier die erarbeiteten Prinzipien der Internationalen Strahlenschutzkommission (ICRP). Indikator orientiert sich an den veröffentlichten Empfehlungen in der „Überarbeitung des Bundesamtes für Strahlenschutz in der „Bekanntmachung der aktualisierten diagnostischen Referenzwerte für diagnostische und interventionelle Röntgenuntersuchungen vom 22.Juni 2010“ [32].

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt nur, wenn Angabe Flächendosisprodukt ≥ 0 und ≤ 50.000 cGy*cm²

Auffälligkeit: Referenzbereich $\leq x\%$ (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Stratifizierung (Die dazugehörigen Strata werden durch die Qualitätsindikatoren S017a und S019a abgebildet)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinischen Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- ohne 1-275.0 bis 1-275.5 für die isolierte PCI aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Flächendosisprodukt	Erhebung der über Datenquelle 3 Strahlendosis in cGy*cm ²
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
	Prozedur	Prozedur kann im ambulanten Bereich z.Zt nicht durchgeführt werden: Vertragsärztlich stets Einzeitig-PCI, PCI nicht Teil des Ambulanten Operierens und damit vom Krankenhaus nicht ambulant erbringbar
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Flächendosisprodukt	Erhebung der über Datenquelle 3 Strahlendosis in cGy*cm ²
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

Indikator Nr. S019a Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²	
Beschreibung	Der Indikator gibt die Rate an Einzeitig-PCI mit einem Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ² an.
Zähler	Einzeitig- PCI mit einem Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²
Nenner	Alle Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre, alle isolierten Koronarangiographien und alle isolierten PCI
Zielstellung	Möglichst niedrige Rate an Einzeitig-PCI mit einer Strahlenbelastung über 6.000 cGy*cm ²
Begründung	Eignung, die Sicherheit in spezifischen Situationen zu erhöhen durch Minimierung der Strahlenbelastung für Patient und Untersucher gemäß ICRP.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entspricht dem 2011 eingeführten Indikator 50749 des esQS-Verfahrens „Koronarangiographie und PCI“ ▪ Indikator hat Bezug zum „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Diskutierte Eignung für die sektorengleiche Qualitätssicherung (QulK-Register: Albrecht 2009, Levenson 2007) ▪ Risikoadjustierung mögliche über Anzahl der Versorgungsgebiete an denen eine PCI durchgeführt wird
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	Albrecht 2009 [1]; BQS 2009 [2]; Levenson 2007 [30] Es handelt sich um einen zentralen Indikator zum Patientenschutz. Grundlage bilden hier die erarbeiteten Prinzipien der Internationalen Strahlenschutzkommission (ICRP). Der Schwellenwert des Indikators wurde von AQUA nach der Methode der „Überarbeitung des Bundesamtes für Strahlenschutz in der „Bekanntmachung der aktualisierten diagnostischen Referenzwerte für diagnostische und interventionelle Röntgenuntersuchungen vom 22.Juni 2010“ [32] aus dem QS-Datensatz 2010 errechnet, da das Bundesamt für Strahlenschutz noch keinen referenzwert für die Einzeitig-PCI festgelegt hat.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt nur, wenn Angabe Flächendosisprodukt ≥ 0 und ≤ 50.000 cGy*cm²

Auffälligkeit: Referenzbereich $\leq x\%$ (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Stratifizierung (Die dazugehörigen Strata werden durch die Qualitätsindikatoren S017a und S018a abgebildet)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	OPS	mindestens eine Prozedur aus den OPS Kodes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie in Kombination mit mindestens einer Prozedur aus den OPS Kodes 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für PCI aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Flächendosisprodukt	Erhebung über Datenquelle 3 Strahlendosis in cGy*cm ²
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
	OPS	GOP 34292 für Einzeitig-PCI aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Flächendosisprodukt	Erhebung über Datenquelle 3 Strahlendosis in cGy*cm ²
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

Indikator Nr. S020 Flächendosisprodukt - Flächendosisprodukt unbekannt	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt das Verhältnis von Koronarangiographien, Einzeitig-PCI und PCI, bei denen eine Dokumentation zum Flächendosisprodukt fehlt, zu allen Prozeduren.
Zähler	Alle Koronarangiographien, Einzeitig-PCI und PCI mit Angabe „Flächendosisprodukt bekannt“= 0 („nein“)
Nenner	Alle Koronarangiographien, Einzeitig-PCI und PCI
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Vermeidung von Dokumentationsmängeln; Toleranzbereich: 90. Perzentil
Begründung	Durch sorgfältige Dokumentation der Strahlenbelastung kann die Patientensicherheit in spezifischen Situationen erhöht werden.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Diskutierte Eignung für die sektorengleiche Qualitätssicherung (QulK-Register: Albrecht 2009, Levenson 2007)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	Albrecht 2009 [1]; BQS 2009 [2]; Levenson 2007 [30] Es handelt sich um einen zentralen Indikator zum Patientenschutz. Grundlage bilden hier die erarbeiteten Prinzipien der Internationalen Strahlenschutzkommission (ICRP). Indikator orientiert sich an den veröffentlichten Empfehlungen in der „Überarbeitung des Bundesamtes für Strahlenschutz in der „Bekanntmachung der aktualisierten diagnostischen Referenzwerte für diagnostische und interventionelle Röntgenuntersuchungen vom 22.Juni 2010“ [32].

Instrumente/Datenquellen
 Auffälligkeit: Toleranzbereich: 90. Perzentil

Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:
 1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
 2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
 3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Kodes 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für PCI bzw. mindestens eine Prozedur aus den OPS Kodes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie bzw. eine Kombination aus den genannten OPS-Kodes für Koronarangiographie und PCI aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Flächendosisprodukt bekannt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
		nicht vorgesehen

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
	Prozedur	mindestens eine Prozedur den OPS Kodes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie aus Datenquelle 1 oder 2 oder GOP 34292 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Flächendosisprodukt bekannt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
		nicht vorgesehen

Indikator Nr. S021 Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Koronarangiographien (ohne PCI)	
Beschreibung	Der Indikator gibt den Median der Kontrastmittelmenge von allen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) an.
Zähler	entfällt
Nenner	Median: Kontrastmittelmenge (ml) Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI)
Ausschlusskriterien	Alter <18 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge, Referenzbereich: ≤ 150 ml
Begründung	Notwendigkeit der Risikominimierung bei der Kontrastmittelgabe; Risikoreduktion für die durch Kontrastmittel induzierte Nephropathie (CIN)
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Indikator nimmt Bezug auf das Datensatz-Item BQS ID13 (Stand 30.10.2009): Niereninsuffizienz (4 Zustände) ▪ Indikator nimmt Bezug auf die Leitlinienempfehlung zur Vermeidung des zytotoxischen Nierenschadens (ESC Guidelines) und den PSI-Indikator (Nephropathie), SVR 2007 ▪ Indikator nimmt Bezug auf vergleichbare Empfehlungen in der ermittelten Literatur: Laskey 2009 und 2007; Marenzi 2009; Valente 2006; MacNeill 2003
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>BQS 2009 [2]; Laskey 2009 [35]; Marenzi 2009 [36]; Laskey 2007 [37]; Levenson 2007 [30]; SVR 2007 [38]; ESC-Guidelines 2006 [7]; Valente 2006 [39]; MacNeill 2003 [40]</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung ESC Guidelines 2007/Bassand 2007 [8]</p> <p><u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments) Appropriate measures are advised in order to reduce the risk if CIN (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE):B; (GoR): I <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt nur, wenn Angabe Kontrastmittelmenge > 0 und < 1.000 ml

Auffälligkeit: Toleranzbereich ≤ 150 ml

Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie ohne OPS aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Applizierte Kontrastmittelmenge	Erhebung über Datenquelle 3 applizierte Menge in ml
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
	Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie aus Datenquelle 1 oder 2 oder GOP 34291 ohne GOP 34292 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Applizierte Kontrastmittelmenge	Erhebung über Datenquelle 3 applizierte Menge in ml
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
		nicht vorgesehen

Indikator Nr. S022 Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller PCI ohne Einzeitig-PCI	
Beschreibung	Der Indikator gibt den Median der Kontrastmittelmenge von allen PCI (ohne Einzeitig-PCI) an.
Zähler	entfällt
Nenner	Median: Kontrastmittelmenge (ml) Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI)
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge, Referenzbereich: ≤ 200 ml
Begründung	Notwendigkeit der Risikominimierung bei der Kontrastmittelgabe; Risikoreduktion für die durch Kontrastmittel induzierte Nephropathie (CIN).
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Indikator nimmt Bezug auf die Leitlinienempfehlung zur Vermeidung des zytotoxischen Nierenschadens (ESC-Guidelines) ▪ Indikator nimmt Bezug auf das Datensatz-Item BQS ID 13 (Stand 30.10.2009): Niereninsuffizienz (4 Zustände) ▪ Indikator nimmt Bezug auf den PSI-Indikator (Nephropathie), SVR 2007; ▪ Indikator nimmt Bezug auf vergleichbare Empfehlungen in der ermittelten Literatur: Laskey 2009 und 2007; Marenzi 2009; Valente 2006; MacNeill 2003
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>BQS 2009[2]; Laskey 2009 [35]; Marenzi 2009 [36]; Laskey 2007 [37]; Levenson 2007 [30]; SVR 2007 [38]; ESC Guidelines 2006 [7], Valente 2006 [39]; MacNeill 2003 [40];</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung ESC Guidelines 2007/Bassand [8]</p> <p><u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments) Appropriate measures are advised in order to reduce the risk of CIN (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE):B; (GoR): I <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt nur, wenn Angabe Kontrastmittelmenge > 0 und < 1.000 ml

Auffälligkeit: Toleranzbereich ≤ 200 ml

Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	Prozedur	Prozedur kann im ambulanten Bereich z.Zt nicht durchgeführt werden: Vertragsärztlich stets Einzeitig-PCI, PCI ist nicht Teil des Ambulanten Operierens und damit vom Krankenhaus nicht ambulant erbringbar
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Applizierte Kontrastmittelmenge	Erhebung über Datenquelle 3 applizierte Menge in ml
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
	Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- ohne gleichzeitig eine OPS aus 1.-275.0 bis 1-275.5 für PCI aus Datenquelle 1 oder 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Applizierte Kontrastmittelmenge	Erhebung über Datenquelle 3 applizierte Menge in ml
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
		nicht vorgesehen

Indikator Nr. S023 Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Einzeitig-PCI	
Beschreibung	Der Indikator gibt den Median der Kontrastmittelmenge von allen Einzeitig-PCI an.
Zähler	entfällt
Nenner	Median: Kontrastmittelmenge (ml) Alle PCI, bei denen einzeitig eine Koronarintervention durchgeführt wurde (Einzeitig-PCI)
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge, Referenzbereich: ≤ 250 ml
Begründung	Notwendigkeit der Risikominimierung bei der Kontrastmittelgabe; Risikoreduktion für die Kontrastmittel induzierte Nephropathie (CIN)
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Indikator nimmt Bezug auf die Leitlinienempfehlung zur Vermeidung des zytotoxischen Nierenschadens (ESC-Guidelines) ▪ Indikator nimmt Bezug auf das Datensatz-Item BQS ID13 (Stand 30.10.2009): Niereninsuffizienz (4 Zustände) ▪ Indikator nimmt Bezug auf den PSI-Indikator (Nephropathie), SVR 2007; ▪ Indikator nimmt Bezug auf vergleichbare Empfehlungen in der ermittelten Literatur: Laskey 2009 und 2007; Marenzi 2009; Valente 2006; MacNeill 2003
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>BQS 2009 [2]; Laskey 2009 [35]; Marenzi 2009 [36] ESC Guidelines [7]; Laskey 2007 [37]; Levenson 2007 [30]; SVR 2007 [38]; Valente 2006 [39]; MacNeill 2003 [40];</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung <u>ESC Guidelines 2007/Bassand 2007 [8]</u> <u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments) Appropriate measures are advised in order to reduce the risk of CIN (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE):B; (GoR): I <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung nur möglich, wenn Angabe Kontrastmittelmenge > 0 und < 1.000 ml

Auffälligkeit: Toleranzbereich ≤ 250 ml

Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie in Kombination mit mindestens einer Prozedur aus den OPS Codes 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für PCI aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Applizierte Kontrastmittelmenge	Erhebung über Datenquelle 3 applizierte Menge in ml
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
	Prozedur	GOP 34292 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Applizierte Kontrastmittelmenge	Erhebung über Datenquelle 3 applizierte Menge in ml
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

Indikator Nr. S032a_1 Komplikationsrate an der Punktionsstelle	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt das Verhältnis von Komplikationen an der Punktionsstelle (schwere, therapiebedürftige Blutung, punktionsnahe Gefäßthrombose oder Aneurysma-Spurium mit erneuter Kompression) bei diagnostischen Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI zu allen Untersuchungen (diagnostischen Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI).
Zähler	Anzahl an Komplikationen an der Punktionsstelle (Summe aus den drei Komplikationsarten) 1. Erhebung bis zu 4h nach diagnostischen Koronarangiographien oder 2. Erhebung bis zu 12h nach PCI einschließlich Einzeitig-PCI
Nenner	Alle diagnostischen Koronarangiographien und PCI einschließlich Einzeitig-PCI
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Möglichst niedrige Komplikationsrate an der Punktionsstelle bei diagnostischen Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI
Begründung	Komplikationen an der Punktionsstelle stellen eine Belastung für den Patienten dar.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator nimmt Bezug auf ein Datensatz-Item der BQS (BQS 2009) ▪ Indikator nimmt Bezug auf ermittelte Instrumente bei Liew (Liew 2007) ▪ Plausibilisierung über Routinedaten möglich ▪ stratifizierte Auswertung nach Art der Prozedur
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	BQS 2009 [2]; ACHS 2008 [41]; Liew 2007 [42]; Mainz 2003 [43] Bei der „Komplikationsrate“ handelt es sich um einen anerkannten Endpunkt im Sinne der Nutzen- und Schadenbewertung medizinischer Interventionen. Die Bewertung erfolgt in Anlehnung an die Definition des „patientenrelevanten medizinischen Nutzens“, vgl. IQWiG 2008 [44].

Instrumente/Datenquellen
 Auffälligkeit: Referenzbereich nicht festgelegt

Risikoadjustierung: Stratifizierung nach Art der Prozedur

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. klinischen Daten aus externer vergleichender Qualitätssicherung

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
OPS	mindestens eine Prozedur aus den OPS Kodes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie bzw. mindestens eine Prozedur aus den OPS Kodes 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für PCI bzw. eine Kombination aus den genannten OPS-Kodes für Koronarangiographie und PCI aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
Schwere therapiebedürftige Blutung	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 Stunden nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24 Stunden nach der letzten Prozedur
Gefäßthrombose (punktionsnah)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 Stunden nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24 Stunden nach der letzten Prozedur
Aneurysma-Spurium mit erneuter Kompression	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 5-12 Stunden nach der letzten Prozedur 3 = ja, 13-24 Stunden nach der letzten Prozedur
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI

STATIONÄR

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
	OPS	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 1-275.0 bis 1-275.5 für diagnostische Koronarangiographie aus Datenquelle 1 oder 2 oder GOP 34291 ohne 34291 für diagnostische Koronarangiographie bzw. GOP 34292 für Einzeitig-PCI aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Schwere therapiebedürftige Blutung	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 Stunden nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24 Stunden nach der letzten Prozedur
	Gefäßthrombose (punktionsnah)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 Stunden nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24 Stunden nach der letzten Prozedur
	Aneurysma-Spurium mit erneuter Kompression	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 Stunden nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24 Stunden nach der letzten Prozedur
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI

Indikator Nr. OU004a_1 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI- Indikation STEMI bis 24 Stunden	
Beschreibung	Der Indikator gibt das Verhältnis aller PCI bei STEMI bis 24 h, bei denen das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde, zu allen PCI bei genannter Indikation wieder.
Zähler	Alle PCI mit genannter Indikation, für die TIMI = 3
Nenner	Alle PCI mit Indikation STEMI bis 24 Stunden nach Stellung der Diagnose
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Möglichst oft das Erreichen des wesentlichen Interventionsziels PCI bei STEMI (nach TIMI); Referenzbereich vorerst nicht definiert
Begründung	Erreichen einer erfolgreichen Katheterintervention über Surrogatparameter
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator hat Bezug zum dem „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Indikator entstammt dem Indikatorenset des QS-Verfahrens „Koronarangiographie und PCI“
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>BQS 2009 [2]; Cannon 2001 [45]</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung</p> <p><u>SIGN 2007 [9]</u></p> <p><u>Kernempfehlung:</u> zur Zielbetrachtung unter Betrachtung von vulnerablen Subgruppen:</p> <p>(in der Originalsprache des Leitliniendokuments):</p> <p>Patients who are older and have other evidence of atherosclerosis and/or cognitive impairment may be more at risk of increasing decline and these factors should be considered when evaluating for revascularisation to achieve symptom relief (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): 3; (GoR): D <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

1. Erreichung des wesentlichen Interventionsziels (anhand der TIMI-Klassifikation): im Allgemeinen TIMI-III-Fluss
2. TIMI-Klassifikation: die „Thrombolysis in myocardial infarction-Klassifikation“ (TIMI) beschreibt den Koronarfluss im Umfeld eines Gefäßverschlusses bzw. einer Stenose (Cannon 2001)

TIMI Fluss 0 - kein antegrader Fluss distal des Verschlusses

TIMI Fluss 1 - Kontrastmittel lässt sich distal darstellen, füllt jedoch nicht das gesamte Gefäßbett

TIMI Fluss 2 - Kontrastmittel füllt distal das gesamte Gefäß aus, An- und Abstrom sind jedoch verzögert

TIMI Fluss 3 - normaler Fluss

Auffälligkeit: Referenzbereich nicht festgelegt

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen.

In Frage kommen folgende Einflussvariablen: Alter (FELD: Geburtsdatum); Geschlecht; Vorliegen eines kardiogenen Schock; Ejektionsfraktion; Zustand nach vorausgegangenen Interventionen (PCI oder CABG); Anzahl der Versorgungsgebiete, an denen eine PCI durchgeführt wurde (FELD: PCI an); nach besonderen Merkmalen der PCI (FELD: am kompletten Gefäßverschluss, am Koronarbypass, an ungeschütztem Hauptstamm, einer Ostiumstenose (LAD/RCX/RCA) bzw. an letztem verbliebenen Gefäß (Singh 2003; Kunadian 2008)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)		
Feld	Beschreibung	
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)	
OPS	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für PCI bzw. zusätzlich mindestens eine Prozedur aus den OPS-Kodes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie in Kombination mit den genannten OPS-Kodes für PCI aus Datenquelle 1	
Datenfelder für die Berechnung		
Feld	Beschreibung	
STATIONÄR	Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CSS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) = bis 24h nach Stellung der Diagnose 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Wesentliches Interventionsziel erreicht (TIMI-III-Fluss)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III

Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 oder 2
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedur hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an einer In-Stent Stenose

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
OPS	GOP 34292 aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CSS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) = bis 24h nach Stellung der Diagnose) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
Wesentliches Interventionsziel erreicht (TIMI-III-Fluss)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 oder 2
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabil 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose

AMBULANT

Indikator Nr. OU005	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)
Beschreibung	Der Indikator beschreibt das Verhältnis aller PCI, für die das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde, zu allen PCI.
Zähler	Alle PCI, für die das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde (bei Indikation STEMI < 24 h: TIMI-III-Fluss)
Nenner	Alle PCI
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Möglichst oft Erreichen des Interventionsziels bei PCI; Toleranzbereich: ≥ 85 %
Begründung	Erreichen einer erfolgreichen Katheterintervention über Surrogatparameter
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>BQS 2009 [2]</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung</p> <p>NVL 2006 [6] (unter Berücksichtigung der Aktualisierung 2010)</p> <p><u>Kernempfehlung</u> zum Interventionsziel:</p> <p>(...) Bei Mehrgefäßerkrankung soll eine komplette Revaskularisation angestrebt werden.</p> <p>(...) Alle anderen Patienten ohne RIVA-Stenose mit symptomatischer, medikamentös nicht adäquat beherrschbarer Eingefäßerkrankung sollten mit einer revaskularisierenden Maßnahme (in der Regel PCI) aus antianginöser Indikation behandelt werden (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): ↑↑ <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

1. Erreichung des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers): im Allgemeinen angiographische Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 % (BQS 2009)
2. TIMI-Klassifikation: die „Thrombolysis in myocardial infarction-Klassifikation“ (TIMI) beschreibt den Koronarfluss im Umfeld eines Gefäßverschlusses bzw. einer Stenose (Cannon 2001)

TIMI Fluss 0 - kein antegrader Fluss distal des Verschlusses

TIMI Fluss 1 - Kontrastmittel lässt sich distal darstellen, füllt jedoch nicht das gesamte Gefäßbett

TIMI Fluss 2 - Kontrastmittel füllt distal das gesamte Gefäß aus, An- und Abstrom sind jedoch verzögert

TIMI Fluss 3 - normaler Fluss

Auffälligkeit: Toleranzbereich: $\geq 85\%$

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen.

In Frage kommen folgende Einflussvariablen: Alter (FELD: Geburtsdatum); Geschlecht; Indikation zur PCI; Vorliegen eines kardiogenen Schock; Ejektionsfraktion; Zustand nach vorausgegangenen Interventionen (PCI oder CABG); Dringlichkeit der PCI Anzahl der Versorgungsgebiete, an denen eine PCI durchgeführt wurde (FELD: PCI an); nach besonderen Merkmalen der PCI (FELD: am kompletten Gefäßverschluss, am Koronarbypass, an ungeschütztem Hauptstamm, einer Ostiumstenose (LAD/RXC/RCA) bzw. an letztem verbliebenen Gefäß (Singh 2003; Kunadian 2008)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für PCI bzw. mindestens eine Prozedur aus den OPS-Kodes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie in Kombination mit den genannten OPS-Kodes für PCI aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
Wesentliches Interventionsziel erreicht (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographische Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 %)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich
Wesentliches Interventionsziel erreicht (TIMI-III-Fluss)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III
Datenfelder für die Risikoadjustierung	

Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabil 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamischinstabil
Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
Prozedur	GOP 34292 aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
Wesentliches Interventionsziel erreicht (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographische Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 %)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich
Wesentliches Interventionsziel erreicht (TIMI-III-Fluss)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 oder 2
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabil 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig

AMBULANT

	PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
	besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose

Indikator Nr. OU077_1 Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt die Rate an Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach einer PCI im Verhältnis zur Gesamtzahl der PCI.
Zähler	Alle Notfall-Verlegungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach einer PCI
Nenner	Alle PCI
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Optimierung der Prozessqualität bei PCI sowie Reduzierung der Notwendigkeit einer CABG nach PCI bzw. des damit verbundenen Mortalitäts- und Morbiditätsrisikos.
Begründung	vgl. Zielstellung
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator nimmt Bezug auf das „OECD Indikatorenprojekt“ (Lambie 2004) und ist darüber hinaus in ähnlicher Form im „Canadian Quality Indicator Set“ (Ko 2008) sowie im „ACHS Clinical Indicator Program“ (ACHS 2008a und ACHS 2008b) zu finden ▪ Indikator wird durch Studienergebnisse (Burton 2006, Darwazah 2009, Moscucci 2003, Glaser 2008) unterstützt
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>BQS Filter 2009 [46]; Darwazah 2009 [47]; ACHS 2008a [48]; ACHS 2008b [41]; Glaser 2008 [49]; Ko 2008 [11]; Burton 2006 [50]; Smith 2006 [12]; Lambie 2004 [28]; Moscucci 2003 [51];</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung SIGN 2007 [9]</p> <p><u>Kernempfehlung:</u> Betrachtung aus der Perspektive der primären Indikationsqualität (in der Originalsprache des Leitliniendokuments)</p> <p>Patients with triple vessel disease should be considered for coronary bypass grafting to improve prognosis, but where unsuitable be offered percutaneous coronary intervention (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): 1++; (GoR): A <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Auffälligkeit: Referenzwert nicht festgelegt

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen.

In Frage kommen folgende Einflussvariablen: Alter (FELD: Geburtsdatum); Geschlecht; Indikation zur PCI; Vorliegen eines kardiogenen Schock; Ejektionsfraktion; Zustand nach vorausgegangenen Interventionen (PCI oder CABG); Dringlichkeit der PCI; Anzahl der Versorgungsgebiete, an denen eine PCI durchgeführt wurde (FELD: PCI an); nach besonderen Merkmalen der PCI (FELD: am kompletten Gefäßverschluss, am Koronarbypass, an ungeschütztem Hauptstamm, einer Ostiumstenose (LAD/RCX/RCA) bzw. an letztem verbliebenen Gefäß (Singh 2003; Kunadian 2008))

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für PCI bzw. mindestens eine Prozedur aus den OPS-Kodes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie in Verbindung mit mindestens einer Prozedur aus den genannten OPS-Kodes für PCI aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Notfall-Verlegung/Einweisungen zur CABG-Operation	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, 5-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 13-24 h nach der letzten Prozedur
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige

Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabil 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
	Prozedur	GOP 34292 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Notfall-Verlegung/Einweisungen zur CABG-Operation	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24 h nach der letzten Prozedur
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
	Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 oder 2

Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabil 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose

Indikator Nr. OU006_1 MACCE – Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)	
Beschreibung	Der Indikator gibt das Verhältnis von Patienten mit unerwünschten intra- oder postprozeduralen kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen bei Koronarangiographie(n) (ohne PCI) zu allen Patienten wieder, bei denen eine Koronarangiographie (ohne PCI) durchgeführt wurde.
Zähler	Alle Patienten mit intra- oder postprozedural mindestens einer TIA bzw. einem Schlaganfall oder postprozeduraler Revaskularisierung mittels erneuter PCI oder Notfall-Verlegung/Einweisung zur CABG-Operation oder postprozedural mit einem Herzinfarkt oder Exitus im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod (im Krankenhaus Entlassungsgrund=7 (Tod)) bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur.
Nenner	Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Selten intra- oder postprozedurale MACCE bei Koronarangiographien; Toleranzbereich: 95. Perzentil
Begründung	Die Rate schwerer unerwünschter Ereignisse während oder nach einer Koronarangiographie kann einen Hinweis auf Qualitätsdefizite darstellen und sollte deshalb gering gehalten werden.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator mit Bezug zum „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Plausibilisierung mit Abrechnungsdaten (z.B. §301 SGB V Daten)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	<p>BQS 2009 [2]; Bonzel 2008 [52]; Hamm 2008[4]; Levenson 2011 [53]; Moscucci 2003[51]</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung</p> <p>Bei „MACCE“ handelt es sich um einen anerkannten Endpunkt im Sinne der Nutzen- und Schadenbewertung medizinischer Interventionen. Die Bewertung erfolgt in Anlehnung an die Definition des „patientenrelevanten medizinischen Nutzens“, vgl. IQWiG 2008 [44].</p>

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

Definition MACCE: Zu den Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events (MACCE) zählen der intra- oder postprozedurale Tod oder der erneute Myokardinfarkt, die erneute Intervention mittels PCI oder Notfall-CABG sowie die intra- oder postprozedurale TIA oder der Schlaganfall. (Moscucci 2003; Bonzel 2008; Hamm 2008)

Notfall-CABG wird operationalisiert als Notfall-Verlegung/Einweisung zur CABG-Operation: Verlegung/Einweisung zur CABG-Operation innerhalb von 4 Stunden nach Koronarangiographie

Auffälligkeit: Toleranzbereich: 95. Perzentil

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen. In Frage kommen folgende Einflussvariablen: Alter (FELD: Geburtsdatum); Geschlecht; führende Indikation zur Koronarangiographie; führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter; Vorliegen eines kardiogenen Schock; Ejektionsfraktion; Komorbiditäten wie Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, manifeste Herzinsuffizienz; Ejektionsfraktion unter 40 % und KHK (FELD: stabile Angina pectoris (nach CCS)); Zustand nach koronaraer-Bypass-OP (Singh 2003; Kunadian 2008)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 1-275.0 bis 1-275.5 ohne eine weitere OPS aus 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für isolierte Koronarangiographie aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
intraprozedurale Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 3 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor 4 = sonstige
Tod (jeder Todesfall unabhängig von der Ursache)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Herzinfarkt	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
TIA/Schlaganfall	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur

Fortsetzung Datenfelder für die Berechnung		
Feld	Beschreibung	
STATIONÄR	Erneute PCI am selben Gefäß oder an der selben Läsion	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
	Notfall-Verlegung/Einweisungen zur CABG-Operation	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24 h nach der letzten Prozedur
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung	
Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)	
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1	
führende Indikation zur Koronarangiographie	Erhebung über Datenquelle 3 1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 7 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40 %) 8 = Vitium 9 = sonstige	
Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt	
Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt	
Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja; NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV	
Ejektionsfraktion ≤ 40 %	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt	
stabile Angina pectoris (nach CCS)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	

Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter	Erhebung über Datenquelle 3 0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50 % 2 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50 % (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 3 = Kardiomyopathie 4 = Herzklappenvitium 5 = Aortenaneurysma 6 = hypertensive Herzerkrankung 9 = andere kardiale Erkrankungen

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 1-275.0 bis 1-275.5 Datenquelle 1 oder 2 oder GOP 34291 ohne GOP 34292 aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
intraprozedurale Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 3 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor
Tod (jeder Todesfall unabhängig von der Ursache)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Herzinfarkt	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
TIA/Schlaganfall	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Erneute PCI am selben Gefäß oder an der selben Läsion	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Notfall-Verlegung/Einweisungen zur CABG-Operation	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24 h nach der letzten Prozedur
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 oder 2
führende Indikation zur Koronarangiographie	Erhebung über Datenquelle 3 1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 7 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40 %) 8 = Vitium 9 = sonstige
Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 3

AMBULANT

	<p>0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt</p>
Niereninsuffizienz	<p>Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt</p>
Herzinsuffizienz (nach NYHA)	<p>Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV</p>
Ejektionsfraktion ≤ 40 %	<p>Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt</p>
stabile Angina pectoris (nach CCS)	<p>Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)</p>
Zustand nach koronarer Bypass-OP	<p>Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt</p>
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	<p>Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt</p>
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	<p>Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil</p>
führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter	<p>Erhebung über Datenquelle 3 0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50 % 2 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50 % (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 3 = Kardiomyopathie 4 = Herzklappenvitium 5 = Aortenaneurysma 6 = hypertensive Herzerkrankung 9 = andere kardiale Erkrankungen</p>

Indikator Nr. OU007a_1 MACCE bei PCI	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt das Verhältnis von Patienten mit unerwünschten kardialen oder zerebrovaskulären intra- oder postprozeduralen Ereignissen bei PCI zu allen Patienten, die mit einer PCI behandelt wurden.
Zähler	Alle Patienten mit intra- oder postprozedural mindestens einer TIA bzw. einem Schlaganfall oder postprozeduraler Revaskularisierung mittels erneuter PCI oder Notfall-CABG oder postprozedural mit einem Herzinfarkt oder Exitus im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod (im Krankenhaus Entlassungsgrund=7 (Tod)) bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur
Nenner	Alle Patienten mit PCI (einschließlich Einzeitig-PCI)
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Reduktion der intra- oder postprozeduralen MACCE bei PCI
Begründung	Die Ereignisrate im Sinne von MACCE während des Interventionsaufenthaltes wird sowohl in Leitlinien als auch in Studien als ein wesentliches Ergebnis gesehen, das es zu optimieren gilt (Smith 2006)
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator in Anlehnung an das „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Der Indikator wird durch Leitlinien und Studienergebnisse unterstützt (Bonzel 2008, Hamm 2008, Glaser 2008, Moscucci 2005, Pride 2009, Mustafa 2005, Khattab 2009). Die Studien unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Definition MACCE. ▪ Die Risikoadjustierung ist über patienten- und prozedurenrelevante Einflussvariablen möglich (Singh 2003; Kunadian 2008): ▪ Plausibilisierung mit Abrechnungsdaten (z.B. §301 SGB V Daten)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>BQS 2009 [2]; Khattab 2009 [54]; Pride 2009 [55]; Bonzel 2008 [52]; Glaser 2008 [49]; Hamm 2008 [4]; Kunadian 2008 [56]; Smith 2006 [12]; Moscucci 2005 [57]; Mustafa 2005 [58]; Moscucci 2003 [51]; Singh 2003 [59]</p> <p>Bei „MACCE“ handelt es sich um einen anerkannten Endpunkt im Sinne der Nutzen- und Schadenbewertung medizinischer Interventionen. Die Bewertung erfolgt in Anlehnung an die Definition des „patientenrelevanten medizinischen Nutzens“, vgl. IQWiG 2008 [44].</p>

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

Definition MACCE: Zu den Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events (MACCE) zählen der intra- oder postprozedurale Tod oder der erneute Myokardinfarkt, die erneute Intervention mittels PCI oder Notfall-CABG an der Zielläsion (TLR) oder dem Zielgefäß (TVR) sowie die intra- oder postprozedurale TIA oder der Schlaganfall. (Moscucci 2003; Bonzel 2008; Hamm 2008)

Notfall-CABG wird operationalisiert als Notfall-Verlegung/Einweisung zur CABG-Operation: Verlegung/Einweisung zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen.

In Frage kommen folgende Einflussvariablen: Alter (FELD: Geburtsdatum); Geschlecht; Indikation zur PCI; Dringlichkeit der PCI; Vorliegen eines kardiogenen Schock; Ejektionsfraktion; Komorbiditäten wie Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, manifeste Herzinsuffizienz, Ejektionsfraktion < 40 % und KHK (FELD: stabile Angina pectoris (nach CCS); Zustand nach vorausgegangenen Interventionen (PCI oder CABG); Anzahl der Versorgungsgebiete, an denen eine PCI durchgeführt wurde (FELD: PCI an); nach besonderen Merkmalen der PCI (FELD: am kompletten Gefäßverschluss, am Koronarbypass, an ungeschütztem Hauptstamm, einer Ostiumstenose (LAD/RCX/RCA) bzw. an letztem verbliebenen Gefäß (Singh 2003; Kunadian 2008)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinischen Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für PCI bzw. mindestens eine Prozedur aus den OPS-Kodes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie in Kombination mit den genannten OPS-Kodes für PCI aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
intraprozedurale Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 3 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor
Tod (jeder Todesfall unabhängig von der Ursache)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Herzinfarkt	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
TIA/Schlaganfall	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur

Fortsetzung Datenfelder für die Berechnung	
Erneute PCI am selben Gefäß oder an der selben Läsion	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Notfall-Verlegung/Einweisungen zur CABG-Operation	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24 h nach der letzten Prozedur
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige
Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt
Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt
Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja; NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
Ejektionsfraktion \leq 40 %	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt
stabile Angina pectoris (nach CCS)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)

Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
Prozedur	GOP 34292 aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
intraprozedurale Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 3 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor
Tod (jeder Todesfall unabhängig von der Ursache)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Herzinfarkt	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
TIA/Schlaganfall	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Erneute PCI am selben Gefäß oder an der selben Läsion	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Notfall-Verlegung/Einweisungen zur CABG-Operation	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24 h nach der letzten Prozedur
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 oder 2
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige
Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig

AMBULANT

AMBULANT

Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt
Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt
Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja; NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
Ejektionsfraktion \leq 40 %	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt
stabile Angina pectoris (nach CCS)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose

Indikator Nr. OU009a MACCE – Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt das Verhältnis von Patienten mit unerwünschten kardialen oder zerebrovaskulären intra- oder postprozeduralen Ereignissen mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt zu allen Patienten, die mit einer Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt behandelt wurden.
Zähler	Alle Patienten mit intra- oder postprozedural mindestens einer TIA bzw. einem Schlaganfall oder postprozeduraler Revaskularisierung mittels erneuter PCI oder Notfall-CABG oder postprozedural mit einem Herzinfarkt oder Exitus im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod (im Krankenhaus Entlassungsgrund=7 (Tod)) bis einschließlich 4h nach der Prozedur
Nenner	Alle Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Selten intra- oder postprozedurale MACCE bei PCI; Toleranzbereich: 95. Perzentil
Begründung	Die Rate schwerer unerwünschter Ereignisse während oder nach einer Intervention kann einen Hinweis auf Qualitätsdefizite darstellen und sollte deshalb gering gehalten werden.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Plausibilisierung mit Abrechnungsdaten (z.B. §301 SGB V Daten)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	BQS 2009 [2]; Bonzel 2008 [52]; Hamm 2008 [4] Moscucci 2003 [51] Bei „MACCE“ handelt es sich um einen anerkannten Endpunkt im Sinne der Nutzen- und Schadenbewertung medizinischer Interventionen. Die Bewertung erfolgt in Anlehnung an die Definition des „patientenrelevanten medizinischen Nutzens“, vgl. IQWiG 2008 [44].

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

Definition MACCE: Zu den Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events (MACCE) zählen der intra- oder postprozedurale Tod oder der erneute Myokardinfarkt, die erneute Intervention mittels PCI oder Notfall-CABG an der Zielläsion (TLR) oder dem Zielgefäß (TVR) sowie die intra- oder postprozedurale TIA oder der Schlaganfall (Moscucci 2003; Bonzel 2008; Hamm 2008)

Notfall-CABG wird operationalisiert als Notfall-Verlegung/Einweisung zur CABG-Operation: Verlegung/Einweisung zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen. In Frage kommen folgende Einflussvariablen: Alter (FELD: Geburtsdatum); Geschlecht; Vorliegen eines kardiogenen Schock; Ejektionsfraktion; Komorbiditäten wie Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, manifeste Herzinsuffizienz, Ejektionsfraktion < 40 % ; Zustand nach vorausgegangenen Interventionen (PCI oder CABG); Anzahl der Versorgungsgebiete, an denen eine PCI durchgeführt wurde (FELD: PCI an); nach besonderen Merkmalen der PCI (FELD: am kompletten Gefäßverschluss, am Koronarbypass, an ungeschütztem Hauptstamm, einer Ostiumstenose (LAD/RCX/RCA) bzw. an letztem verbliebenen Gefäß (Singh 2003; Kunadian 2008)

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS-Kodes 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für PCI bzw.zusätzlich mindestens eine Prozedur aus den OPS-Kodes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie in Kombination mit den genannten OPS-Kodes für PCI aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
wieviele PCI während des Aufenthaltes?	Erhebung über Datenquelle 3 Angabe in Ziffern
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
intraprozedurale Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 3 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor

Tod (jeder Todesfall unabhängig von der Ursache)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Herzinfarkt	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
TIA/Schlaganfall	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Erneute PCI am selben Gefäß oder an der selben Läsion	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Notfall-Verlegung/Einweisungen zur CABG-Operation	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24 h nach der letzten Prozedur

Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1
Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt
Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt
Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja; NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
Ejektionsfraktion \leq 40 %	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt

Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = einem Versorgungsgebiet 2 = zwei Versorgungsgebieten 3 = drei Versorgungsgebieten
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
Prozedur	GOP 34292 aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
wievielte PCI während des Aufenthaltes?	Erhebung über Datenquelle 3 Angabe in Ziffern
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
intraprozedurale Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 3 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor
Tod (jeder Todesfall unabhängig von der Ursache)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Herzinfarkt	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
TIA/Schlaganfall	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Erneute PCI am selben Gefäß oder an der selben Läsion	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Notfall-Verlegung/Einweisungen zur CABG-Operation	Erhebung über Datenquelle 3 1 = ja, bis 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24 h nach der letzten Prozedur
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 oder 2
Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 3

AMBULANT

	0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt
Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt
Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
Ejektionsfraktion ≤ 40 %	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose

Indikator Nr. OU011a Sterblichkeit (Letalität) im Nachbeobachtungszeitraum 12h – bei Patienten mit PCI	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt das Verhältnis der während oder nach PCI Verstorbenen innerhalb des Nachbeobachtungszeitraums von 12h zu allen Fällen, die mit einer PCI behandelt wurden.
Zähler	Alle Patienten mit intraprozeduralem Tod im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod im Nachbeobachtungszeitraum bis 12 h nach der letzten Prozedur
Nenner	Alle Patienten mit PCI
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Reduktion der Sterblichkeit (Letalität)
Begründung	Die Sterblichkeit (Letalität) stellt einen zentralen Ergebnisindikator in der Versorgung dar und ist daher gering zu halten.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Ähnliche Indikatoren aus Indikatorendatenbanken zur In-Hospital-Mortalität: ▪ AHRQ 2007 (Indikator IQI 30: PTCA mortality rate); Indikator weicht von dem hier genannten hinsichtlich der Zähler- und Nennerdefinition ab und ist gemeinsam mit Indikator IQI 6 (PTCA volume) anzuwenden ▪ Lambie 2004 (OECD-Indikatoren) ▪ Ko 2008 („Canadian Quality Indicator Set“) ▪ Die Risikoadjustierung ist über patienten- und prozedurenrelevante Einflussvariablen möglich (Singh 2003; Kunadian 2008):
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>BQS 2009 [2]; Ko 2008[11]; Kunadian 2008[56]; AHRQ 2007d [60]; Smith 2006 [12]; Lambie 2004 [28]; Singh 2003 [59];</p> <p>Bei der „Letalität“ handelt es sich um einen anerkannten Endpunkt im Sinne der Nutzen- und Schadenbewertung medizinischer Interventionen. Die Bewertung erfolgt in Anlehnung an die Definition des „patientenrelevanten medizinischen Nutzens“, vgl. IQWiG 2008 [44].</p>

Instrumente/Datenquellen

Auffälligkeit: Referenzbereich: 95. Perzentil

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich.

In das Risikomodelle können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen. Infrage kommen folgende Einflussvariablen: Alter; Geschlecht; Indikation zur PCI (ACS: entsprechende Differenzierung STEMI/NSTEMI [mit Marker-Erhöhung]/Instabile Angina innerhalb der letzten 48 Stunden); Dringlichkeit der PCI; Vorliegen eines kardiogenen Schocks; Ejektionsfraktion; Komorbiditäten wie Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz; manifeste Herzinsuffizienz; Zustand nach vorausgegangenen Interventionen (PCI/CABG); Anzahl der Versorgungsgebiete, an denen eine PCI durchgeführt wurde; Besonderheiten der PCI (PCI am kompletten Verschluss/am Koronarbypass/an ungeschütztem Hauptstamm/an einer Ostiumstenose (LAD/RCX/RCA)/an letztem verbliebenen Gefäß) (Singh 2003; Kunadian 2008).

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für PCI bzw.zusätzlich mindestens eine Prozedur aus den OPS-Kodes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie in Kombination mit den genannten OPS-Kodes für PCI aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	intraprozedurale Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 3 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor
	Tod (jeder Todesfall unabhängig von der Ursache)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1
	Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = ACS ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = ACS mit ST-Hebung (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 4 = ACS mit ST-Hebung (STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige

stabile Angina pectoris (nach CCS)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)
Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt
Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt
Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja; NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
Ejektionsfraktion ≤ 40 %	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
Prozedur	GOP 34292 aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
intraprozedurale Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 3 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor
Tod (jeder Todesfall unabhängig von der Ursache)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich 4 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, 4-12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, 12-24h nach der letzten Prozedur
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 oder 2
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = ACS ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = ACS mit ST-Hebung (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 4 = ACS mit ST-Hebung (STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige
stabile Angina pectoris (nach CCS)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)
Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt
Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt

AMBULANT

Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja; NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
Ejektionsfraktion ≤ 40 %	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose

Indikator Nr. OU191a	30 Tage Sterblichkeit (Letalität) bei PCI
Beschreibung	Der Indikator gibt das Verhältnis der Patienten, die innerhalb von 30 Tage nach PCI verstorben sind, zu allen mit PCI behandelten Fällen an.
Zähler	Alle Patienten, die innerhalb von 30 Tage nach erfolgter PCI verstorben sind
Nenner	Alle Patienten, die eine PCI erhalten haben
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Reduktion der 30 Tage Sterblichkeit (Letalität)
Begründung	Die 30 Tage Sterblichkeit (Letalität) stellt einen wesentlichen Ergebnisindikator in der Versorgung dar und ist daher gering zu halten.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „Canadian Quality Indicator Set“ (Ko 2008) ▪ Die Risikoadjustierung ist über patienten- und prozedurenrelevante Einflussvariablen möglich (Singh 2003; Kunadian 2008)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	Ko 2008 [11]; Kunadian 2008 [56]; Singh 2003 [59] Bei der „Mortalität“ handelt es sich um einen anerkannten Endpunkt im Sinne der Nutzen- und Schadenbewertung medizinischer Interventionen. Die Bewertung erfolgt in Anlehnung an die Definition des „patientenrelevanten medizinischen Nutzens“, vgl. IQWiG 2008 [44]

Instrumente/Datenquellen

Auffälligkeit: Referenzbereich: vorab nicht festgelegt

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen.

In Frage kommen folgende Einflussvariablen: Alter; Geschlecht; Indikation zur PCI (ACS: entsprechende Differenzierung STEMI/NSTEMI (mit Marker-Erhöhung)/Instabile Angina innerhalb der letzten 48 Stunden); Dringlichkeit der PCI; Vorliegen eines kardiogenen Schocks; Ejektionsfraktion; Komorbiditäten wie Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz; manifeste Herzinsuffizienz und KHK (differenziert nach CCS); Zustand nach vorausgegangenen Interventionen (PCI/CABG); Anzahl der Versorgungsgebiete, an denen eine PCI durchgeführt wurde; Besonderheiten der PCI (PCI am kompletten Verschluss/ am Koronarbypass/an ungeschütztem Hauptstamm/ an einer Ostiumstenose (LAD/RCX/RCA)/an letztem verbliebenen Gefäß) (Singh 2003; Kunadian 2008).

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung Krankenhaus)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung Vertragsarzt)
3. manuell erfasste klinische Daten
4. Nutzung der GKV-Datenbasis (Vergleiche Follow-up Feld)

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	Prozedur	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- für PCI bzw. zusätzlich mindestens eine Prozedur aus den OPS-Kodes 1-275.0 bis 1-275.5 für Koronarangiographie in Verbindung mit den genannten OPS-Kodes für PCI aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Status des Patienten am 30. postprozeduralen Tag (ausgehend vom lfd. Eingriff= 1)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = Patient ist verstorben 1 = Patient lebt 2 = Falldokumentation vor dem 30. Tag abgeschlossen/Follow-up Information liegt noch nicht vor, wird nachgeschickt 3 = Status des Patienten ist unbekannt
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1
	Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = ACS ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = ACS mit ST-Hebung (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 4 = ACS mit ST-Hebung (STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige

stabile Angina pectoris (nach CCS)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)
Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt
Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt
Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja; NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
Ejektionsfraktion ≤ 40 %	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
	Prozedur	GOP 34292 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Status des Patienten am 30. postprozeduralen Tag (ausgehend vom lfd. Eingriff= 1)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = Patient ist verstorben 1 = Patient lebt 2 = Falldokumentation vor dem 30. Tag abgeschlossen/Follow-up Information liegt noch nicht vor, wird nachgeschickt 3 = Status des Patienten ist unbekannt
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 oder 2)
	Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 oder 2
	Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = ACS ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = ACS mit ST-Hebung (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 4 = ACS mit ST-Hebung (STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 7 = sonstige
	stabile Angina pectoris (nach CCS)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)
	Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 3 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
	Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt
	Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt
	Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja; NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV

Ejektionsfraktion \leq 40 %	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose

Indikator Nr. PP233 Informationen über den Zweck der zu Hause einzunehmenden Arzneimittel – Patienten mit PCI	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt, inwieweit Patienten der Zweck der Arzneimittel, die sie zu Hause einnehmen sollen, auf verständliche Weise erklärt wurde.
Zähler	Alle Patienten, die berichten, dass ihnen der Zweck der Arzneimittel, die sie zu Hause einnehmen sollen, auf verständliche Weise erklärt wurde
Nenner	Alle Patienten, die einen Fragebogen zurückgesandt haben
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die berichten, dass Ihnen der Zweck der Arzneimittel die sie zu Hause einnehmen sollen, auf verständliche Weise erklärt wurde.
Begründung	Reduktion von Unsicherheiten im Umgang mit den verordneten Arzneimittel im Alltag und Sicherstellung der Behandlungskontinuität.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator nimmt Bezug auf den NHS Inpatient Questionnaire (NHS 2009) sowie den Fragebogen des Picker Instituts Europe ▪ HCAHPS, Centers for Medicare & Medicaid 2009 ▪ Unterstützt durch: Radcliffe, 2009, Krannich, 2009, Garavalia 2009
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>Garavalia 2009 [61]; HCAHPS 2009 [62]; Krannich 2009 [63]; NHS 2009 [21]; Radcliffe 2009 [64]</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlungen</p> <p>NVL 2006 [6] (unter Berücksichtigung der aktualisierten Fassung von 2010)</p> <p>Die Kernempfehlungen der NVL zur Arzneimitteltherapie werden über eine laienverständliche Begleitinformation vermittelt.</p> <p>Die Informationsvermittlung zur Arzneimitteltherapie wird bei unterschiedlichen Konstellationen durch Leitlinienempfehlung unterstützt:</p> <p>ESC Guidelines 2007/Bassand 2007 [8]</p> <p>Absatz 5.4.3 „Percutaneous Coronary Intervention“ (nach DES-Implantation)</p> <p><u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments)</p> <p>(...) Recent data suggest that dual antiplatelet therapy should be maintained for 1 year in the case of DES implantation (...)</p> <p>(keinem LoE eindeutig zuzuweisen)</p>

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter, Geschlecht, Sozialstatus (zur Stratifizierung) ▪ Einrichtungscode
QS-Dokumentation Patientenbefragung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datum der Fragebogenentsendung TT.MM.JJJJ [gültiger Wert] ▪ Datum der Reminderversendung TT.MM.JJJJ [gültiger Wert] ▪ Bestehen Ausschlussgründe für die Teilnahme an der Patientenbefragung? 0 = nein 1 = ja
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators (Fragenkombination):	Beispiel: Mussten Sie nach dem Eingriff (PCI) Medikamente einnehmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Die Alternativen A und B stellen lediglich 2 Antwortmöglichkeiten für den Patienten dar. Das Panel bewertet nur den Indikator und nicht die Alternativen (im Originalfragebogen wird Alternative A verwendet): Hat Ihnen jemand den Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt? A) <input type="checkbox"/> Ja, voll und ganz <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich brauchte keine Erklärung B) <input type="checkbox"/> Ja, sehr verständlich <input type="checkbox"/> Ja, verständlich <input type="checkbox"/> Einigermaßen verständlich <input type="checkbox"/> Weniger verständlich <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht verständlich <input type="checkbox"/> Für mich nicht zutreffend
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorschlag: 2 Wochen nach der Indexleistung in der Einrichtung ▪ Zeitraum der Befragung ist je nach Fallaufkommen festzulegen
Stichprobe:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zufallsstichprobe von Einrichtungen (Klumpenstichprobe) ▪ konsekutives Ziehen einer definierten Anzahl von Patienten in der einrichtungsbezogenen Stichprobe, die die Intervention PCI erhalten haben
Versendung der Fragebögen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogen wird durch die Einrichtungen an alle entlassenen Patienten zum Verfahren PCI in dem bestimmten Quartal mitgegeben. ▪ Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ durch das AQUA-Institut ▪ Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

Indikator Nr. PP235 Informationen über die Einnahme der Arzneimittel – Patienten mit PCI	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt, inwieweit Patienten die Einnahme der Arzneimittel auf verständliche Weise erklärt wurde.
Zähler	Alle Patienten, die berichten, dass ihnen auf verständliche Weise erklärt wurde, wie sie ihre Arzneimittel einnehmen sollen
Nenner	Alle Patienten, die einen Fragebogen zurückgesandt haben
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patienten, die berichten, dass ihnen auf verständliche Weise erklärt wurde, wie sie ihre Arzneimittel einnehmen sollen.
Begründung	Vertrautheit des Patienten mit seiner Medikation zur Behandlung seiner Erkrankung; Sicherstellung der medikamentösen Therapie und Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator nimmt Bezug auf den NHS Inpatient Questionnaire (NHS 2009), den SAPHORA Questionnaire (Item 6) zur patientengerechten Vermittlung von Informationen zur Arzneimitteltherapie sowie den Fragebogen des Picker Instituts Europe ▪ HCAHPS, Centers for Medicare & Medicaid 2009 ▪ Unterstützt durch Krannich 2009
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>NHS 2009 [21]; HCAHPS 2009 [62]; Krannich 2009 [63]; SAPHORA 2006 [65] Für die dargestellte Erhebungsquelle sind die definierten Gütekriterien (insbesondere die Validität des Befragungsinstruments) von Relevanz. Die geforderten Gütekriterien für das jeweilige Erhebungsinstrument werden in Anhang E dargestellt.</p> <p><u>NVL 2006 [6]</u> (unter Berücksichtigung der aktualisierten Fassung von 2010) Die Kernempfehlungen der NVL zur Arzneimitteltherapie werden über eine laienverständliche Begleitinformation vermittelt. Die Informationsvermittlung zur Arzneimitteltherapie wird bei unterschiedlichen Konstellationen durch Leitlinienempfehlung unterstützt: ESC Guidelines 2007/Bassand 2007 [8] Absatz 5.4.3 „Percutaneous Coronary Intervention“ (nach DES-Implantation) <u>Kernempfehlung:</u> (in der Originalsprache des Leitliniendokuments) (...) Recent data suggest that dual antiplatelet therapy should be maintained for 1 year in the case of DES implantation (...) (keinem LoE eindeutig zuzuweisen)</p>

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter, Geschlecht, Sozialstatus (zur Stratifizierung) ▪ Einrichtungscode
Datenfeld in der QS-Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datum der Fragebogenentsendung TT.MM.JJJJ [gültiger Wert] ▪ Datum der Reminderversendung TT.MM.JJJJ [gültiger Wert] ▪ Bestehen Ausschlussgründe für die Teilnahme an der Patientenbefragung? 0 = nein 1 = ja
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators (Fragenkombination):	<p>Beispiel: Mussten Sie nach dem Eingriff (PCI) Medikamente einnehmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <hr/> <p>Die Alternativen A und B stellen lediglich 2 Antwortmöglichkeiten für den Patienten dar. Das Panel bewertet nur den Indikator und nicht die Alternativen (im Originalfragebogen wird Alternative A verwendet):</p> <p>Hat ihnen jemand auf verständliche Weise erklärt, wie sie ihre Medikamente einnehmen sollten?</p> <p>A) <input type="checkbox"/> Ja, voll und ganz <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich brauchte keine Erklärung</p> <p>B) <input type="checkbox"/> Ja, sehr verständlich <input type="checkbox"/> Ja, verständlich <input type="checkbox"/> Einigermaßen verständlich <input type="checkbox"/> Weniger verständlich <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht verständlich <input type="checkbox"/> Für mich nicht zutreffend</p>
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorschlag: 2 Wochen nach der Indexleistung in der Einrichtung ▪ Zeitraum der Befragung ist je nach Fallaufkommen festzulegen
Stichprobe:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zufallsstichprobe von Einrichtungen (Klumpenstichprobe) ▪ konsekutives Ziehen einer definierten Anzahl von Patienten in der einrichtungsbezogenen Stichprobe, die die Intervention PCI erhalten haben
Versendung der Fragebögen:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogenversendung durch die Einrichtungen an alle entlassenen Patienten zum Verfahren PCI in dem bestimmten Quartal ▪ Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ durch das AQUA-Institut ▪ Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

Literaturverzeichnis

- [1] Albrecht A, Levenson B, Gohring S, Haerer W, Reifart N, Ringwald G, Troger B. Das QuIK-Regisiter des Bundeverbandes Niedergelassener Kardiologen: Flächendeckende vergleichende Qualitätssicherung in der Invasivkardiologie. Dtsch Med Wochenschr. 2009; 134 Suppl 6:S211-S213.
- [2] BQS. BQS-Bundesauswertung 2008 - Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) - Qualitätsindikatoren. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009.
- [3] Cohen MG, Filby SJ, Roe MT, Chen AY, Menon V, Stouffer GA, Gibler WB, Smith SC, Jr., Pollack CV, Jr., Peterson ED, Ohman EM. The paradoxical use of cardiac catheterization in patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: lessons from the Can Rapid Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes With Early Implementation of the ACC /AHA Guidelines (CRUSADE) Quality Improvement Initiative. Am Heart J. 2009; 158(2):263-270.
- [4] Hamm CW, Albrecht A, Bonzel T, Kelm M, Lange H, Schachinger V, Terres W, Voelker W. Diagnostische Herzkatheteruntersuchung. Clin Res Cardiol. 2008; 97(8):475-512.
- [5] Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction—executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). Can J Cardiol. 2004; 20(10):977-1025.
- [6] Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie: Chronische KHK (Version 1.8, April 2008; basierend auf der Fassung von Juni 2006). Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) 2006.
- [7] The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. Guidelines on the management of stable angina pectoris: full text. European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehl002. 2006.
- [8] Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj A, Fernandez-Aviles F, Fox KA, Hasdai D, Ohman EM, Wallentin L, Wijns W. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2007; 28(13):1598-1660.
- [9] SIGN. Management of stable angina. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2007.
- [10] Bashore TM, Bates ER, Berger PB, Clark DA, Cusma JT, Dehmer GJ, Kern MJ, Laskey WK, O'Laughlin MP, Oesterle S, Popma JJ, O'Rourke RA et al. American College of Cardiology/Society for Cardiac Angiography and Interventions Clinical Expert Consensus Document on cardiac catheterization laboratory standards. A report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. J Am Coll Cardiol. 2001; 37(8):2170-2214.
- [11] Ko DT, Wijeyesundera HC, Zhu X, Richards J, Tu JV. Canadian quality indicators for percutaneous coronary interventions. Can J Cardiol. 2008; 24(12):899-903.
- [12] Smith SC, Jr., Feldman TE, Hirshfeld JW, Jr., Jacobs AK, Kern MJ, King SB, III, Morrison DA, O'Neill WW, Schaff HV, Whitlow PL, Williams DO, Antman EM et al. ACC/AHA/SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/SCAI Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention). J Am Coll Cardiol. 2006; 47(1):e1-e121.
- [13] European Society of Urogenital Radiology. ESUR-Leitlinien für Kontrastmittel. Version 7.0 (basierend auf der Version 6.0, February 2007). Quelle: <http://www.esur.org/Contrast-media.51.0.html> (Zugriff am: 19.10.2010).
- [14] ACR-SIR Practice Guideline for the Performance of Angiography, Angioplasty, and Stenting for the Diagnosis and Treatment of Renal Artery Stenosis in Adults. American College of Radiology 2009.

- [15] AIHW. Towards national indicators of safety and quality in health care. Cat. no. HSE 75. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare 2009.
- [16] Charpentier S, Sagnes-Raffy C, Cournot M, Cambou JP, Ducasse JL, Lauque D, Puel J. Determinants and prognostic impact of compliance with guidelines in reperfusion therapy for ST-segment elevation myocardial infarction: results from the ESTIM Midi-Pyrenees Area. *Arch Cardiovasc Dis.* 2009; 102(5):387-396.
- [17] The Joint Commission. Measure Information Form (Acute Myocardial Infarction). In: Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures. Version 3.0. The Joint Commission 2009:AMI-8.
- [18] The Joint Commission. Measure Information Form (Acute Myocardial Infarction). In: Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures. Version 3.0. The Joint Commission 2009:AMI-8a.
- [19] Kumbhani DJ, Cannon CP, Fonarow GC, Liang L, Askari AT, Peacock WF, Peterson ED, Bhatt DL. Association of hospital primary angioplasty volume in ST-segment elevation myocardial infarction with quality and outcomes. *JAMA.* 2009; 302(20):2207-2213.
- [20] Lai CL, Fan CM, Liao PC, Tsai KC, Yang CY, Chu SH, Chien KL. Impact of an audit program and other factors on door-to-balloon times in acute ST-elevation myocardial infarction patients destined for primary coronary intervention. *Acad Emerg Med.* 2009; 16(4):333-342.
- [21] NHS. Indicators for Quality Improvement. Full indicator list. London: National Health Services. The Health and Social Care Information Centre 2009.
- [22] AAMC. Quality Measures Reported to CMS for posting on Hospital Compare or Medicare Payment Determination. Association of American Medical Colleges 2008.
- [23] Sejersten M, Sillesen M, Hansen PR, Nielsen SL, Nielsen H, Trautner S, Hampton D, Wagner GS, Clemmensen P. Effect on treatment delay of prehospital teletransmission of 12-lead electrocardiogram to a cardiologist for immediate triage and direct referral of patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction to primary percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol.* 2008; 101(7):941-946.
- [24] Afolabi BA, Novaro GM, Pinski SL, Fromkin KR, Bush HS. Use of the prehospital ECG improves door-to-balloon times in ST segment elevation myocardial infarction irrespective of time of day or day of week. *Emerg Med J.* 2007; 24(8):588-591.
- [25] de Villiers JS, Anderson T, McMeekin JD, Leung RC, Traboulsi M. Expedited transfer for primary percutaneous coronary intervention: a program evaluation. *CMAJ.* 2007; 176(13):1833-1838.
- [26] Vaught C, Young DR, Bell SJ, Maynard C, Gentry M, Jacobowitz S, Leibrandt PN, Munsey D, Savona MR, Wall TC, Wagner GS. The failure of years of experience with electrocardiographic transmission from paramedics to the hospital emergency department to reduce the delay from door to primary coronary intervention below the 90-minute threshold during acute myocardial infarction. *J Electrocardiol.* 2006; 39(2):136-141.
- [27] Silber S, Albertsson P, Aviles FF, Camici PG, Colombo A, Hamm C, Jorgensen E, Marco J, Nordrehaug JE, Ruzyllo W, Urban P, Stone GW et al. Guidelines for percutaneous coronary interventions. The Task Force for Percutaneous Coronary Interventions of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2005; 26(8):804-847.
- [28] Lambie L, Mattke S. Selecting indicators for the quality of cardiac care at the health systems level in OECD countries. 2004.
- [29] Terkelsen CJ, Sorensen JT, Maeng M, Jensen LO, Tilsted HH, Trautner S, Vach W, Johnsen SP, Thuesen L, Lassen JF. System delay and mortality among patients with STEMI treated with primary percutaneous coronary intervention. *JAMA.* 2010; 304(7):763-771.
- [30] Levenson B, Albrecht A, Göhring S, Haerer W, Herholz H, Reifart N, Sauer G, Troger B. 5. Bericht des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen zur Qualitätssicherung in der diagnostischen und therapeutischen Invasivkardiologie 2003–2005. *Herz.* 2007; 32(1):73-84.
- [31] Livingstone RS, Chandy S, Peace TB, George PV, John B, Pati P. Audit of radiation dose to patients during coronary angiography. *Indian J Med Sci.* 2007; 61(2):83-90.

- [32] BfS. Bekanntmachung der aktualisierten diagnostischen Referenzwerte für diagnostische und interventionelle Röntgenuntersuchungen. Vom Juni 2010. Bundesamt für Strahlenschutz 2010.
- [33] Stratis AI, Anthopoulos PL, Gavaliatsis IP, Ifantis GP, Salahas AI, Antonellis IP, Tavernarakis AG, Molfetas MI. Patient dose in cardiac radiology. *Hellenic J Cardiol.* 2009; 50(1):17-25.
- [34] Clark AL, Brennan AG, Robertson LJ, McArthur JD. Factors affecting patient radiation exposure during routine coronary angiography in a tertiary referral centre. *Br J Radiol.* 2000; 73(866):184-189.
- [35] Laskey WK, Aspelin P, Davidson C, Rudnick M, Aubry P, Kumar S, Gietzen F, Wiemer M. Nephrotoxicity of iodixanol versus iopamidol in patients with chronic kidney disease and diabetes mellitus undergoing coronary angiographic procedures. *Am Heart J.* 2009; 158(5):822-828.
- [36] Marenzi G, Assanelli E, Campodonico J, Lauri G, Marana I, De MM, Moltrasio M, Grazi M, Rubino M, Veglia F, Fabbicocchi F, Bartorelli AL. Contrast volume during primary percutaneous coronary intervention and subsequent contrast-induced nephropathy and mortality. *Ann Intern Med.* 2009; 150(3):170-177.
- [37] Laskey WK, Jenkins C, Selzer F, Marroquin OC, Wilensky RL, Glaser R, Cohen HA, Holmes DR, Jr. Volume-to-creatinine clearance ratio: a pharmacokinetically based risk factor for prediction of early creatinine increase after percutaneous coronary intervention. *J Am Coll Cardiol.* 2007; 50(7):584-590.
- [38] SVR. Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007.
- [39] Valente S, Lazzeri C, Giglioli C, Margheri M, Comeglio M, Nicolaci L, Chechi T, Gensini GF. Contrast-induced nephropathy in urgent coronary interventions. *J Cardiovasc Med (Hagerstown).* 2006; 7(10):737-741.
- [40] MacNeill BD, Harding SA, Bazari H, Patton KK, Colon-Hernandez P, DeJoseph D, Jang IK. Prophylaxis of contrast-induced nephropathy in patients undergoing coronary angiography. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2003; 60(4):458-461.
- [41] ACHS. Australasian Clinical Indicator Report: 2001 - 2008. Determining the Potential to Improve Quality of Care: 10th Edition. Australian Council on Healthcare Standards 2008.
- [42] Liew R, Lidder S, Gorman E, Gray M, Deaner A, Knight C. Very low complication rates with a manual, nurse-led protocol for femoral sheath removal following coronary angiography. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007; 6(4):303-307.
- [43] Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care.* 2003; 15(6):523-530.
- [44] IQWiG. Allgemeine Methoden. Version 3.0 vom 27.05.2008. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2008.
- [45] Cannon CP, Battler A, Brindis RG, Cox JL, Ellis SG, Every NR, Flaherty JT, Harrington RA, Krumholz HM, Simoons ML, Van De Werf FJ, Weintraub WS et al. American College of Cardiology key data elements and definitions for measuring the clinical management and outcomes of patients with acute coronary syndromes. A report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Data Standards (Acute Coronary Syndromes Writing Committee). *J Am Coll Cardiol.* 2001; 38(7):2114-2130.
- [46] BQS. Datensatz Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3). Stand: 30. Juni 2009 (BQS-Spezifikation 13.0). Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung gGmbH 2009.
- [47] Darwazah AK, Islim I, Hanbali B, Shama RA, Aloul J. Emergency coronary artery bypass surgery after failed percutaneous coronary intervention. *J Cardiovasc Surg (Torino).* 2009; 50(6):795-800.
- [48] ACHS. Australasian Clinical Indicator Report: 2001 - 2007. Determining the Potential to Improve Quality of Care: 9th Edition. Australian Council on Healthcare Standards 2008.
- [49] Glaser R, Naidu SS, Selzer F, Jacobs AK, Laskey WK, Srinivas VS, Slater JN, Wilensky RL. Factors associated with poorer prognosis for patients undergoing primary percutaneous coronary intervention during off-hours: biology or systems failure? *JACC Cardiovasc Interv.* 2008; 1(6):681-688.

- [50] Burton KR, Slack R, Oldroyd KG, Pell AC, Flapan AD, Starkey IR, Eteiba H, Jennings KP, Northcote RJ, Hillis WS, Pell JP. Hospital volume of throughput and periprocedural and medium-term adverse events after percutaneous coronary intervention: retrospective cohort study of all 17,417 procedures undertaken in Scotland, 1997-2003. *Heart*. 2006; 92(11):1667-1672.
- [51] Moscucci M, O'Donnell M, Share D, Maxwell-Eward A, Kline-Rogers E, De Franco AC, Meengs WL, Clark VL, McGinnity JG, De GM, Patel K, Eagle KA. Frequency and prognosis of emergency coronary artery bypass grafting after percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2003; 92(8):967-969.
- [52] Bonzel T, Erbel R, Hamm CW, Levenson B, Neumann FJ, Rupprecht HJ, Zahn R. Perkutane Koronarintervention (PCI). *Clin Res Cardiol*. 2008; 97(8):513-547.
- [53] Levenson B, Albrecht A, Gohring S, Haerer W, Reifart N, Ringwald G, Schrader R, Troger B. 6. Bericht des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen zur Qualitätssicherung in der diagnostischen und therapeutischen Invasivkardiologie 2006-2009. *Herz*. 2011; 36(1):41-49.
- [54] Khattab AA, Hamm CW, Senges J, Toelg R, Geist V, Bonzel T, Kelm M, Levenson B, Nienaber CA, Pfannebecker T, Sabin G, Schneider S et al. Sirolimus-eluting stent treatment at high-volume centers confers lower mortality at 6-month follow-up: results from the prospective multicenter German Cypher Registry. *Circulation*. 2009; 120(7):600-606.
- [55] Pride YB, Canto JG, Frederick PD, Gibson CM. Outcomes among patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction presenting to interventional hospitals with and without on-site cardiac surgery. *JACC Cardiovasc Interv*. 2009; 2(10):944-952.
- [56] Kunadian B, Dunning J, Das R, Roberts AP, Morley R, Turley AJ, Twomey D, Hall JA, Wright RA, Sutton AG, Muir DF, de Belder MA. External validation of established risk adjustment models for procedural complications after percutaneous coronary intervention. *Heart*. 2008; 94(8):1012-1018.
- [57] Moscucci M, Share D, Smith D, O'Donnell MJ, Riba A, McNamara R, Lalonde T, DeFranco AC, Patel K, Kline RE, D'Haem C, Karve M et al. Relationship between operator volume and adverse outcome in contemporary percutaneous coronary intervention practice: an analysis of a quality-controlled multicenter percutaneous coronary intervention clinical database. *J Am Coll Cardiol*. 2005; 46(4):625-632.
- [58] Mustafa MU, Cohen M, Zapotulko K, Feinberg M, Miller MF, Auerson F, Wasty N, Tanwir A, Rogal G. The lack of a simple relation between physician's percutaneous coronary intervention volume and outcomes in the era of coronary stenting: a two-centre experience. *Int J Clin Pract*. 2005; 59(12):1401-1407.
- [59] Singh M, Rihal CS, Selzer F, Kip KE, Detre K, Holmes DR. Validation of Mayo Clinic risk adjustment model for in-hospital complications after percutaneous coronary interventions, using the National Heart, Lung, and Blood Institute dynamic registry. *J Am Coll Cardiol*. 2003; 42(10):1722-1728.
- [60] AHRQ. AHRQ Quality Indicators. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals - Volume, Mortality, and Utilization. Department of Health and Human Services: Agency for Healthcare Research and Quality 2007 (Version 3.1).
- [61] Garavalia L, Garavalia B, Spertus JA, Decker C. Exploring patients' reasons for discontinuance of heart medications. *J Cardiovasc Nurs*. 2009; 24(5):371-379.
- [62] HCAHPS. Hospital Care Quality Information from the Consumer Perspective Survey. Quelle: <http://www.hcahpsonline.org> (Zugriff am: 3.3.2010).
- [63] Krannich JH, Herzog M, Weyers P, Lueger S, Faller H, Bohrer T, Lange V, Elert O, Leyh R. Patients' needs during hospitalization in a cardiac surgery unit before and after coronary artery bypass graft surgery. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2009; 57(1):22-24.
- [64] Radcliffe EL, Harding G, Rothman MT, Feder GS. 'It got right to the spot' The patient experience of primary angioplasty: a qualitative study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009; 8(3):216-222.
- [65] Saphora. Satisfaction du patient hospitalisé, Questionnaire © SAPHORA Modife. CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) et l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) 2006.

Anhang A.2: Indikatorenset nach dem Probetrieb

Indikator Nr. P280_1 Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	
Beschreibung	Der Indikator betrachtet den Anteil der isolierten Koronarangiographien, bei denen angiographisch kein pathologischer Befund erhoben wurde (bezogen auf die Gesamtzahl der elektiven Koronarangiographien).
Zähler	Alle isolierten Koronarangiographien mit angiographisch normalen Koronargefäßen, die wegen Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK (d.h. ohne vorbekannte KHK) durchgeführt wurden.
Nenner	Alle isolierten Koronarangiographien mit Indikation Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK (d.h. ohne vorbekannte KHK und ohne akutes Koronarsyndrom) durchgeführt wurden.
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	engere Indikationsstellung zur Reduktion der Koronarangiographie mit Normalbefund
Begründung	Der fehlende Nachweis von stenotischen Veränderungen an den Koronargefäßen ist ein Hinweis auf eine unzureichende Indikationsstellung. Eine hohe Quote weist auf eine Überversorgungssituation hin.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine evidenzbasierte Rate für Koronarangiographien mit eindeutiger KHK-Indikation als Referenzbereich lässt sich gegenwärtig nicht ableiten ▪ Indikator basiert u.a. auf den Empfehlungen der ACC Task Force (Bashore et al. 2001) ▪ Indikator wurde über Expertenkontakt (17.03.2010) in das Panel-Verfahren eingebracht
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>(Albrecht et al. 2009; Bashore et al. 2001)</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung</p> <p>(BÄK et al. 2013)</p> <p>Invasive Diagnostik: Bedeutung der Koronarangiographie</p> <p>Kernempfehlung: Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten, die ein akutes Koronarsyndrom entwickelt haben, empfohlen werden (...).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ↑↑ <p>Kernempfehlung: Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit unter leitliniengerechter medikamentöser Therapie anhaltender Angina pectoris (CCS Klasse III und IV) empfohlen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ↑↑ <p>Kernempfehlung: Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit pathologischem Ergebnis der nichtinvasiven Untersuchungen, unabhängig von der Schwere der Angina pectoris, empfohlen werden (...).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ↑↑ <p>(Bassand et al. 2007; Fox et al. 2006)</p> <p>Urgent coronary angiography is recommended in patients with refractory or recurrent angina associated with dynamic ST-deviation, heart failure, life-threatening arrhythmias, or haemodynamic instability (...).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): C; (GoR): I <p>Routine invasive evaluation of patients without intermediate to high-risk features is not recommended (...).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): C; (GoR): III <p>PCI of non-significant lesions is not recommended (...).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): C; (GoR): III <p>(SIGN 2007)</p> <p>Kernempfehlung:</p> <p>Following initial assessment in primary care, patients with suspected angina should, wherever possible, have the diagnosis confirmed and the severity of the underlying</p>

	<p>coronary heart disease assessed in the chest pain (...).</p> <ul style="list-style-type: none">▪ (LoE): 2++; (GoR): B <p>Early access to angiography and coronary artery bypass surgery may reduce the risk of adverse events and impaired quality of life.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ (LoE): 1+; (GoR): C <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>
--	--

Instrumente/Datenquellen
 Auffälligkeit: Referenzbereich $\leq x\%$ (95. Perzentil, Toleranzbereich)
 Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:
 1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
 2. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
Prozedur-OPS	mindestens eine Prozedur aus 1-275.0 bis 1-275.5 (Datenquelle 2)
Prozedur-EBM	GOP 34291 (Datenquelle 2)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
führende Indikation zur Koronarangiographie	Erhebung über Datenquelle 2 1 = V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) = bis 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 7 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40 %) 9 = Vitium 10 = sonstige
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter	Erhebung über Datenquelle 2 0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50 % 2 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50 % (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 3 = Kardiomyopathie 4 = Herzklappenvitium 5 = Aortenaneurysma 6 = hypertensive Herzerkrankung 9 = andere kardiale Erkrankungen
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen

AMBULANT / STATIONÄR

Indikator Nr. P001a_1 Objektive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt, inwieweit eine Indikation zur elektiven Koronarangiographie bei bekannter oder vermuteter KHK angemessen gestellt wird.
Zähler	Alle Koronarangiographien bei Patienten <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)
Nenner	Alle Koronarangiographien mit führender Indikation <ul style="list-style-type: none"> ▪ „bekannte KHK“ oder ▪ „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder ▪ „elektive Kontrolle nach Koronarintervention
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre, Patienten mit akutem Koronarsyndrom
Zielstellung	Sicherstellung einer korrekten Indikationsstellung zur elektiven Koronarangiographie
Begründung	Vermeidung einer unangemessenen Anwendung der Koronarangiographie unter Beachtung der leitliniengerechten Indikationsstellung
Anmerkungen	Indikator basiert auf Leitlinienempfehlungen (Hamm et al. 2008; Antman et al. 2004) Indikator entstammt dem „BQS-Indikatorenset“(BQS 2009) Indikator wird durch Studienergebnisse unterstützt (Albrecht et al. 2009; Cohen et al. 2009)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	(Albrecht et al. 2009; BQS 2009; Cohen et al. 2009; Hamm et al. 2008; Antman et al. 2004) Evidenzgraduierung und Empfehlung (BÄK et al. 2013) Invasive Diagnostik: Bedeutung der Koronarangiographie Kernempfehlung: Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten, die ein akutes Koronarsyndrom entwickelt haben, empfohlen werden (...). ▪ ↑↑ Kernempfehlung: Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit unter leitliniengerechter medikamentöser Therapie anhaltender Angina pectoris (CCS Klasse III und IV) empfohlen werden. ▪ ↑↑ Kernempfehlung: Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit pathologischem Ergebnis der nichtinvasiven Untersuchungen, unabhängig von der Schwere der Angina pectoris, empfohlen werden (...). ▪ ↑↑ (Bassand et al. 2007; Fox et al. 2006) Urgent coronary angiography is recommended in patients with refractory or recurrent angina associated with dynamic ST-deviation, heart failure, life-threatening arrhythmias, or haemodynamic instability (...). ▪ (LoE): C; (GoR): I Routine invasive evaluation of patients without intermediate to high-risk features is not recommended (...). ▪ (LoE): C; (GoR): III PCI of non-significant lesions is not recommended (...). ▪ (LoE): C; (GoR): III (SIGN 2007) Following initial assessment in primary care, patients with suspected angina should, wherever possible, have the diagnosis confirmed and the severity of the underlying coronary heart disease assessed in the chest pain (...). ▪ (LoE): 2++; (GoR): B Early access to angiography and coronary artery bypass surgery may reduce the risk

	<p>of adverse events and impaired quality of life.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ (LoE): 1+▪ (GoR): C <p>Patients with single or double vessel disease, therapy fails to control angina symptoms, should be offered percutaneous coronary intervention or where unsuitable, considered for coronary artery bypass grafting.</p> <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>
--	---

Instrumente/Datenquellen		
Auffälligkeit: Referenzbereich $\geq x\%$ (5. Perzentil, Toleranzbereich)		
Risikoadjustierung: nicht vorgesehen		
Mögliche Datenquellen:		
1. Sozialdaten bei den Krankenkassen		
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbinger		
AMBULANT / STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	
	Beschreibung	
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
	Prozedur-OPS	eine Prozedur aus 1-275.0 bis 1-275.5 (Datenquelle 2)
	Prozedur-EBM	GOP 34291 (Datenquelle 2)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 3 = unbekannt
führende Indikation zur Koronarangiographie	Erhebung über Datenquelle 2 1 = V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, Ohne NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) = bis 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 7 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion $< 40\%$) 9 = Vitium 10 = sonstige	
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung	
	nicht vorgesehen	

Indikator Nr. P176_1 Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt, inwieweit vor Durchführung einer elektiven oder dringlichen, diagnostischen Koronarangiographie oder PCI die Nierenfunktion der Patienten gemessen wird.
Zähler	Alle elektiven oder dringlichen, diagnostischen Koronarangiographien oder PCI, bei denen innerhalb einer Woche vor der Intervention die Nierenfunktion des Patienten gemessen wurde.
Nenner	alle elektiven oder dringlichen diagnostischen Koronarangiographien oder PCI
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre; alle Notfall-PCI
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an elektiver oder dringlicher, geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI, bei denen die Nierenfunktion der Patienten gemessen wird.
Begründung	Patienten mit beeinträchtigter Nierenfunktion haben bei der Durchführung einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI ein erhöhtes Risiko für eine kontrastmittelassoziierte Nephropathie und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator basiert auf Leitlinienempfehlungen (Smith et al. 2006b) ▪ Indikator entstammt dem „Canadian Quality Indicator Set“ (Ko et al. 2008)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>(Ko et al. 2008; Smith et al. 2006b)</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung (ESUR 2008) (Keinem LoE eindeutig zuzuweisen)</p> <p>Dokument nimmt Bezug auf die Guidelines des American College of Radiology (ACR 2009).</p> <p>Kernempfehlungen: Bestimmung der Nierenfunktion mittels Serumkreatinin und Kreatininclearance Ermittlung wesentlicher Risikofaktoren vor Durchführung der Untersuchung: Herzinsuffizienz, Dehydratation, höheres Lebensalter > 70 Jahre, nephrotoxische Begleitmedikation (Keinem LoE eindeutig zuzuweisen)</p> <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

Nierenfunktion: nach Einschätzung des Untersuchers anhand vorhandener Laborparameter (Kreatinin im Serum in mg/dl) (Laskey 2007)

Auffälligkeit: Referenzbereich $\geq x\%$ (5. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbinger

AMBULANT / STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
	Prozedur-OPS	eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w- ODER eine Prozedur 1-275.0 bis 1-275.5 (Datenquelle 2)
	Prozedur-EBM	GOP 34291 (Datenquelle 2)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Dringlichkeit der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
	Nierenfunktion gemessen	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
		nicht vorgesehen

Indikator Nr.P028a_1 „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Min bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	
Beschreibung	Rate an primären PCI, die innerhalb der in den Leitlinien geforderten 60 Minuten nach Ankunft von Patienten mit STEMI in der Einrichtung durchgeführt werden.
Zähler	Alle primären PCI, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft von Patienten mit STEMI in der Einrichtung durchgeführt wurden.
Nenner	alle primären PCI bei Patienten mit STEMI
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre, primäre PCI mit einer zuvor durchgeführten Fibrinolyse; Patienten mit ST-Hebungsinfarkt, der erst während eines stationären Aufenthalts entstanden ist (ST-Hebungsinfarkt nicht Hauptdiagnose).
Zielstellung	Möglichst hohe Rate an primären PCI, die innerhalb des durch die Leitlinien geforderten Zeitrahmens von 60 Minuten nach Ankunft der Patienten mit STEMI in der Einrichtung durchgeführt werden.
Begründung	Die frühe Anwendung einer primären PCI bei Patienten mit STEMI reduziert signifikant die Mortalität und Morbidität.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator basiert auf Leitlinienempfehlungen (Steg et al. 2012; Bonzel et al. 2008; Smith et al. 2006b; Silber et al. 2005; Antman et al. 2004) ▪ Indikator ist Bestandteil folgender Indikatorensysteme: AIHW, AAMC, Joint Commission, „Canadian Quality Indicator Set“ (AIHW 2009; Joint Commission 2009; AAMC 2008; Ko et al. 2008) und des NHS (NHS 2009) ▪ Metrische Indikatoren (OECD-Indikatoren, Joint Commission), die die durchschnittliche „Door-to-balloon“-Zeit abbilden, werden unter diesem Indikator subsummiert, da die Zielsetzung einer möglichst geringen Zeit gleich ist (Joint Commission 2009; Lambie et al. 2004) ▪ ESC Leitlinie empfiehlt ein Zielintervall bis 60 Minuten vor (Steg et al. 2012) ▪ Indikator wird durch Studienergebnisse unterstützt (z.B. Scholz et al. (2012); Bradley et al. (2006)) ▪ Prädiktoren, die nachweislich die „Door-to-balloon“-Zeit mitbestimmen, sind ▪ Realisierungsgrad der präklinischen Phase (prähospitaler EKG, Alarmierung Herzkatheterlabor) (Scholz et al. 2012; Sejersten et al. 2008; Afolabi et al. 2007; de Villiers et al. 2007; Vaught et al. 2006), Durchführung in „high volume“ vs. „low volume“ PCI-Zentren (Kumbhani et al. 2009), Teilnahme an Audit Programmen (Scholz et al. 2012; Lai et al. 2009), Vorstellung des Patienten „on-hours“ vs. „off-hours“ (Charpentier et al. 2009)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>(AIHW 2009; Charpentier et al. 2009; Joint Commission 2009; Kumbhani et al. 2009; Lai et al. 2009; NHS 2009; AAMC 2008; Bonzel et al. 2008; Ko et al. 2008; Sejersten et al. 2008; Afolabi et al. 2007; de Villiers et al. 2007; Smith et al. 2006a; Vaught et al. 2006; Silber et al. 2005; Antman et al. 2004; Lambie et al. 2004)</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung (Steg et al. 2012; Bassand et al. 2007; Fox et al. 2006)</p> <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

1. Definition von „Door“: Dokumentierter Zeitpunkt des Zuganges in die Einrichtung [Datenfeld: Uhrzeit des Eingriffes]
2. Definition von „Balloon“: Zeitpunkt der Ballondilatation [Datenfeld: Uhrzeit des Eingriffes]
3. Definition der „Door-to-balloon“-Zeit: Differenz der dokumentierten Zeitpunkte der Ballondilatation des Infarktgefäßes („Balloon“-Zeitpunkt) und dem „Door-Zeitpunkt“

Auffälligkeit: Referenzbereich \geq x% (5. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
Prozedur-OPS	mindestens eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w- (Datenquelle 2)
Prozedur-EBM	GOP 34292 (Datenquelle2)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
wievielte PCI während des Aufenthaltes?	Erhebung über Datenquelle 2 Angabe in Ziffern
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 2 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 9 = sonstige
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
Door-Zeitpunkt	Erhebung über Datenquelle 2 Door-Zeitpunkt = JJJJ:MM:TT und hh:mm [gültige Werte]
Balloon-Zeitpunkt	Erhebung über Datenquelle 2 Balloon-Zeitpunkt = JJJJ:MMM:TT und mmm [gültige Werte]
Fibrinolyse vor der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen

AMBULANT / STATIONÄR

Indikator Nr.P029 „Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	
Beschreibung	Rate an Patienten mit ST-Hebungsinfarkt, für die keine Angabe zum „Door“-Zeitpunkt und zum „Balloon“-Zeitpunkt im Rahmen der Erst-PCI vorliegt.
Zähler	Alle Patienten mit ST-Hebungsinfarkt, für die im Rahmen der Erst-PCI keine Angabe zum „Door“-Zeitpunkt und zum „Balloon“-Zeitpunkt vorliegt.
Nenner	alle Patienten mit Erst-PCI nach ST-Hebungsinfarkt
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre, Erst-PCI mit einer zuvor durchgeführten Fibrinolyse; Patienten mit ST-Hebungsinfarkt, der erst während eines stationären Aufenthalts entstanden ist (ST-Hebungsinfarkt nicht Hauptdiagnose).
Zielstellung	Möglichst hohe Rate an Patienten mit ST-Hebungsinfarkt, für die der „Door“-Zeitpunkt und „Balloon“-Zeitpunkt bei Erst-PCI gemessen wurden.
Begründung	Die frühe Anwendung einer primären PCI bei Patienten mit STEMI reduziert signifikant die Mortalität und Morbidität. Die Erfassung der „Door“-Zeit und der „Balloon“-Zeit sollte daher bei diesen Patienten routinemäßig erfolgen, um Qualitätsverbesserungen einzuleiten.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator basiert auf Leitlinienempfehlungen (Steg et al. 2012; Bonzel et al. 2008; Smith et al. 2006b; Silber et al. 2005; Antman et al. 2004) ▪ Indikator ist Bestandteil folgender Indikatorensysteme: AIHW, AAMC, Joint Commission, „Canadian Quality Indicator Set“ (AIHW 2009; Joint Commission 2009; AAMC 2008; Ko et al. 2008) und des NHS (NHS 2009) ▪ Metrische Indikatoren (OECD-Indikatoren, Joint Commission), die die durchschnittliche „Door-to-balloon“-Zeit abbilden, werden unter diesem Indikator subsummiert, da die Zielsetzung einer möglichst geringen Zeit gleich ist (Joint Commission 2009; Lambie et al. 2004) ▪ ESC Leitlinie empfiehlt ein Zielintervall bis 60 Minuten vor (Steg et al. 2012) ▪ Indikator wird durch Studienergebnisse unterstützt (z.B. Scholz et al. (2012); Bradley et al. (2006)) ▪ Prädiktoren, die nachweislich die „Door-to-balloon“-Zeit mitbestimmen, sind: ▪ Realisierungsgrad der präklinischen Phase (prähospitaler EKG, Alarmierung Herzkatheterlabor) (Scholz et al. 2012; Sejersten et al. 2008; Afolabi et al. 2007; de Villiers et al. 2007; Vaught et al. 2006), Durchführung in „high volume“ vs. „low volume“ PCI-Zentren (Kumbhani et al. 2009), Teilnahme an Audit Programmen (Scholz et al. 2012; Lai et al. 2009), Vorstellung des Patienten „on-hours“ vs. „off-hours“ (Charpentier et al. 2009)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>(AIHW 2009; Charpentier et al. 2009; Joint Commission 2009; Kumbhani et al. 2009; Lai et al. 2009; NHS 2009; AAMC 2008; Bonzel et al. 2008; Ko et al. 2008; Sejersten et al. 2008; Afolabi et al. 2007; de Villiers et al. 2007; Smith et al. 2006a; Vaught et al. 2006; Silber et al. 2005; Antman et al. 2004; Lambie et al. 2004)</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung</p> <p>(Steg et al. 2012; Bassand et al. 2007; Fox et al. 2006) Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Auffälligkeit: Referenzbereich \geq x% (5. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
Prozedur-OPS	mindestens eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w- (Datenquelle 2)
Prozedur-EBM	GOP 34292 (Datenquelle2)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
wieviele PCI während des Aufenthaltes?	Erhebung über Datenquelle 2 Angabe in Ziffern
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 2 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 9 = sonstige
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja
Fibrinolyse vor der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen

AMBULANT / STATIONÄR

Indikator Nr. S017 Isolierte Koronarangiographien (ohne PCI) mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²	
Beschreibung	Der Indikator gibt die Rate an isolierten Koronarangiographien mit einem Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ² an.
Zähler	Isolierte Koronarangiographien mit einem Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²
Nenner	alle isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Flächendosisprodukt
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre; alle PCI
Zielstellung	möglichst niedrige Rate an Koronarangiographien mit einer Strahlenbelastung über dem vom Bundesamt für Strahlenschutz festgelegten Schwellenwert
Begründung	Eignung, die Sicherheit in spezifischen Situationen zu erhöhen durch Minimierung der Strahlenbelastung für Patient und Untersucher gemäß ICRP
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entspricht dem 2011 eingeführten Indikator 12774 des esQS-Verfahrens „Koronarangiographie und PCI“ ▪ Indikator hat Bezug zum „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Indikator hat Bezug zu (Livingstone et al. 2007) (Strahlenbelastungsaudits) ▪ Diskutierte Eignung für die sektorengleiche Qualitätssicherung (QulK-Register: Albrecht et al. (2009); Levenson et al. (2007))
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	(Albrecht et al. 2009; BQS 2009; Levenson et al. 2007; Livingstone et al. 2007) Es handelt sich um einen zentralen Indikator zum Patientenschutz. Grundlage bilden hier die erarbeiteten Prinzipien der Internationalen Strahlenschutzkommission (ICRP). Indikator orientiert sich an den veröffentlichten Empfehlungen des Bundesamtes für Strahlenschutz in der „Bekanntmachung der aktualisierten diagnostischen Referenzwerte für diagnostische und interventionelle Röntgenuntersuchungen vom 22. Juni 2010“ (BfS 2010).

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt nur, wenn Angabe Flächendosisprodukt ≥ 0 und ≤ 50.000 cGy*cm²

Auffälligkeit: Referenzbereich $\geq \leq x\%$ (5. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Stratifizierung (Die dazugehörigen Strata werden durch die Qualitätsindikatoren S018a und S019a abgebildet)

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

AMBULANT / STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
	Prozedur-OPS	eine Prozedur aus 1-275.0 bis 1-275.5 UND NICHT gleichzeitig eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w (Datenquelle 2)
	Prozedur-EBM	GOP 34291 UND NICHT gleichzeitig GOP 34292 (Datenquelle 2)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Flächendosisprodukt	Erhebung über Datenquelle 2 Strahlendosis in cGy*cm ²
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	nicht vorgesehen	

Indikator Nr. S018a	Isolierte PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²
Beschreibung	Der Indikator gibt die Rate an PCI mit einem Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ² an.
Zähler	isolierte PCI mit einem Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²
Nenner	alle isolierten PCI (d.h. ohne Einzeitig-PCI) mit bekanntem Flächendosisprodukt
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre; alle Einzeitig-PCI und diagnostischen Koronarangiographien
Zielstellung	möglichst niedrige Rate an isolierten PCI mit einer Strahlenbelastung über dem vom Bundesamt für Strahlenschutz festgelegten Schwellenwert
Begründung	Eignung, die Sicherheit in spezifischen Situationen zu erhöhen durch Minimierung der Strahlenbelastung für Patient und Untersucher gemäß ICRP
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entspricht dem 2011 eingeführten Indikator 12775 des esQS-Verfahrens „Koronarangiographie und PCI“ ▪ Indikator hat Bezug zum „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Ergänzende Empfehlungen bei (Stratis et al. 2009; Clark et al. 2000) ▪ Diskutierte Eignung für die sektorengleiche Qualitätssicherung (QuIK-Register: Albrecht et al. (2009); Levenson et al. (2007))
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	<p>(Albrecht et al. 2009; BQS 2009; Stratis et al. 2009; Levenson et al. 2007; Clark et al. 2000)</p> <p>Es handelt sich um einen zentralen Indikator zum Patientenschutz. Grundlage bilden hier die erarbeiteten Prinzipien der Internationalen Strahlenschutzkommission (ICRP). Indikator orientiert sich an den veröffentlichten Empfehlungen des Bundesamtes für Strahlenschutz in der „Bekanntmachung der aktualisierten diagnostischen Referenzwerte für diagnostische und interventionelle Röntgenuntersuchungen vom 22. Juni 2010“ (BfS 2010).</p>

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt nur, wenn Angabe Flächendosisprodukt ≥ 0 und ≤ 50.000 cGy*cm²

Auffälligkeit: Referenzbereich $\geq x\%$ (5. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Stratifizierung (Die dazugehörigen Strata werden durch die Qualitätsindikatoren S017a und S019a abgebildet)

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

AMBULANT / STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
	Prozedur-OPS	eine Prozedur aus den OPS Codes 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- UND NICHT gleichzeitig eine Prozedur aus 1-275.0 bis 1-275.5 (Datenquelle 2)
	Prozedur-EBM	Prozedur kann im ambulanten Bereich z.Zt kollektivvertraglich nicht durchgeführt werden: kollektivvertraglich stets Einzeitig-PCI. PCI ist nicht Teil des Ambulanten Operierens und damit vom Krankenhaus nicht ambulant erbringbar. Selektivverträge können andere Struktur aufweisen (Datenquelle 2).
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Flächendosisprodukt	Erhebung der über Datenquelle 2 Strahlendosis in cGy*cm ²
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
		nicht vorgesehen

Indikator Nr. S019a Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²	
Beschreibung	Der Indikator gibt die Rate an Einzeitig-PCI mit einem Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ² an.
Zähler	Einzeitig-PCI mit einem Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²
Nenner	alle Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre, alle isolierten Koronarangiographien und alle isolierten PCI
Zielstellung	möglichst niedrige Rate an Einzeitig-PCI mit einer Strahlenbelastung über 6.000 cGy*cm ²
Begründung	Eignung, die Sicherheit in spezifischen Situationen zu erhöhen durch Minimierung der Strahlenbelastung für Patient und Untersucher gemäß ICRP
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entspricht dem 2011 eingeführten Indikator 50749 des esQS-Verfahrens „Koronarangiographie und PCI“ ▪ Indikator hat Bezug zum „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Diskutierte Eignung für die sektorengleiche Qualitätssicherung (QulK-Register: Albrecht et al. (2009); Levenson et al. (2007))
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	(Albrecht et al. 2009; BQS 2009; Levenson et al. 2007) Es handelt sich um einen zentralen Indikator zum Patientenschutz. Grundlage bilden hier die erarbeiteten Prinzipien der Internationalen Strahlenschutzkommission (ICRP). Der Schwellenwert des Indikators wurde vom AQUA-Institut nach der Methode des Bundesamtes für Strahlenschutz (BfS 2010) aus dem QS-Datensatz 2010 errechnet, da das Bundesamt für Strahlenschutz selbst noch keinen Referenzwert für die Einzeitig-PCI festgelegt hat.

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt nur, wenn Angabe Flächendosisprodukt ≥ 0 und ≤ 50.000 cGy*cm²

Auffälligkeit: Referenzbereich $\geq x\%$ (5. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Stratifizierung (Die dazugehörigen Strata werden durch die Qualitätsindikatoren S017a und S018a abgebildet)

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbinger

AMBULANT / STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
	Prozedur-OPS	eine Prozedur aus 1-275.0 bis 1-275.5 UND gleichzeitig eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w- (Datenquelle 2)
	Prozedur-EBM	GOP 34292 (Datenquelle 2)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Flächendosisprodukt	Erhebung über Datenquelle 2 Strahlendosis in cGy*cm ²
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
		nicht vorgesehen

Indikator Nr. S020 Flächendosisprodukt unbekannt	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt das Verhältnis von Koronarangiographien, Einzeitig-PCI und PCI, bei denen eine Dokumentation zum Flächendosisprodukt fehlt, zu allen Prozeduren.
Zähler	alle Koronarangiographien, Einzeitig-PCI und PCI mit Angabe „Flächendosisprodukt bekannt“= 0 („nein“)
Nenner	alle Koronarangiographien, Einzeitig-PCI und PCI
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Vermeidung von Dokumentationsmängeln; Toleranzbereich: 90. Perzentil
Begründung	Durch sorgfältige Dokumentation der Strahlenbelastung kann die Patientensicherheit in spezifischen Situationen erhöht werden.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Diskutierte Eignung für die sektorengleiche Qualitätssicherung (QulK-Register: Albrecht et al. (2009); Levenson et al. (2007))
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	(Albrecht et al. 2009; BQS 2009; Levenson et al. 2007) Es handelt sich um einen zentralen Indikator zum Patientenschutz. Grundlage bilden hier die erarbeiteten Prinzipien der Internationalen Strahlenschutzkommission (ICRP). Indikator orientiert sich an den veröffentlichten Empfehlungen des Bundesamtes für Strahlenschutz in der „Bekanntmachung der aktualisierten diagnostischen Referenzwerte für diagnostische und interventionelle Röntgenuntersuchungen vom 22. Juni 2010“ (BfS 2010).

Instrumente/Datenquellen

Auffälligkeit: Referenzbereich $\geq x\%$ (10. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

AMBULANT / STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
	Prozedur-OPS	eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w- ODER eine Prozedur aus 1-275.0 bis 1-275.5 (Datenquelle 2)
	Prozedur-EBM	GOP 34291 (Datenquelle 2)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Flächendosisprodukt bekannt	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	nicht vorgesehen	

Indikator Nr. S021 Isolierte Koronarangiographie (ohne PCI) mit einer Kontrastmittelmenge über 150ml	
Beschreibung	Der Indikator gibt die Rate der isolierten Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) an, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel appliziert wurden.
Zähler	diagnostische Koronarangiographie (ohne PCI) mit Kontrastmittelmenge über 150ml
Nenner	alle diagnostischen Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI)
Ausschlusskriterien	Alter <18 Jahre
Zielstellung	möglichst niedrige Rate an Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150ml
Begründung	Notwendigkeit der Risikominimierung bei der Kontrastmittelgabe; Risikoreduktion für die durch Kontrastmittel induzierte Nephropathie (CIN)
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Indikator nimmt Bezug auf das Datensatz-Item BQS ID13 (Stand 30.10.2009): Niereninsuffizienz (4 Zustände) ▪ Indikator nimmt Bezug auf die Leitlinienempfehlung zur Vermeidung des zytotoxischen Nierenschadens (Fox et al. 2006) und den PSI-Indikator (Nephropathie) (SVR 2007) ▪ Indikator nimmt Bezug auf vergleichbare Empfehlungen in der ermittelten Literatur: (Laskey et al. 2009; Marenzi et al. 2009; Laskey et al. 2007; Valente et al. 2006; MacNeill et al. 2003)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>(BQS 2009; Laskey et al. 2009; Marenzi et al. 2009; Laskey et al. 2007; Levenson et al. 2007; SVR 2007; Fox et al. 2006; Valente et al. 2006; MacNeill et al. 2003)</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung (Steg et al. 2012; Bassand et al. 2007)</p> <p>Appropriate measures are advised in order to reduce the risk if CIN (...).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE):B; (GoR): I <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt nur, wenn Angabe Kontrastmittelmenge > 0 und < 1.000 ml

Auffälligkeit: Referenzbereich ≤ x% (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbinger

AMBULANT / STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
	Prozedur-OPS	eine Prozedur aus 1-275.0 bis 1-275.5 UND NICHT gleichzeitig eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w (Datenquelle 2)
	Prozedur-EBM	GOP 34291 UND NICHT GOP 34292 (Datenquelle 2)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	applizierte Kontrastmittelmenge	Erhebung über Datenquelle 2 applizierte Menge in ml
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung	
	nicht vorgesehen	

Indikator Nr. S022 Isolierte PCI (ohne Einzeitig PCI) mit Kontrastmittelmenge über 200ml	
Beschreibung	Der Indikator gibt die Rate an isolierten PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml an.
Zähler	PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml
Nenner	Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI)
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	möglichst niedrige Rate an PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml
Begründung	Notwendigkeit der Risikominimierung bei der Kontrastmittelgabe; Risikoreduktion für die durch Kontrastmittel induzierte Nephropathie (CIN)
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Indikator nimmt Bezug auf die Leitlinienempfehlung zur Vermeidung des zytotoxischen Nierenschadens (Fox et al. 2006) ▪ Indikator nimmt Bezug auf das Datensatz-Item BQS ID 13 (Stand 30.10.2009): Niereninsuffizienz (4 Zustände) ▪ Indikator nimmt Bezug auf den PSI-Indikator (Nephropathie) (SVR 2007) ▪ Indikator nimmt Bezug auf vergleichbare Empfehlungen in der ermittelten Literatur: (Laskey et al. 2009; Marenzi et al. 2009; Laskey et al. 2007; Valente et al. 2006; MacNeill et al. 2003)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>(Bizzarri et al. 2010; BQS 2009; Laskey et al. 2009; Marenzi et al. 2009; Laskey et al. 2007; Levenson et al. 2007; SVR 2007; Fox et al. 2006; Valente et al. 2006; MacNeill et al. 2003)</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung (Steg et al. 2012; Bassand et al. 2007)</p> <p>Appropriate measures are advised in order to reduce the risk of CIN (...).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE):B; (GoR): I <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt nur, wenn Angabe Kontrastmittelmenge > 0 und < 1.000 ml

Auffälligkeit: Referenzbereich ≤ x% (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbinger

AMBULANT / STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
	Prozedur-OPS	eine Prozedur aus den OPS Kodes 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- UND NICHT gleichzeitig eine Porzedur aus 1.-275.0 bis 1-275.5 (Datenquelle 2)
	Prozedur-EBM	Prozedur kann im ambulanten Bereich z.Zt kollektivvertraglich nicht durchgeführt werden: kollektivvertraglich stets Einzeitig-PCI, PCI ist nicht Teil des Ambulanten Operierens und damit vom Krankenhaus nicht ambulant erbringbar. Selektivverträge können andere Struktur aufweisen (Datenquelle 2).
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	applizierte Kontrastmittelmenge	Erhebung über Datenquelle 2 applizierte Menge in ml
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie <u>und</u> PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung	
	nicht vorgesehen	

Indikator Nr. S023 Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250ml	
Beschreibung	Der Indikator gibt die Rate der Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250ml an.
Zähler	Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250ml
Nenner	Alle PCI, bei denen einzeitig eine Koronarintervention durchgeführt wurde (Einzeitig-PCI).
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	möglichst niedrige Rate an Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250ml
Begründung	Notwendigkeit der Risikominimierung bei der Kontrastmittelgabe; Risikoreduktion für die Kontrastmittel induzierte Nephropathie (CIN)
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Indikator nimmt Bezug auf die Leitlinienempfehlung zur Vermeidung des zytotoxischen Nierenschadens (Fox et al. 2006) ▪ Indikator nimmt Bezug auf das Datensatz-Item BQS ID13 (Stand 30.10.2009): Niereninsuffizienz (4 Zustände) ▪ Indikator nimmt Bezug auf den PSI-Indikator (Nephropathie) (SVR 2007) ▪ Indikator nimmt Bezug auf vergleichbare Empfehlungen in der ermittelten Literatur: (Laskey et al. 2009; Marenzi et al. 2009; Laskey et al. 2007; Valente et al. 2006; MacNeill et al. 2003)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>(BQS 2009; Laskey et al. 2009; Marenzi et al. 2009; Laskey et al. 2007; Levenson et al. 2007; SVR 2007; Fox et al. 2006; Valente et al. 2006; MacNeill et al. 2003)</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung (Steg et al. 2012; Bassand et al. 2007)</p> <p>Appropriate measures are advised in order to reduce the risk of CIN (...).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE):B; (GoR): I <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung nur möglich, wenn Angabe Kontrastmittelmenge > 0 und < 1.000 ml

Auffälligkeit: Referenzbereich ≤ x% (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: nicht vorgesehen

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbinger

AMBULANT / STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
	Prozedur-OPS	eine Prozedur aus 1-275.0 bis 1-275.5 UND gleichzeitig eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w- (Datenquelle 2)
	Prozedur-EBM	GOP 34292 (Datenquelle 2)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	applizierte Kontrastmittelmenge	Erhebung über Datenquelle 2 applizierte Menge in ml
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
		nicht vorgesehen

Indikator Nr. S032a_1 Komplikationen an der Punktionsstelle	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt das Verhältnis von Komplikationen an der Punktionsstelle (Thrombininjektion nach Blutung, Transfusion nach Blutung, chirurgische Intervention nach Blutung, punktionsnahe Gefäßthrombose oder Aneurysma spurium mit erneuter Kompression) bei diagnostischen Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI zu allen Untersuchungen (diagnostischen Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI) im Beobachtungszeitraum bis einschließlich des xxx. postprozeduralen Tages.
Zähler	Anzahl an Komplikationen an der Punktionsstelle (Summe aus den fünf Komplikationsarten) bis zu einschließlich des xxx. postprozeduralen Tages
Nenner	alle diagnostischen Koronarangiographien und PCI einschließlich Einzeitig-PCI
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	möglichst selten Komplikationen an der Punktionsstelle bei diagnostischen Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI
Begründung	Komplikationen an der Punktionsstelle stellen eine Belastung für den Patienten dar.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator nimmt Bezug auf ein Datensatz-Item der BQS (BQS 2009) ▪ Indikator nimmt Bezug auf ermittelte Instrumente bei Liew (Liew et al. 2007) ▪ Plausibilisierung über Routinedaten möglich ▪ stratifizierte Auswertung nach Art der Prozedur
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	(BQS 2009; ACHS 2008; Liew et al. 2007; Mainz 2003) Bei der „Komplikationsrate“ handelt es sich um einen anerkannten Endpunkt im Sinne der Nutzen- und Schadenbewertung medizinischer Interventionen. Die Bewertung erfolgt in Anlehnung an die Definition des „patientenrelevanten medizinischen Nutzens“, vgl. (IQWiG 2008).

Instrumente/Datenquellen

Auffälligkeit: Referenzbereich \leq x% (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Stratifizierung nach Art der Prozedur, weitere mögliche Risikofaktoren sind die Dringlichkeit der Prozedur und die Durchführung einer Fibrinolyse vor Prozedur sowie das Alter und Geschlecht

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbinger

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
Prozedur-OPS	eine Prozedur aus 1-275.0 bis 1-275.5 ODER eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w- (Datenquelle 2)
Prozedur-EBM	GOP 34291 (Datenquelle 2)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
Thrombininjektion nach Blutung an der Punktionsstelle	Erhebung über Datenquelle 1,2 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Transfusion nach Blutung an der Punktionsstelle	Erhebung über Datenquelle 1,2 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Chirurgische Intervention nach Blutung an der Punktionsstelle	Erhebung über Datenquelle 1,2 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Gefäßthrombose (punktionstah)	Erhebung über Datenquelle 1,2 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Aneurysma spurium mit erneuter Kompression	Erhebung über Datenquelle 1,2 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Dringlichkeit der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = elektiv 2 = dringlich 3 = notfallmäßig
Fibrinolyse vor Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 2 = unbekannt
Geburtsdatum	Erhebung über Datenquelle 2

AMBULANT / STATIONÄR

	Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 2 1 = männlich 2 = weiblich
--	------------	---

Indikator Nr. OU004a_1 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI- Indikation ST-Hebungsinfarkt	
Beschreibung	Der Indikator gibt das Verhältnis aller PCI bei STEMI, bei denen das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde, zu allen PCI bei genannter Indikation wieder.
Zähler	alle PCI mit genannter Indikation, für die TIMI = 3
Nenner	alle PCI mit Indikation STEMI
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	möglichst häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels PCI bei STEMI (nach TIMI)
Begründung	Erreichen einer erfolgreichen Katheterintervention über Surrogatparameter
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator hat Bezug zum „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) ▪ Indikator hat Bezug zum Indikatorenset des QS-Verfahrens „Koronarangiographie und PCI“ ▪ Poststenotischer Koronarfluss nach der TIMI-Klassifikation als Maß der Erreichung des Interventionsziels nach STEMI (Steg et al. 2012; Cannon et al. 2001)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>(BQS 2009; Cannon et al. 2001)</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung (Steg et al. 2012; SIGN 2007)</p> <p>Kernempfehlung: zur Zielbetrachtung unter Betrachtung von vulnerablen Subgruppen: Patients who are older and have other evidence of atherosclerosis and/or cognitive impairment may be more at risk of increasing decline and these factors should be considered when evaluating for revascularisation to achieve symptom relief (...).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): 3; (GoR): D <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

1. Erreichung des wesentlichen Interventionsziels (anhand der TIMI-Klassifikation): im Allgemeinen TIMI-III-Fluss
2. TIMI-Klassifikation: die „Thrombolysis in myocardial infarction-Klassifikation“ (TIMI) beschreibt den Koronarfluss im Umfeld eines Gefäßverschlusses bzw. einer Stenose (Cannon et al. 2001)

TIMI Fluss 0 - kein antegrader Fluss distal des Verschlusses

TIMI Fluss 1 - Kontrastmittel lässt sich distal darstellen, füllt jedoch nicht das gesamte Gefäßbett

TIMI Fluss 2 - Kontrastmittel füllt distal das gesamte Gefäß aus, An- und Abstrom sind jedoch verzögert

TIMI Fluss 3 - normaler Fluss

Auffälligkeit: Referenzbereich \geq x% (5. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen.

In Frage kommen folgende Einflussvariablen: Alter (FELD: Geburtsdatum); Geschlecht; Vorliegen eines kardiogenen Schock; Ejektionsfraktion; Zustand nach vorausgegangenen Interventionen (PCI oder CABG); Anzahl der Versorgungsgebiete, an denen eine PCI durchgeführt wurde (FELD: PCI an); nach besonderen Merkmalen der PCI (FELD: am kompletten Gefäßverschluss, am Koronarbypass, am ungeschützten Hauptstamm, einer Ostiumstenose (LAD/RCX/RCA) bzw. am letzten verbliebenen Gefäß (Kunadian et al. 2008; Singh et al. 2003) und ST-Hebungsinfarkt bis 24 Stunden, ST-Hebungsinfarkt über 24 Stunden (FELD Indikation PCI).

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbinger

AMBULANT / STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 2)
	Prozedur-OPS	eine Prozedur aus 1-275.0 bis 1-275.5 ODER eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s , 8-837.u bis 8-837.w- (Datenquelle 2)
	Prozedur-EBM	GOP 34291 (Datenquelle 2)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 2 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 9 = sonstige
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI

Wesentliches Interventionsziel erreicht (TIMI-III-Fluss)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Erhebung über Datenquelle 2
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 2 1 = männlich 2 = weiblich
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedur hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 2 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 2 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an einer In-Stent Stenose 7 = sonstiges

Indikator Nr. OU005	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)
Beschreibung	Der Indikator beschreibt das Verhältnis aller PCI, für die das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde, zu allen PCI.
Zähler	Alle PCI, für die das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde (bei Indikation STEMI und NSTEMI: TIMI-III-Fluss).
Nenner	alle PCI
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	möglichst häufiges Erreichen des Interventionsziels bei PCI; Toleranzbereich: ≥ 85 %
Begründung	Erreichen einer erfolgreichen Katheterintervention über Surrogatparameter
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator hat Bezug zum „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009), zum esQS-Indikatorenset „Koronaangiographie und PCI“ sowie zum Indikator OU004a_1 dieses SQG-Verfahrens.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>(BQS 2009; Cannon et al. 2001)</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung (Steg et al. 2012; SIGN 2007) (BÄK et al. 2013)</p> <p>Kernempfehlung zum Interventionsziel: (...) Bei Mehrgefäßerkrankung soll eine komplette Revaskularisation angestrebt werden. (...) Alle anderen Patienten ohne RIVA-Stenose mit symptomatischer, medikamentös nicht adäquat beherrschbarer Eingefäßerkrankung sollten mit einer revaskularisierenden Maßnahme (in der Regel PCI) aus antianginöser Indikation behandelt werden (...).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (LoE): ↑↑ <p>Die hinterlegten Primärstudien sind dem Leitliniendokument zu entnehmen.</p>

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

1. Erreichung des wesentlichen Interventionsziels (nach Einschätzung des Untersuchers): im Allgemeinen angiographische Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 % (BQS 2009)
2. TIMI-Klassifikation: die „Thrombolysis in myocardial infarction-Klassifikation“ (TIMI) beschreibt den Koronarfluss im Umfeld eines Gefäßverschlusses bzw. einer Stenose (Cannon et al. 2001)

TIMI Fluss 0 - kein antegrader Fluss distal des Verschlusses

TIMI Fluss 1 - Kontrastmittel lässt sich distal darstellen, füllt jedoch nicht das gesamte Gefäßbett

TIMI Fluss 2 - Kontrastmittel füllt distal das gesamte Gefäß aus, An- und Abstrom sind jedoch verzögert

TIMI Fluss 3 - normaler Fluss

Auffälligkeit: Toleranzbereich: Referenzbereich $\geq x\%$ (5. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen.

In Frage kommen folgende Einflussvariablen: Alter (FELD: Geburtsdatum); Geschlecht; Indikation zur PCI; Vorliegen eines kardiogenen Schock; Ejektionsfraktion; Zustand nach vorausgegangenen Interventionen (PCI oder CABG); Dringlichkeit der PCI Anzahl der Versorgungsgebiete, an denen eine PCI durchgeführt wurde (FELD: PCI an); nach besonderen Merkmalen der PCI (FELD: am kompletten Gefäßverschluss, am Koronarbypass, am ungeschützten Hauptstamm, einer Ostiumstenose (LAD/RCA) bzw. am letzten verbliebenen Gefäß (Kunadian et al. 2008; Singh et al. 2003).

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
Prozedur-OPS	mindestens eine Prozedur aus den OPS Codes 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w- (Datenquelle 2)
Prozedur-EBM	GOP 34292 (Datenquelle 2)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
wesentliches Interventionsziel erreicht (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographische Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50 %)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich
wesentliches Interventionsziel erreicht (TIMI-III-Fluss)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung

Geburtsdatum	Erhebung über Datenquelle 2
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 2 1 = männlich 2 = weiblich
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 2 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 9 = sonstige
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabil 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamischinstabil
Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 2 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
PCI an	Erhebung über Datenquelle 2 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 2 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose 7 = sonstiges

Indikator Nr. OU006_1 MACCE – Patienten mit Koronarangiographie (ohne PCI)	
Beschreibung	Der Indikator gibt das Verhältnis von Patienten mit unerwünschten intra- oder postprozeduralen kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen bis einschließlich des xxx. postprozeduralen Tages bei Koronarangiographie(n) (ohne PCI) zu allen Patienten wieder, bei denen eine Koronarangiographie (ohne PCI) durchgeführt wurde.
Zähler	alle Patienten mit intra- oder postprozedural mindestens einer TIA bzw. einem Schlaganfall oder Notfall-PCI am selben Gefäß oder Notfall-CABG oder postprozedural neu aufgetretenem Herzinfarkt/Reinfarkt oder Exitus im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Nenner	alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	selten intra- oder postprozedurale MACCE bei Koronarangiographien; Toleranzbereich: 95. Perzentil
Begründung	Die Rate schwerer, unerwünschter Ereignisse während oder nach einer Koronarangiographie kann einen Hinweis auf Qualitätsdefizite darstellen und sollte deshalb gering gehalten werden.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator mit Bezug zum „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) und zum Indikatorenset des esQS-Verfahrens „Koronarangiographie und PCI“ ▪ Erfassung mit Sozialdaten bei den Krankenkassen (z.B. §301 SGB V Daten) und der fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	<p>(Levenson et al. 2011; Bonzel et al. 2009; BQS 2009; Hamm et al. 2008; Moscucci et al. 2003)</p> <p>Evidenzgraduierung und Empfehlung</p> <p>Bei „MACCE“ handelt es sich um einen anerkannten Endpunkt im Sinne der Nutzen- und Schadenbewertung medizinischer Interventionen. Die Bewertung erfolgt in Anlehnung an die Definition des „patientenrelevanten medizinischen Nutzens“, vgl. (IQWiG 2008).</p>

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

Definition MACCE: Zu den Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events (MACCE) zählen der intra- oder postprozedurale Tod oder der erneute Myokardinfarkt, die erneute Intervention mittels PCI am gleichen Gefäß oder Notfall-CABG sowie die intra- oder postprozedurale TIA oder der Schlaganfall (Bonzel et al. 2008; Hamm et al. 2008; Moscucci et al. 2003).

Auffälligkeit: Referenzbereich $\leq x\%$ (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen.

In Frage kommen folgende Einflussvariablen aus der fallbezogenen QS-Dokumentation: Alter (FELD: Geburtsdatum); Geschlecht; führende Indikation zur Koronarangiographie; führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter; Vorliegen eines kardiogenen Schocks; Ejektionsfraktion; Komorbiditäten wie Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, manifeste Herzinsuffizienz; Ejektionsfraktion unter 40 % und KHK (FELD: stabile Angina pectoris (nach CCS)); Zustand nach koronarer-Bypass-OP (Kunadian et al. 2008; Singh et al. 2003). Darüber hinaus ist anhand von Sozialdaten bei den Krankenkassen zu prüfen, inwieweit Risikoprofile aus den ICD und OPS (z.B. nachfolgende Herz-OP) in die Adjustierung einbezogen werden können.

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbinger

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)		
Feld	Beschreibung	
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 und 2)	
Prozedur-OPS	eine Prozedur aus 1-275.0 bis 1-275.5 UND NICHT gleichzeitig 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w- (Datenquelle 1 und 2)	
Prozedur-EBM	GOP 34291 ohne GOP 34292 aus Datenquelle 1 und 2	
Datenfelder für die Berechnung		
Feld	Beschreibung	
AMBULANT / STATIONÄR	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
	Prozedurdatum	Erhebung über Datenquelle 1 und 2 Prozedurdatum TT.MM.JJ
	intraprozedural auftretende Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja
	intraprozedurale Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 2 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor 4 = sonstiges
	Tod (jeder Todesfall unabhängig von der Ursache)	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
	Postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag

TIA/Schlaganfall	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Notfall-PCI am selben Gefäß	Erhebung über Datenquelle 1 und 2 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
PCI an	Erhebung über Datenquelle 2 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
Notfall-CABG-Operation	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 und 2)
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 und 2
führende Indikation zur Koronarangiographie	Erhebung über Datenquelle 2 1 = V. a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) = bis 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((=ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 7 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40 %) 9 = Vitium 10 = sonstige
Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt
Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt
Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
Ejektionsfraktion ≤ 40 %	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt

stabile Angina pectoris (nach CCS)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
Dringlichkeit der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = elektiv 2 = dringlich 3 = notfallmäßig
PCI an	Erhebung über Datenquelle 2 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter	Erhebung über Datenquelle 2 0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50 % 2 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50 % (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 3 = Kardiomyopathie 4 = Herzklappenvitium 5 = Aortenaneurysma 6 = hypertensive Herzerkrankung 9 = andere kardiale Erkrankungen
ICD	Erhebung über Datenquelle 1
OPS	Erhebung über Datenquelle 1

Indikator Nr. OU007a_1 MACCE – Patienten mit PCI	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt das Verhältnis von Patienten mit unerwünschten kardialen oder zerebrovaskulären intra- oder postprozeduralen Ereignissen bis einschließlich des xxx. postprozeduralen Tages bei PCI zu allen Patienten, die mit einer PCI behandelt wurden.
Zähler	alle Patienten mit intra- oder postprozedural mindestens einer TIA bzw. einem Schlaganfall oder Notfall-PCI am selben Gefäß oder Notfall-CABG oder postprozedural neu aufgetretenem Herzinfarkt/Reinfarkt oder Exitus im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Nenner	alle Patienten mit PCI (einschließlich Einzeitig-PCI)
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Reduktion der intra- oder postprozeduralen MACCE bei PCI
Begründung	Die Ereignisrate im Sinne von MACCE während des Interventionsaufenthaltes wird sowohl in Leitlinien als auch in Studien als ein wesentliches Ergebnis gesehen, das es zu optimieren gilt (Smith et al. 2006a).
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator in Anlehnung an das „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) und das Indikatorenset des esQS-Verfahrens „Koronarangiographie und PCI“ ▪ Indikator wird durch Leitlinien und Studienergebnisse unterstützt (Khattab et al. 2009; Pride et al. 2009; Bonzel et al. 2008; Glaser et al. 2008; Hamm et al. 2008; Mustafa et al. 2005; Moscucci et al. 2003); die Studien unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Definition MACCE ▪ Risikoadjustierung ist über patienten- und prozedurenrelevante Einflussvariablen möglich (Kunadian et al. 2008; Singh et al. 2003): Erfassung mit Sozialdaten bei den Krankenkassen (z.B. §301 SGB V Daten) und der fallbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbinger
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	(BQS 2009; Khattab et al. 2009; Pride et al. 2009; Bonzel et al. 2008; Glaser et al. 2008; Hamm et al. 2008; Kunadian et al. 2008; Smith et al. 2006a; Moscucci et al. 2005; Mustafa et al. 2005; Moscucci et al. 2003; Singh et al. 2003) Bei „MACCE“ handelt es sich um einen anerkannten Endpunkt im Sinne der Nutzen- und Schadenbewertung medizinischer Interventionen. Die Bewertung erfolgt in Anlehnung an die Definition des „patientenrelevanten medizinischen Nutzens“, vgl. (IQWiG 2008).

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

Definition MACCE: Zu den Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events (MACCE) zählen der intra- oder postprozedurale Tod oder der erneute Myokardinfarkt, die erneute Intervention mittels PCI oder Notfall-CABG an der Zielläsion (TLR) oder dem Zielgefäß (TVR) sowie die intra- oder postprozedurale TIA oder der Schlaganfall (Bonzel et al. 2008; Hamm et al. 2008; Moscucci et al. 2003).

Auffälligkeit: Referenzbereich \leq x% (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen.

In Frage kommen folgende Einflussvariablen aus der fallbezogenen QS-Dokumentation: Alter (FELD: Geburtsdatum); Geschlecht; Indikation zur PCI; Dringlichkeit der PCI; Vorliegen eines kardiogenen Schocks; Ejektionsfraktion; Komorbiditäten wie Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, manifeste Herzinsuffizienz, Ejektionsfraktion < 40 % und KHK (FELD: stabile Angina pectoris (nach CCS); Zustand nach vorausgegangenen Interventionen (PCI oder CABG); Anzahl der Versorgungsgebiete, an denen eine PCI durchgeführt wurde (FELD: PCI an); nach besonderen Merkmalen der PCI (FELD: am kompletten Gefäßverschluss, am Koronarbypass, am ungeschützten Hauptstamm, einer Ostiumstenose (LAD/RCX/RCA) bzw. am letzten verbliebenen Gefäß (Kunadian et al. 2008; Singh et al. 2003). Darüber hinaus ist anhand von Sozialdaten bei den Krankenkassen zu prüfen, inwieweit Risikoprofile aus den ICD und OPS (z.B. nachfolgende Herz-OP) in die Adjustierung einbezogen werden können.

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbinger

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 und 2)
Prozedur-OPS	eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w- aus Datenquelle 1 und 2
Prozedur-EBM	GOP 34292 (Datenquellen 1 und 2)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie <u>und</u> PCI
Prozedurdatum	Erhebung über Datenquelle 1 und 2 Prozedurdatum TT.MM.JJ
intraprozedural auftretende Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja
intraprozedurale Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 2 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor 4 = sonstige
Tod (jeder Todesfall unabhängig von der Ursache)	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag

Postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
TIA/Schlaganfall	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Notfall-PCI am selben Gefäß	Erhebung über Datenquelle 1 und 2 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
PCI an	Erhebung über Datenquelle 2 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
Notfall-CABG-Operation	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Erhebung über Datenquelle 1 und 2
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 und 2
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 2 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 9 = sonstige
Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 2 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt
Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt
Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV

Ejektionsfraktion ≤ 40 %	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt
stabile Angina pectoris (nach CCS)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 2 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 2 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose 7 = sonstiges
ICD	Datenquelle 1
OPS	Datenquelle 1

Indikator Nr. OU009a MACCE – Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt das Verhältnis von Patienten mit unerwünschten kardialen oder zerebrovaskulären intra- oder postprozeduralen Ereignissen mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt zu allen Patienten, die mit einer Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt behandelt wurden.
Zähler	alle Patienten mit intra- oder postprozedural mindestens einer TIA bzw. einem Schlaganfall oder postprozeduraler Revaskularisierung mittels Notfall-PCI oder Notfall-CABG oder postprozedural mit einem Herzinfarkt oder Exitus im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Nenner	alle Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	selten intra- oder postprozedurale MACCE bei PCI; Toleranzbereich: 95. Perzentil
Begründung	Die Rate schwerer, unerwünschter Ereignisse während oder nach einer Intervention kann einen Hinweis auf Qualitätsdefizite darstellen und sollte deshalb gering gehalten werden.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator hat Bezug zum „BQS-Indikatorenset“ (BQS 2009) und zum Indikatorenset des esQS-Verfahrens „Koronarangiographie und PCI“ ▪ Erfassung mit Sozialdaten bei den Krankenkassen (z.B. §301 SGB V Daten) und fallbezogener Qs-Dokumentation beim Leistungserbinger
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	(BQS 2009; Bonzel et al. 2008; Hamm et al. 2008; Moscucci et al. 2003) Bei „MACCE“ handelt es sich um einen anerkannten Endpunkt im Sinne der Nutzen- und Schadenbewertung medizinischer Interventionen. Die Bewertung erfolgt in Anlehnung an die Definition des „patientenrelevanten medizinischen Nutzens“, vgl. (IQWiG 2008).

Instrumente/Datenquellen

Notwendige Definitionen:

Definition MACCE: Zu den Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events (MACCE) zählen der intra- oder postprozedurale Tod oder der erneute Myokardinfarkt, die erneute Intervention mittels Notfall-PCI oder Notfall-CABG an der Zielläsion (TLR) oder dem Zielgefäß (TVR) sowie die intra- oder postprozedurale TIA oder der Schlaganfall (Bonzel et al. 2008; Hamm et al. 2008; Moscucci et al. 2003).

Auffälligkeit: Referenzbereich $\leq x\%$ (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen.

In Frage kommen folgende Einflussvariablen aus der fallbezogenen QS-Dokumentation: Alter (FELD: Geburtsdatum); Geschlecht; Vorliegen eines kardiogenen Schocks; Ejektionsfraktion; Komorbiditäten wie Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, manifeste Herzinsuffizienz, Ejektionsfraktion $< 40\%$; Zustand nach vorausgegangenen Interventionen (PCI oder CABG); Anzahl der Versorgungsgebiete, an denen eine PCI durchgeführt wurde (FELD: PCI an); nach besonderen Merkmalen der PCI (FELD: am kompletten Gefäßverschluss, am Koronarbypass, am ungeschützten Hauptstamm, einer Ostiumstenose (LAD/RCX/RCA) bzw. am letzten verbliebenen Gefäß (Kunadian et al. 2008; Singh et al. 2003). Darüber hinaus ist anhand von Sozialdaten bei den Krankenkassen zu prüfen, inwieweit Risikoprofile aus den ICD und OPS (z.B. nachfolgende Herz-OP) in die Adjustierung einbezogen werden können.

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbinger

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
Prozedur.OPS	eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2- , 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w- UND gleichzeitig eine Prozedur aus 1-275.0 bis 1-275.5 (Datenquellen 1 und 2)
Prozedur-EBM	GOP 34292 (Datenquellen 1 und 2)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
wieviele PCI während des Aufenthaltes?	Erhebung über Datenquelle 2 Angabe in Ziffern
Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 2 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 9 = sonstige
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie <u>und</u> PCI

Prozedurdatum	Erhebung über Datenquelle 1 und 2 Prozedurdatum TT.MM.JJ
intraprozedural auftretende Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja
intraprozedurale Ereignisse	Erhebung über Datenquelle 2 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor 4 = sonstige
Tod (jeder Todesfall unabhängig von der Ursache)	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
TIA/Schlaganfall	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Notfall PCI am selben Gefäß	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
PCI an	Erhebung über Datenquelle 2 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
Notfall-CABG-Operation	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja, bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 und 2)
Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 und 2
Dringlichkeit der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = elektiv 2 = dringlich 3 = notfallmäßig
Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt
Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt

Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
Ejektionsfraktion ≤ 40 %	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 2 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 2 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose 7 = sonstiges
ICD	Datenquelle 1
OPS	Datenquelle 1

Indikator Nr. OU191a	30 Tage Sterblichkeit (Letalität) bei PCI
Beschreibung	Der Indikator gibt das Verhältnis der beobachteten (O) zur erwarteten (E) Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach PCI (einschließlich Einzeitig-PCI) an.
Zähler	beobachtete Sterblichkeit innerhalb von 30 Tage nach erfolgter PCI
Nenner	erwartete Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach erfolgter PCI
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre
Zielstellung	Reduktion der risikoadjustierten 30 Tage Sterblichkeit (Letalität)
Begründung	Die 30 Tage Sterblichkeit (Letalität) stellt einen wesentlichen Ergebnisindikator in der Versorgung dar und ist daher gering zu halten.
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „Canadian Quality Indicator Set“ (Ko et al. 2008) ▪ Risikoadjustierung über patienten- und prozedurenrelevante Einflussvariablen möglich (Kunadian et al. 2008; Singh et al. 2003) ▪ Risikoadjustierung erfolgt mittels logistischer Regression 80/E
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>(Ko et al. 2008; Kunadian et al. 2008; Singh et al. 2003)</p> <p>Bei der „Mortalität“ handelt es sich um einen anerkannten Endpunkt im Sinne der Nutzen- und Schadenbewertung medizinischer Interventionen. Die Bewertung erfolgt in Anlehnung an die Definition des „patientenrelevanten medizinischen Nutzens“, vgl. (IQWiG 2008).</p>

Instrumente/Datenquellen

Auffälligkeit: Referenzbereich $\leq x\%$ (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. Sie soll mittels logistischer Regression erfolgen. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen.

In Frage kommen folgende Einflussvariablen: Alter; Geschlecht; Indikation zur PCI (ACS: entsprechende Differenzierung STEMI/NSTEMI (mit Marker-Erhöhung)/Instabile Angina innerhalb der letzten 48 Stunden); Dringlichkeit der PCI; Vorliegen eines kardiogenen Schocks; Ejektionsfraktion; Komorbiditäten wie Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz; manifeste Herzinsuffizienz und KHK (differenziert nach CCS); Zustand nach vorausgegangenen Interventionen (PCI/CABG); Anzahl der Versorgungsgebiete, an denen eine PCI durchgeführt wurde; Besonderheiten der PCI (PCI am kompletten Verschluss/ am Koronarbypass/an ungeschütztem Hauptstamm/ an einer Ostiumstenose (LAD/RCX/RCA)/an letztem verbliebenen Gefäß) (Kunadian et al. 2008; Singh et al. 2003). Zusätzlich können Komorbiditäten z.B. der Elixhauser-Komorbiditätsindex (van Walraven et al. 2009; Quan et al. 2005; Elixhauser et al. 1998)(ohne KHK) oder eine postprozedurale Herz-Operation aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Risikoadjustierung herangezogen werden.

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbinger

AMBULANT / STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 und 2)
	Prozedur-OPS	eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s, 8-837.u bis 8-837.w-aus Datenquelle 1 und 2
	Prozedur-EBM	GOP 34292 aus Datenquelle 1 und 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Status des Patienten am 30. postprozeduralen Tag (ausgehend vom lfd. Eingriff= 1)	Erhebung über Datenquelle 1 0 = Patient ist verstorben 1 = Patient lebt 2 = Falldokumentation vor dem 30. Tag abgeschlossen/Follow-up Information liegt noch nicht vor, wird nachgeschickt 3 = Status des Patienten ist unbekannt
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Erhebung über Datenquelle 1 und 2
	Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 und 2
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = kombinierte Koronarangiographie und PCI
	Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 2 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 9 = sonstige

stabile Angina pectoris (nach CCS)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)
Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 2 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt
Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt
Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
Ejektionsfraktion ≤ 40 %	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 2 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 2 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose 7 = sonstiges

	ICD	Erhebung über Datenquelle 1
	OPS	Erhebung über Datenquelle 1

Indikator Nr. OU 192		1-Jahr Sterblichkeit (Letalität) nach PCI	
Beschreibung	Der Indikator gibt das Verhältnis der beobachteten (O) zur erwarteten (E) Sterblichkeit innerhalb von 365 Tagen nach PCI an.		
Zähler	beobachtete Sterblichkeit innerhalb von 365 Tage nach erfolgter PCI		
Nenner	erwartete Sterblichkeit innerhalb von 365 Tagen nach erfolgter PCI		
Ausschlusskriterien	Alter < 18 Jahre		
Zielstellung	Reduktion der risikoadjustierten 1-Jahr Sterblichkeit (Letalität)		
Begründung	Die 1-Jahr Sterblichkeit (Letalität) stellt einen wesentlichen Ergebnisindikator in der Versorgung dar und ist daher gering zu halten.		
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator entstammt dem „Canadian Quality Indicator Set“ (Ko et al. 2008) und wird auch bei den QSR Indikatoren erfasst (AOK-Bundesverband et al. 2007) ▪ Risikoadjustierung über patienten- und prozedurenrelevante Einflussvariablen möglich (Kunadian et al. 2008; Singh et al. 2003) ▪ Risikoadjustierung erfolgt mittels logistischer Regression 		
Indikatortyp	Ergebnisindikator		
Qualitätsdimension	Effektivität		
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	<p>(Ko et al. 2008; Kunadian et al. 2008; AOK-Bundesverband et al. 2007; Singh et al. 2003)</p> <p>Bei der „Mortalität“ handelt es sich um einen anerkannten Endpunkt im Sinne der Nutzen- und Schadenbewertung medizinischer Interventionen. Die Bewertung erfolgt in Anlehnung an die Definition des „patientenrelevanten medizinischen Nutzens“, vgl. (IQWiG 2008).</p>		

Instrumente/Datenquellen

Auffälligkeit: Referenzbereich $\leq x\%$ (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Risikoadjustierung: Eine Risikoadjustierung ist bei diesem Indikator erforderlich. Sie soll mittels logistischer Regression erfolgen. In das Risikomodell können sowohl Baseline-Parameter (Risikoprofil des Patienten) als auch Besonderheiten der Prozedur selbst einfließen.

In Frage kommen folgende Einflussvariablen: Alter; Geschlecht; Indikation zur PCI (ACS: entsprechende Differenzierung STEMI/NSTEMI (mit Marker-Erhöhung)/Instabile Angina innerhalb der letzten 48 Stunden); Dringlichkeit der PCI; Vorliegen eines kardiogenen Schocks; Ejektionsfraktion; Komorbiditäten wie Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz; manifeste Herzinsuffizienz und KHK (differenziert nach CCS); Zustand nach vorausgegangenen Interventionen (PCI/CABG); Anzahl der Versorgungsgebiete, an denen eine PCI durchgeführt wurde; Besonderheiten der PCI (PCI am kompletten Verschluss/ am Koronarbypass/an ungeschütztem Hauptstamm/ an einer Ostiumstenose (LAD/RCX/RCA)/an letztem verbliebenen Gefäß) (Kunadian et al. 2008; Singh et al. 2003). Zusätzlich können Komorbiditäten z.B. der Elixhauser-Komorbiditätsindex (van Walraven et al. 2009; Quan et al. 2005; Elixhauser et al. 1998)(ohne KHK) oder eine nachfolgende Herz-Operation aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Risikoadjustierung herangezogen werden.

Mögliche Datenquellen:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. QS-Dokumentation beim Leistungserbinger

AMBULANT / STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1)
	Prozedur-OPS	eine Prozedur aus 8-837.0- bis 8-837.2-, 8-837.5-, 8-837.k- bis 8-837.s und 8-837.u bis 8-837.w- aus Datenquelle 1 und 2
	Prozedur-EBM	GOP 34292 aus Datenquelle 1 und 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Status des Patienten am 365. postprozeduralen Tag (ausgehend vom lfd. Eingriff= 1)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = Patient ist verstorben 1 = Patient lebt 2 = Falldokumentation vor dem 365. Tag abgeschlossen/Follow-up Information liegt noch nicht vor, wird nachgeschickt 3 = Status des Patienten ist unbekannt
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 18 Jahre (Erhebung über Datenquelle 1 und 2)
	Geschlecht	Erhebung über Datenquelle 1 und 2
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 2 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = kombinierte Koronarangiographie <u>und</u> PCI
	Indikation zur PCI	Erhebung über Datenquelle 2 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 9 = sonstige

stabile Angina pectoris (nach CCS)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)
Dringlichkeit der PCI	Erhebung über Datenquelle 2 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
Diabetes mellitus	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt
Niereninsuffizienz	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt
Herzinsuffizienz (nach NYHA)	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
Ejektionsfraktion ≤ 40 %	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt
Zustand nach koronarer Bypass-OP	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
kardiogener Schock	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
PCI an	Erhebung über Datenquelle 2 1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA
besonderes Merkmal	Erhebung über Datenquelle 2 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI an ungeschütztem Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI an letztem verbliebenem Gefäß 6 = PCI an In-Stent Stenose
ICD	Erhebung über Datenquelle 1

	OPS	Erhebung über Datenquelle 1
--	-----	-----------------------------

Literaturverzeichnis

- AAMC (2008). Quality Measures Reported to CMS for posting on Hospital Compare or Medicare Payment Determination. Association of American Medical Colleges.
- ACHS (2008). Australasian Clinical Indicator Report: 2001 - 2008. Determining the Potential to Improve Quality of Care: 10th Edition. Australian Council on Healthcare Standards.
- ACR (2009). ACR-SIR Practice Guideline for the Performance of Angiography, Angioplasty, and Stenting for the Diagnosis and Treatment of Renal Artery Stenosis in Adults. American College of Radiology.
- Afolabi, BA; Novaro, GM; Pinski, SL; Fromkin, KR; Bush, HS (2007). Use of the prehospital ECG improves door-to-balloon times in ST segment elevation myocardial infarction irrespective of time of day or day of week. *Emerg.Med.J.* 24(8): 588-591.
- AIHW (2009). Towards national indicators of safety and quality in health care. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- Albrecht, A; Levenson, B; Gohring, S; Haerer, W; Reifart, N; Ringwald, G; et al. (2009). Das QulK-Regisiter des Bundeverbandes Niedergelassener Kardiologen: Flächendeckende vergleichende Qualitätssicherung in der Invasivkardiologie. *Dtsch.Med.Wochenschr.* 134 Suppl 6: S211-S213.
- Antman, EM; Anbe, DT; Armstrong, PW; Bates, ER; Green, LA; Hand, M; et al. (2004). ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction - executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). *Can.J.Cardiol.* 20(10): 977-1025.
- AOK-Bundesverband; Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt HELIOS Kliniken; WiDo (2007). Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) - Abschlussbericht. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK.
- BÄK; KBV; AWMF (2013). Nationale VersorgungsLeitlinie. Chronische KHK. Langfassung. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (äzq).
- Bashore, TM; Bates, ER; Berger, PB; Clark, DA; Cusma, JT; Dehmer, GJ; et al. (2001). American College of Cardiology/Society for Cardiac Angiography and Interventions Clinical Expert Consensus Document on cardiac catheterization laboratory standards. A report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *J.Am.Coll.Cardiol.* 37(8): 2170-2214.
- Bassand, JP; Hamm, CW; Ardissino, D; Boersma, E; Budaj, A; Fernandez-Aviles, F; et al. (2007). Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *European Heart Journal* 28(13): 1598-1660.
- BfS (2010). Bekanntmachung der aktualisierten diagnostischen Referenzwerte für diagnostische und interventionelle Röntgenuntersuchungen. Vom Juni 2010. Bundesamt für Strahlenschutz.
- Bizzarri, C; Pitocco, D; Napoli, N; Di Stasio, E; Maggi, D; Manfrini, S; et al. (2010). No protective effect of calcitriol on (beta)-cell function in recent-onset type 1 diabetes: The IMDIAB XIII trial. *Diabetes Care* 33(9): 1962-1963.
- Bonzel, T; Erbel, R; Hamm, CW; Levenson, B; Neumann, FJ; Rupprecht, HJ; et al. (2008). Perkutane Koronarintervention (PCI). *Clin.Res.Cardiol.* 97(8): 513-547.
- Bonzel, T; Hamm, CW (2009). Verzeichnisse und Vorwort. In: Leitfaden Herzkatheter. Bonzel, T; Hamm, CW (Eds.). Darmstadt: Steinkopff Verlag: I-XVIII.
- BQS (2009). BQS-Bundesauswertung 2008 - Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) - Qualitätsindikatoren. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH.
- Bradley, EH; Herrin, J; Wang, Y; McNamara, RL; Radford, MJ; Magid, DJ; et al. (2006). Door-to-drug and door-to-balloon times: where can we improve? Time to reperfusion therapy in patients with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI). *Am.Heart J.* 151(6): 1281-1287.
- Cannon, CP; Battler, A; Brindis, RG; Cox, JL; Ellis, SG; Every, NR; et al. (2001). American College of Cardiology key data elements and definitions for measuring the clinical management and outcomes of patients with acute coronary syndromes. A report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Data Standards (Acute Coronary Syndromes Writing Committee). *J.Am.Coll.Cardiol.* 38(7): 2114-2130.
- Charpentier, S; Sagnes-Raffy, C; Cournot, M; Cambou, JP; Ducasse, JL; Lauque, D; et al. (2009). Determinants and prognostic impact of compliance with guidelines in reperfusion therapy for ST-segment elevation myocardial infarction: results from the ESTIM Midi-Pyrenees Area. *Arch.Cardiovasc.Dis.* 102(5): 387-396.
- Clark, AL; Brennan, AG; Robertson, LJ; McArthur, JD (2000). Factors affecting patient radiation exposure during routine coronary angiography in a tertiary referral centre. *Br.J.Radiol.* 73(866): 184-189.
- Cohen, MG; Filby, SJ; Roe, MT; Chen, AY; Menon, V; Stouffer, GA; et al. (2009). The paradoxical use of cardiac catheterization in patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: lessons from the Can Rapid

Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes With Early Implementation of the ACC /AHA Guidelines (CRUSADE) Quality Improvement Initiative. *Am.Heart J.* 158(2): 263-270.

de Villiers, JS; Anderson, T; McMeekin, JD; Leung, RC; Traboulsi, M (2007). Expedited transfer for primary percutaneous coronary intervention: a program evaluation. *CMAJ* 176(13): 1833-1838.

Elixhauser, A; Steiner, C; Harris, DR; Coffey, RM (1998). Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care.* 36(1): 8-27.

ESUR (2008). Leitlinien für Kontrastmittel. Version 7.0. European Society of Urogenital Radiology.

Fox, K; Garcia, MA; Ardissino, D; Buszman, P; Camici, PG; Crea, F; et al. (2006). Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 27(11): 1341-1381.

Glaser, R; Naidu, SS; Selzer, F; Jacobs, AK; Laskey, WK; Srinivas, VS; et al. (2008). Factors associated with poorer prognosis for patients undergoing primary percutaneous coronary intervention during off-hours: biology or systems failure? *JACC.Cardiovasc.Interv.* 1(6): 681-688.

Hamm, CW; Albrecht, A; Bonzel, T; Kelm, M; Lange, H; Schachinger, V; et al. (2008). Diagnostische Herzkatheteruntersuchung. *Clin.Res.Cardiol.* 97(8): 475-512.

IQWiG (2008). Allgemeine Methoden. Version 3.0 vom 27.05.2008. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Joint Commission, The (2009). Measure Information Form (Acute Myocardial Infarction). In: Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures. Version 3.0: The Joint Commission: AMI-8.

Khattab, AA; Hamm, CW; Senges, J; Toelg, R; Geist, V; Bonzel, T; et al. (2009). Sirolimus-eluting stent treatment at high-volume centers confers lower mortality at 6-month follow-up: results from the prospective multicenter German Cypher Registry. *Circulation* 120(7): 600-606.

Ko, DT; Wijeyesundera, HC; Zhu, X; Richards, J; Tu, JV (2008). Canadian quality indicators for percutaneous coronary interventions. *Can.J.Cardiol.* 24(12): 899-903.

Kumbhani, DJ; Cannon, CP; Fonarow, GC; Liang, L; Askari, AT; Peacock, WF; et al. (2009). Association of hospital primary angioplasty volume in ST-segment elevation myocardial infarction with quality and outcomes. *JAMA* 302(20): 2207-2213.

Kunadian, B; Dunning, J; Das, R; Roberts, AP; Morley, R; Turley, AJ; et al. (2008). External validation of established risk adjustment models for procedural complications after percutaneous coronary intervention. *Heart* 94(8): 1012-1018.

Lai, CL; Fan, CM; Liao, PC; Tsai, KC; Yang, CY; Chu, SH; et al. (2009). Impact of an audit program and other factors on door-to-balloon times in acute ST-elevation myocardial infarction patients destined for primary coronary intervention. *Acad.Emerg.Med.* 16(4): 333-342.

Lambie, L; Mattke, S (2004). Selecting indicators for the quality of cardiac care at the health systems level in OECD countries.

Laskey, WK; Aspelin, P; Davidson, C; Rudnick, M; Aubry, P; Kumar, S; et al. (2009). Nephrotoxicity of iodixanol versus iopamidol in patients with chronic kidney disease and diabetes mellitus undergoing coronary angiographic procedures. *Am.Heart J.* 158(5): 822-828.

Laskey, WK; Jenkins, C; Selzer, F; Marroquin, OC; Wilensky, RL; Glaser, R; et al. (2007). Volume-to-creatinine clearance ratio: a pharmacokinetically based risk factor for prediction of early creatinine increase after percutaneous coronary intervention. *J.Am.Coll.Cardiol.* 50(7): 584-590.

Levenson, B; Albrecht, A; Göhring, S; Haerer, W; Herholz, H; Reifart, N; et al. (2007). 5. Bericht des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen zur Qualitätssicherung in der diagnostischen und therapeutischen Invasivkardiologie 2003-2005. *Herz* 32(1): 73-84.

Levenson, B; Albrecht, A; Gohring, S; Haerer, W; Reifart, N; Ringwald, G; et al. (2011). 6. Bericht des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen zur Qualitätssicherung in der diagnostischen und therapeutischen Invasivkardiologie 2006-2009. *Herz* 36(1): 41-49.

Liew, R; Lidder, S; Gorman, E; Gray, M; Deaner, A; Knight, C (2007). Very low complication rates with a manual, nurse-led protocol for femoral sheath removal following coronary angiography. *Eur.J.Cardiovasc.Nurs.* 6(4): 303-307.

Livingstone, RS; Chandy, S; Peace, TB; George, PV; John, B; Pati, P (2007). Audit of radiation dose to patients during coronary angiography. *Indian J.Med.Sci.* 61(2): 83-90.

MacNeill, BD; Harding, SA; Bazari, H; Patton, KK; Colon-Hernandez, P; DeJoseph, D; et al. (2003). Prophylaxis of contrast-induced nephropathy in patients undergoing coronary angiography. *Catheter.Cardiovasc.Interv.* 60(4): 458-461.

Mainz, J (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 15(6): 523-530.

- Marenzi, G; Assanelli, E; Campodonico, J; Lauri, G; Marana, I; De, MM; et al. (2009). Contrast volume during primary percutaneous coronary intervention and subsequent contrast-induced nephropathy and mortality. *Ann.Intern.Med.* 150(3): 170-177.
- Moscucci, M; O'Donnell, M; Share, D; Maxwell-Eward, A; Kline-Rogers, E; De Franco, AC; et al. (2003). Frequency and prognosis of emergency coronary artery bypass grafting after percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction. *Am.J.Cardiol.* 92(8): 967-969.
- Moscucci, M; Share, D; Smith, D; O'Donnell, MJ; Riba, A; McNamara, R; et al. (2005). Relationship between operator volume and adverse outcome in contemporary percutaneous coronary intervention practice: an analysis of a quality-controlled multicenter percutaneous coronary intervention clinical database. *J.Am.Coll.Cardiol.* 46(4): 625-632.
- Mustafa, MU; Cohen, M; Zapotulko, K; Feinberg, M; Miller, MF; Aueron, F; et al. (2005). The lack of a simple relation between physician's percutaneous coronary intervention volume and outcomes in the era of coronary stenting: a two-centre experience. *Int.J.Clin.Pract.* 59(12): 1401-1407.
- NHS (2009). Indicators for Quality Improvement. Full indicator list. London: National Health Services. The Health and Social Care Information Centre.
- Pride, YB; Canto, JG; Frederick, PD; Gibson, CM (2009). Outcomes among patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction presenting to interventional hospitals with and without on-site cardiac surgery. *JACC.Cardiovasc.Interv.* 2(10): 944-952.
- Quan, H; Sundararajan, V; Halfon, P; Fong, A; Burnand, B; Luthi, JC; et al. (2005). Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Med Care* 43(11): 1130-1139.
- Scholz, KH; Maier, SK; Jung, J; Fleischmann, C; Werner, GS; Olbrich, HG; et al. (2012). Reduction in treatment times through formalized data feedback: results from a prospective multicenter study of ST-segment elevation myocardial infarction. *JACC Cardiovasc Interv* 5(8): 848-857.
- Sejersten, M; Sillesen, M; Hansen, PR; Nielsen, SL; Nielsen, H; Trautner, S; et al. (2008). Effect on treatment delay of prehospital teletransmission of 12-lead electrocardiogram to a cardiologist for immediate triage and direct referral of patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction to primary percutaneous coronary intervention. *Am.J.Cardiol.* 101(7): 941-946.
- SIGN (2007). Management of stable angina. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Silber, S; Albertsson, P; Aviles, FF; Camici, PG; Colombo, A; Hamm, C; et al. (2005). Guidelines for percutaneous coronary interventions. The Task Force for Percutaneous Coronary Interventions of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 26(8): 804-847.
- Singh, M; Rihal, CS; Selzer, F; Kip, KE; Detre, K; Holmes, DR (2003). Validation of Mayo Clinic risk adjustment model for in-hospital complications after percutaneous coronary interventions, using the National Heart, Lung, and Blood Institute dynamic registry. *J.Am.Coll.Cardiol.* 42(10): 1722-1728.
- Smith, SC, Jr.; Feldman, TE; Hirshfeld, JW, Jr.; Jacobs, AK; Kern, MJ; King, SB, 3rd; et al. (2006a). ACC/AHA/SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/SCAI Writing Committee to Update 2001 Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention). *Circulation* 113(7): e166-286.
- Smith, SC, Jr.; Feldman, TE; Hirshfeld, JW, Jr.; Jacobs, AK; Kern, MJ; King, SB, III; et al. (2006b). ACC/AHA/SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/SCAI Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention). *J.Am.Coll.Cardiol.* 47(1): e1-e121.
- Steg, PG; James, SK; Atar, D; Badano, LP; Blomstrom-Lundqvist, C; Borger, MA; et al. (2012). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Task Force on the management of S. T. segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 33(20): 2569-2619.
- Stratis, AI; Anthopoulos, PL; Gavaliatsis, IP; Ifantis, GP; Salahas, AI; Antonellis, IP; et al. (2009). Patient dose in cardiac radiology. *Hellenic.J.Cardiol.* 50(1): 17-25.
- SVR (2007). Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Valente, S; Lazzari, C; Giglioli, C; Margheri, M; Comeglio, M; Nicolaci, L; et al. (2006). Contrast-induced nephropathy in urgent coronary interventions. *J.Cardiovasc.Med.(Hagerstown.)* 7(10): 737-741.
- van Walraven, C; Austin, PC; Jennings, A; Quan, H; Forster, AJ (2009). A modification of the Elixhauser comorbidity measures into a point system for hospital death using administrative data. *Medical Care* 47(6): 626-633.
- Vaught, C; Young, DR; Bell, SJ; Maynard, C; Gentry, M; Jacobowitz, S; et al. (2006). The failure of years of experience with electrocardiographic transmission from paramedics to the hospital emergency department to reduce the delay from door to primary coronary intervention below the 90-minute threshold during acute myocardial infarction. *J.Electrocardiol.* 39(2): 136-141.

Datensatz Perkutane Koronarintervention

PCI (Spezifikation sqg_2.2)

BASIS				18-23 Anamnese	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden					
1-17 Basisdokumentation					
1	Art der Leistungserbringung 1 = stationär 2 = ambulant, nach §115b, Krankenhaus 3 = ambulant, Vertragsarzt/ermächtigter Arzt/MVZ	9>	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgeve.de</small> Schlüssel 1	18	diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
2	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch) 0 = nein 1 = ja	10-12	ambulant wenn der Patient ambulant behandelt wird 10> Betriebsstättennummer <small>BSNR</small>	19	Katheterintervention vor diesem Aufenthalt 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
3-6 Patientenidentifizierende Daten					
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse <small>http://www.arge-ik.de</small>	11>>	Nebenbetriebsstättennummer <small>NBSNR</small>	20	Zustand nach koronarer Bypass-Op 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
4	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	13-17 Patient		21	Ejektionsfraktion unter 40% 0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt
5	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	12>	Lebenslange Arztnummer <small>LANR</small>	22	Diabetes mellitus 0 = nein 1 = ja, insulinpflichtig 2 = ja, nicht insulinpflichtig 9 = unbekannt
6	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? 0 = nein 1 = ja	13	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	23	Niereninsuffizienz 0 = nein 1 = ja, dialysepflichtig 2 = ja, nicht dialysepflichtig 9 = unbekannt
7-12 Leistungserbringeridentifizierende Daten		14	Geburtsdatum <small>JJJJ-MM-TT</small>	24-26 Kardiale Anamnese (vor Prozedur)	
7-9 stationär		15	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich	24	akutes Koronarsyndrom <small>(ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)</small>
wenn der Patient stationär behandelt wird		16	Aufnahme datum <small>stationär JJJJ-MM-TT</small>		
7>	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small>	wenn Feld 1 = 1			
8>	Betriebsstättennummer	17>	Aufnahmezeitpunkt <small>hh:mm:ss</small>		

Datensatz Perkutane Koronarintervention

wenn Feld 24 = 0	
25>	<p>stabile Angina pectoris nach CCS</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)</p>
26>	<p>objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung Belastungs-EKG oder andere Tests</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt</p>

Datensatz Perkutane Koronarintervention

PROZEDUR	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
27-34	Prozedur
wenn Feld 1 = 1	
27>	wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes? <div style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/></div>
28	Datum der Prozedur <small>JJJJ-MM-TT</small> <div style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/></div>
29	Herzinsuffizienz (nach NYHA) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
wenn Feld 29 = 4	
30>	kardiogener Schock <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
31	Art der Prozedur <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> 1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI
32	Dringlichkeit der Prozedur <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
wenn Feld 31 IN (2;3) und wenn Feld 32 = 3	
33>	Fibrinolyse vor der Prozedur <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
34	Nierenfunktion gemessen <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> 0 = nein 1 = ja

Datensatz Perkutane Koronarintervention

KORONARANGIOGRAPHIE	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
35-38	Koronarangiographie
wenn Feld 1 = 1	
35>	<p>wieviele diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes?</p> <p>1 ... 99</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/></p>
36	<p>führende Indikation zur Koronarangiographie nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 6 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 7 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%) 8 = Vitium 9 = sonstige</p>
37	<p>Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS</p> <p>http://www.dimdi.de</p> <p>1. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/> 2. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/> 3. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/> 4. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/> 5. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/></p>
38	<p>führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter vor einer evtl. auch einzeltig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Pat. am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = Ausschluss KHK 2 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50% 3 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 4 = Kardiomyopathie 5 = Herzklappenvitium 6 = Aortenaneurysma 7 = hypertensive Herzerkrankung 9 = andere kardiale Erkrankung</p>

Datensatz Perkutane Koronarintervention

PCI	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
39-47	PCI
39>	<p>wievielte PCI während dieses Aufenthaltes?</p> <p>1...99</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/></p>
40	<p>Indikation zur PCI</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 6 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige</p>
41	<p>Operationen- und Prozedurenschlüssel</p> <p>OPS</p> <p>http://www.dimdi.de</p> <p>1. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/> 2. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/> 3. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/> 4. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/> 5. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/> 6. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/> 7. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/> 8. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/> 9. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/> 10. <input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/></p>
42	<p>PCI an</p> <p style="text-align: right;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA</p>
43	<p>PCI mit besonderen Merkmalen</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 43 = 1	
44>	<p>besonderes Merkmal</p> <p style="text-align: right;">1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/></p> <p>1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI am ungeschützten Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI am letzten verbliebenen Gefäß 6 = PCI an einer In-Stent Stenose 7 = sonstiges</p>
45	<p>Stent(s) implantiert</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 40 IN (1;2;5;6;9)	
46>	<p>wesentliches Interventionsziel erreicht</p> <p><small>Nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographische Residualstenose des dilatierten Segments unter 50%</small></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja 2 = fraglich</p>
wenn Feld 40 IN (3;4)	
47>	<p>wesentliches Interventionsziel erreicht PCI bei STEMI (nach TIMI)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III</p>

Datensatz Perkutane Koronarintervention

PROZEDUR	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
48	Flächendosisprodukt bekannt? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
49-51 Prozedurdaten	
wenn Feld 48 = 1	
49>	Flächendosisprodukt <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (cGy)* cm ²
50	applizierte Kontrastmittelmenge <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ml
wenn Feld 40 = 3	
51>	Door-Zeit <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten
52>	Balloon-Zeit <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten
53-54 Ereignisse während der Prozedur	
53	intraprozedural auftretende Ereignisse <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 53 = 1	
54>	intraprozedurale Ereignisse 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/ Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor 4 = sonstiges

Datensatz Perkutane Koronarintervention

BASIS		66-68 Entlassung	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden		wenn Feld 1 = 1	
55-65	Postprozeduraler Verlauf	66>	Entlassungsdatum
55	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt 0 = nein 1 = ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	60	schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle 0 = nein 1 = ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur
56	TIA/ Schlaganfall 0 = nein 1 = ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	61	Thrombin-Injektion nach Blutung an der Punktionsstelle 0 = nein 1 = ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur
57	Notfall PCI am selben Gefäß 0 = nein 1 = ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	62	Transfusion nach Blutung an der Punktionsstelle 0 = nein 1 = ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur
58	Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation 0 = nein 1 = ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	63	chirurgische Intervention nach Blutung an der Punktionsstelle 0 = nein 1 = ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur
59	Tod jeder Todesfall unabhängig von der Ursache 0 = nein 1 = ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	64	Gefäßthrombose (punktionsnah) 0 = nein 1 = ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur
		65	Aneurysma spurium mit erneuter Kompression (punktionsnah) 0 = nein 1 = ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur 2 = ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur 3 = ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur
		66	Entlassungsdatum stationär JJJJ-MM-TT □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
		67	Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt/überwiesen? 0 = nein 1 = ja
		68	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. □ □ □ □ . □ □ □ 2. □ □ □ □ . □ □ □ 3. □ □ □ □ . □ □ □ 4. □ □ □ □ . □ □ □ 5. □ □ □ □ . □ □ □ 6. □ □ □ □ . □ □ □ 7. □ □ □ □ . □ □ □ 8. □ □ □ □ . □ □ □ 9. □ □ □ □ . □ □ □ 10. □ □ □ □ . □ □ □ 11. □ □ □ □ . □ □ □ 12. □ □ □ □ . □ □ □

Datensatz Perkutane Koronarintervention

Schlüssel 1		
0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1800 = Gefäßchirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1890 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1900 = Plastische Chirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1990 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1991 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1992 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2000 = Thoraxchirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2091 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2092 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2100 = Herzchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2190 = Herzchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2191 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2192 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2291 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2292 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2305 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2392 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2425 = Frauenheilkunde
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2500 = Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2591 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2592 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2790 = Augenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2791 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2891 = Neurologie
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2892 = Neurologie
0892 = Pneumologie	1792 = Neurochirurgie	2900 = Allgemeine Psychiatrie
		2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
		2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datensatz Perkutane Koronarintervention

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3690 = Intensivmedizin
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3691 = Intensivmedizin
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3692 = Intensivmedizin
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3700 = sonstige Fachabteilung
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3752 = Palliativmedizin
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3757 = Visceralchirurgie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3790 = Sonstige Fachabteilung
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3791 = Sonstige Fachabteilung
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3792 = Sonstige Fachabteilung
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3200 = Nuklearmedizin	
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3290 = Nuklearmedizin	
3291 = Nuklearmedizin	
3292 = Nuklearmedizin	
3300 = Strahlenheilkunde	
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
3390 = Strahlenheilkunde	
3391 = Strahlenheilkunde	
3392 = Strahlenheilkunde	
3400 = Dermatologie	
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3490 = Dermatologie	
3491 = Dermatologie	
3492 = Dermatologie	
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3600 = Intensivmedizin	
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie	
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie	
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	

DatensatzPerkutaneKoronarintervention

PCI (Spezifikation sqg_3.1)(nach Probetrieb)

BASIS				17-22 Anamnese	
1-17 Basisdokumentation					
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden					
1-17	Basisdokumentation				
1	Art der Leistungserbringung 1 = stationär 2 = ambulant, nach §115b, Krankenhaus 3 = ambulant, Vertragsarzt/ermächtigter Arzt/MVZ 4 = ambulant, selektivvertraglich	9> Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> Schlüssel 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		17 Frühere diagnostische Koronarangiographie 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	
		10-12 ambulant			
		wenn Feld 1 IN (2,3)			
		10> Betriebsstättennummer BSNR <input type="text"/>			
		bei angegebener Betriebsstätte optional			
		11>> Nebenbetriebsstättennummer NBSNR <input type="text"/>		18 Frühere Katheterintervention 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	
3-6 Patientenidentifizierende Daten					
3		3> Institutionskennzeichen der Krankenkasse <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/>		wenn FELD 1 = 3 12> Lebenslange Arztnummer LANR <input type="text"/>	
4		4> Versichertennummer der alten Versichertenkarte <input type="text"/> <input type="text"/>		13-17 Patient 13 Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/>	
5		5> Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) <input type="text"/> <input type="text"/>		14 Geburtsdatum <small>JJJJ-MM-TT</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
6		6> Ist Patient(in) gesetzlich versichert? 0 = nein 1 = ja		15 Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich	
7-12 Leistungserbringeridentifizierende Daten					
7-9 stationär					
		wenn Feld 1 = 1			
		7> Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/>		16 Aufnahmedatum <small>stationär JJJJ-MM-TT</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
		8> Betriebsstättennummer <input type="text"/> <input type="text"/>		23-25 Kardiale Anamnese (vor Prozedur) 23 akutes Koronarsyndrom <small>(ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)</small> 0 = nein 1 = ja	

Datensatz Perkutane Koronarintervention

wenn Feld 23 = 0

24> **stabile Angina pectoris**
nach CCS

0 = nein
1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)
2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)
3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)

25> **objektive (apparative)
Ischämiezeichen bei Belastung**
Belastungs-EKG oder andere Tests

0 = nein
1 = ja
2 = fraglich
9 = unbekannt

Datensatz Perkutane Koronarintervention

PROZEDUR	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
26-33	Prozedur
wenn Feld 1 = 1	
26>	wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27	Datum der Prozedur <small>J.JJ-JJ-MM-TT</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
28	Herzinsuffizienz (nach NYHA) <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
wenn Feld 28 = 4	
29>	kardiogener Schock <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil
30	Art der Prozedur <input type="checkbox"/> 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie <u>und</u> PCI
31	Dringlichkeit der Prozedur <input type="checkbox"/> 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig
wenn Feld 30 IN (2;3) und wenn Feld 31 = 3	
32>	Fibrinolyse vor der Prozedur <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
33	Nierenfunktion gemessen <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja

Datensatz Perkutane Koronarintervention

KORONARANGIOGRAPHIE	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
34-37	Koronarangiographie
wenn Feld 1 = 1	
34>	<p>wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes?</p> <p>1 ... 99</p> <div style="text-align: right;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div>
35	<p>führende Indikation zur Koronarangiographie nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 6 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose 7 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%) 9 = Vitium 10= sonstige</p>
36	<p>Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS http://www.dimdi.de</p> <p>1. <input type="text"/>—<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/></p> <p>2. <input type="text"/>—<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/></p> <p>3. <input type="text"/>—<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/></p> <p>4. <input type="text"/>—<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/></p> <p>5. <input type="text"/>—<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>.<input type="text"/><input type="text"/></p>
37	<p>führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter vor einer evtl. auch einzzeitig durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Pat. am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>1 = Ausschluss KHK 2 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50% 3 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 4 = Kardiomyopathie 5 = Herzklappenvitium 6 = Aortenaneurysma 7 = hypertensive Herzerkrankung 9 = andere kardiale Erkrankung</p>

Datensatz Perkutane Koronarintervention

PCI Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
38-47 PCI	
wenn Feld 1 = 1	
38> wieviele PCI während dieses Aufenthaltes? 1...99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39> Indikation zur PCI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht- ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsg infarkt, (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige	1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI am ungeschützten Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI am letzten verbliebenen Gefäß 6 = PCI an einer In-Stent Stenose 7 = sonstiges
wenn Feld 39 IN (3;4)	
40> Ist STEMI Hauptdiagnose?	<input type="checkbox"/>
0 = nein 1 = ja	wenn Feld 39 IN (1;2;6;9)
41> Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS http://www.dimdi.de	46> wesentliches Interventionsziel erreicht Nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographische Residualstenose des dilatierten Segments unter 50%
1. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich
wenn Feld 39 IN (3;4,5)	
42> PCI an	47> wesentliches Interventionsziel erreicht PCI bei STEMI (nach TIMI)
1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA	0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III
wenn Feld 39 IN (3;4,5) und Feld 40 = 1	
43> PCI mit besonderen Merkmalen	48> Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?
0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
wenn Feld 39 IN (3;4) und Feld 40 = 1 und Feld 48 =1	
49> Door-Zeitpunkt Datum <u>und</u> Uhrzeit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> JJJJ-MM-TT <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> hh:mm:ss	50> Balloon-Zeitpunkt Datum <u>und</u> Uhrzeit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> JJJJ-MM-TT <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> hh:mm:ss

Datensatz Perkutane Koronarintervention

PROZEDUR	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
51	Flächendosisprodukt bekannt? <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
52-53 Prozedurdaten	
wenn Feld 51 = 1	
52>	Flächendosisprodukt <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (cGy)* cm² </div>
53>	applizierte Kontrastmittelmenge <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ml </div>
54-55 Ereignisse während der Prozedur	
54>	intraprozedural auftretende Ereignisse <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 54 = 1	
55>	intraprozedurale Ereignisse <div style="text-align: right;"> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> </div> 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/ Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor 4 = sonstiges

Datensatz Perkutane Koronarintervention

BASIS				66-68 Entlassung	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden				wenn Feld 1 = 1	
56-65 Postprozeduraler Verlauf				66> Entlassungsdatum	
56>	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt 0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag	61	Thrombin-Injektion nach Blutung an der Punktionsstelle 0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag	stationär JJJJ-MM-TT □□□□:□□:□□	
57>	TIA/ Schlaganfall 0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag	62>	Transfusion nach Blutung an der Punktionsstelle 0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag	67> Lag der Patient in der Herzchirurgie oder wurde er dorthin verlegt/ überwiesen? 0 = nein 1 = ja	
58>	Notfall PCI am selben Gefäß 0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag	63>	chirurgische Intervention nach Blutung an der Punktionsstelle 0 = nein 1 = ja bis einschließlich 2 postprozeduralem Tag	68> Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ICD-10-GM http://www.dimdi.de	
59>	Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation 0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag	64>	Gefäßthrombose (punktionnah) 0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag	1. □□□□.□□ 2. □□□□.□□ 3. □□□□.□□ 4. □□□□.□□ 5. □□□□.□□ 6. □□□□.□□ 7. □□□□.□□ 8. □□□□.□□ 9. □□□□.□□ 10. □□□□.□□ 11. □□□□.□□ 12. □□□□.□□	
60>	Tod jeder Todesfall unabhängig von der Ursache 0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag	65>	Aneurysma spurium mit erneuter Kompression (punktionnah) 0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx. postprozeduralem Tag		

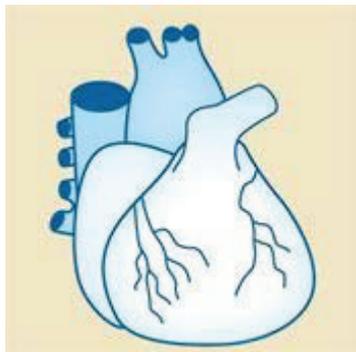
Datensatz Perkutane Koronarintervention

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1800 = Gefäßchirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1890 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1900 = Plastische Chirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1990 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1991 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1992 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2000 = Thoraxchirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2091 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2092 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2100 = Herzchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2190 = Herzchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2191 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2192 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2291 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2292 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2392 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2425 = Frauenheilkunde
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2430 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2500 = Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2591 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2592 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2790 = Augenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2791 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2891 = Neurologie
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2892 = Neurologie
0892 = Pneumologie	1792 = Neurochirurgie	2900 = Allgemeine Psychiatrie
		2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
		2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datensatz Perkutane Koronarintervention

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3690 = Intensivmedizin
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3691 = Intensivmedizin
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3692 = Intensivmedizin
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3700 = sonstige Fachabteilung
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3752 = Palliativmedizin
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3757 = Visceralchirurgie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3790 = Sonstige Fachabteilung
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3791 = Sonstige Fachabteilung
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3792 = Sonstige Fachabteilung
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3200 = Nuklearmedizin	
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3290 = Nuklearmedizin	
3291 = Nuklearmedizin	
3292 = Nuklearmedizin	
3300 = Strahlenheilkunde	
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
3390 = Strahlenheilkunde	
3391 = Strahlenheilkunde	
3392 = Strahlenheilkunde	
3400 = Dermatologie	
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3490 = Dermatologie	
3491 = Dermatologie	
3492 = Dermatologie	
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3600 = Intensivmedizin	
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie	
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie	
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	



Ausfüllhinweise Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3)

Stand: 23. November 2012 (QS-Spezifikation 2013 SR 2)
Copyright © AQUA-Institut, Göttingen

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
2	Betriebsstätten- Nummer	Gültige Angabe: ≥ 1	<p>Diese Betriebsstätten- Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten- Nummer ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten- Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2013 bis zum 10.1.2013 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2013 bis zum 20.1.2013 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2013, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2013</p>
4	Aufnahmezeitpunkt Krankenhaus	Format: hh:mm	-
5	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-
6	Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Institution sind nicht identisch (Verbringungsleistung)	0 = nein 1 = ja	Bei Verbringung in eine andere Institution hier "ja" eintragen
7	Identifikationsnummer des Patienten	-	Die Identifikationsnummer erhält der Patient im Krankenhaus bei der Aufnahme. Verbleibt im Krankenhaus, wird nicht an die LQS oder das AQUA-Institut übermittelt.
8	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
9	Geschlecht	1 = männlich	-

Anhang B.2.1

2 = weiblich

Patient			
10	diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bei bewusstlosen Patienten kann der Schlüsselwert „9 = unbekannt“ kodiert werden.
11	Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Mit Katheterintervention sind jegliche Interventionen an den Koronarien gemeint (z.B. Stent, PTCA, etc.). Bei bewusstlosen Patienten kann der Schlüsselwert „9 = unbekannt“ kodiert werden.
12	Zustand nach koronarer Bypass-Op	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
13	Ejektionsfraktion unter 40%	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 3 = unbekannt	Nach Messung oder Einschätzung (z.B. Echokardiographie, Ventrikulographie, Szintigraphie) Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der ersten Prozedur am nächsten liegende Wert (ggf. auch erst nach dem Herzkatheter) zu verwenden.
14	Diabetes mellitus	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	WHO/NCD/NCS 99.2 Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus and its Complications Part 1 (nach den Kriterien der WHO) Nach den Kriterien der WHO bzw. der American Diabetes Association (ADA) kann ein Diabetes mellitus dann diagnostiziert werden, wenn klassische Symptome (verstärkter Durst und Harndrang, Abgeschlagenheit, Juckreiz) und ein Gelegenheitsblutzucker über 200 mg/dl oder ein Nüchtern-Plasma-Glukosewert über 125 mg/dl (7 mmol/l) mit Wiederholungsmessung vorliegen. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der ersten Prozedur am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Herzkatheter) zu verwenden.
15	Niereninsuffizienz	0 = nein 1 = dialysepflichtig 2 = nicht dialysepflichtig 3 = unbekannt	Kreatinin und/oder Harnstoff-N oberhalb des krankenhausindividuellen Grenzwertes oder Clearance nach Cockcroft-Gault-Formel < 60 ml/min Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der ersten Prozedur am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Herzkatheter) zu verwenden.
Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur)			
16	akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)	0 = nein 1 = ja	Symptomatik zum Zeitpunkt der Aufnahme Markererhöhung = Mindestens einer der Marker Troponin oder CKMB Zu kodieren ist der Auslöser der Intervention. Akute Infarkte sind zu kodieren, wenn sie bis zu 28 Tage zurückliegen.
wenn Feld 16 = 0			
17	stabile Angina pectoris	0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung) 4 = CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	Trifft anamnestisch sowohl das akute Koronarsyndrom als auch die Angina pectoris zu, so ist nur das akute Koronarsyndrom anzugeben.
18	objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 3 = nicht geprüft	andere Tests z.B. Stress-Echo, Stress-MRT, Myokard-Szintigraphie Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende (auch ambulante) Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der ersten Prozedur am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Herzkatheter) zu verwenden.
19	kardial bedingte Ruhe- oder Belastungsdyspnoe	0 = nein 1 = ja	Analog NYHA II bis IV Alleinige COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung) ist darunter nicht zu subsumieren.
20	sonstige Symptomatik	0 = nein 1 = ja	z.B. Atypische Angina, Synkope
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Prozedur (PROZ)			
Prozedur			
21	wieviele Prozedur während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden.

Anhang B.2.1

			Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
22	Datum der Prozedur	Format: TT.MM.JJJJ	-
23	manifeste Herzinsuffizienz	0 = nein 1 = ja	zum Zeitpunkt der Behandlung (z.B. Dyspnoe, Zyanose, Lungenstauung)
wenn Feld 23 = 1			
24	bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	1 = ja	-
25	Art der Prozedur	1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	-
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Koronarangiographie (KORO)**Koronarangiographie**

26	wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10 Format: 1 ... 99	-
27	führende Indikation zur Koronarangiographie	1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 7 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%) 8 = Vitium 99 = sonstige	Nach Einschätzung des Untersuchers vor der Koronarangiographie Bekannte KHK = Angiographisch dokumentierte Stenose $\geq 50\%$ und/oder alter Herzinfarkt, der nicht unter 3 - 6 aufgeführt ist Myokarderkrankung mit normaler Ventrikelfunktion sind unter Sonstiges zu kodieren Vitium: z.B. im Rahmen einer präoperativen Diagnostik
28	Operation	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2014 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2013 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2013 aufgenommen worden ist.
29	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter	0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50% 2 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 3 = Kardiomyopathie 4 = Herzklappenvitium 5 = Aortenaneurysma 6 = hypertensive Herzerkrankung 99 = andere kardiale Erkrankung	Die führende Diagnose ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Herzkatheter, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet Zu 2: Zu berücksichtigen ist hier jedes Herzkranzgefäß mit signifikanter Stenose (auch anamnestisch) unabhängig von einer ggf. funktionierenden Revaskularisation durch Stent oder Bypass Sollte der Eingriff abgebrochen worden sein, so ist das Ergebnis der bis zum Abbruch erbrachten Leistung zu dokumentieren. Sollte überhaupt keine diagnostische Aussage möglich sein, nutzen Sie bitte Schlüssel „99 = andere kardiale Erkrankung“
30	erste Nebendiagnose nach diagnostischem Herzkatheter	0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50% 2 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 3 = Kardiomyopathie 4 = Herzklappenvitium 5 = Aortenaneurysma 6 = hypertensive Herzerkrankung 99 = andere kardiale Erkrankung	Nebendiagnose(n) ist (sind) die Diagnose(n) aus Voruntersuchungen und Herzkatheter, die Einfluss auf den den aktuellen Krankheitszustand des Patienten oder die Therapieentscheidung haben. Zu 2: Zu berücksichtigen ist hier jedes Herzkranzgefäß mit signifikanter Stenose (auch anamnestisch) unabhängig von einer ggf. funktionierenden Revaskularisation durch Stent oder Bypass
31	Therapieempfehlung nach diagnostischem Herzkatheter	0 = keine 1 = medikamentös 2 = interventionell 3 = herzchirurgisch 4 = Sonstige	Therapieempfehlung des Untersuchers unmittelbar nach Beendigung des diagnostischen Herzkatheters unter Berücksichtigung der Voruntersuchungen. Herzschrittmacher und ICD-Implantationen einschließlich nicht-koronarer Katheterinterventionen sind unter 4 subsummiert. Bei Hybrideingriffen ist der zeitlich nächste Eingriff zu dokumentieren.
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz PCI (PCI)**PCI**

32	wievielte PCI während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10 Format: 1 ... 99	-
33	Indikation zur PCI	1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 3 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach	5: Unter prognostischer Indikation wird die Durchführung einer PCI ohne klinische oder apparative Ischämiezeichen verstanden.

Anhang B.2.1

Stellung der Diagnose)
 5 = prognostische Indikation oder stumme
 Ischämie
 6 = Komplikation bei oder nach
 vorangegangener Koronarangiographie oder PCI
 7 = sonstige

wenn Feld 33 = 3

34	Beginn der Intervention (Schleuse liegt)	Format: hh:mm	-
35	Fibrinolyse vor der Prozedur	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
36	Operation	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2014 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2013 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2013 aufgenommen worden ist.
37	PCI an	1 = einem Versorgungsgebiet 2 = zwei Versorgungsgebieten 3 = drei Versorgungsgebieten	unabhängig von der Zahl der Stenosen „Versorgungsgebiete“ betreffen RIVA, RCX oder RCA einschließlich Bypassgefäßen
38	PCI mit besonderen Merkmalen	0 = nein 1 = ja	d.h. eines der Felder 39 bis 43

wenn Feld 38 = 1

39	PCI an komplettem Gefäßverschluss	1 = ja	TIMI Grad 0 (kein Kontrastmitteldurchtritt)
40	PCI eines Koronarbypasses	1 = ja	-
41	PCI an ungeschütztem Hauptstamm	1 = ja	nicht durch offenes Bypass- Gefäß überbrückter Hauptstamm
42	PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA	1 = ja	-
43	PCI an letztem verbliebenen Gefäß	1 = ja	Letztes natives oder Bypass- Gefäß, welches das vitale Myokard versorgt.
44	Stent(s) implantiert	0 = nein 1 = ja	-
45	wesentliches Interventionsziel erreicht	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich	-

Zeile Bezeichnung Allgemeiner Hinweis Ausfüllhinweis

Teildatensatz Prozedur (PROZ)

Prozedurdaten

46	Durchleuchtungszeit	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 0,0 Minuten Angabe ohne Warnung: ≤ 100,0 Minuten	<ul style="list-style-type: none"> inclusive Koronarangiografie, Lävografie, Aortografie exclusive Myokardbiopsie, Rechtsherzkatheteruntersuchung, Nierenarteriendarstellung, Pulmonalisangiografie, Darstellung der deszendierenden Aorta, Becken und Beingefäße und supraaortalen Gefäße <p>Die Durchleuchtungszeit ist in Minuten mit einer Nachkommastelle anzugeben. Falls die Durchleuchtungszeit in Minuten und Sekunden vorliegt, so ist diese umzurechnen. Falls die verwendete Erfassungssoftware diese Umrechnungsmöglichkeit nicht anbietet, so kann folgende Umrechnungstabelle verwendet werden:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Sekunden (Intervall)</th> <th>Minuten (eine Nachkommastelle)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 - 2</td><td>0</td></tr> <tr><td>3 - 8</td><td>0,1</td></tr> <tr><td>9 - 14</td><td>0,2</td></tr> <tr><td>15 - 20</td><td>0,3</td></tr> <tr><td>21 - 26</td><td>0,4</td></tr> <tr><td>27 - 32</td><td>0,5</td></tr> <tr><td>33 - 38</td><td>0,6</td></tr> <tr><td>39 - 44</td><td>0,7</td></tr> <tr><td>45 - 50</td><td>0,8</td></tr> <tr><td>51 - 56</td><td>0,9</td></tr> <tr><td>57 - 59</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>	Sekunden (Intervall)	Minuten (eine Nachkommastelle)	1 - 2	0	3 - 8	0,1	9 - 14	0,2	15 - 20	0,3	21 - 26	0,4	27 - 32	0,5	33 - 38	0,6	39 - 44	0,7	45 - 50	0,8	51 - 56	0,9	57 - 59	1
Sekunden (Intervall)	Minuten (eine Nachkommastelle)																										
1 - 2	0																										
3 - 8	0,1																										
9 - 14	0,2																										
15 - 20	0,3																										
21 - 26	0,4																										
27 - 32	0,5																										
33 - 38	0,6																										
39 - 44	0,7																										
45 - 50	0,8																										
51 - 56	0,9																										
57 - 59	1																										

			<u>Umrechnungsbeispiele:</u> 1) Durchleuchtungszeit von 3 Minuten 2 Sekunden entspricht 3,0 Minuten. 2) Durchleuchtungszeit von 4 Minuten 23 Sekunden entspricht 4,4 Minuten. 3) Durchleuchtungszeit von 10 Minuten 57 Sekunden entspricht 11,0 Minuten.
47	Flächendosisprodukt	Angabe in: (cGy)* cm ² Gültige Angabe: ≥ 0 (cGy)* cm ² Angabe ohne Warnung: 100 - 30.000 (cGy)* cm ²	<ul style="list-style-type: none"> inclusive Koronarangiografie, Lävografie, Aortografie exclusive Myokardbiopsie, Rechtsherzkatheteruntersuchung, Nierenarteriendarstellung, Pulmonalisangiografie, Darstellung der deszendierenden Aorta, Becken und Beingefäße und supraaortalen Gefäße
48	Flächendosisprodukt nicht bekannt	1 = ja	-
49	Kontrastmittelmenge	Angabe in: ml Gültige Angabe: ≥ 1 ml Angabe ohne Warnung: ≤ 500 ml	<ul style="list-style-type: none"> inclusive Koronarangiografie, Lävografie, Aortografie exclusive Myokardbiopsie, Rechtsherzkatheteruntersuchung, Nierenarteriendarstellung, Pulmonalisangiografie, Darstellung der deszendierenden Aorta, Becken und Beingefäße und supraaortalen Gefäße

Ereignisse während der Prozedur

50	intraprozedural auftretende Ereignisse	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 50 = 1			
51	koronarer Verschluss	1 = ja	„Hier ist jeder intraprozedurale Verschluss aufzunehmen, unabhängig davon, ob dieser mit den ergänzenden therapeutischen Maßnahmen (z.B. Stent) erfolgreich zu rekanalisieren ist“
52	TIA/Schlaganfall	1 = ja	Jedes neurologische Defizit, das während der Prozedur neu auftritt: z.B. Sehstörung, Aphasie, Hemiparese
53	Reanimation	1 = ja	mit Herzdruckmassage
54	sonstige	1 = ja	z.B. Perikarderguss, Perforation eines Koronargefäßes, periphere Gefäßkomplikation, schwere Kontrastmittelreaktion (z.B. Schocksymptomatik, schwere Urtikaria)
wenn Feld 50 = 1			
55	Exitus im Herzkatheterlabor	0 = nein 1 = ja	-
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Basis (B)

Verlauf

56	postprozedural festgestellte Ereignisse	0 = nein 1 = ja	Hier sind alle Ereignisse und Komplikationen einzutragen, unabhängig von ihrer Ursache. Fanden während des stationären Aufenthaltes mehrere Herzkatheterprozeduren statt, so sind hier auch postprozedurale Ereignisse zu dokumentieren, die zwischen den Prozeduren auftraten.
wenn Feld 56 = 1			
57	Herzinfarkt	1 = ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)	Wenn bei Infarktverdacht eine Markererhöhung vorliegt (Markererhöhung = mindestens einer der Marker Troponin, CKMB). Falls PCI bei akutem Infarkt durchgeführt wird: V. a. erneuten Infarkt und zweiter Anstieg der Marker
58	TIA/Schlaganfall	1 = ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)	Jedes neurologische Defizit, das postprozedural neu auftritt. z.B. Sehstörung, Aphasie, Hemiparese
59	Lungenembolie	1 = ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)	Neue, postinterventionell aufgetretene Rechtsherzbelastung mit Druckerhöhung im kleinen Kreislauf und/oder direktem Embolienachweis in einem bildgebenden Verfahren
60	Komplikationen an der Punktionsstelle	1 = ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)	Bezieht sich nur auf die Komplikation an der Punktionsstelle. Wenn beides, hier 1 angeben.
bei Komplikationen an der Punktionsstelle			
61	Revision	1 = mit operativer Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion 2 = ohne operative Revision oder Thrombininjektion oder Transfusion	-
wenn Feld 56 = 1			
62	Reanimation	1 = ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)	-
63	sonstige	1 = ja, bis 36 Stunden nach der letzten	auch unabhängig vom Eingriff

		Prozedur 2 = ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)	z.B. Sturz, Sepsis, Komplikation eines anderen operativen Eingriffs
wenn Feld 56 = 1			
64	Tod	0 = nein 1 = ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, später als 36 Stunden nach der letzten Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)	Hier ist jeder Todesfall zu dokumentieren, auch wenn er nicht ursächlich der Katheterintervention zuzuschreiben ist.
65	Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt?	0 = nein 1 = ja	Im eigenen oder einem fremden Krankenhaus. Bitte jede Verlegung dokumentieren, unabhängig von der spezifischen Verlegungsursache. Dieses Feld dient dazu, in der Herzchirurgie verstorbenen Patienten differenziert zu erfassen.
Entlassung			
66	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2013 bis zum 10.1.2013 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2013 bis zum 20.1.2013 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2013, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2013
67	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2 Format: § 301-Vereinbarung	-

Lange Schlüssel

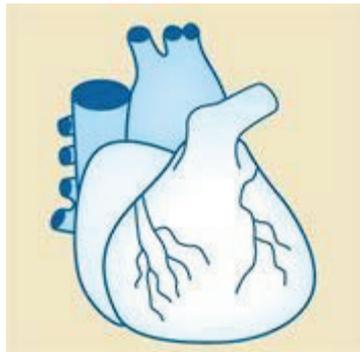
Schlüssel 1 Fachabteilungen

0100 = Innere Medizin
 0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
 0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
 0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
 0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
 0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
 0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
 0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
 0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
 0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
 0150 = Innere Medizin/Tumorforschung
 0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
 0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
 0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
 0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
 0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
 0190 = Innere Medizin
 0191 = Innere Medizin
 0192 = Innere Medizin
 0200 = Geriatrie
 0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
 0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 0290 = Geriatrie
 0291 = Geriatrie
 0292 = Geriatrie
 0300 = Kardiologie
 0390 = Kardiologie
 0391 = Kardiologie
 0392 = Kardiologie
 0400 = Nephrologie
 0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 0436 = Nephrologie/Intensivmedizin
 0490 = Nephrologie
 0491 = Nephrologie
 0492 = Nephrologie
 0500 = Hämatologie und internistische Onkologie
 0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
 0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
 0590 = Hämatologie und internistische Onkologie
 0591 = Hämatologie und internistische Onkologie
 0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
 0600 = Endokrinologie
 0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
 0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 0690 = Endokrinologie
 0691 = Endokrinologie
 0692 = Endokrinologie
 0700 = Gastroenterologie

0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0790 = Gastroenterologie
0791 = Gastroenterologie
0792 = Gastroenterologie
0800 = Pneumologie
0890 = Pneumologie
0891 = Pneumologie
0892 = Pneumologie
0900 = Rheumatologie
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0990 = Rheumatologie
0991 = Rheumatologie
0992 = Rheumatologie
1000 = Pädiatrie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
1051 = Langzeitbereich Kinder
1090 = Pädiatrie
1091 = Pädiatrie
1092 = Pädiatrie
1100 = Kinderkardiologie
1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
1190 = Kinderkardiologie
1191 = Kinderkardiologie
1192 = Kinderkardiologie
1200 = Neonatologie
1290 = Neonatologie
1291 = Neonatologie
1292 = Neonatologie
1300 = Kinderchirurgie
1390 = Kinderchirurgie
1391 = Kinderchirurgie
1392 = Kinderchirurgie
1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1500 = Allgemeine Chirurgie
1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
1590 = Allgemeine Chirurgie
1591 = Allgemeine Chirurgie
1592 = Allgemeine Chirurgie
1600 = Unfallchirurgie
1690 = Unfallchirurgie
1691 = Unfallchirurgie
1692 = Unfallchirurgie
1700 = Neurochirurgie
1790 = Neurochirurgie
1791 = Neurochirurgie
1792 = Neurochirurgie
1800 = Gefäßchirurgie
1890 = Gefäßchirurgie
1891 = Gefäßchirurgie
1892 = Gefäßchirurgie
1900 = Plastische Chirurgie
1990 = Plastische Chirurgie
1991 = Plastische Chirurgie
1992 = Plastische Chirurgie
2000 = Thoraxchirurgie
2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2090 = Thoraxchirurgie
2091 = Thoraxchirurgie
2092 = Thoraxchirurgie
2100 = Herzchirurgie
2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie

2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2190 = Herzchirurgie
2191 = Herzchirurgie
2192 = Herzchirurgie
2200 = Urologie
2290 = Urologie
2291 = Urologie
2292 = Urologie
2300 = Orthopädie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie
2390 = Orthopädie
2391 = Orthopädie
2392 = Orthopädie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
2425 = Frauenheilkunde
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500 = Geburtshilfe
2590 = Geburtshilfe
2591 = Geburtshilfe
2592 = Geburtshilfe
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700 = Augenheilkunde
2790 = Augenheilkunde
2791 = Augenheilkunde
2792 = Augenheilkunde
2800 = Neurologie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (stroke units)
2890 = Neurologie
2891 = Neurologie
2892 = Neurologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
3200 = Nuklearmedizin
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
3290 = Nuklearmedizin
3291 = Nuklearmedizin
3292 = Nuklearmedizin
3300 = Strahlenheilkunde
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
3390 = Strahlenheilkunde
3391 = Strahlenheilkunde
3392 = Strahlenheilkunde
3400 = Dermatologie
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3490 = Dermatologie
3491 = Dermatologie

- 3492 = Dermatologie
 - 3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
 - 3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
 - 3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
 - 3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
 - 3600 = Intensivmedizin
 - 3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
 - 3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
 - 3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
 - 3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
 - 3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
 - 3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie
 - 3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
 - 3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - 3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
 - 3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
 - 3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
 - 3651 = Intensivmedizin/Thorax- Herzchirurgie
 - 3652 = Intensivmedizin/Herz- Thoraxchirurgie
 - 3690 = Intensivmedizin
 - 3691 = Intensivmedizin
 - 3692 = Intensivmedizin
 - 3700 = sonstige Fachabteilung
 - 3750 = Angiologie
 - 3751 = Radiologie
 - 3752 = Palliativmedizin
 - 3753 = Schmerztherapie
 - 3754 = Heiltherapeutische Abteilung
 - 3755 = Wirbelsäulenchirurgie
 - 3756 = Suchtmedizin
 - 3757 = Visceralchirurgie
 - 3790 = Sonstige Fachabteilung
 - 3791 = Sonstige Fachabteilung
 - 3792 = Sonstige Fachabteilung
- Schlüssel 2**
Entlassungsgrund
- 1 = Behandlung regulär beendet
 - 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
 - 4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
 - 5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
 - 6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - 7 = Tod
 - 8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
 - 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
 - 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
 - 11 = Entlassung in ein Hospiz
 - 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
 - 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
 - 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung



Ausfüllhinweise Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

Copyright © AQUA-Institut, Göttingen

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Art der Leistungserbringung	1 = stationär 2 = ambulant, nach §115b, Krankenhaus 3 = ambulant, Vertragsarzt/ermächtigter Arzt/MVZ	Einrichtungen mit ambulanten Behandlungsfällen: <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhäuser mit Zulassung zum ambulanten Operieren nach §115b SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §301 SGB V) • Krankenhäuser mit Ermächtigung für ambulante Leistungen nach §116a SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) • Medizinische Versorgungszentren; selektivvertraglich und kollektivvertraglich tätig (Zulassung nach §95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) • Facharztpraxen und Zusammenschlüsse von Facharztpraxen (Zulassung nach §95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V) • Hochschulambulanzen (Ermächtigung nach §117 (1) SGB V, Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V bhgff)
2	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)	0 = nein 1 = ja	Bei Verbringung in eine andere Institution hier "ja" eintragen
Patientenidentifizierende Daten			
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	-	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem

			<p>Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
4	Versichertennummer der alten Versichertenkarte		<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
5	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)		<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
6	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	<p>Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis des Patienten ab.</p> <p>Als gesetzlich versichert gelten in diesem Zusammenhang alle Patienten, bei denen bei einem der im KIS hinterlegten potenziellen Kostenträger das Institutskennzeichen der Krankenversicherung mit der Ziffernfolge "10" beginnt.</p> <p>Dieses Datenfeld wird im Rahmen des üblichen QS-Datenexportes an die zuständige Datenannahmestelle</p>

Anhang B.2.2

			exportiert.
--	--	--	-------------

Leistungserbringeridentifizierende Daten			
stationär			
wenn der Patient stationär behandelt wird			
7	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
8	Betriebsstättennummer	Gültige Angabe: ≥ 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
9	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-
ambulant			
wenn der Patient ambulant behandelt wird			
10	Betriebsstättennummer	-	<p>Die von der KV vergebenen "Betriebsstätten-Nummern (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten.</p>
bei angegebener Betriebsstätte optional			
11	Nebenbetriebsstättennummer	-	-

wenn der Patient ambulant behandelt wird			
12	Lebenslange Arztnummer	-	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.
Patient			
13	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	-	Die "einrichtungsinterne Identifikationsnummer" erhält der Patient bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle oder das AQUA-Institut übermittelt.
14	Geburtsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	-
15	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-
16	Aufnahmedatum	Format: JJJJ-MM-TT	<p>Gilt nur für stationäre Eingriffe:</p> <p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011</p>
Anamnese			
18	diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bei bewusstlosen Patienten kann der Schlüsselwert „9 = unbekannt“ kodiert werden.
19	Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Mit Katheterintervention sind jegliche Interventionen an den Koronarien gemeint (z.B. Stentimplantation, PCI, etc.). Bei bewusstlosen Patienten kann der Schlüsselwert „9 = unbekannt“ kodiert werden.
20	Zustand nach koronarer Bypass-Op	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bei bewusstlosen Patienten kann der Schlüsselwert „9 = unbekannt“ kodiert werden.
21	Ejektionsfraktion unter 40%	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt	Nach Messung oder Einschätzung (z.B. Echokardiographie, Ventrikulographie, Szintigraphie) Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der ersten Prozedur am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Herzkatheter) zu verwenden.

22	Diabetes mellitus	<p>0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig 9 = unbekannt</p>	<p>WHO/NCD/NCS 99.2 Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus and its Complications Part 1 (nach den Kriterien der WHO). Nach den Kriterien der WHO bzw. der American Diabetes Association (ADA) kann ein Diabetes mellitus dann diagnostiziert werden, wenn klassische Symptome (verstärkter Durst und Harndrang, Abgeschlagenheit, Juckreiz) und ein Gelegenheitsblutzucker über 200 mg/dl oder ein Nüchtern-Plasma-Glukosewert über 125 mg/dl (7 mmol/l) mit Wiederholungsmessung vorliegen. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der ersten Prozedur am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Herzkatheter) zu verwenden. Die Insulinpflichtigkeit bezieht sich sowohl auf eine primäre Insulinpflichtigkeit (bei Diabetes mellitus Typ 1) als auch auf eine sekundäre Insulinpflichtigkeit (u.U. bei Diabetes mellitus Typ II)</p>
23	Niereninsuffizienz	<p>0 = nein 1 = ja, nicht dialysepflichtig 2 = ja, dialysepflichtig 9 = unbekannt</p>	<p>Kreatinin und/oder Harnstoff-N oberhalb des krankenhausesindividuellen Grenzwertes oder Clearance nach Cockcroft-Gault-Formel < 60 ml/min. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der ersten Prozedur am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Herzkatheter) zu verwenden.</p>
Kardiale Anamnese (vor Prozedur)			
24	akutes Koronarsyndrom	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Gemeint ist die Symptomatik zum Zeitpunkt der Aufnahme; Markererhöhung = Mindestens einer der Marker Troponin oder CKMB. Zu kodieren ist der Auslöser der Intervention. Akute Infarkte sind zu kodieren, wenn sie bis zu 28 Tage zurückliegen.</p>
wenn Feld 24 = 0			
25	stabile Angina pectoris	<p>0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)</p>	<p>Wenn anamnestisch sowohl das akute Koronarsyndrom als auch die Angina pectoris zutrifft, so ist nur das akute Koronarsyndrom anzugeben.</p>
26	objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung	<p>0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt</p>	<p>andere Tests z.B. Stress-Echo, Stress-MRT, Myokard-Szintigraphie; maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Sofern diese nicht vorliegen, kann auf zeitlich nahe liegende (auch ambulante) Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der ersten Prozedur am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Herzkatheter) zu verwenden.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Prozedur (PROZ)			
Prozedur			
wenn Feld 1 = 1			
27	wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?	-	Das Datenfeld ermöglicht es, die verschiedenen dokumentationspflichtigen Eingriffe während eines Aufenthaltes zu unterscheiden.
28	Datum der Prozedur	Format: JJJJ-MM-TT	-
29	Herzinsuffizienz (nach NYHA)	0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV	zum Zeitpunkt der Behandlung (z.B. Dyspnoe, Zyanose, Lungenstauung); das Krankheitsbild der COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) ist nicht hierunter zu subsumieren.
wenn Feld 29 = 4			
30	kardiogener Schock	0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil	Die Diagnose des kardiogenen Schocks erfolgt nach klinischer Einschätzung des Kardiologen entsprechend der KILLIP-Klassifikation (DeGeare et al. 2001). Ein kardiogener Schock beinhaltet neben klinischen Zeichen der Hypoperfusion (1) einen systolischen Blutdruck < 100 mmHg bei einer Herzfrequenz > 100 /Min oder (2) eine Katecholaminpflichtigkeit.
31	Art der Prozedur	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie <u>und</u> PCI	3: Unter einzeitig Koronarangiographie und PCI (auch Einzeitig PCI genannt) ist die in Rahmen einer Sitzung stattfindende Koronarangiographie mit direkt anschließender PCI.
32	Dringlichkeit der Prozedur	1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig	1: Eine Prozedur bei der zwischen Planung und Aufnahme in der Einrichtung mehr als 72 Stunden liegen können. 2: Eine Prozedur, bei der kein lebensbedrohlicher Zustand vorliegt, die jedoch innerhalb der nächsten 72 Stunden durchgeführt werden sollte. 3: Eine Prozedur, die innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme durchgeführt werden muss, da ein lebensbedrohlicher Zustand vorliegt.
wenn Feld 31 IN (2;3) und wenn Feld 32 = 3			
33	Fibrinolyse vor der Prozedur	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hierunter fallen alle Substanzen, die durch Aktivierung des fibrinolytischen Systems eine Thrombolyse ermöglichen. Diese Feld wird erhoben, da es ein Ausschlusskriterium für den Indikator P028a_1 "Door-to-Balloon"-Zeit - PCI bei STEMI ist.
34	Nierenfunktion gemessen	0 = nein 1 = ja	Es ist zu erfassen, ob die Nierenfunktion des Patienten innerhalb von einer Woche vor Intervention anhand spezifischer Laborparameter (Kreatinin im Serum in mg/dl) gemessen wurde. Hierzu kann auf zeitlich naheliegende Vorbefunde aus dem vertragsärztlichen Bereich zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der ersten Prozedur am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Herzkatheter) zu verwenden.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Koronarangiographie (KORO)			
Koronarangiographie			
wenn Feld 1 = 1			
35	wieviele diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes?	Format: 1 ... 99	Das Datenfeld ermöglicht es, die verschiedenen dokumentationspflichtigen Koronarangiographien während eines Aufenthaltes zu unterscheiden.
36	führende Indikation zur Koronarangiographie	1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = bekannte KHK 3 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebung (NSTEMI) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose) 6 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose) 7 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%) 9 = Vitium 10 = sonstige	Nach Einschätzung des Untersuchers vor der Koronarangiographie; bekannte KHK = Angiographisch dokumentierte Stenose >= 50% und/oder alter Herzinfarkt, der nicht unter 3 - 6 aufgeführt ist. Myocardinfarkte mit normaler Ventrikelfunktion sind unter "sonstige" zu kodieren. 8: Vitium z.B. im Rahmen einer präoperativen Diagnostik.
37	Operationen- und Prozedurenschlüssel	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2012 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.
38	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter	1 = Ausschluss KHK 2 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50% 3 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 4 = Kardiomyopathie 5 = Herzklappenvitium 6 = Aortenaneurysma 7 = hypertensive Herzerkrankung 9 = andere kardiale Erkrankung	Die führende Diagnose ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Herzkatheter, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet; zu 2: Zu berücksichtigen ist hier jedes Herzkranzgefäß mit signifikanter Stenose (auch anamnestisch) unabhängig von einer ggf. funktionierenden Revaskularisation durch Stent oder Bypass; sollte der Eingriff abgebrochen worden sein, so ist das Ergebnis der bis zum Abbruch erbrachten Leistung zu dokumentieren. Sollte überhaupt keine diagnostische Aussage möglich sein, nutzen Sie bitte Schlüssel „99 = andere kardiale Erkrankung“. Ein koronarangiographischer Normalbefund liegt dann vor, wenn keine Wandunregelmäßigkeiten und keine Gefäßeinengung < 25% des Gefäßdurchmessers nachweisbar sind.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz PCI (PCI)			
PCI			
wenn Feld 1 = 1			
39	wieviele PCI während dieses Aufenthaltes?	Format: 1 ... 99	Das Datenfeld ermöglicht es, die verschiedenen dokumentationspflichtigen PCIs während eines Aufenthaltes zu unterscheiden.
40	Indikation zur PCI	1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebung (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige	5: Unter prognostischer Indikation wird die Durchführung einer PCI ohne klinische oder apparative Ischämiezeichen verstanden.
Wenn Feld 39 In (3,4)			
	Ist STEMI Hauptdiagnose?	0 = nein 1 = ja	Der Status der Hauptdiagnose bezieht sich auf die Dokumentation nach §301. Dieses Feld dient dazu zu unterscheiden, ob ein Patient mit STEMI ins Krankenhaus gekommen ist oder ob sich der STEMI erst während eines stationären Aufenthaltes entwickelt hat.
41	Operationen- und Prozedurenschlüssel	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2012 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.
42	PCI an	1 = Hauptstamm 2 = LAD 3 = RCX 4 = RCA	unabhängig von der Zahl der Stenosen; „Versorgungsgebiete“ betreffen RIVA, RCX oder RCA einschließlich Bypassgefäßen.
43	PCI mit besonderen Merkmalen	0 = nein 1 = ja	Das heißt eines der Ausprägungen aus Feld 46 muss vorliegen.

Anhang B.2.2

wenn Feld 43 = 1			
44	besonderes Merkmal	1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI am ungeschützten Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI am letzten verbliebenen Gefäß 6 = PCI an einer In-Stent Stenose 7 = sonstiges	zu 1: ist dann gegeben, wenn TIMI Fluss 0, d.h. kein Kontrastmitteldurchtritt zu 3: ein nicht durch ein offenes Bypass-Gefäß überbrückter Hauptstamm zu 5: das letzte native oder Bypass-Gefäß, welche das vitale Myocard versorgt.
45	Stent(s) implantiert	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 40 IN (1;2;5;6;9)			
46	wesentliches Interventionsziel erreicht	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich	Nach Einschätzung des Untersuchers: Reststenose nach Intervention < 50%
wenn Feld 40 IN (3;4)			
47	wesentliches Interventionsziel erreicht PCI bei STEMI (nach TIMI)	0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III	Diese Datenfeld muss nur bei ACS mit ST-Hebungsinfarkt und PCI erfasst werden. Bei allen anderen PCIs erfolgt die Dokumentation, ob das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde über das FELD 47. Die „Thrombolysis in myocardial Infarction-Klassifikation“ (TIMI-Klassifikation) beschreibt den Koronarfluss im Umfeld eines Gefäßverschlusses bzw. einer Stenose (Cannon 2001) <ul style="list-style-type: none"> • TIMI Fluss 0 - kein antegrader Fluss distal des Verschlusses • TIMI Fluss 1 - Kontrastmittel lässt sich distal darstellen, füllt jedoch nicht das gesamte Gefäßbett • TIMI Fluss 2 - Kontrastmittel füllt distal das gesamte Gefäß aus, An- und Abstrom sind jedoch verzögert • TIMI Fluss 3 - normaler Fluss • 1 = ja bedeutet, dass der normale Koronarfluss durch die Intervention sicher wieder hergestellt ist.
Wenn Feld 30 IN (3,4) und Feld 40 = 1			
48	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt	0 = nein 1 = ja	
Wenn Feld 30 IN (3,4) und Feld 40 = 1 und Feld 48 = 1			
49	Door-Zeitpunkt	JJJJ-MM-TT und hh:mm:ss	Als Door-Zeitpunkt gilt die Übergabezeit aus dem Notarzt-/Rettungswagenprotokoll. Werden Herzinfarktpatienten nicht über den Notarzt-/Rettungswagen aufgenommen, ist der Erstkontakt mit dem Behandlungsteam (Pflege oder Arzt) als "Door-Zeitpunkt" zu erfassen. Es sollen das Datum und die Uhrzeit angegeben werden.
50	Balloon-Zeitpunkt	JJJJ-MM-TT und hh:mm:ss	Als Balloon-Zeitpunkt gilt der Zeitpunkt des ersten Aufblasen des Dilatationsballons an der Stelle des Koronarverschlusses. Es sollen das Datum und die Uhrzeit angegeben werden.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Prozedur (PROZ)			
48	Flächendosisprodukt bekannt?	0 = nein 1 = ja	-
Prozedurdaten			
wenn Feld 48 = 1			
49	Flächendosisprodukt	Angabe in: (cGy)* cm ² Angabe ohne Warnung: 100 - 30.000 (cGy)* cm ²	inklusive Koronarangiografie, Lävografie, Aortografie; exklusive Myokardbiopsie, Rechtsherzkatheteruntersuchung, Nierenarteriendarstellung, Pulmonalisangiografie, Darstellung der deszendierenden Aorta, Becken und Beingefäße und supraortalen Gefäße
50	applizierte Kontrastmittelmenge	Angabe in: ml Angabe ohne Warnung: ≤ 500 ml	Diagnostische Maßnahmen wie Koronarangiografie, Lävografie, Aortografie; exklusive Myokardbiopsie, Rechtsherzkatheteruntersuchung, Nierenarteriendarstellung, Pulmonalisangiografie, Darstellung der deszendierenden Aorta, Becken und Beingefäße und supraortalen Gefäße sind hier mit zu berücksichtigen. An dieser Stelle ist die wirklich applizierte Kontrastmittelmenge gemeint und nicht die angebrochene Kontrastmittelmenge.
Ereignisse während der Prozedur			
53	intraprozedural auftretende Ereignisse	0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 53 = 1			
54	intraprozedurale Ereignisse	1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/ Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor 4 = sonstiges	1 = Jeder intraprozedurale Verschluss ist aufzunehmen, unabhängig davon, ob dieser mit den ergänzenden therapeutischen Maßnahmen (z.B. Stent) erfolgreich zu rekanalisieren ist 2 = Jedes während der Prozedur neu aufgetretene neurologische Defizit z.B. Sehstörung, Aphasie, Hemiparese
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Postprozeduraler Verlauf			
55	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt	0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx postprozeduralem Tag	Sofern bei Infarktverdacht eine ST-Hebung im EKG oder Markererhöhung im Labor vorliegt (Markererhöhung = mindestens einer der Marker Troponin, CKMB) oder ein Koronarverschluss angiographisch festgestellt wird. Falls die Herzkatheteruntersuchung bei akutem Infarkt durchgeführt wird gilt: V. a. erneuten Infarkt und zweiter Anstieg der Marker.
56	TIA/ Schlaganfall	0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx postprozeduralem Tag	Jedes postprozedural neu aufgetretene neurologische Defizit z.B. Sehstörung, Aphasie, Hemiparese
57	Notfall PCI am selben Gefäß	0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx postprozeduralem Tag	Notfall-PCI ist definiert als notfallmäßig durchgeführte PCI innerhalb von 24 Stunden nach Herzkatheteruntersuchung
58	Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation	0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx postprozeduralem Tag	Notfall-CABG ist definiert als notfallmäßig durchgeführter Bypass-Operation innerhalb von 24 Stunden nach Herzkatheteruntersuchung.

Anhang B.2.2

59	Tod	0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx postprozeduralem Tag	Es ist jeder Todesfall zu dokumentieren, auch wenn er nicht ursächlich der Herzkatheteruntersuchung zuzuschreiben ist.
60	schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle	0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx postprozeduralem Tag	Bezieht sich nur auf die Komplikation an der Punktionsstelle.
61	Thrombin-Injektion nach Blutung an der Punktionsstelle	0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx postprozeduralem Tag	
62	Transfusion nach Blutung an der Punktionsstelle	0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx postprozeduralem Tag	
63	chirurgische Intervention nach Blutung an der Punktionsstelle	0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx postprozeduralem Tag	
64	Gefäßthrombose (punktionsnah)	0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx postprozeduralem Tag	
65	Aneurysma spurium mit erneuter Kompression (punktionsnah)	0 = nein 1 = ja bis einschließlich xxx postprozeduralem Tag	
Entlassung			
wenn Feld 1 = 1			
66	Entlassungsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	Gilt nur für stationäre Eingriffe: Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung; bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011, 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011, Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011.
67	Lag der Patient in der Herzchirurgie oder wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt/überwiesen?	0 = nein 1 = ja	Unabhängig von der spezifischen Verlegungsursache muss jede Verlegung dokumentiert werden, egal ob diese innerhalb des eigenen Krankenhaus oder in ein fremdes Krankenhaus stattgefunden hat. Das Feld dient dazu, die in der Herzchirurgie verstorbenen Patienten differenziert zu erfassen.
68	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)		Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist..

Lange Schlüssel

- 0100 = Innere Medizin
- 0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
- 0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
- 0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
- 0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
- 0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
- 0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
- 0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
- 0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
- 0150 = Innere Medizin/Tumorforschung
- 0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
- 0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
- 0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
- 0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
- 0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
- 0190 = Innere Medizin
- 0191 = Innere Medizin
- 0192 = Innere Medizin
- 0200 = Geriatrie
- 0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
- 0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 0290 = Geriatrie
- 0291 = Geriatrie
- 0292 = Geriatrie
- 0300 = Kardiologie
- 0390 = Kardiologie
- 0391 = Kardiologie
- 0392 = Kardiologie
- 0400 = Nephrologie
- 0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0436 = Nephrologie/Intensivmedizin
- 0490 = Nephrologie
- 0491 = Nephrologie
- 0492 = Nephrologie
- Schlüssel 1**
- Fachabteilungen**
- 0500 = Hämatologie und internistische Onkologie
- 0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
- 0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 0590 = Hämatologie und internistische Onkologie
- 0591 = Hämatologie und internistische Onkologie
- 0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
- 0600 = Endokrinologie
- 0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
- 0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0690 = Endokrinologie
- 0691 = Endokrinologie
- 0692 = Endokrinologie
- 0700 = Gastroenterologie
- 0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
- 0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0790 = Gastroenterologie
- 0791 = Gastroenterologie
- 0792 = Gastroenterologie
- 0800 = Pneumologie
- 0890 = Pneumologie
- 0891 = Pneumologie
- 0892 = Pneumologie
- 0900 = Rheumatologie
- 0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0990 = Rheumatologie
- 0991 = Rheumatologie
- 0992 = Rheumatologie
- 1000 = Pädiatrie
- 1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
- 1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
- 1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
- 1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
- 1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
- 1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie

Anhang B.2.2

1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
1051 = Langzeitbereich Kinder
1090 = Pädiatrie
1091 = Pädiatrie
1092 = Pädiatrie
1100 = Kinderkardiologie
1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
1190 = Kinderkardiologie
1191 = Kinderkardiologie
1192 = Kinderkardiologie
1200 = Neonatologie
1290 = Neonatologie
1291 = Neonatologie
1292 = Neonatologie
1300 = Kinderchirurgie
1390 = Kinderchirurgie
1391 = Kinderchirurgie
1392 = Kinderchirurgie
1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1500 = Allgemeine Chirurgie
1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
1590 = Allgemeine Chirurgie
1591 = Allgemeine Chirurgie
1592 = Allgemeine Chirurgie
1600 = Unfallchirurgie
1690 = Unfallchirurgie
1691 = Unfallchirurgie
1692 = Unfallchirurgie
1700 = Neurochirurgie
1790 = Neurochirurgie
1791 = Neurochirurgie
1792 = Neurochirurgie
1800 = Gefäßchirurgie
1890 = Gefäßchirurgie
1891 = Gefäßchirurgie
1892 = Gefäßchirurgie
1900 = Plastische Chirurgie
1990 = Plastische Chirurgie
1991 = Plastische Chirurgie
1992 = Plastische Chirurgie
2000 = Thoraxchirurgie
2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2090 = Thoraxchirurgie
2091 = Thoraxchirurgie
2092 = Thoraxchirurgie
2100 = Herzchirurgie
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2190 = Herzchirurgie
2191 = Herzchirurgie
2192 = Herzchirurgie
2200 = Urologie
2290 = Urologie
2291 = Urologie
2292 = Urologie
2300 = Orthopädie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2390 = Orthopädie

Anhang B.2.2

2391 = Orthopädie
2392 = Orthopädie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
2425 = Frauenheilkunde
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500 = Geburtshilfe
2590 = Geburtshilfe
2591 = Geburtshilfe
2592 = Geburtshilfe
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700 = Augenheilkunde
2790 = Augenheilkunde
2791 = Augenheilkunde
2792 = Augenheilkunde
2800 = Neurologie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
2890 = Neurologie
2891 = Neurologie
2892 = Neurologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
3200 = Nuklearmedizin
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
3290 = Nuklearmedizin
3291 = Nuklearmedizin
3292 = Nuklearmedizin
3300 = Strahlenheilkunde
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
3390 = Strahlenheilkunde
3391 = Strahlenheilkunde
3392 = Strahlenheilkunde
3400 = Dermatologie
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3490 = Dermatologie
3491 = Dermatologie
3492 = Dermatologie
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

Anhang B.2.2

3600 = Intensivmedizin
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
3690 = Intensivmedizin
3691 = Intensivmedizin
3692 = Intensivmedizin
3700 = sonstige Fachabteilung
3750 = Angiologie
3751 = Radiologie
3752 = Palliativmedizin
3753 = Schmerztherapie
3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3756 = Suchtmedizin
3757 = Visceralchirurgie
3790 = Sonstige Fachabteilung
3791 = Sonstige Fachabteilung
3792 = Sonstige Fachabteilung

ANWENDERINFORMATIONEN ZUM QS-FILTER PERKUTANE KORONARINTERVENTION (PCI) UND KORONARANGIOGRAPHIE

Dieses Merkblatt enthält die Auslösekriterien für das Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie. Grundlage ist die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – Qesü-RL des G-BA.

Auslösekriterien „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“

Kriterium	Allgemein		
Patient - Alter	Alter ≥ 18 Jahre		
Patient - Versicherungsart	Nur GKV ¹ (PKV dürfen in keinem Fall exportiert werden)		
Kriterium	Kollektiv- /Gesamtvertraglich Krankenhaus ³	Praxis	Selektivvertraglich ² Krankenhaus/Praxis
OPS-Kode(s)	1-275.0, 1-275.1, 1-275.2, 1-275.3, 1-275.4, 1-275.5 8-837.00, 8-837.01, 8-837.10, 8-837.11,8-837.20, 8-837.21, 8-837.50, 8-837.51, 8-837.k0, 8-837.k 1, 8-837.k2, 8-837.kx, 8-837.m0, 8-837.m 1, 8-837.m2, 8-837.m3, 8-837.m4, 8-837.m5, 8-837.m6, 8-837.m7, 8-837.m8, 8-837.m9, 8-837.ma, 8-837.mx, 8-837.p, 8-837.q, 8-837.u, 8-837.v, 8-837.w0, 8-837.w 1, 8-837.w2, 8-837.w3, 8-837.w4, 8-837.w5, 8-837.w6, 8-837.w7, 8-837.w8, 8-837.w9, 8-837.wa, 8-837.wx		1-275.0, 1-275.1, 1-275.2, 1-275.3, 1-275.4, 1-275.5 8-837.00, 8-837.01, 8-837.10, 8-837.11,8-837.20, 8-837.21, 8-837.50, 8-837.51, 8-837.k0, 8-837.k 1, 8-837.k2, 8-837.kx, 8-837.m0, 8-837.m 1, 8-837.m2, 8-837.m3, 8-837.m4, 8-837.m5, 8-837.m6, 8-837.m7, 8-837.m8, 8-837.m9, 8-837.ma, 8-837.mx, 8-837.p, 8-837.q, 8-837.u, 8-837.v, 8-837.w0, 8-837.w 1, 8-837.w2, 8-837.w3, 8-837.w4, 8-837.w5, 8-837.w6, 8-837.w7, 8-837.w8, 8-837.w9, 8-837.wa, 8-837.wx
GOP	34291 <input type="checkbox"/> ODFR	34291, 34292	34291, <input type="checkbox"/> ODFR 34292 <input type="checkbox"/> ODFR
Selektivvertragliche Ziffern ⁴			E3a, E3b, A3a, A3b, E4a, E4b, E5a, E5b, A4a, A4b, A5a, A5b

Legende: Alle allgemeinen Kriterien stehen mit den Kriterien in den Spalten (Krankenhaus, Praxis oder Selektivvertrag) in einer UND-Verknüpfung. Kriterien innerhalb einer Spalte (Krankenhaus, Praxis oder Selektivvertrag) stehen in einer ODER-Verknüpfung gegenüber.

¹ Erkennbar an den ersten Stellen der Institutionskennzeichen: 10 → Gesetzlich, 16 → Privat; werden die beiden führenden Ziffern nicht im System gespeichert, ist dieses Kennzeichen in Dokumentationsfeld 6 zu setzen.

² Einbezogen sind folgende Vertragsformen: Selektivvertrag (ambulante Leistung, u.U. virtuelle Verbringungsleistung) und selektivvertragliche Behandlung nach §73c und § 140

³ Einbezogen sind folgende Vertragsformen: stationär im Krankenhaus und Ambulantes Operieren am Krankenhaus nach § 115b

⁴ Kodes aus dem Selektivvertrag der AOK-BW (Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Kardiologie in Baden-Württemberg gemäß § 73 c SGB V erhältlich unter: http://avira.webgate/3061672816/0cea8bd8/downloading/www.aok.de/assets/media/baden-wuerttemberg/Vertrag_komplett_Kardio_Vetr_AOK_2009_final.pdf)

■ ANWENDERINFORMATIONEN ZUM QS-FILTER PERKUTANE KORONARINTERVENTION (PCI) UND KORONARANGIOGRAPHIE

Auslösung in der Praxis und im Krankenhaus

Um das Patientenkollektiv zu erreichen, empfiehlt das AQUA-Institut die Auslösung mittels OPS-Kodes für den Bereich Krankenhaus und GOP (EBM) für den vertragsärztlichen Bereich.

Innerhalb der Säulen (siehe Tabelle) sind die aufgeführten Codes über eine logische ODER-Verknüpfung miteinander und jeweils über eine UND-Verknüpfung mit den allgemeinen Kriterien (gesetzlich versicherte Patienten und Alter über 18 Jahre) verbunden.

Besonderheiten der Auslösung im Rahmen von Selektivverträgen

Im Bereich der perkutanen Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie gibt es Selektivverträge nach §73c und §140 SGB V, die je nach vertraglicher Konstruktion die aufgeführten OPS-Kodes oder EBM-Kodes dokumentieren.

Darüber hinaus gibt es Selektivverträge, die unabhängig von den genannten OPS-Kodes und EBM-Kodes spezifische eigene Codes zur Abrechnung vereinbart haben. Ein Beispiel hierfür bildet die AOK-BW. Hier wurden die in obiger Tabelle aufgeführten Codes vereinbart. Die einzelnen Ziffern sind mit einer ODER-Verknüpfung verbunden.

Die Codes für die Abbildung der erbrachten Leistung werden über eine UND-Verknüpfung mit den allgemeinen Kriterien zu Versicherungsstatus und Alter verbunden.

Auslösung des Follow-up-Dokumentationsbogens zur Perkutanen Koronarintervention und Koronarangiographie

Da der Follow-up-Bogen (PCI_FU) nur einen Indikator enthält, der aus Routinedaten der Krankenkassen berechnet werden kann, ist er nicht Bestandteil des beauftragten Probebetriebs.



Auswertung zum Probebetrieb 2013

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Einrichtung 10
<Straße>

IK-Nr.: XXXXXXXXXX

Benchmarkreport

Erstellt am: 14.06.2013 - 1/2013020005

Das AQUA-Institut als Institution nach § 137a SGB V stellt Ihnen als Teilnehmer des Probetriebs Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie mit dem vorliegenden Dokument den Benchmarkreport zu den von Ihnen übermittelten Daten zu. Der Bericht stellt Ihre Ergebnisse der verschiedenen Indikatoren den Ergebnissen der Vergleichsgruppe insgesamt, also allen teilnehmenden Leistungserbringern, gegenüber.

Follow-up-Indikatoren können dabei derzeit nicht berücksichtigt werden, weil die dazu erforderlichen Daten (insbesondere Sozialdaten bei den Krankenkassen) bislang nicht vorliegen.

Zudem ist es uns wichtig, mehrere grundsätzliche Punkte zu dem Bericht herauszuheben:

- Die Daten dienen dem Gemeinsamen Bundesausschuss, den mit dem Thema befassten Fachgremien und dem AQUA-Institut zur Analyse des Probetriebs und zur Identifizierung von Verbesserungspotenzial.
- Es wird weder eine weitergehende Auswertung im Sinne einer sektorgleichen oder gar sektorübergreifenden Qualitätssicherung noch eines Qualitätsvergleichs auf Grundlage der Daten aus dem Probetrieb geben.
- Ihre individuellen Ergebnisse werden weder in anonymisierter noch in nicht anonymisierter Form veröffentlicht werden.
- Ergebnisse werden durch das AQUA-Institut nur in aggregierter Form für die Berichterstellung verwendet.
- Die Daten werden nach Abschluss des Probetriebs gelöscht werden.

Dem Benchmarkreport angehängt ist eine Leseanleitung. Sie dient der Erläuterung der verwendeten Tabellen und Grafiken. Ziel ist eine transparente und leicht verständliche Aufbereitung. Ebenfalls ist ein Glossar mit den wichtigsten Begriffen Teil des Berichts.

Abschließend ist es uns ein Anliegen, Ihnen und Ihren Mitarbeitern auf diesem Weg unseren Dank und den Dank des Gemeinsamen Bundesausschusses für Ihre Teilnahme auszusprechen. Uns ist wohl bewusst, dass Sie mit der dreimonatigen Erprobung der Dokumentation im sektorübergreifenden Verfahren Neuland betreten und zusätzliche Belastungen freiwillig auf sich genommen haben.

Für Rückfragen, Anregungen und konstruktive Kritik stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52-0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Übersicht Qualitätsindikatoren	5
QI 1: Indikation zur Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	7
QI 2: Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI	9
QI 3: Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI	11
QI 4: „Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"	13
Indikatorengruppe: Flächendosisprodukt	15
QI 5a: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²	15
QI 5b: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²	17
QI 5c: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²	19
QI 5d: Flächendosisprodukt - Flächendosisprodukt unbekannt	21
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge	23
QI 6a: Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Koronarangiographien (ohne PCI)	23
QI 6b: Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller PCI ohne Einzeitig-PCI	25
QI 6c: Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Einzeitig-PCI	27
QI 7: Komplikationsrate an der Punktionsstelle	29
Indikatorengruppe: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI	31
QI 8a: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI- Indikation STEMI bis 24 Stunden	31
QI 8b: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)	33
QI 9: Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI	35
Indikatorengruppe: MACCE	37
QI 10a: MACCE – Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)	37
QI 10b: MACCE bei PCI	39
QI 10c: MACCE – Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	41
QI 11: Sterblichkeit bei PCI	43
Basisauswertung	45

Einleitung

Unter Koronarer Herzerkrankung (KHK) versteht man eine Verengung der Herzkranzgefäße. Das Ausmaß und die Lokalisation dieser Verengungen werden mit einer Koronarangiographie abgebildet. Das Ergebnis der Koronarangiographie ist maßgeblich dafür, ob zur Wiederherstellung des Blutflusses (Revaskularisation) eine Ballondilatation, ggf. in Verbindung mit einer Stentimplantation, oder ein herzchirurgischer Eingriff (eine sog. Bypass-Operation) notwendig ist.

Die Ballondilatation sowie die Stentimplantation werden der Perkutanen Koronarintervention (engl. PCI) zugerechnet. Bei einer PCI wird ein Katheter, an dessen Ende ein kleiner Ballon befestigt ist, über einen Führungsdraht bis zur Verengung des Herzkranzgefäßes vorgeschoben. Durch Füllung des Ballons wird die Verengung aufgeweitet (Ballondilatation). Um das Ergebnis der Ballondilatation möglichst langfristig zu erhalten und einer Wiederverengung der Herzkranzgefäße entgegenzuwirken, wird ggf. ein kleines „Gittergerüst“ (Stent) implantiert.

Schwerpunkt der Betrachtung im Rahmen der Qualitätssicherung sind neben der Indikationsstellung die Erfolgs- bzw. Komplikationsrate, die Durchleuchtungsdauer und die Strahlenbelastung des Patienten. Dabei ist die Unterscheidung wichtig, ob Koronarangiographie und PCI getrennt oder im Rahmen eines gemeinsamen Eingriffs („Einzeitig-PCI“) vorgenommen werden.

Übersicht Qualitätsindikatoren

QI	Beschreibung	Referenzbereich	Ergebnis Einrichtung	Ergebnis Bund
QI 1	Indikation zur Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	nicht definiert	13,7 %	23,8 %
QI 2	Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI	nicht definiert	60,1 %	51,1 %
QI 3	Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI	nicht definiert	97,5 %	98,8 %
QI 4	„Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"	nicht definiert	96,3 %	96,0 %
Indikatorengruppe: Flächendosisprodukt				
QI 5a:	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²	nicht definiert	0,9 %	16,2 %
QI 5b:	Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²	nicht definiert	10,5 %	21,1 %
QI 5c:	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²	nicht definiert	1,1 %	12,2 %
QI 5d:	Flächendosisprodukt - Flächendosisprodukt unbekannt	nicht definiert	0,0 %	0,1 %
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge				
QI 6a:	Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Koronarangiographien (ohne PCI)	nicht definiert	70 ml	70 ml
QI 6b:	Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller PCI ohne Einzeitig-PCI	nicht definiert	140 ml	100 ml
QI 6c:	Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Einzeitig-PCI	nicht definiert	170 ml	130 ml
QI 7	Komplikationsrate an der Punktionsstelle	nicht definiert	0,6 %	0,3 %
Indikatorengruppe: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI				
QI 8a:	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI- Indikation STEMI bis 24 Stunden	nicht definiert	87,1 %	89,7 %
QI 8b:	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)	nicht definiert	94,4 %	94,7 %
QI 9	Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI	nicht definiert	0,0 %	0,0 %
Indikatorengruppe: MACCE				
QI 10a:	MACCE – Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)	nicht definiert	0,0 %	0,1 %
QI 10b:	MACCE bei PCI	nicht definiert	0,4 %	1,0 %
QI 10c:	MACCE – Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	nicht definiert	0,0 %	3,0 %

Übersicht Qualitätsindikatoren

QI	Beschreibung	Referenzbereich	Ergebnis Einrichtung	Ergebnis Bund
QI 11	Sterblichkeit bei PCI	nicht definiert	0,0 %	0,4 %

QI 1: Indikation zur Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund

Qualitätsziel

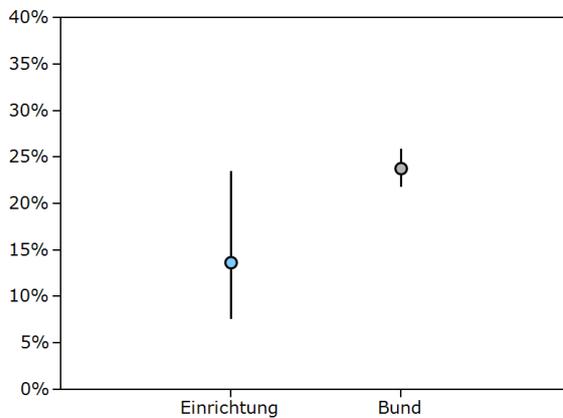
Reduktion der KHK-Ausschlüsse mittels Koronarangiographie.

Indikation zur Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund

Indikator-ID	51379
Grundgesamtheit (N)	Alle elektiven Koronarangiographien, die wegen Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK (d.h. ohne vorbekannte KHK) durchgeführt wurden
Zähler	Alle elektiven Koronarangiographien mit angiographisch normalen Koronargefäßen, die wegen Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK (d.h. ohne vorbekannte KHK) durchgeführt wurden
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

(Einrichtung: N = 73 Fälle und Bund: N = 1.705 Fälle)

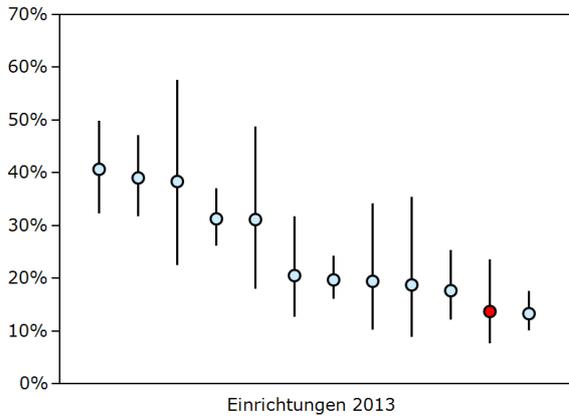


	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	10 / 73	13,7	7,6 - 23,4
Bund	405 / 1.705	23,8	21,8 - 25,8

Q1 1: Indikation zur Koronarangiographie - Anteil ohne pathologischen Befund

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

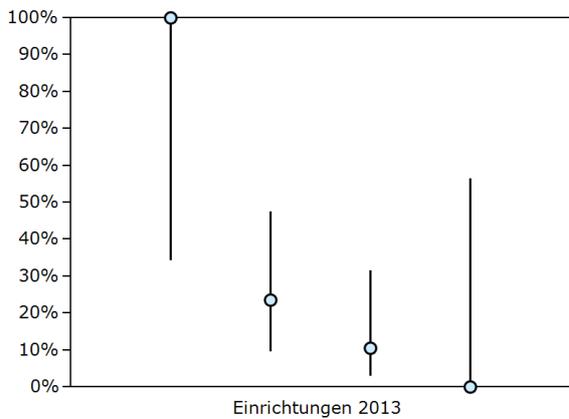
(Bund: N = 12 Einrichtungen)



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Bund	13,3	13,3	13,4	18,0	20,2	36,7	40,2	40,7	40,7

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 4 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4					
Bund	100,0 %	23,5 %	10,5 %	0,0 %					

QI 2: Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI

QI 2: Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI

Qualitätsziel

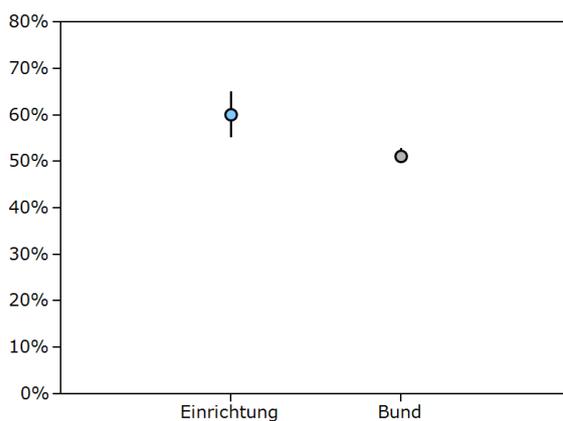
Möglichst immer korrekte Indikationsstellung zur Koronarangiographie.

Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI

Indikator-ID	51378
Grundgesamtheit (N)	Alle Koronarangiographien mit führender Indikation: - „bekannte KHK“ oder - „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder - „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ oder - akutem Koronarsyndrom
Zähler	Alle Koronarangiographien bei Patienten - mit akutem Koronarsyndrom oder - mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

(Einrichtung: N = 393 Fälle und Bund: N = 4.693 Fälle)

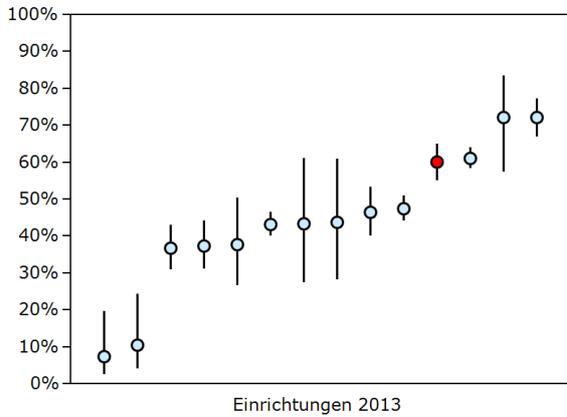


	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	236 / 393	60,1	55,1 - 64,8
Bund	2.400 / 4.693	51,1	49,7 - 52,6

Q1 2: Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

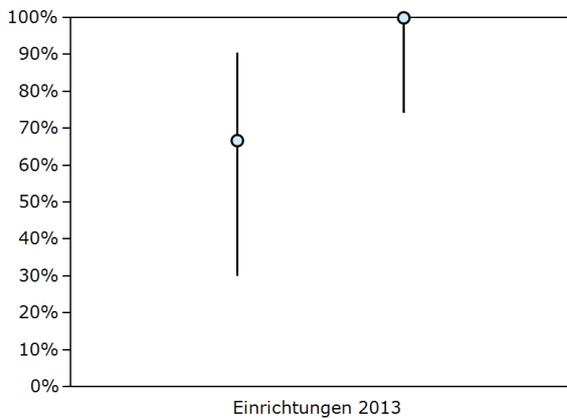
(Bund: N = 14 Einrichtungen)



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Bund	7,3	7,3	8,9	37,2	43,5	60,3	72,1	72,2	72,2

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 2 Einrichtungen)



	E 1	E 2							
Bund	66,7 %	100,0 %							

QI 3: Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI

QI 3: Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI

Qualitätsziel

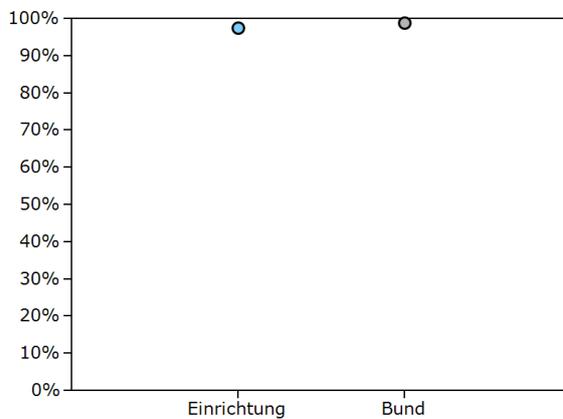
Möglichst hoher Anteil an geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI bei denen die Nierenfunktion der Patienten gemessen wird.

Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI

Indikator-ID	51380
Grundgesamtheit (N)	Alle geplanten diagnostischen Koronarangiographien oder PCI
Zähler	Alle geplanten diagnostischen Koronarangiographien oder PCI, bei denen innerhalb einer Woche vor der Intervention die Nierenfunktion des Patienten gemessen wurde
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

(Einrichtung: N = 438 Fälle und Bund: N = 4.994 Fälle)

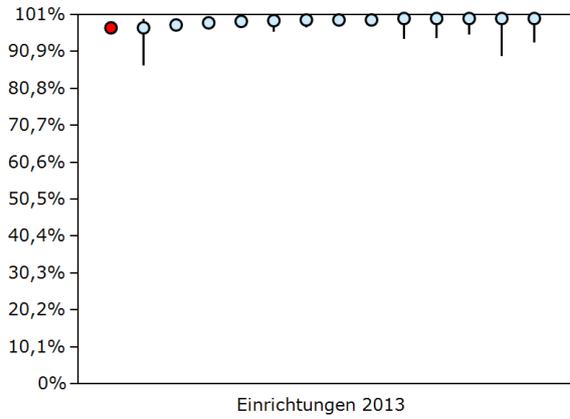


	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	427 / 438	97,5	95,6 - 98,6
Bund	4.934 / 4.994	98,8	98,5 - 99,1

Q1 3: Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

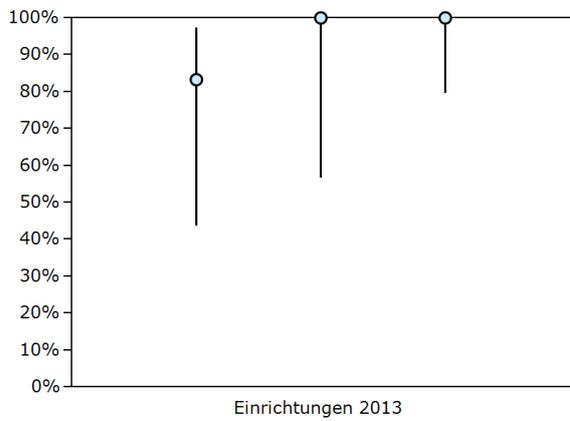
(Bund: N = 14 Einrichtungen)



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Bund	97,5	97,5	97,5	98,6	99,6	100,0	100,0	100,0	100,0

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 3 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3						
Bund	83,3 %	100,0 %	100,0 %						

QI 4: „Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"

QI 4: „Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"

Qualitätsziel

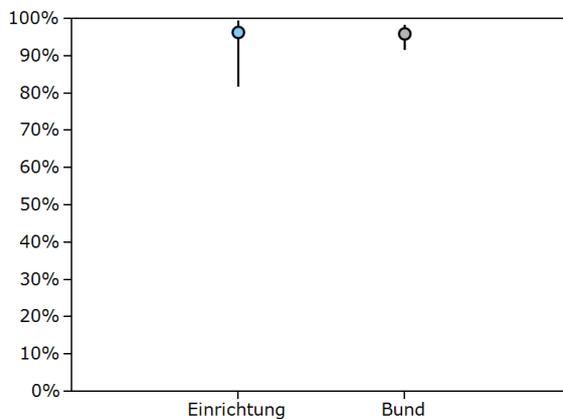
Möglichst hohe Rate an primären PCI, die innerhalb des durch die Leitlinien geforderten Zeitrahmens von 90 Minuten nach Ankunft der Patienten mit STEMI in der Einrichtung durchgeführt werden.

„Door-to-balloon“-Zeit – PCI bei STEMI < 24h

Indikator-ID	51381
Grundgesamtheit (N)	Alle primären PCI bei Patienten mit STEMI < 24 h
Zähler	Alle primären PCI, die innerhalb von 90 Minuten nach Ankunft von Patienten mit STEMI < 24h in der Einrichtung durchgeführt wurden
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

(Einrichtung: N = 27 Fälle und Bund: N = 149 Fälle)

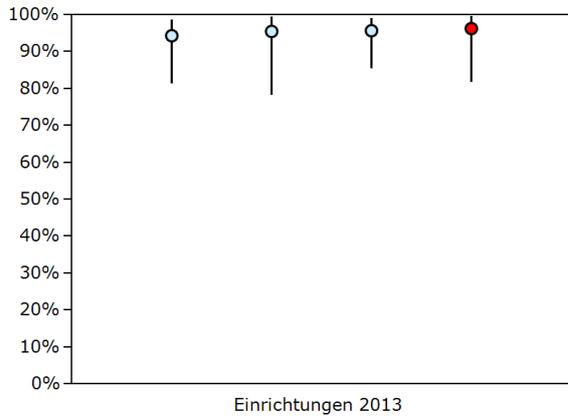


	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	26 / 27	96,3	81,7 - 99,3
Bund	143 / 149	96,0	91,5 - 98,1

QI 4: „Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

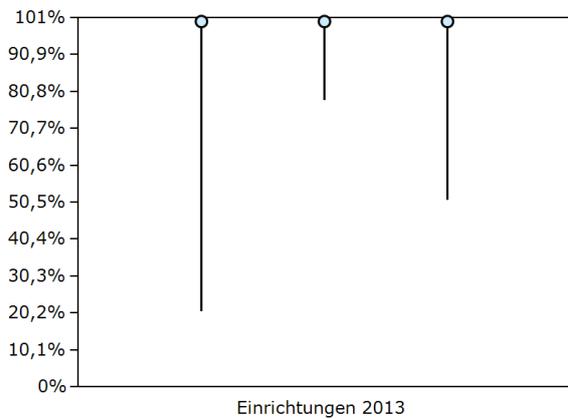
(Bund: N = 4 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4					
Bund	94,3 %	95,5 %	95,7 %	96,3 %					

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 3 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3						
Bund	100,0 %	100,0 %	100,0 %						

Indikatorengruppe: Flächendosisprodukt

Qualitätsziel

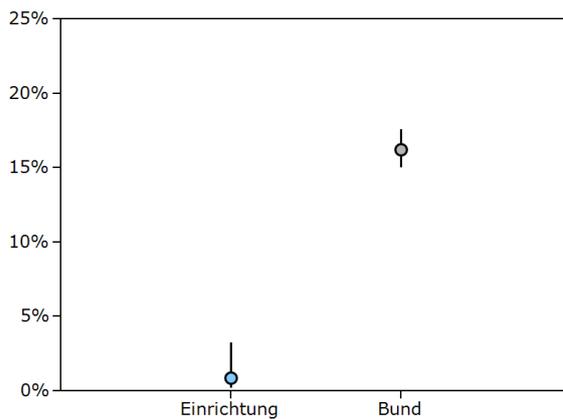
Möglichst niedriges Flächendosisprodukt und vollständige Dokumentation des Flächendosisprodukts.

QI 5a: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²

Indikator-ID	51382
Grundgesamtheit (N)	Alle isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Flächendosisprodukt
Zähler	Isolierte Koronarangiographien mit einem Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

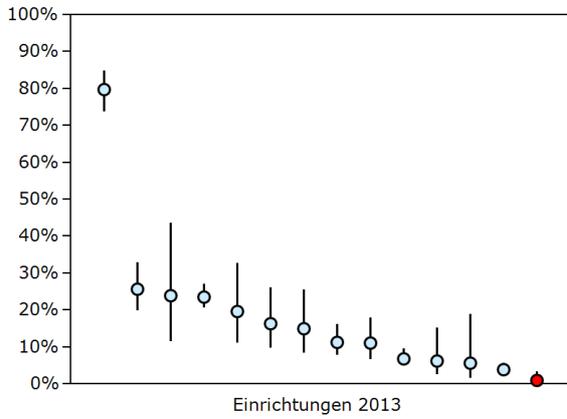
(Einrichtung: N = 227 Fälle und Bund: N = 3.270 Fälle)



	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	2 / 227	0,9	0,2 - 3,2
Bund	531 / 3.270	16,2	15,0 - 17,5

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

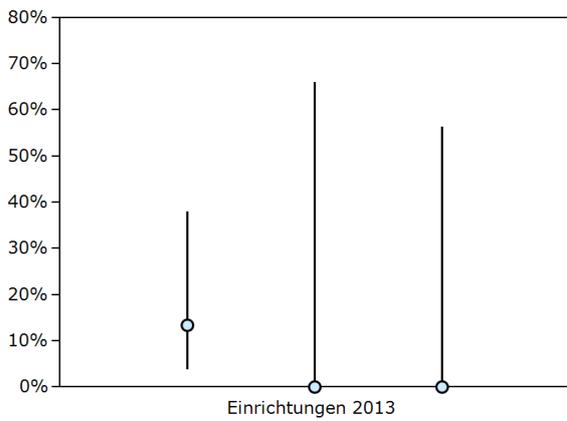
(Bund: N = 14 Einrichtungen)



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Bund	0,9	0,9	2,4	6,1	13,1	23,7	52,7	79,7	79,7

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 3 Einrichtungen)



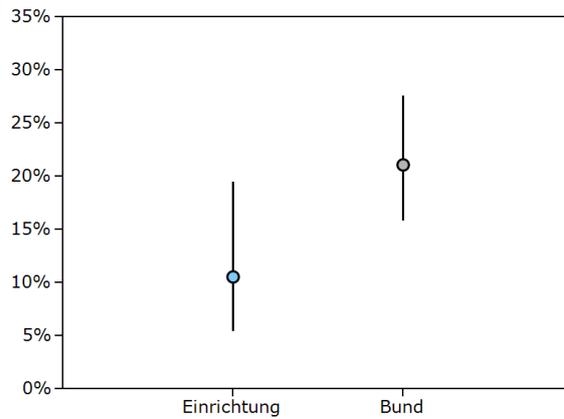
	E 1	E 2	E 3						
Bund	13,3 %	0,0 %	0,0 %						

QI 5b: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm²

Indikator-ID	51383
Grundgesamtheit (N)	Alle isolierten PCI (d.h. ohne Einzeitig-PCI) mit bekanntem Flächendosisprodukt
Zähler	Isolierte PCI mit einem Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

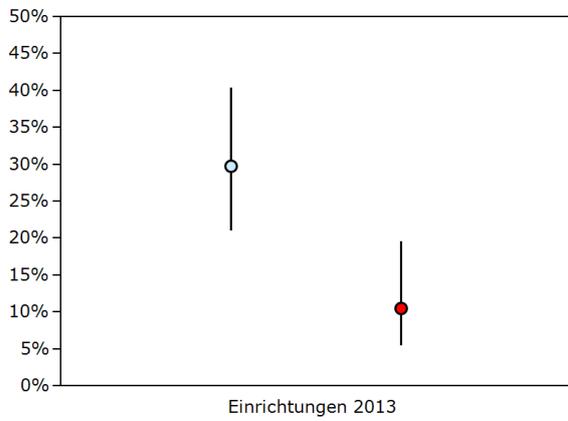
(Einrichtung: N = 76 Fälle und Bund: N = 185 Fälle)



	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	8 / 76	10,5	5,4 - 19,4
Bund	39 / 185	21,1	15,8 - 27,5

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

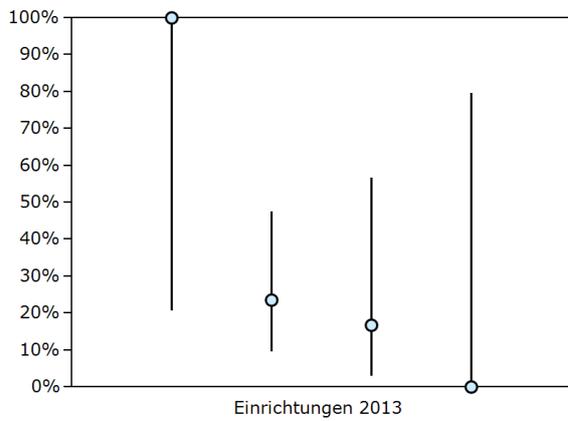
(Bund: N = 2 Einrichtungen)



	E 1	E 2							
Bund	29,8 %	10,5 %							

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 4 Einrichtungen)



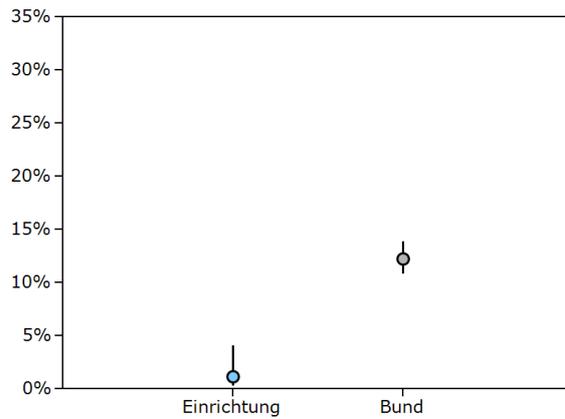
	E 1	E 2	E 3	E 4					
Bund	100,0 %	23,5 %	16,7 %	0,0 %					

QI 5c: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²

Indikator-ID	51384
Grundgesamtheit (N)	Alle Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt
Zähler	Einzeitig-PCI mit einem Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

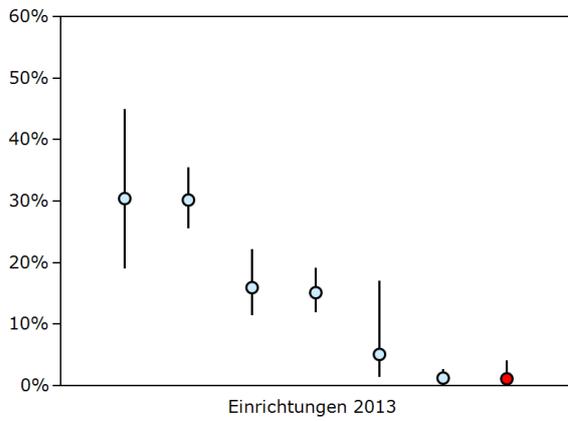
(Einrichtung: N = 177 Fälle und Bund: N = 1.806 Fälle)



	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	2 / 177	1,1	0,3 - 4,0
Bund	221 / 1.806	12,2	10,8 - 13,8

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

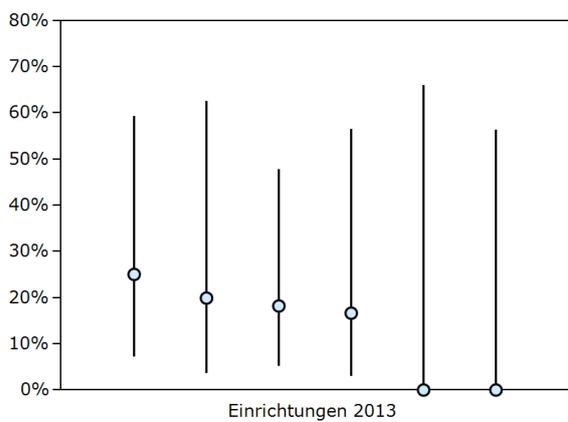
(Bund: N = 7 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7		
Bund	30,4 %	30,2 %	16,0 %	15,1 %	5,1 %	1,3 %	1,1 %		

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 6 Einrichtungen)



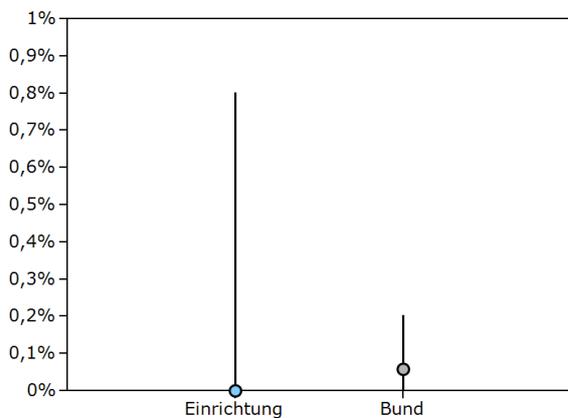
	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6			
Bund	25,0 %	20,0 %	18,2 %	16,7 %	0,0 %	0,0 %			

QI 5d: Flächendosisprodukt - Flächendosisprodukt unbekannt

Indikator-ID	51385
Grundgesamtheit (N)	Alle Koronarangiographien, Einzeitig-PCI und PCI
Zähler	Alle Koronarangiographien, Einzeitig-PCI und PCI mit Angabe „Flächendosisprodukt bekannt“ = 0 („nein“)
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

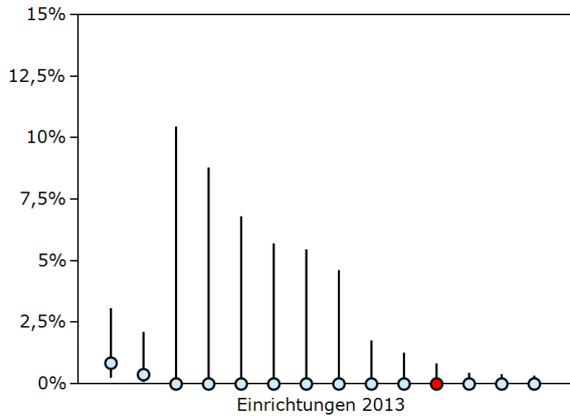
(Einrichtung: N = 480 Fälle und Bund: N = 5.267 Fälle)



	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	0 / 480	0,0	0,0 - 0,8
Bund	3 / 5.267	0,1	0,0 - 0,2

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

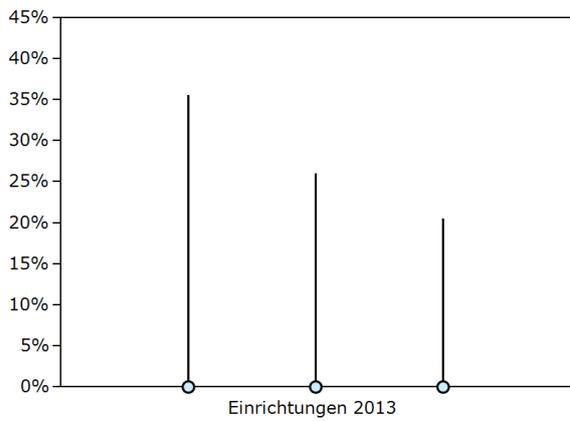
(Bund: N = 14 Einrichtungen)



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Bund	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,8	0,8

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 3 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3						
Bund	0,0 %	0,0 %	0,0 %						

Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge

Qualitätsziel

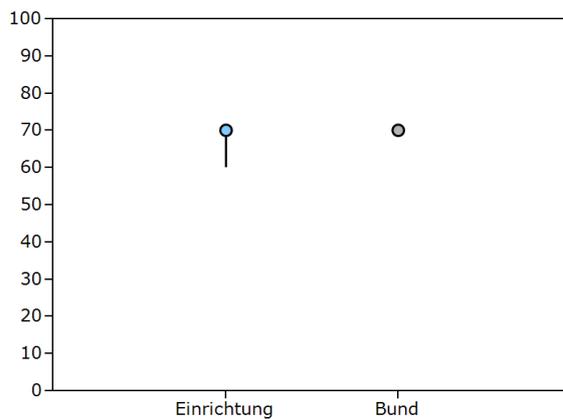
Möglichst geringe Kontrastmittelmenge.

QI 6a: Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Koronarangiographien (ohne PCI)

Indikator-ID	51386
Grundgesamtheit (N)	Median: Kontrastmittelmenge (ml) Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI)
Zähler	Median der Kontrastmittelmenge in ml
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

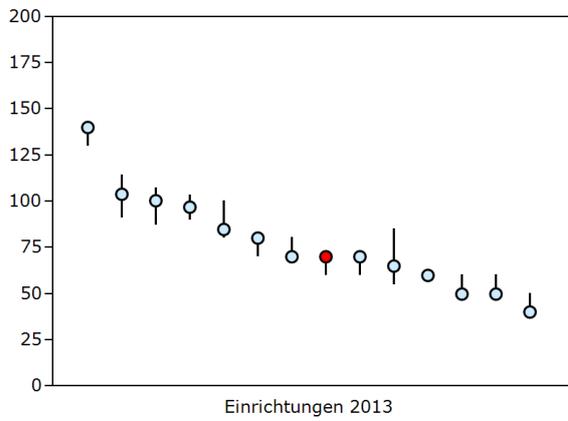
(Einrichtung: N = 227 Fälle und Bund: N = 3.272 Fälle)



	Ergebnis ml	Vertrauensbereich ml
Einrichtung	70	60,0 - 70,0
Bund	70	70,0 - 70,0

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

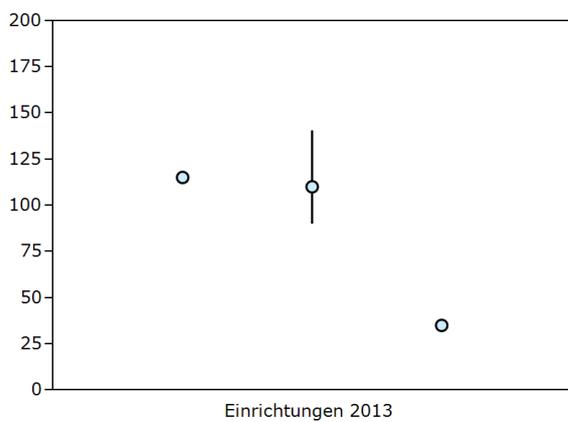
(Bund: N = 14 Einrichtungen)



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Bund	40	40	45	57,5	70	97,9	122	140	140

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 3 Einrichtungen)



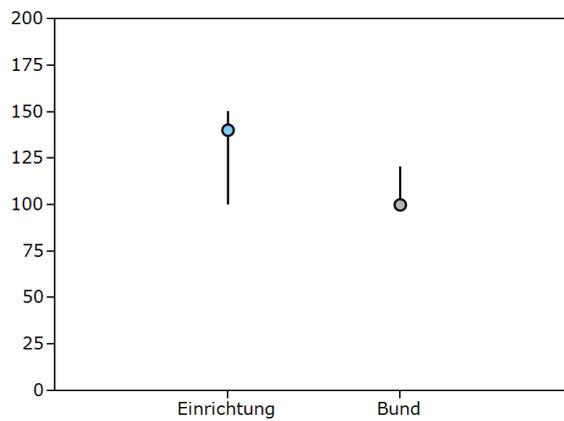
	E 1	E 2	E 3						
Bund	115 ml	110 ml	35 ml						

QI 6b: Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller PCI ohne Einzeitig-PCI

Indikator-ID	51387
Grundgesamtheit (N)	Median: Kontrastmittelmenge (ml) Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI)
Zähler	Median der Kontrastmittelmenge in ml
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

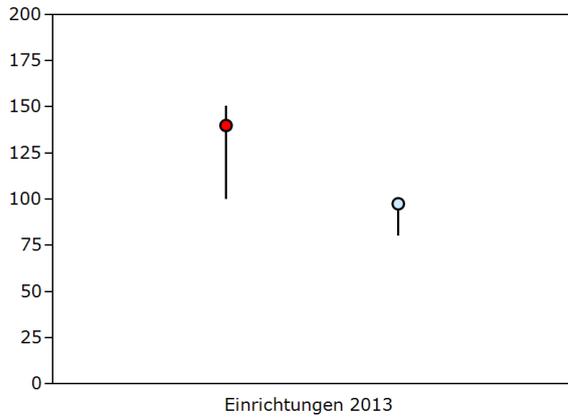
(Einrichtung: N = 76 Fälle und Bund: N = 185 Fälle)



	Ergebnis ml	Vertrauensbereich ml
Einrichtung	140	100,0 - 150,0
Bund	100	100,0 - 120,0

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

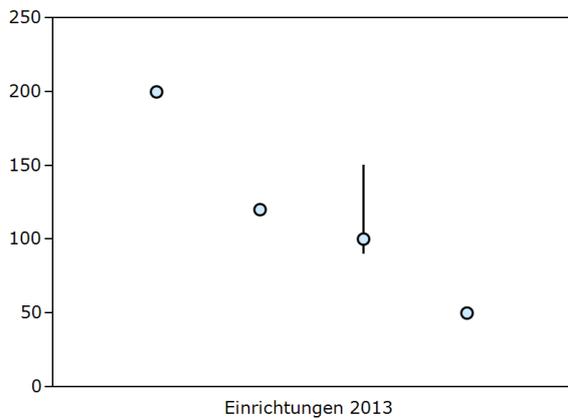
(Bund: N = 2 Einrichtungen)



	E 1	E 2							
Bund	140 ml	97,5 ml							

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 4 Einrichtungen)



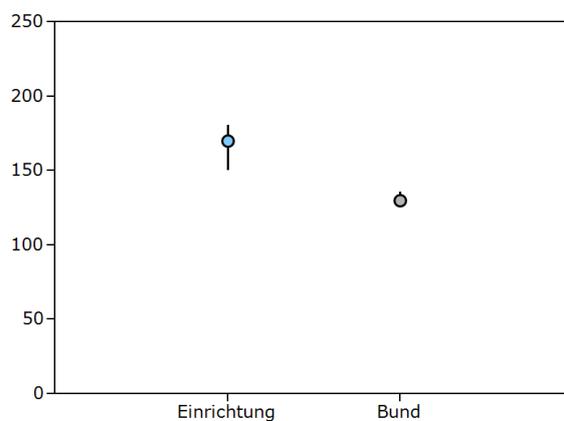
	E 1	E 2	E 3	E 4					
Bund	200 ml	120 ml	100 ml	50 ml					

QI 6c: Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Einzeitig-PCI

Indikator-ID	51388
Grundgesamtheit (N)	Median: Kontrastmittelmenge (ml) Alle PCI, bei denen einzeitig eine Koronarintervention durchgeführt wurde (Einzeitig-PCI)
Zähler	Median der Kontrastmittelmenge in ml
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

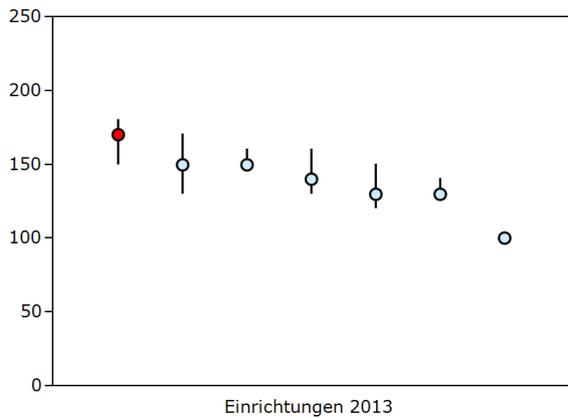
(Einrichtung: N = 177 Fälle und Bund: N = 1.810 Fälle)



	Ergebnis ml	Vertrauensbereich ml
Einrichtung	170	150,0 - 180,0
Bund	130	130,0 - 135,0

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

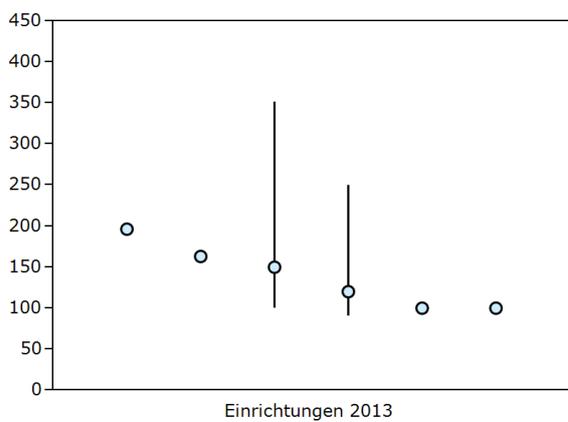
(Bund: N = 7 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7		
Bund	170 ml	150 ml	150 ml	140 ml	130 ml	130 ml	100 ml		

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 6 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6			
Bund	196 ml	163 ml	150 ml	120 ml	100 ml	100 ml			

QI 7: Komplikationsrate an der Punktionsstelle

Qualitätsziel

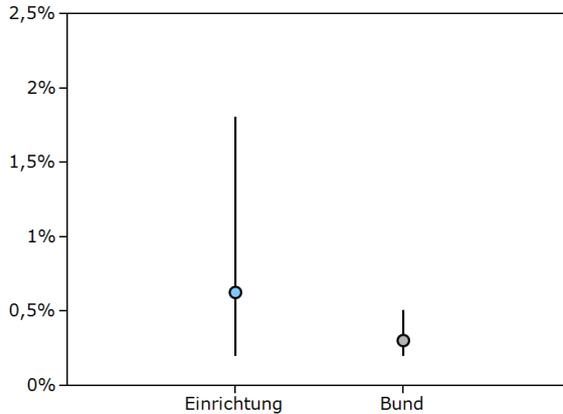
Möglichst niedrige Komplikationsrate an der Punktionsstelle bei diagnostischen Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI.

Komplikationsrate an der Punktionsstelle

Indikator-ID	51389
Grundgesamtheit (N)	Alle diagnostischen Koronarangiographien und PCI einschließlich Einzeitig-PCI
Zähler	Anzahl der Prozeduren mit Komplikationen an der Punktionsstelle (Summe aus den drei Komplikationsarten) 1. Erhebung bis zu 4h nach diagnostischen Koronarangiographien oder 2. Erhebung bis zu 12h nach PCI einschließlich Einzeitig-PCI
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

(Einrichtung: N = 480 Fälle und Bund: N = 5.267 Fälle)

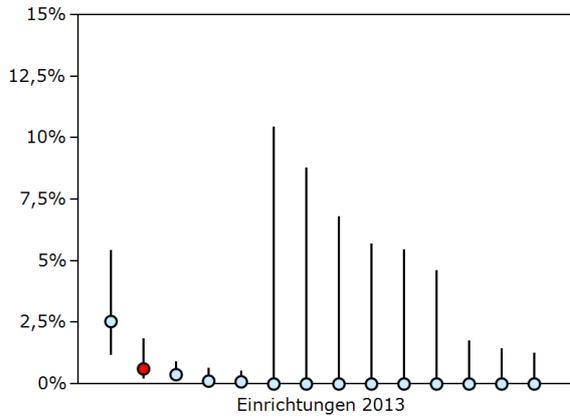


	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	3 / 480	0,6	0,2 - 1,8
Bund	16 / 5.267	0,3	0,2 - 0,5

Q1 7: Komplikationsrate an der Punktionsstelle

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

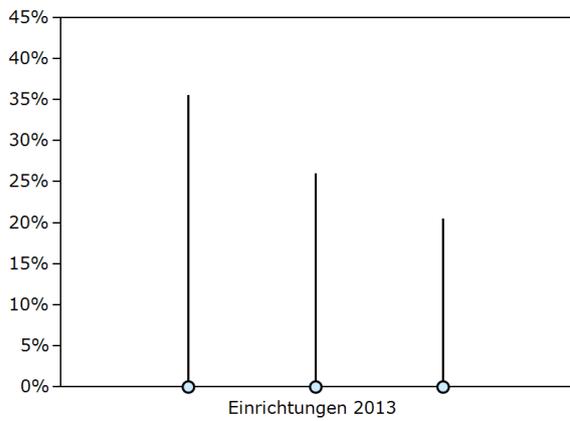
(Bund: N = 14 Einrichtungen)



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Bund	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,6	2,5	2,5

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 3 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3						
Bund	0,0 %	0,0 %	0,0 %						

Indikatorengruppe: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI

Qualitätsziel

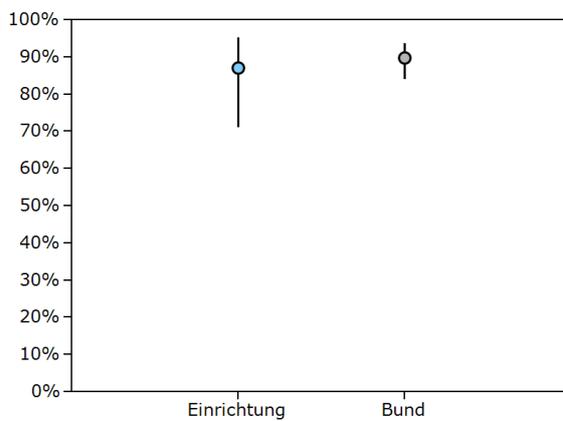
Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.

QI 8a: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI- Indikation STEMI bis 24 Stunden

Indikator-ID 51390
Grundgesamtheit (N) Alle PCI mit Indikation STEMI bis 24 Stunden nach Stellung der Diagnose
Zähler PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (TIMI III)
Referenzbereich nicht definiert

Indikatorergebnis

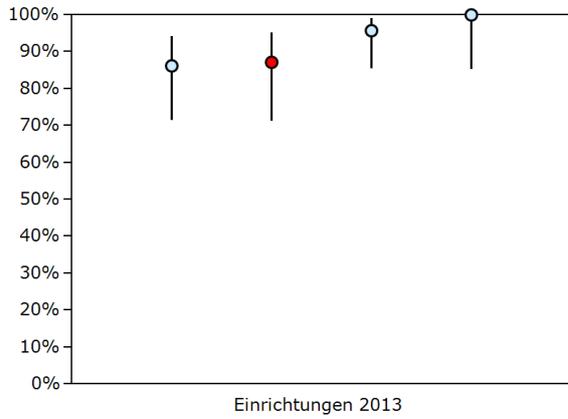
(Einrichtung: N = 31 Fälle und Bund: N = 155 Fälle)



	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	27 / 31	87,1	71,1 - 94,9
Bund	139 / 155	89,7	83,9 - 93,5

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

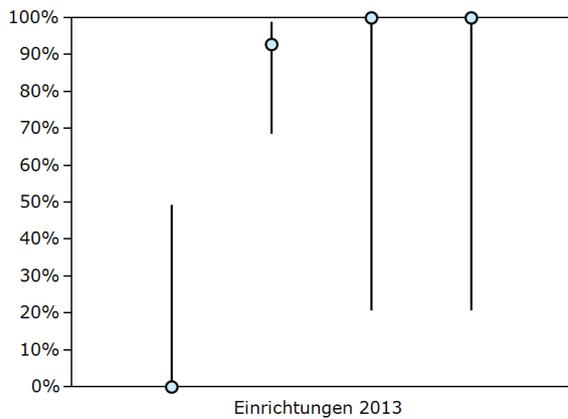
(Bund: N = 4 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4					
Bund	86,1 %	87,1 %	95,7 %	100,0 %					

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 4 Einrichtungen)



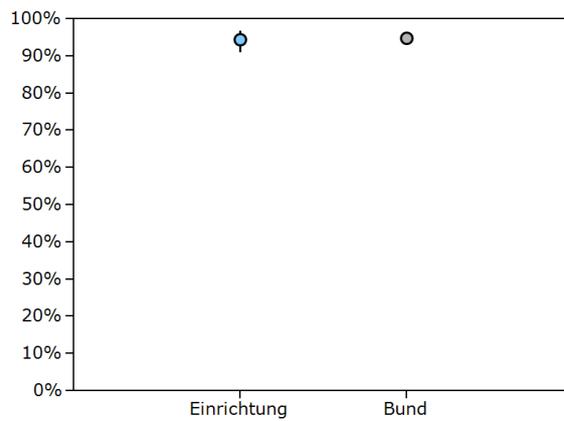
	E 1	E 2	E 3	E 4					
Bund	0,0 %	92,9 %	100,0 %	100,0 %					

QI 8b: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)

Indikator-ID	51391
Grundgesamtheit (N)	Alle PCI
Zähler	Alle PCI, für die das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde (bei Indikation STEMI: TIMI-III-Fluss)
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

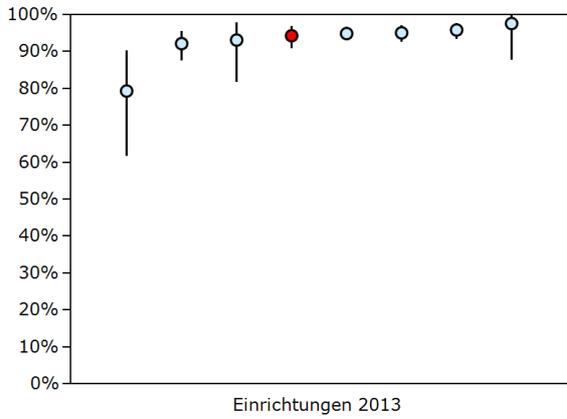
(Einrichtung: N = 251 Fälle und Bund: N = 1.995 Fälle)



	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	237 / 251	94,4	90,9 - 96,6
Bund	1.890 / 1.995	94,7	93,7 - 95,6

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

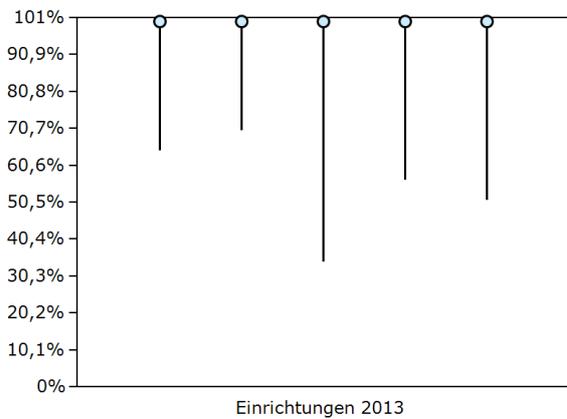
(Bund: N = 8 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8
Bund	79,3 %	92,3 %	93,2 %	94,4 %	95,0 %	95,2 %	95,9 %	97,6 %

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 5 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5
Bund	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

QI 9: Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI

QI 9: Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI

Qualitätsziel

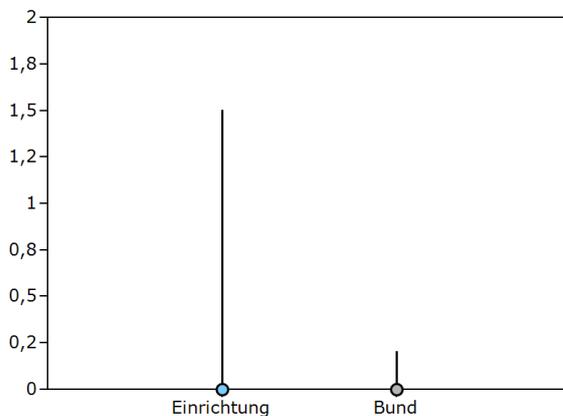
Optimierung der Prozessqualität bei PCI sowie Reduzierung der Notwendigkeit einer CABG nach PCI bzw. des damit verbundenen Mortalitäts- und Morbiditätsrisikos.

Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI

Indikator-ID	51392
Grundgesamtheit (N)	Alle PCI
Zähler	Alle Notfall-Verlegungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach einer PCI
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

(Einrichtung: N = 251 Fälle und Bund: N = 1.995 Fälle)

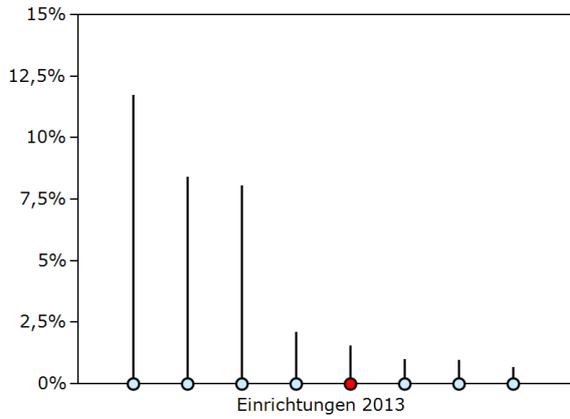


	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	0 / 251	0,0	0,0 - 1,5
Bund	0 / 1.995	0,0	0,0 - 0,2

Q1 9: Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

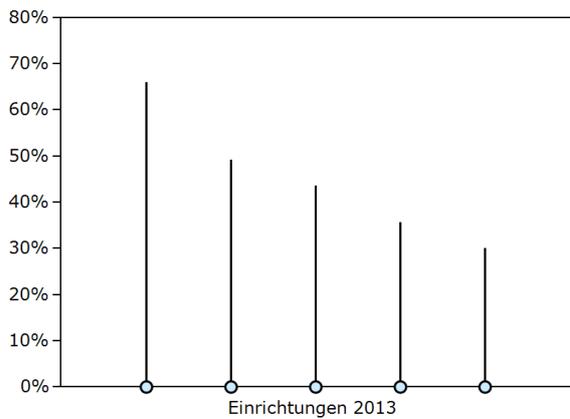
(Bund: N = 8 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8
Bund	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 5 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5
Bund	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Indikatorengruppe: MACCE

Qualitätsziel

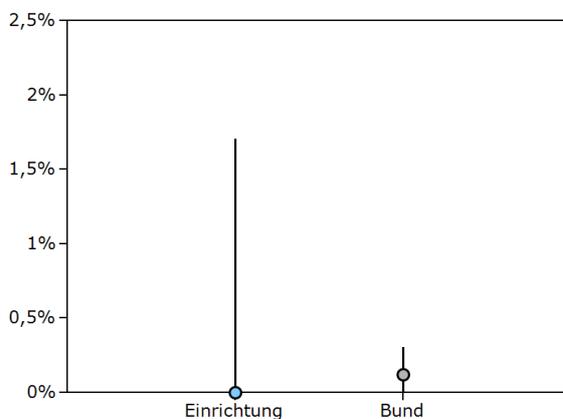
Selten intra- oder postprozedurale MACCE (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events).

QI 10a: MACCE – Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)

Indikator-ID	51393
Grundgesamtheit (N)	Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie
Zähler	Alle Patienten mit intra- oder postprozedural mindestens einer TIA bzw. einem Schlaganfall oder postprozeduraler Revaskularisierung mittels erneuter PCI oder Notfall-Verlegung/Einweisung zur CABG-Operation oder postprozedural mit einem Herzinfarkt oder Exitus im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

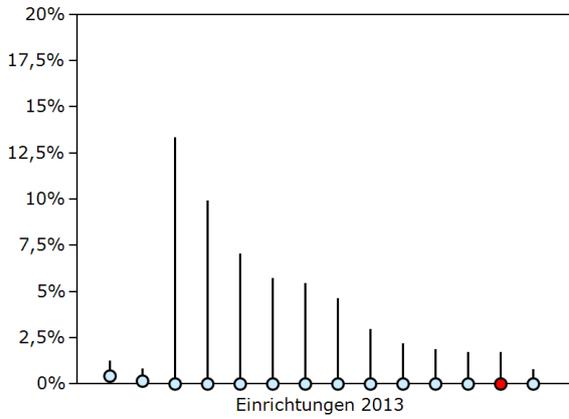
(Einrichtung: N = 227 Fälle und Bund: N = 3.272 Fälle)



	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	0 / 227	0,0	0,0 - 1,7
Bund	4 / 3.272	0,1	0,0 - 0,3

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

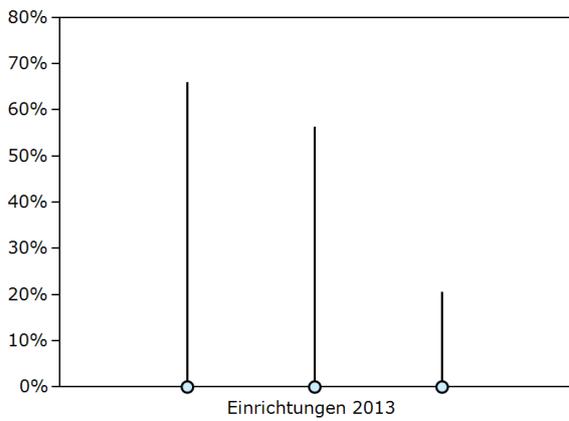
(Bund: N = 14 Einrichtungen)



	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Bund	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,4

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 3 Einrichtungen)



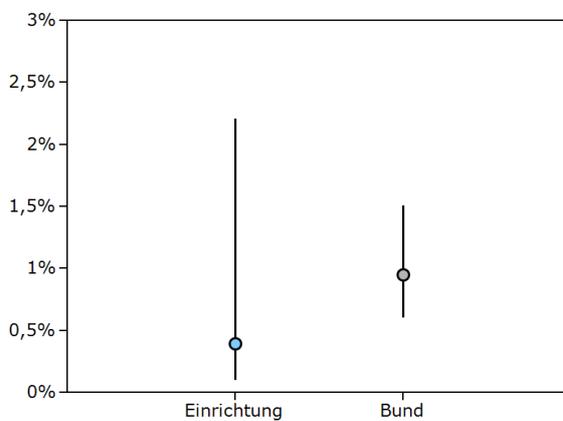
	E 1	E 2	E 3						
Bund	0,0 %	0,0 %	0,0 %						

QI 10b: MACCE bei PCI

Indikator-ID	51394
Grundgesamtheit (N)	Alle Patienten mit PCI (einschließlich Einzeitig-PCI)
Zähler	Alle Patienten mit intra- oder postprozedural mindestens einer TIA bzw. einem Schlaganfall oder postprozeduraler Revaskularisierung mittels erneuter PCI oder Notfall-Verlegung/Einweisung zur CABG-Operation oder postprozedural mit einem Herzinfarkt oder Exitus im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

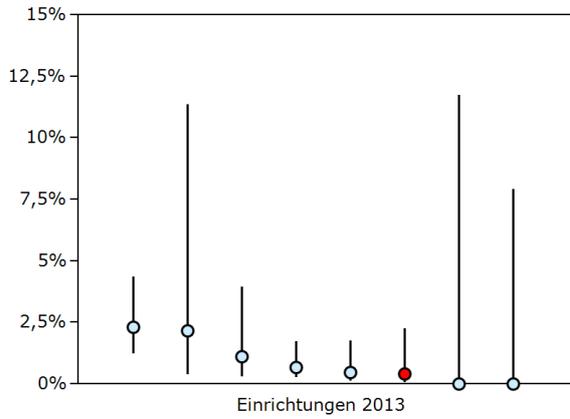
(Einrichtung: N = 253 Fälle und Bund: N = 1.995 Fälle)



	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	1 / 253	0,4	0,1 - 2,2
Bund	19 / 1.995	1,0	0,6 - 1,5

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

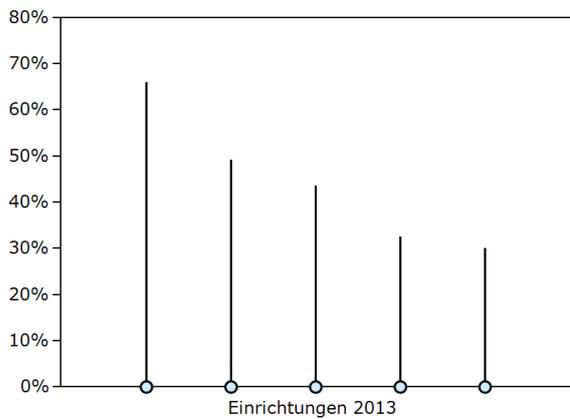
(Bund: N = 8 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8
Bund	2,3 %	2,2 %	1,1 %	0,7 %	0,5 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 5 Einrichtungen)



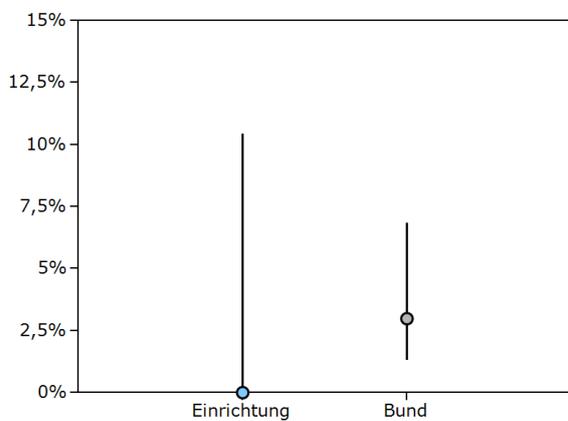
	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5
Bund	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

QI 10c: MACCE – Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

Indikator-ID	51395
Grundgesamtheit (N)	Alle Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
Zähler	Alle Patienten mit intra- oder postprozedural mindestens einer TIA bzw. einem Schlaganfall oder postprozeduraler Revaskularisierung mittels erneuter PCI oder Notfall-Verlegung/Einweisung zur CABG-Operation oder postprozedural mit einem Herzinfarkt oder Exitus im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

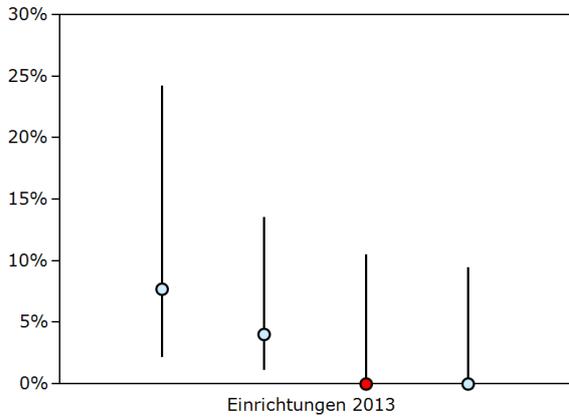
(Einrichtung: N = 33 Fälle und Bund: N = 168 Fälle)



	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	0 / 33	0,0	0,0 - 10,4
Bund	5 / 168	3,0	1,3 - 6,8

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

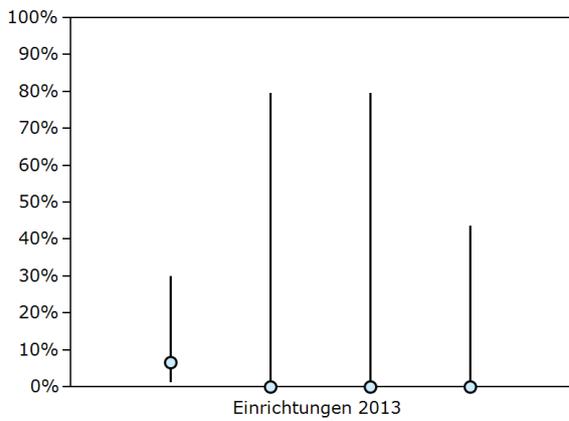
(Bund: N = 4 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4					
Bund	7,7 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %					

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 4 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4					
Bund	6,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %					

QI 11: Sterblichkeit bei PCI

Qualitätsziel

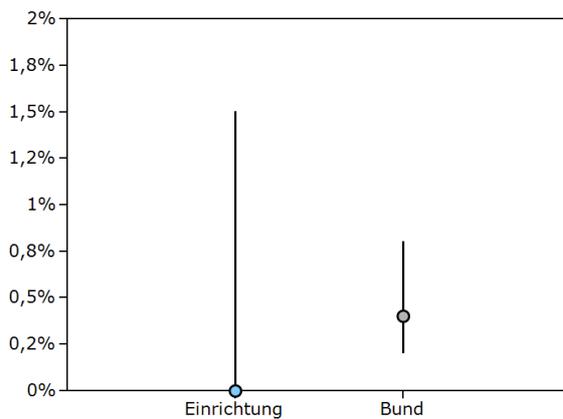
Niedrige Sterblichkeit.

Sterblichkeit (Letalität) im Nachbeobachtungszeitraum 12h – bei Patienten mit PCI

Indikator-ID	51396
Grundgesamtheit (N)	Alle Patienten mit PCI
Zähler	Alle Patienten mit intraprozeduralem Tod im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod im Nachbeobachtungszeitraum bis 12 h nach der letzten Prozedur
Referenzbereich	nicht definiert

Indikatorergebnis

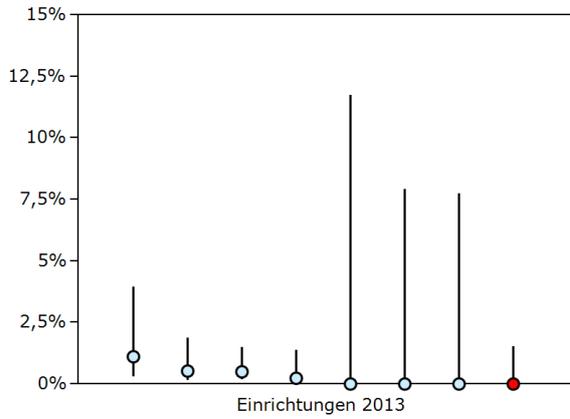
(Einrichtung: N = 253 Fälle und Bund: N = 1.995 Fälle)



	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	0 / 253	0,0	0,0 - 1,5
Bund	8 / 1.995	0,4	0,2 - 0,8

Einrichtungen mit mindestens 20 Fällen

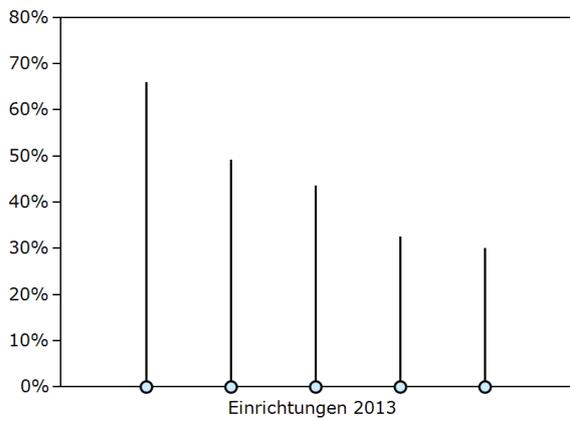
(Bund: N = 8 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8
Bund	1,1 %	0,5 %	0,5 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Einrichtungen mit bis zu 19 Fällen

(Bund: N = 5 Einrichtungen)



	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5
Bund	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %



Benchmarkreport 2013

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Einrichtung 10
<Straße>

IK-Nr.: XXXXXXXXXX

Basisauswertung

Erstellt am: 14.06.2013 - 1/2013020005

Inhaltsverzeichnis

Basisdokumentation	47
Datengrundlage	47
Patient	48
Anamnese	49
Kardiale Anamnese (vor Prozedur)	50
Prozedur	51
Art der Prozedur	51
Allgemeine Angaben	51
Koronarangiographie	53
PCI	54
Ereignisse während der Prozedur	55
Postprozeduraler Verlauf	56
Entlassung	58

Basisdokumentation

Datengrundlage

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
Datengrundlage				
Alle Patienten	480	100,0	5.267	100,0
Alle Prozeduren	480	100,0	5.267	100,0

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
Art der Leistungserbringung				
Alle Patienten	N = 480		N = 5.267	
(1) stationär	480	100,0	4.425	84,0
(2) ambulant, nach §115b, Krankenhaus	0	0,00	0	0,00
(3) ambulant, Vertragsarzt/ermächtigter Arzt/MVZ	0	0,00	842	16,0
Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)				
(0) nein	480	100,0	5.266	100,0
(1) ja	0	0,00	1	0,02

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
Art der Prozedur				
Alle Prozeduren	N = 480		N = 5.267	
(1) Diagnostische Koronarangiographie	227	47,3	3.272	62,1
(2) PCI	76	15,8	185	3,5
(3) einzeitig Koronarangiographie und PCI	177	36,9	1.810	34,4

Patient

	Einrichtung			Bund		
	n	%	kum. %	n	%	kum. %
Altersverteilung						
Alle Patienten	N = 480			N = 5.267		
< 30 Jahre	0	0,00	0	5	0,09	0,09
30 - 39 Jahre	1	0,21	0,21	40	0,76	0,85
40 - 49 Jahre	14	2,9	3,1	279	5,3	6,2
50 - 59 Jahre	63	13,1	16,2	852	16,2	22,3
60 - 69 Jahre	96	20,0	36,2	1.395	26,5	48,8
70 - 79 Jahre	208	43,3	79,6	1.960	37,2	86,0
≥ 80 Jahre	98	20,4	100,0	736	14,0	100,0

	Einrichtung		Bund	
	Ergebnis		Ergebnis	
Altersverteilung (in Jahren)				
Minimum	38	Jahre	23	Jahre
5. Perzentil	51	Jahre	48	Jahre
25. Perzentil	65	Jahre	61	Jahre
Mittelwert	71	Jahre	68,1	Jahre
Median	73	Jahre	70	Jahre
75. Perzentil	78	Jahre	76	Jahre
95. Perzentil	85	Jahre	84	Jahre
Maximum	96	Jahre	96	Jahre

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
Geschlecht				
männlich	343	71,5	3.554	67,5
weiblich	137	28,5	1.713	32,5

Anamnese

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt				
Alle Patienten	N = 480		N = 5.267	
(0) nein	13	2,7	351	6,7
(1) ja	390	81,2	4.741	90,0
(9) unbekannt	77	16,0	175	3,3
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt				
(0) nein	223	46,5	3.093	58,7
(1) ja	257	53,5	2.170	41,2
(9) unbekannt	0	0,00	4	0,08
Zustand nach koronarer Bypass-Op				
(0) nein	418	87,1	4.673	88,7
(1) ja	62	12,9	594	11,3
(9) unbekannt	0	0,00	0	0,00
Ejektionsfraktion unter 40%				
(0) nein	109	22,7	1.962	37,3
(1) ja	21	4,4	256	4,9
(2) fraglich	0	0,00	7	0,13
(9) unbekannt	350	72,9	3.042	57,8
Diabetes mellitus				
(0) nein	334	69,6	4.047	76,8
(1) ja, insulinpflichtig	146	30,4	1.219	23,1
(2) ja, nicht insulinpflichtig	0	0,00	1	0,02
(9) unbekannt	0	0,00	0	0,00
Niereninsuffizienz				
(0) nein	177	36,9	4.327	82,2
(1) ja, dialysepflichtig	6	1,2	52	0,99
(2) ja, nicht dialysepflichtig	258	53,8	782	14,8
(9) unbekannt	39	8,1	106	2,0

Kardiale Anamnese (vor Prozedur)

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
akutes Koronarsyndrom				
Alle Patienten	N = 480		N = 5.267	
(0) nein	278	57,9	3.845	73,0
davon stabile Angina pectoris				
(0) nein	104	37,4	1.525	39,7
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	16	5,8	257	6,7
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	140	50,4	1.473	38,3
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	18	6,5	590	15,3
davon objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung				
(0) nein	67	24,1	671	17,5
(1) ja	66	23,7	1.092	28,4
(2) fraglich	18	6,5	802	20,9
(9) unbekannt	127	45,7	1.280	33,3
(1) ja	202	42,1	1.422	27,0

Prozedur

Art der Prozedur

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
Art der Prozedur				
(1) Diagnostische Koronarangiographie	227	47,3	3.272	62,1
(2) PCI	76	15,8	185	3,5
(3) einzeitig Koronarangiographie und PCI	177	36,9	1.810	34,4

Allgemeine Angaben

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
Herzinsuffizienz (nach NYHA)				
Alle Prozeduren	N = 480		N = 5.267	
(0) nein	259	54,0	2.939	55,8
(1) ja, NYHA I	12	2,5	188	3,6
(2) ja, NYHA II	143	29,8	1.184	22,5
(3) ja, NYHA III	55	11,5	778	14,8
(4) ja, NYHA IV	11	2,3	178	3,4
kardiogener Schock				
(0) nein	6	54,5	166	93,3
(1) ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert	5	45,5	12	6,7
(2) ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil	0	0,00	0	0,00
Dringlichkeit der Prozedur				
(1) elektiv	276	57,5	3.757	71,3
(2) dringend	162	33,8	1.237	23,5
(3) notfallmäßig	42	8,8	273	5,2
Nierenfunktion gemessen				
(0) nein	38	7,9	110	2,1
(1) ja	442	92,1	5.157	97,9

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
Fibrinolyse vor der Prozedur				
Alle PCI (notfallmäßig)	N = 32		N = 174	
(0) nein	13	40,6	119	68,4
(1) ja	3	9,4	5	2,9
(9) unbekannt	16	50,0	50	28,7

	Einrichtung		Bund	
	Ergebnis		Ergebnis	
Flächendosisprodukt - Verteilung				
Alle Prozeduren mit gültigem Flächendosisprodukt	N = 480		N = 5.261	
Minimum	0	(cGy)* cm ²	0	(cGy)* cm ²
5. Perzentil	146,4	(cGy)* cm ²	300	(cGy)* cm ²
25. Perzentil	500,2	(cGy)* cm ²	900	(cGy)* cm ²
Mittelwert	1482,5	(cGy)* cm ²	2926,5	(cGy)* cm ²
Median	954,5	(cGy)* cm ²	1800	(cGy)* cm ²
75. Perzentil	1905,2	(cGy)* cm ²	3578	(cGy)* cm ²
95. Perzentil	4233,9	(cGy)* cm ²	9400	(cGy)* cm ²
Maximum	16345	(cGy)* cm ²	39900	(cGy)* cm ²

	Einrichtung		Bund	
	Ergebnis		Ergebnis	
applizierte Kontrastmittelmenge - Verteilung				
Alle Prozeduren mit gültiger Kontrastmittelmenge	N = 480		N = 5.267	
Minimum	1	ml	0	ml
5. Perzentil	40,2	ml	40	ml
25. Perzentil	70	ml	60	ml
Mittelwert	122,7	ml	103,6	ml
Median	100	ml	97	ml
75. Perzentil	160	ml	130	ml
95. Perzentil	259,5	ml	210	ml
Maximum	460	ml	570	ml

Koronarangiographie

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
führende Indikation zur Koronarangiographie				
Alle Koronarangiographien	N = 404		N = 5.082	
(1) V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK	73	18,1	1.705	33,5
(2) bekannte KHK	113	28,0	1.588	31,2
(3) akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)	158	39,1	1.199	23,6
(4) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose)	39	9,7	178	3,5
(5) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose)	3	0,74	13	0,26
(6) elektive Kontrolle nach Koronarintervention	7	1,7	10	0,20
(7) Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)	2	0,50	109	2,1
(8) Vitium	8	2,0	152	3,0
(9) sonstige	1	0,25	33	0,65
ohne Angabe	0	0,00	95	1,9
führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter				
(1) Ausschluss KHK	20	5,0	501	9,9
(2) KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%	41	10,1	661	13,0
(3) KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)	324	80,2	3.275	64,4
(4) Kardiomyopathie	5	1,2	116	2,3
(5) Herzklappenvitium	7	1,7	169	3,3
(6) Aortenaneurysma	1	0,25	11	0,22
(7) hypertensive Herzerkrankung	6	1,5	183	3,6
(9) andere kardiale Erkrankung	0	0,00	71	1,4
ohne Angabe	0	0,00	95	1,9

PCI

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
Indikation zur PCI				
Alle PCI	N = 253		N = 1.995	
(1) stabile Angina pectoris (nach CCS)	147	58,1	1.039	52,1
(2) akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)	62	24,5	644	32,3
(3) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose)	31	12,3	155	7,8
(4) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose)	2	0,79	13	0,65
(5) prognostische Indikation oder stumme Ischämie	8	3,2	129	6,5
(6) Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI	0	0,00	0	0,00
(9) sonstige	3	1,2	15	0,75
PCI an				
(1) Hauptstamm	17	6,7	55	2,8
(2) LAD	124	49,0	992	49,7
(3) RCX	55	21,7	439	22,0
(4) RCA	94	37,2	728	36,5
PCI mit besonderen Merkmalen				
(0) nein	109	43,1	1.008	50,5
(1) ja	144	56,9	987	49,5
besonderes Merkmal				
(1) PCI am kompletten Gefäßverschluss	31	21,5	226	22,9
(2) PCI eines Koronarbypasses	8	5,6	93	9,4
(3) PCI am ungeschützten Hauptstamm	11	7,6	31	3,1
(4) PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA	28	19,4	130	13,2
(5) PCI am letzten verbliebenen Gefäß	0	0,00	3	0,30
(6) PCI an einer In-Stent Stenose	102	70,8	661	67,0
(7) sonstiges	0	0,00	0	0,00
Stent(s) implantiert				
(0) nein	22	8,7	219	11,0
(1) ja	231	91,3	1.776	89,0

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
wesentliches Interventionsziel erreicht				
Alle PCI ohne Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= STHebungsinfarkt, STEMI)	N = 220		N = 1.827	
(0) nein	9	4,1	76	4,2
(1) ja	211	95,9	1.742	95,3
(2) fraglich	0	0,00	9	0,49
wesentliches Interventionsziel erreicht PCI bei STEMI (nach TIMI)				
Alle PCI mit Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung ((= STHebungsinfarkt, STEMI)	N = 33		N = 168	
(0) TIMI 0	1	3,0	7	4,2
(1) TIMI I	0	0,00	3	1,8
(2) TIMI II	4	12,1	10	6,0
(3) TIMI III	28	84,8	148	88,1

Ereignisse während der Prozedur

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
intraprozedural auftretende Ereignisse				
Alle Prozeduren	N = 480		N = 5.267	
(0) nein	475	99,0	5.232	99,3
(1) ja	5	1,0	35	0,66
davon				
(1) koronarer Verschluss	1	20,0	4	11,4
(2) TIA/ Schlaganfall	0	0,00	0	0,00
(3) Exitus im Herzkatheterlabor	0	0,00	7	20,0
(4) sonstiges	5	100,0	32	91,4

Postprozeduraler Verlauf

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt				
Alle Patienten	N = 480		N = 5.267	
(0) nein	480	100,0	5.263	99,9
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	2	0,04
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
TIA/ Schlaganfall				
(0) nein	480	100,0	5.242	99,5
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	23	0,44
Notfall PCI am selben Gefäß				
(0) nein	480	100,0	5.259	99,8
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	7	0,13
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation				
(0) nein	480	100,0	5.266	100,0
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
Tod				
(0) nein	479	99,8	5.247	99,6
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	13	0,25
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	1	0,21	6	0,11

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle				
(0) nein	479	99,8	5.257	99,8
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	1	0,21	6	0,11
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	2	0,04
Thrombin-Injektion nach Blutung an der Punktionsstelle				
(0) nein	480	100,0	5.262	99,9
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	3	0,06
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
Transfusion nach Blutung an der Punktionsstelle				
Alle Patienten	N = 480		N = 5.267	
(0) nein	480	100,0	5.262	99,9
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	2	0,04
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	1	0,02
chirurgische Intervention nach Blutung an der Punktionsstelle				
(0) nein	480	100,0	5.256	99,8
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	1	0,02
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	1	0,02
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	7	0,13
Gefäßthrombose (punktionsnah)				
(0) nein	480	100,0	5.262	99,9
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	2	0,04
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	0	0,00

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
Aneurysma spurium mit erneuter Kompression (punktionsnah)				
(0) nein	478	99,6	5.240	99,5
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	4	0,08
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	2	0,42	7	0,13
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00	13	0,25

Entlassung

	Einrichtung		Bund	
	n	%	n	%
Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt/überwiesen?				
Alle Patienten	N = 480		N = 5.267	
(0) nein	480	100,0	5.229	99,3
(1) ja	0	0,00	38	0,72



Auswertung zum Probetrieb 2013

Leseanleitung

zum Benchmarkreport für den Probetrieb PCI

Stand: 15. Juni 2013

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis	4
1. Inhalte und Zielgruppe des Benchmarkreports.....	5
2. Aufbau des Berichts und der Darstellungen	6
2.1. Struktur des Benchmarkreports	6
2.2. Übersicht Qualitätsindikatoren	6
2.3. Ergebnisse der Qualitätsindikatoren.....	7
2.4. Basisauswertung.....	7
3. Grafische Darstellung der Ergebnisse in Liniendiagrammen	8
4. Risikoadjustierung im Probetrieb.....	10
4.1. Warum Risikoadjustierung?.....	10
4.2. Welche Risikoadjustierungsmethoden?	10
4.3. Risikoadjustierung im Probetrieb PCI	10
Glossar.....	11

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebnisse (Beispielwerte)	8
Tabelle 2: Verteilungen für eine geringe Anzahl Einrichtungen (Beispielwerte)	9
Tabelle 3: Verteilungen (Min, Perzentile, Median, Max; Beispielwerte).....	9

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht Qualitätsindikatoren (Auszug mit Beispielwerten).....	6
Abbildung 2: Liniendiagramm (Vergleich mit Bundeswert).....	8
Abbildung 3: Liniendiagramm (Benchmark).....	9

1. Inhalte und Zielgruppe des Benchmarkreports

Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren

Wichtigster Bestandteil des Benchmarkreports sind Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren in unkommentierter Form.

Basisauswertungen

Basisauswertungen sind ergänzende, zumeist deskriptive Analysen zu den Indikatoren bzw. Leistungsbereichen.

Zielgruppe

Der Benchmarkreport richtet sich an die Teilnehmer des Probetriebs Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie.

2. Aufbau des Berichts und der Darstellungen

2.1. Struktur des Benchmarkreports

Die Struktur des Benchmarkreports orientiert sich an folgendem Schema:

- Einleitung und Übersicht der Qualitätsindikatoren
- Ergebnisse (gegliedert nach den Qualitätsindikatoren)
- Basisauswertung

Auf den folgenden Seiten finden Sie Erläuterungen zu den unterschiedlichen Abschnitten.

2.2. Übersicht Qualitätsindikatoren

Diese Tabelle ist ein Inhaltsverzeichnis der Indikatorengruppen und Qualitätsindikatoren in einem Leistungsbereich: Alle Indikatoren, zu denen Ergebnisse berichtet werden, sind in der Übersicht aufgeführt.

QI	Beschreibung	Referenzbereich	Ergebnis Einrichtung	Ergebnis Bund
QI 1	Indikation zur Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	nicht definiert	13,3 %	23,8 %
QI 2	Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI	nicht definiert	61,1 %	51,1 %
QI 3	Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI	nicht definiert	98,7 %	98,8 %
QI 4	„Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"	nicht definiert	95,7 %	96,0 %
Indikatorengruppe: Flächendosisprodukt				
QI 5a:	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²	nicht definiert	3,8 %	16,2 %
QI 5b:	Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²	nicht definiert	-	21,1 %
QI 5c:	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²	nicht definiert	1,3 %	12,2 %
QI 5d:	Flächendosisprodukt - Flächendosisprodukt unbekannt	nicht definiert	0,0 %	0,1 %

Abbildung 1: Übersicht Qualitätsindikatoren (Auszug mit Beispielwerten)

2.3. Ergebnisse der Qualitätsindikatoren

Hauptteil des Benchmarkreports sind die Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren. Die Präsentation der Ergebnisse beginnt im Anschluss an die „Übersicht Qualitätsindikatoren“. Charakteristisch für die Abschnitte zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ist eine durch grafische Mittel veranschaulichte Darstellung der zentralen Ergebnisse.

2.4. Basisauswertung

Die Basisauswertung ist der abschließende Teil der Auswertung. Sie enthält deskriptive Statistiken (z.B. Median, Mittelwert und/oder weitere Kennwerte) sowie Häufigkeiten (in Tabellenform und/oder grafischer Darstellung) für alle wichtigen Datenfelder, die für den jeweiligen Leistungsbereich erfasst wurden.

Abhängig vom Leistungsbereich beziehen sich die deskriptiven Analysen in unterschiedlichem Umfang auf folgende Gebiete:

- Patientenmerkmale
- Anamnese/Befunde
- Prä- und postoperative Diagnostik
- Operation/Behandlung
- Status des Patienten bei Entlassung

In den folgenden Abschnitten wenden wir uns den unterschiedlichen Diagrammtypen zu, die zur visuellen Aufbereitung der Ergebnisse des Probetriebs zur Anwendung kommen.

3. Grafische Darstellung der Ergebnisse in Liniendiagrammen

Das Liniendiagramm wird verwendet, um vergleichend die Werte aller Teilnehmer eines Qualitätsindikators und die der einzelnen Teilnehmer grafisch darzustellen.

Die Basis der Berechnungen (Anzahl der Fälle, resp. Patienten) kann der zweiten Zeile des Grafiktitels entnommen werden.

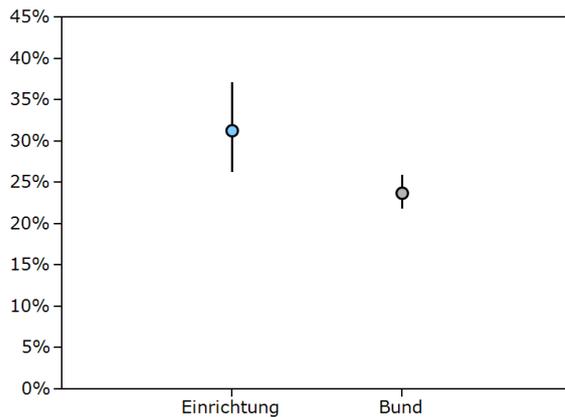


Abbildung 2: Liniendiagramm (Vergleich mit Bundeswert)

Die Versorgungsqualität des Einzelnen im Vergleich zu allen Teilnehmern kann somit direkt anhand der angegebenen Werte verglichen werden. Die Konfidenzintervalle (Vertrauensbereiche, vgl. Glossar) der Werte werden als senkrechte Linien gezeigt. Es ist allerdings möglich, dass ein Konfidenzintervall nicht erkennbar ist, weil seine Grenzen – abhängig vom Maßstab der y-Achse – sehr eng beieinander liegen. Dies ist dann der Fall, wenn sie innerhalb des Kreises liegen, der den Gesamtwert markiert.

Falls für den Qualitätsindikator ein Referenzbereich definiert ist, ist dieser farbig (gelb) unterlegt.

In einer Tabelle unterhalb des Liniendiagramms (s. u.) sind die Indikator-Gesamtwerte („Ergebnis“ oder „Ergebnis %“), die Werte für Zähler („n“) und Grundgesamtheit („N“) sowie die Grenzen des zweiseitigen 95 %-Konfidenzintervalls (Vertrauensbereich) aufgeführt.

Tabelle 1: Ergebnisse (Beispielwerte)

	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Einrichtung	88 / 281	31,3	26,2 - 37,0
Bund	405 / 1.705	23,8	21,8 - 25,8

Auf der folgenden Seite werden separate Diagramme für Einrichtungen mit 1 bis 19 Fällen bzw. 20 Fällen und mehr bereitgestellt. In diesen Liniendiagrammen wird das Ergebnis einer Einrichtung dem Ergebnis aller Einrichtungen gegenübergestellt. Die entsprechende Einrichtung wird rot hervorgehoben.

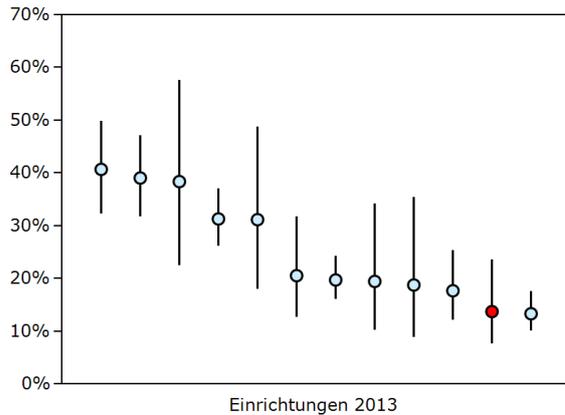


Abbildung 3: Liniendiagramm (Benchmark)

Falls die Anzahl der Einrichtungen im einstelligen Bereich liegt, werden die Einrichtungsergebnisse unterhalb der Grafik in einer Tabelle ausgewiesen. Das abgebildete Beispiel zeigt die Ergebnisse von 4 Einrichtungen (E 1 bis E4).

Tabelle 2: Verteilungen für eine geringe Anzahl Einrichtungen (Beispielwerte)

	E 1	E 2	E 3	E 4
Bund	100,0 %	80,5 %	75,2 %	68,8 %

Im anderen Fall wird die grafische Darstellung durch eine Ergebnistabelle ergänzt, der die Minima und Maxima (vgl. Glossar) der Einrichtungs-Verteilung des Indikators sowie wichtige Perzentile der Verteilung entnommen werden können.

Tabelle 3: Verteilungen (Min, Perzentile, Median, Max; Beispielwerte)

	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
Bund	0,0	13,3	48,7	68,4	75,1	85,6	92,4	95,3	100,0

4. Risikoadjustierung im Probetrieb

4.1. Warum Risikoadjustierung?

Die Analyse von Qualitätsindikatoren hat das Ziel, die Behandlungsergebnisse verschiedener medizinischer Versorgungseinrichtungen miteinander zu vergleichen. Dabei ist ein fairer Vergleich unabdingbar. Die Ergebnisse sollen die tatsächliche Behandlungsqualität widerspiegeln, unabhängig von der Zusammensetzung der Patienten der untersuchten Einrichtung. Würden die Patienten zu den Einrichtungen zufällig zugewiesen, so wären diese hinsichtlich der Patientencharakteristika strukturgleich. In der Realität erfolgt die Zuteilung jedoch nicht zufällig. Es existiert vielmehr eine Reihe von Faktoren, die dazu führen, dass ein Patient eine bestimmte Einrichtung aufsucht. Unterschiedlich zusammengesetzte Patientenkollektive sind häufig die Folge. Risikoadjustierung ist dann notwendig, wenn sich die Patientencharakteristika und damit das Risikoprofil zwischen den zu vergleichenden Einrichtungen unterscheiden. Die zentrale Herausforderung bei der statistischen Analyse von Qualitätsindikatoren besteht deshalb darin, durch geeignete Risikoadjustierungsverfahren einen fairen Vergleich medizinischer Einrichtungen zu ermöglichen. Der für einen Qualitätsindikator erhobene Wert für einen Patienten hängt eben nicht nur von der Qualität der behandelnden Einrichtung ab, sondern auch von individuellen patientenbezogenen Risikofaktoren wie z.B. dem Schweregrad der Erkrankung, demografischen Faktoren (z.B. Alter, Geschlecht), klinischen Faktoren (z.B. Komorbiditäten, Vorerkrankungen), sozioökonomischen Faktoren (z.B. Bildung), gesundheitsbezogenes Verhalten (z.B. Rauchen), Einstellungen und Präferenzen von Patienten (z.B. hinsichtlich Lebensqualität). Die zentrale Herausforderung bei der statistischen Analyse von Qualitätsindikatoren mit dem Ziel einer Gegenüberstellung der Ergebnisse verschiedener Einrichtungen besteht deshalb darin, durch die Anwendung sogenannter Risikoadjustierungsverfahren einen fairen Vergleich zu ermöglichen, indem Unterschiede in den Ausgangsbedingungen hinsichtlich patientenbezogener Einflussbedingungen ausgeglichen werden.

4.2. Welche Risikoadjustierungsmethoden?

Die Qualitätsindikatoren werden für Risikofaktoren adjustiert, die in der Literatur oder in vorangegangenen Auswertungen als prognostisch relevant identifiziert wurden. Folgende Methoden zur Adjustierung von Qualitätsindikatoren werden in der Regel eingesetzt:

- Stratifizierung: Bildung von Schichten nach Ausprägung des Risikofaktors.
- Multiple logistische Regression: Untersuchung des Einflusses von Risikofaktoren auf einen binären Qualitätsindikator.

4.3. Risikoadjustierung im Probetrieb PCI

Mögliche relevante Risikofaktoren für das Verfahren PCI waren im Entwicklungsprozess definiert worden. Eine Risikoadjustierung im Zuge der Auswertung des Probetriebs wurde jedoch nicht vorgenommen, weil aufgrund der geringen und selektiven Teilnehmer- und Fallzahl kein valides Risikomodell geschätzt werden kann. Dies soll und kann erstmals im Echtbetrieb erfolgen, wenn auf der Datenbasis des ersten Erhebungszeitraums ein entsprechendes Modell erstellt werden kann.

Glossar

Perzentile, Median und Quartile

Diese Kennwerte werden vor allem zur Beschreibung der Einrichtungsergebnisse verwendet.

Die Perzentile bzw. Prozentränge untergliedern die der Größe nach sortierten Werte einer Verteilung in hundert gleich große Bereiche. Das 25. Perzentil, das 50. Perzentil bzw. der Median und das 75. Perzentil werden auch als Quartile bezeichnet, da sie die Daten in vier (gleich große) Bereiche zerlegen.

Für das x. Perzentil der Einrichtungsergebnisse gilt, dass x % der Einrichtungsergebnisse kleiner oder gleich dem x. Perzentil sind. Haben beispielsweise 25 % der untersuchten Einrichtungen eine Wundinfektionsrate von 1,5 % oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5 % dem 25. Perzentil.

Das 50. Perzentil wird als Median bezeichnet. Es ist derjenige Wert der Verteilung, der die der Größe nach sortierten Werte in zwei gleich große Hälften teilt: 50 % der Einrichtungen erreichen Werte, die kleiner oder gleich dem Median sind, während die Werte der anderen 50 % der Einrichtungen größer oder gleich dem Median sind.

Mit dem Median lässt sich die „mittlere“ Ausprägung einer Werteverteilung kennzeichnen, auch wenn die Verteilung asymmetrisch ist und Extremwerte auftreten – er hat den Vorteil, gegen Ausreißer unempfindlich zu sein.

Mit Hilfe von Perzentilen lassen sich Maße für die Streuung einer Verteilung angeben, die im Gegensatz zur Spannweite durch Ausreißer nicht beeinflusst werden:

- Der Interquartilbereich (IQR) wird durch das 25. und das 75. Perzentil begrenzt; er schließt 50 % aller Werte ein
- Der Interdezilbereich hat als Grenzen das 10. und das 90. Perzentil; er enthält somit 80 % aller Werte

Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)

Der Vertrauensbereich beschreibt ein Intervall um einen berechneten Ergebniswert, z. B. um das Gesamtergebnis eines Indikators. Vereinfacht ausgedrückt gibt der Vertrauensbereich den Bereich an, in dem der tatsächliche Wert eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z. B. Dokumentationsfehler) mit einer bestimmten, zuvor festgelegten Wahrscheinlichkeit liegt.

Der Umfang eines Vertrauensbereichs hängt von folgenden Parametern ab:

- Der Sicherheitswahrscheinlichkeit. Im Benchmarkreport wird mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % gearbeitet.
- Der Anzahl der Fälle (z. B. Anzahl der operierten Patienten).

Qualitätsindikatoren

Ein Qualitätsindikator ermöglicht es, ein Qualitätsziel in eine Zahl zu „übersetzen“, d. h. zu quantifizieren. Erst dadurch wird eine Aussage darüber möglich, wie weit die medizinische Versorgung in einer einzelnen Einrichtung (oder in einem Gebiet) von einem Qualitätsziel entfernt ist oder inwieweit dieses Ziel erreicht wurde. Die Quantifizierung bedient sich der im Rahmen der Qualitätssicherung erhobenen Daten zu Patient und Behandlungsverlauf. Häufig ist der daraus resultierende Indikatorwert ein Prozentwert (in Anlehnung an den englischen Sprachgebrauch wurden Anteilswerte bisher als „Rate“ bezeichnet – aus Kontinuitätsgründen wird dieser Begriff beibehalten). Der Zähler des Prozentwerts ist die Anzahl der Patienten, für die das Qualitätsziel je nach Zielsetzung des Qualitätsindikators erreicht bzw. nicht erreicht wurde. Der Nenner ist die Gesamtheit aller

Patienten, die sich einer entsprechenden Behandlung unterzogen haben. Jeder Qualitätsindikator hat eine Identifikationsnummer, die sog. Qualitätsindikator-ID (Q-ID).

Referenzbereiche und Auffälligkeiten

Für die meisten Qualitätsindikatoren existieren Referenzbereiche. Referenzbereiche sind die Beurteilungskriterien, anhand derer Behandlungsergebnisse eingestuft werden. Mit Hilfe des Referenzbereichs wird eine gute und auch erreichbare Versorgungsqualität definiert. Er „... unterscheidet auffällige von unauffälligen Ergebnissen. Ergebnisse innerhalb der Referenzbereiche sind als unauffällige Versorgungsqualität zu werten. Referenzbereiche können entweder durch einen festen Wert definiert (fixer Referenzbereich) oder durch die Verteilung der Einrichtungsergebnisse festgelegt sein (Perzentil-Referenzbereich).

Neben fixen und Perzentil-Referenzbereichen sind Ziel- und Toleranzbereiche zu unterscheiden.

- **Zielbereiche:** Gestützt auf wissenschaftliche Untersuchungen wird definiert, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereichsgrenze festgelegt.
- **Toleranzbereiche:** Für einige Indikatoren lässt sich keine sichere Grenze festlegen, die eine erreichbar gute Qualität beschreibt. Hier wird der Referenzbereich so festgelegt, dass er besonders auffällige Ergebnisse abgrenzt. Dies kann sowohl über einen festen Wert als auch über ein Perzentil erfolgen (Perzentil-Referenzbereich).

Die Grenze eines Perzentil-Referenzbereichs wird anhand der jeweils aktuellen Verteilung der Einrichtungsergebnisse von Einrichtungen mit 20 oder mehr Behandlungsfällen ermittelt. Dies bedeutet, dass sich die Grenze eines Referenzbereichs dieses Typs von Erfassungsjahr zu Erfassungsjahr verschieben kann.

Eine Sonderstellung nehmen die so genannten Sentinel-Event-Indikatoren ein. Diese Indikatoren haben fixe Referenzbereiche, die ausschließlich den Wert 0 % umfassen. Dies bedeutet, dass jeder einzelne Behandlungsfall, der nicht dem Qualitätsziel entspricht, auffällig wird. Sentinel-Event-Indikatoren sollen sehr seltene, schwer wiegende Ereignisse erfassen.

Rechnerische Auffälligkeiten müssen im Strukturierten Dialog bearbeitet werden. Dies bedeutet im Regelfall:

- entweder (in weniger schwer wiegenden Fällen oder bei erstmaliger Auffälligkeit): an die Einrichtung wird ein Hinweis verschickt, der auf einen potenziellen Qualitätsmangel aufmerksam macht
- oder: die Einrichtung wird zu einer Stellungnahme aufgefordert, mit der eine Klärung der rechnerischen Auffälligkeit erreicht werden soll.

Für einige Qualitätsindikatoren sind keine Referenzbereiche definiert. Anhand der Einrichtungsergebnisse für diese Indikatoren kann zwar vergleichend die Behandlungsqualität einer Einrichtung beurteilt werden; es ist aber mangels Bezugsgröße nicht möglich, Einrichtungen als auffällig oder unauffällig einzustufen.



Auswertung zum Probebetrieb 2013

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Qualitätsindikatoren

Erstellt am: 14.06.2013 - 1/2013020005

Das AQUA-Institut ist als fachlich unabhängige Institution gemäß § 137a SGB V u.a. damit betraut, im Rahmen der sektorübergreifenden Qualitätssicherung Bundesauswertungen durchzuführen. In diesem Bericht handelt es sich um Auswertungen die im Rahmen eines Probetriebs durchgeführt wurden.

Der vorliegende Bericht enthält unkommentierte Auswertungen zu allen Qualitätsindikatoren des genannten Probeverfahrens sowie verschiedene ergänzende, deskriptive Auswertungen (Basisauswertungen im hinteren Teil des Berichtes). In Bezug auf die einzelnen Qualitätsindikatoren ist zu beachten, dass diese im Gegensatz zu der Basisauswertung, ggf. nur auf einen ausgewählten Teil der Grundgesamtheit fokussieren.

Für Rückfragen, Anregungen und konstruktive Kritik stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52-0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Datengrundlage	5
Übersicht Qualitätsindikatoren	6
QI 1: Indikation zur Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	7
QI 2: Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI	9
QI 3: Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI	11
QI 4: „Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"	13
Indikatorengruppe: Flächendosisprodukt	15
QI 5a: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²	15
QI 5b: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²	17
QI 5c: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²	19
QI 5d: Flächendosisprodukt - Flächendosisprodukt unbekannt	21
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge	23
QI 6a: Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Koronarangiographien (ohne PCI)	23
QI 6b: Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller PCI ohne Einzeitig-PCI	25
QI 6c: Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Einzeitig-PCI	27
QI 7: Komplikationsrate an der Punktionsstelle	29
Indikatorengruppe: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI	31
QI 8a: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI- Indikation STEMI bis 24 Stunden	31
QI 8b: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)	33
QI 9: Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI	35
Indikatorengruppe: MACCE	37
QI 10a: MACCE – Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)	37
QI 10b: MACCE bei PCI	39
QI 10c: MACCE – Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	41
QI 11: Sterblichkeit bei PCI	43
Basisauswertung	45

Einleitung

Unter Koronarer Herzerkrankung (KHK) versteht man eine Verengung der Herzkranzgefäße. Das Ausmaß und die Lokalisation dieser Verengungen werden mit einer Koronarangiographie abgebildet. Das Ergebnis der Koronarangiographie ist maßgeblich dafür, ob zur Wiederherstellung des Blutflusses (Revaskularisation) eine Ballondilatation, ggf. in Verbindung mit einer Stentimplantation, oder ein herzchirurgischer Eingriff (eine sog. Bypass-Operation) notwendig ist.

Die Ballondilatation sowie die Stentimplantation werden der Perkutanen Koronarintervention (engl. PCI) zugerechnet. Bei einer PCI wird ein Katheter, an dessen Ende ein kleiner Ballon befestigt ist, über einen Führungsdraht bis zur Verengung des Herzkranzgefäßes vorgeschoben. Durch Füllung des Ballons wird die Verengung aufgeweitet (Ballondilatation). Um das Ergebnis der Ballondilatation möglichst langfristig zu erhalten und einer Wiederverengung der Herzkranzgefäße entgegenzuwirken, wird ggf. ein kleines „Gittergerüst“ (Stent) implantiert.

Schwerpunkt der Betrachtung im Rahmen der Qualitätssicherung sind neben der Indikationsstellung die Erfolgs- bzw. Komplikationsrate, die Durchleuchtungsdauer und die Strahlenbelastung des Patienten. Dabei ist die Unterscheidung wichtig, ob Koronarangiographie und PCI getrennt oder im Rahmen eines gemeinsamen Eingriffs („Einzeitig-PCI“) vorgenommen werden.

Datengrundlage

2013	Datenbestand
Datensätze gesamt	5.267

Übersicht Qualitätsindikatoren

QI	Beschreibung	Referenzbereich	Ergebnis 2013
QI 1	Indikation zur Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	nicht definiert	23,8 %
QI 2	Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI	nicht definiert	51,1 %
QI 3	Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI	nicht definiert	98,8 %
QI 4	„Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"	nicht definiert	96,0 %
Indikatorengruppe: Flächendosisprodukt			
QI 5a:	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²	nicht definiert	16,2 %
QI 5b:	Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²	nicht definiert	21,1 %
QI 5c:	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²	nicht definiert	12,2 %
QI 5d:	Flächendosisprodukt - Flächendosisprodukt unbekannt	nicht definiert	0,1 %
Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge			
QI 6a:	Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Koronarangiographien (ohne PCI)	nicht definiert	70 ml
QI 6b:	Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller PCI ohne Einzeitig-PCI	nicht definiert	100 ml
QI 6c:	Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Einzeitig-PCI	nicht definiert	130 ml
QI 7	Komplikationsrate an der Punktionsstelle	nicht definiert	0,3 %
Indikatorengruppe: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI			
QI 8a:	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI-Indikation STEMI bis 24 Stunden	nicht definiert	89,7 %
QI 8b:	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)	nicht definiert	94,7 %
QI 9	Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI	nicht definiert	0,0 %
Indikatorengruppe: MACCE			
QI 10a:	MACCE – Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)	nicht definiert	0,1 %
QI 10b:	MACCE bei PCI	nicht definiert	1,0 %
QI 10c:	MACCE – Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	nicht definiert	3,0 %
QI 11	Sterblichkeit bei PCI	nicht definiert	0,4 %

QI 1: Indikation zur Koronarangiographie - Anteil ohne pathologischen Befund

QI 1: Indikation zur Koronarangiographie - Anteil ohne pathologischen Befund

Qualitätsziel

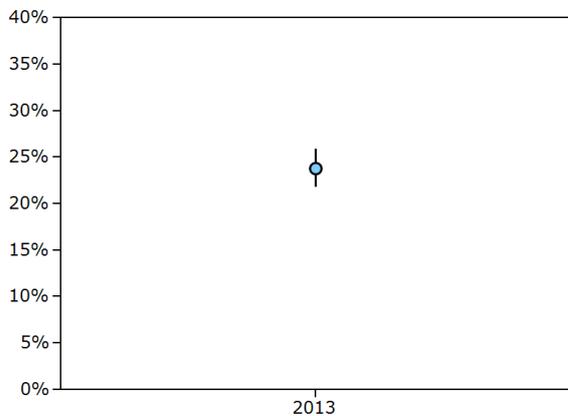
Reduktion der KHK-Ausschlüsse mittels Koronarangiographie.

Indikation zur Koronarangiographie - Anteil ohne pathologischen Befund

Indikator-ID	51379
Grundgesamtheit (N)	Alle elektiven Koronarangiographien, die wegen Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK (d.h. ohne vorbekannte KHK) durchgeführt wurden
Zähler	Alle elektiven Koronarangiographien mit angiographisch normalen Koronargefäßen, die wegen Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK (d.h. ohne vorbekannte KHK) durchgeführt wurden
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2013: N = 1.705 Fälle)

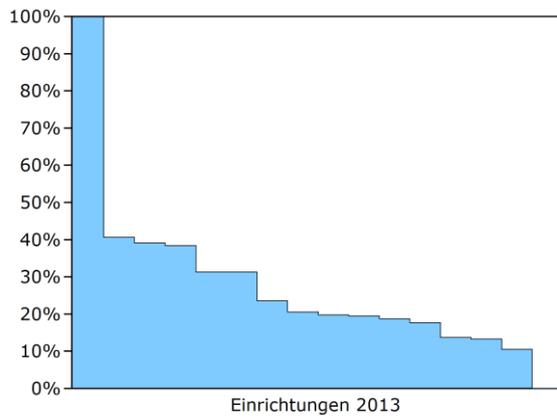


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	405 / 1.705	23,8	21,8 - 25,8

Q1 1: Indikation zur Koronarangiographie - Anteil ohne pathologischen Befund

Einrichtungen

(2013: N = 16 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	0,0	0,0	7,4	14,7	20,2	36,7	58,5	100,0	100,0

QI 2: Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI

QI 2: Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI

Qualitätsziel

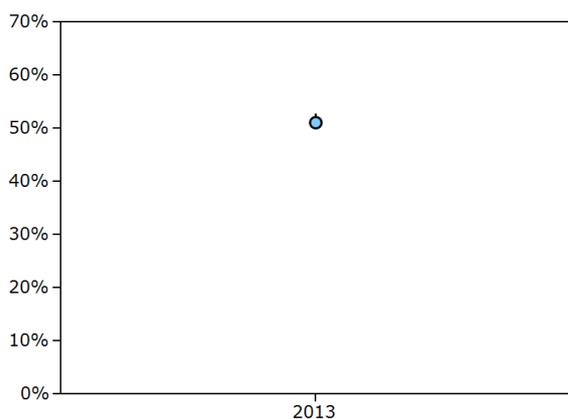
Möglichst immer korrekte Indikationsstellung zur Koronarangiographie.

Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI

Indikator-ID	51378
Grundgesamtheit (N)	Alle Koronarangiographien mit führender Indikation: - „bekannte KHK“ oder - „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder - „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ oder - akutem Koronarsyndrom
Zähler	Alle Koronarangiographien bei Patienten - mit akutem Koronarsyndrom oder - mit objektiven (apparativen) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2013: N = 4.693 Fälle)

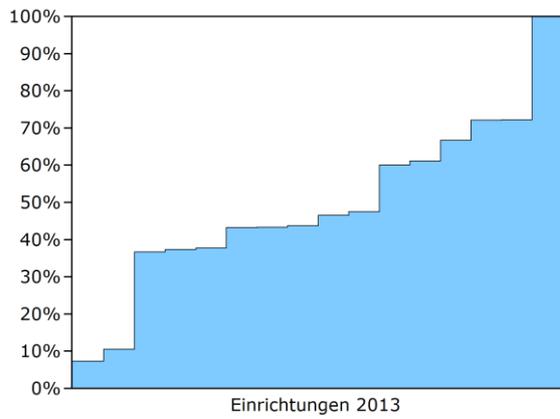


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	2.400 / 4.693	51,1	49,7 - 52,6

Q1 2: Akutes Koronarsyndrom oder objektive Ischämiezeichen als Indikation zur Koronarangiographie oder Einzeitig-PCI

Einrichtungen

(2013: N = 16 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	7,3	7,3	9,6	37,4	45,1	65,3	80,5	100,0	100,0

QI 3: Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI

QI 3: Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI

Qualitätsziel

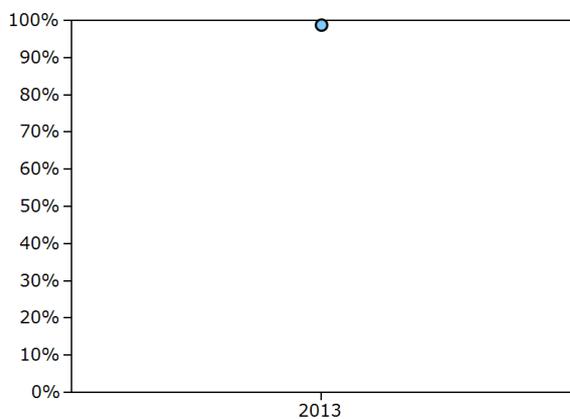
Möglichst hoher Anteil an geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI bei denen die Nierenfunktion der Patienten gemessen wird.

Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI

Indikator-ID	51380
Grundgesamtheit (N)	Alle geplanten diagnostischen Koronarangiographien oder PCI
Zähler	Alle geplanten diagnostischen Koronarangiographien oder PCI, bei denen innerhalb einer Woche vor der Intervention die Nierenfunktion des Patienten gemessen wurde
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2013: N = 4.994 Fälle)

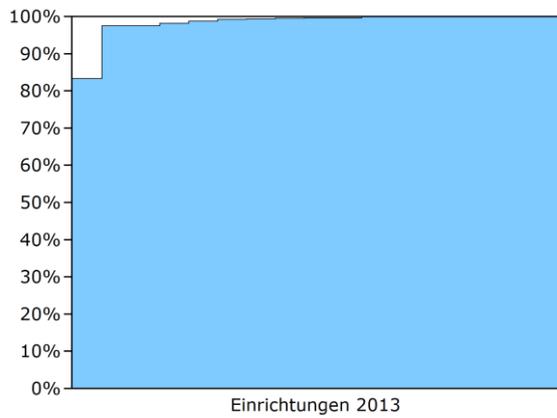


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	4.934 / 4.994	98,8	98,5 - 99,1

QI 3: Messung der Nierenfunktion vor einer geplanten diagnostischen Koronarangiographie oder PCI

Einrichtungen

(2013: N = 17 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	83,3	83,3	94,7	98,5	99,6	100,0	100,0	100,0	100,0

QI 4: „Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"

QI 4: „Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"

Qualitätsziel

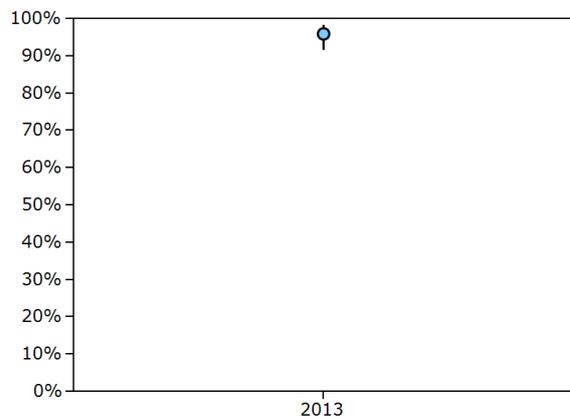
Möglichst hohe Rate an primären PCI, die innerhalb des durch die Leitlinien geforderten Zeitrahmens von 90 Minuten nach Ankunft der Patienten mit STEMI in der Einrichtung durchgeführt werden.

„Door-to-balloon“-Zeit – PCI bei STEMI < 24h

Indikator-ID	51381
Grundgesamtheit (N)	Alle primären PCI bei Patienten mit STEMI < 24 h
Zähler	Alle primären PCI, die innerhalb von 90 Minuten nach Ankunft von Patienten mit STEMI < 24h in der Einrichtung durchgeführt wurden
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2013: N = 149 Fälle)

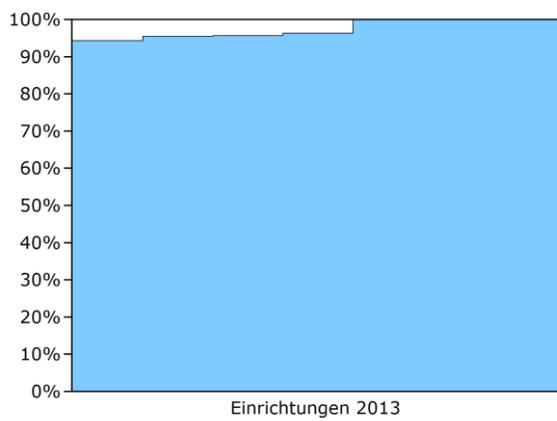


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	143 / 149	96,0	91,5 - 98,1

QI 4: „Door-to-balloon“-Zeit bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"

Einrichtungen

(2013: N = 7 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	94,3	94,3	94,3	95,5	96,3	100,0	100,0	100,0	100,0

Indikatorengruppe: Flächendosisprodukt

Qualitätsziel

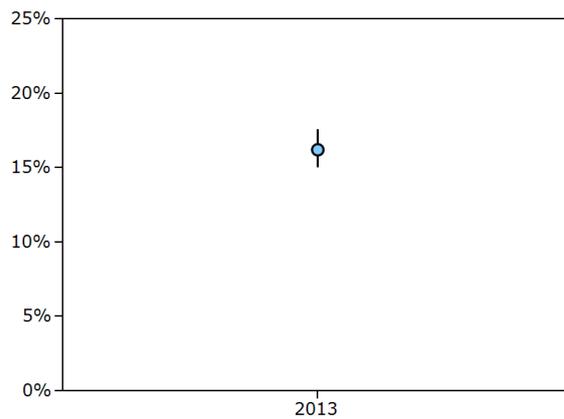
Möglichst niedriges Flächendosisprodukt und vollständige Dokumentation des Flächendosisprodukts.

QI 5a: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²

Indikator-ID	51382
Grundgesamtheit (N)	Alle isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Flächendosisprodukt
Zähler	Isolierte Koronarangiographien mit einem Flächendosisprodukt > 3.500 cGy*cm ²
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

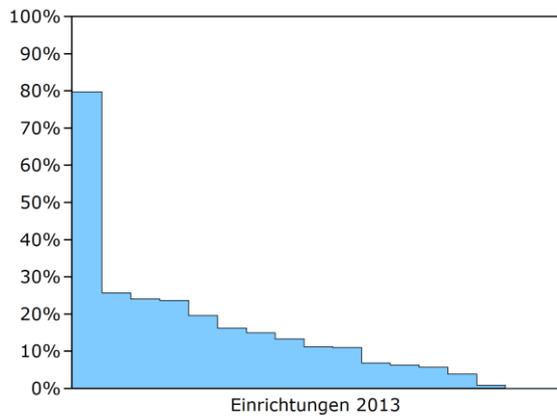
(2013: N = 3.270 Fälle)



Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	531 / 3.270	16,2	15,0 - 17,5

Einrichtungen

(2013: N = 17 Einrichtungen)



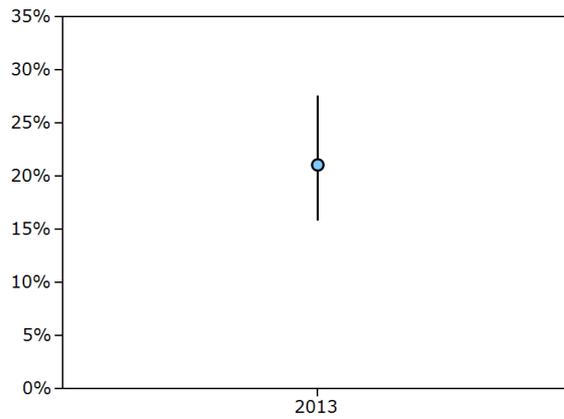
Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	0,0	0,0	0,0	4,8	11,2	21,6	36,5	79,7	79,7

QI 5b: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm²

Indikator-ID	51383
Grundgesamtheit (N)	Alle isolierten PCI (d.h. ohne Einzeitig-PCI) mit bekanntem Flächendosisprodukt
Zähler	Isolierte PCI mit einem Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm ²
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

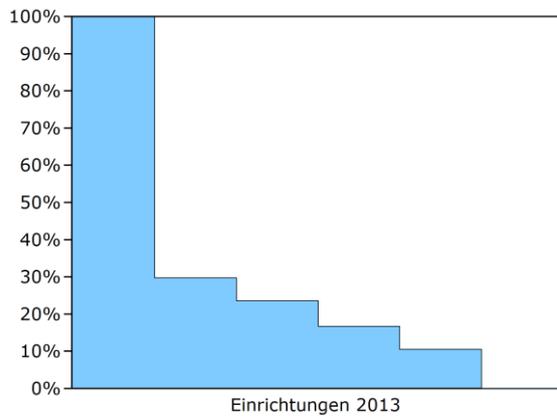
(2013: N = 185 Fälle)



Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	39 / 185	21,1	15,8 - 27,5

Einrichtungen

(2013: N = 6 Einrichtungen)



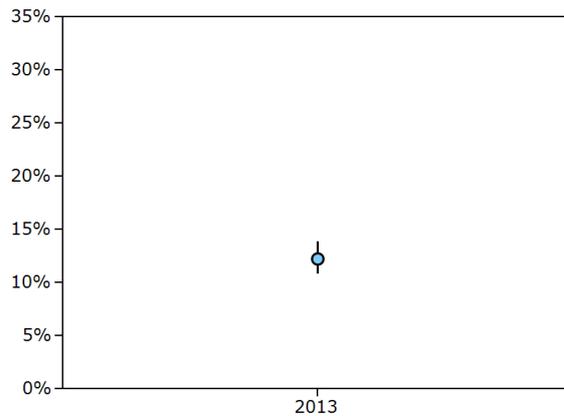
Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	0,0	0,0	0,0	7,9	20,1	47,3	100,0	100,0	100,0

QI 5c: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²

Indikator-ID	51384
Grundgesamtheit (N)	Alle Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt
Zähler	Einzeitig-PCI mit einem Flächendosisprodukt > 8.000 cGy*cm ²
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

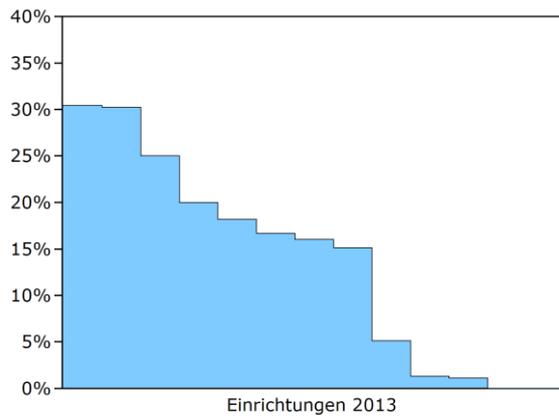
(2013: N = 1.806 Fälle)



Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	221 / 1.806	12,2	10,8 - 13,8

Einrichtungen

(2013: N = 13 Einrichtungen)



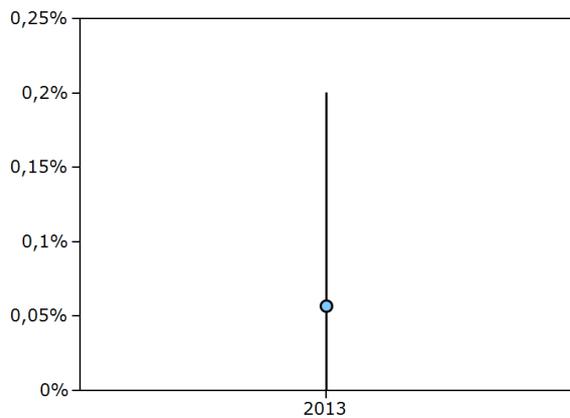
Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	0,0	0,0	0,0	1,2	16,0	22,5	30,4	30,4	30,4

QI 5d: Flächendosisprodukt - Flächendosisprodukt unbekannt

Indikator-ID	51385
Grundgesamtheit (N)	Alle Koronarangiographien, Einzeitig-PCI und PCI
Zähler	Alle Koronarangiographien, Einzeitig-PCI und PCI mit Angabe „Flächendosisprodukt bekannt“ = 0 („nein“)
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

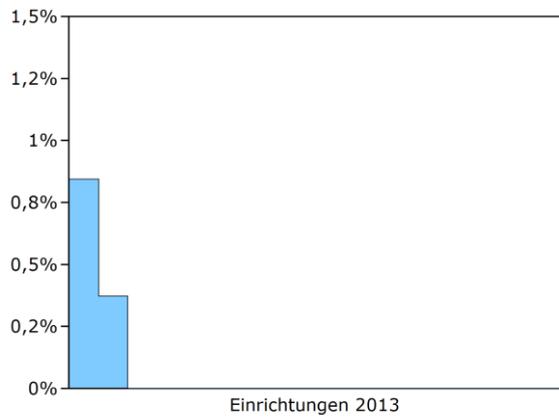
(2013: N = 5.267 Fälle)



Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	3 / 5.267	0,1	0,0 - 0,2

Einrichtungen

(2013: N = 17 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,8	0,8

Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge

Qualitätsziel

Möglichst geringe Kontrastmittelmenge.

QI 6a: Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Koronarangiographien (ohne PCI)

Indikator-ID	51386
Grundgesamtheit (N)	Median: Kontrastmittelmenge (ml) Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI)
Zähler	Median der Kontrastmittelmenge in ml
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

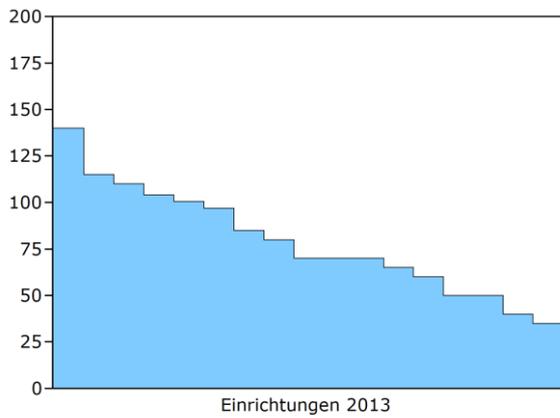
(2013: N = 3.272 Fälle)



Erfassungsjahr	Ergebnis ml	Vertrauensbereich ml
2013	70	70,0 - 70,0

Einrichtungen

(2013: N = 17 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	35	35	39	55	70	102,2	120	140	140

QI 6b: Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller PCI ohne Einzeitig-PCI

Indikator-ID	51387
Grundgesamtheit (N)	Median: Kontrastmittelmenge (ml) Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI)
Zähler	Median der Kontrastmittelmenge in ml
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2013: N = 185 Fälle)

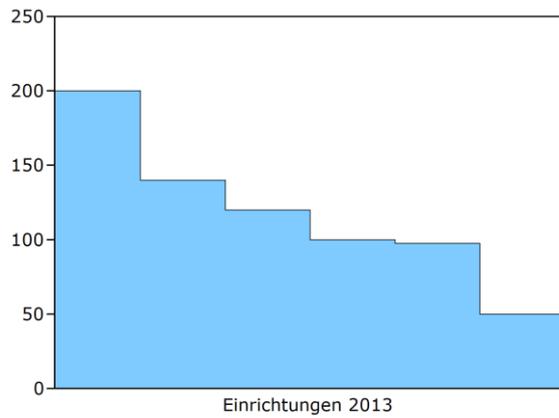


Erfassungsjahr	Ergebnis ml	Vertrauensbereich ml
2013	100	100,0 - 120,0

Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge

Einrichtungen

(2013: N = 6 Einrichtungen)



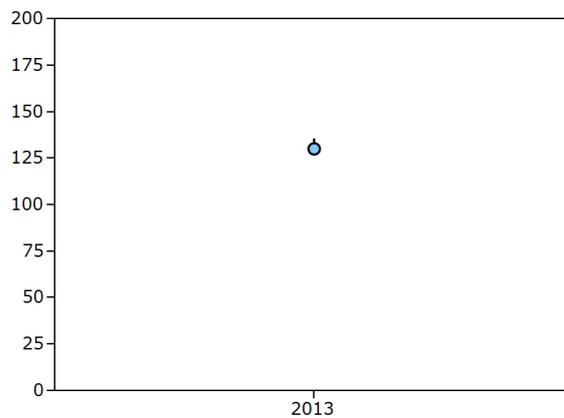
Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	50	50	50	85,6	110	155	200	200	200

QI 6c: Kontrastmittelmenge – Median (ml) aller Einzeitig-PCI

Indikator-ID	51388
Grundgesamtheit (N)	Median: Kontrastmittelmenge (ml) Alle PCI, bei denen einzeitig eine Koronarintervention durchgeführt wurde (Einzeitig-PCI)
Zähler	Median der Kontrastmittelmenge in ml
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2013: N = 1.810 Fälle)

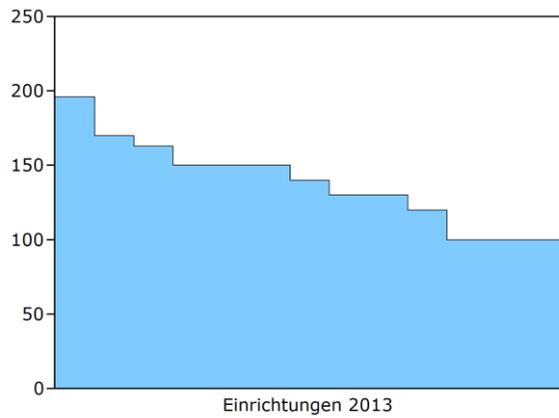


Erfassungsjahr	Ergebnis ml	Vertrauensbereich ml
2013	130	130,0 - 135,0

Indikatorengruppe: Kontrastmittelmenge

Einrichtungen

(2013: N = 13 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	100	100	100	110	140	156,5	185,6	196	196

QI 7: Komplikationsrate an der Punktionsstelle

Qualitätsziel

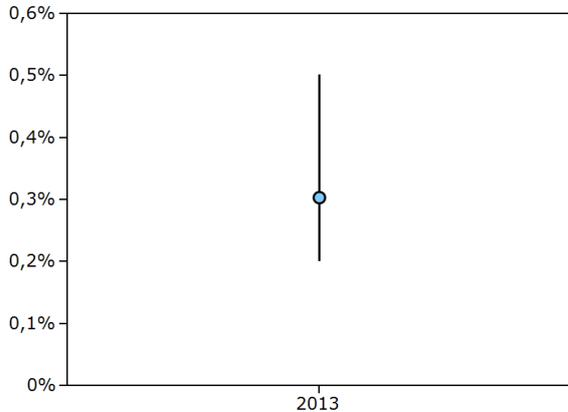
Möglichst niedrige Komplikationsrate an der Punktionsstelle bei diagnostischen Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI.

Komplikationsrate an der Punktionsstelle

Indikator-ID	51389
Grundgesamtheit (N)	Alle diagnostischen Koronarangiographien und PCI einschließlich Einzeitig-PCI
Zähler	Anzahl der Prozeduren mit Komplikationen an der Punktionsstelle (Summe aus den drei Komplikationsarten) 1. Erhebung bis zu 4h nach diagnostischen Koronarangiographien oder 2. Erhebung bis zu 12h nach PCI einschließlich Einzeitig-PCI
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2013: N = 5.267 Fälle)

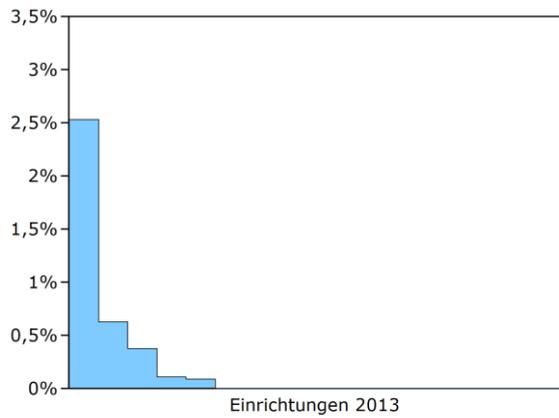


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	16 / 5.267	0,3	0,2 - 0,5

Q1 7: Komplikationsrate an der Punktionsstelle

Einrichtungen

(2013: N = 17 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,0	2,5	2,5

Indikatorengruppe: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI

Qualitätsziel

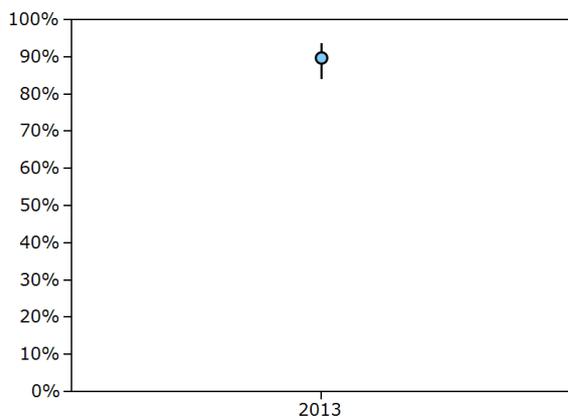
Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.

QI 8a: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI- Indikation STEMI bis 24 Stunden

Indikator-ID	51390
Grundgesamtheit (N)	Alle PCI mit Indikation STEMI bis 24 Stunden nach Stellung der Diagnose
Zähler	PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels (TIMI III)
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2013: N = 155 Fälle)

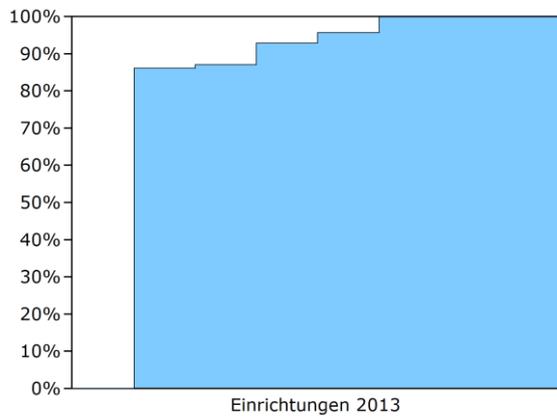


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	139 / 155	89,7	83,9 - 93,5

Indikatorengruppe: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI

Einrichtungen

(2013: N = 8 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	0,0	0,0	0,0	86,4	94,3	100,0	100,0	100,0	100,0

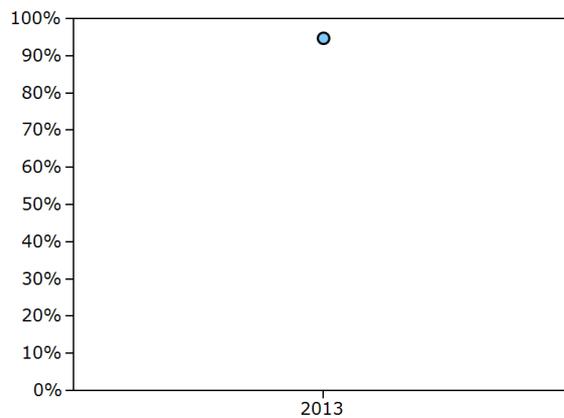
Indikatorengruppe: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI

QI 8b: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI (alle PCI)

Indikator-ID	51391
Grundgesamtheit (N)	Alle PCI
Zähler	Alle PCI, für die das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde (bei Indikation STEMI: TIMI-III-Fluss)
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2013: N = 1.995 Fälle)

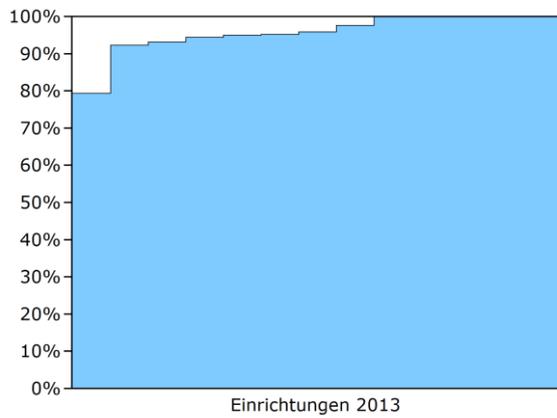


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	1.890 / 1.995	94,7	93,7 - 95,6

Indikatorengruppe: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI

Einrichtungen

(2013: N = 13 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	79,3	79,3	84,5	93,8	95,9	100,0	100,0	100,0	100,0

QI 9: Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI

QI 9: Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI

Qualitätsziel

Optimierung der Prozessqualität bei PCI sowie Reduzierung der Notwendigkeit einer CABG nach PCI bzw. des damit verbundenen Mortalitäts- und Morbiditätsrisikos.

Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI

Indikator-ID	51392
Grundgesamtheit (N)	Alle PCI
Zähler	Alle Notfall-Verlegungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach einer PCI
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

(2013: N = 1.995 Fälle)

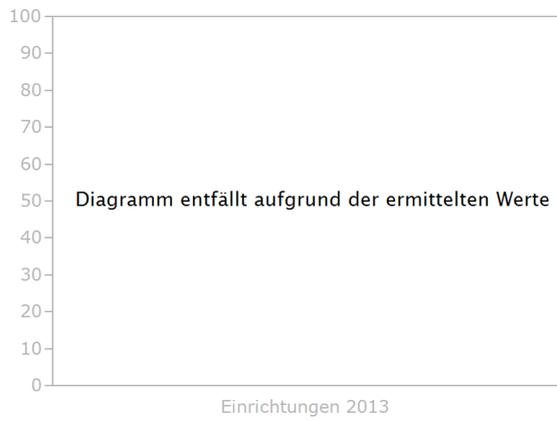


Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	0 / 1.995	0,0	0,0 - 0,2

Q1 9: Rate der Notfall-Verlegungen/Einweisungen zur CABG-Operation innerhalb von 12 Stunden nach PCI

Einrichtungen

(2013: N = 13 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Indikatorengruppe: MACCE

Qualitätsziel

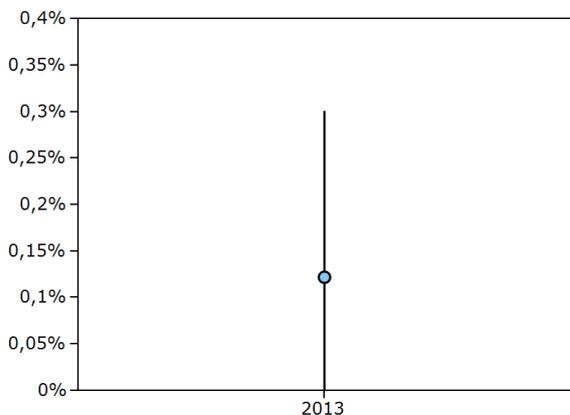
Selten intra- oder postprozedurale MACCE (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events).

QI 10a: MACCE – Patienten mit Koronarangiographie(n) (ohne PCI)

Indikator-ID	51393
Grundgesamtheit (N)	Alle Patienten mit isolierter Koronarangiographie
Zähler	Alle Patienten mit intra- oder postprozedural mindestens einer TIA bzw. einem Schlaganfall oder postprozeduraler Revaskularisierung mittels erneuter PCI oder Notfall-Verlegung/Einweisung zur CABG-Operation oder postprozedural mit einem Herzinfarkt oder Exitus im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

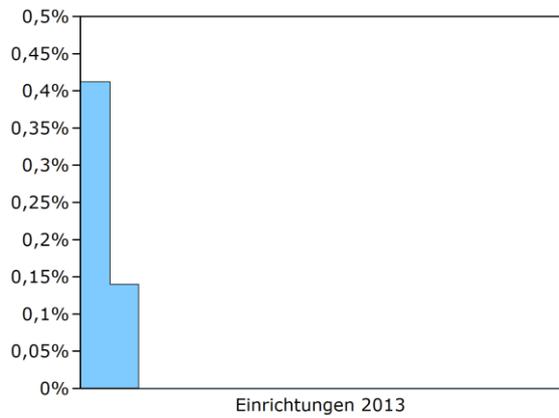
(2013: N = 3.272 Fälle)



Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	4 / 3.272	0,1	0,0 - 0,3

Einrichtungen

(2013: N = 17 Einrichtungen)



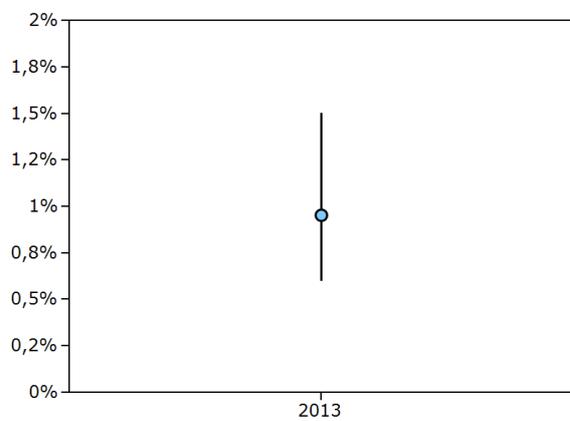
Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,4

QI 10b: MACCE bei PCI

Indikator-ID	51394
Grundgesamtheit (N)	Alle Patienten mit PCI (einschließlich Einzeitig-PCI)
Zähler	Alle Patienten mit intra- oder postprozedural mindestens einer TIA bzw. einem Schlaganfall oder postprozeduraler Revaskularisierung mittels erneuter PCI oder Notfall-Verlegung/Einweisung zur CABG-Operation oder postprozedural mit einem Herzinfarkt oder Exitus im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

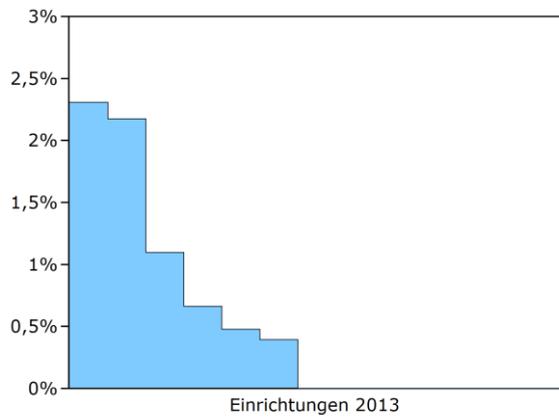
(2013: N = 1.995 Fälle)



Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	19 / 1.995	1,0	0,6 - 1,5

Einrichtungen

(2013: N = 13 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	2,3	2,3	2,3

QI 10c: MACCE – Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

Indikator-ID 51395

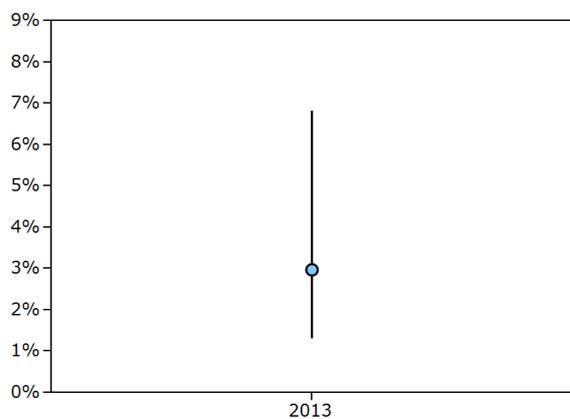
Grundgesamtheit (N) Alle Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

Zähler Alle Patienten mit intra- oder postprozedural mindestens einer TIA bzw. einem Schlaganfall oder postprozeduraler Revaskularisierung mittels erneuter PCI oder Notfall-Verlegung/Einweisung zur CABG-Operation oder postprozedural mit einem Herzinfarkt oder Exitus im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur

Referenzbereich nicht definiert

Bundesergebnisse

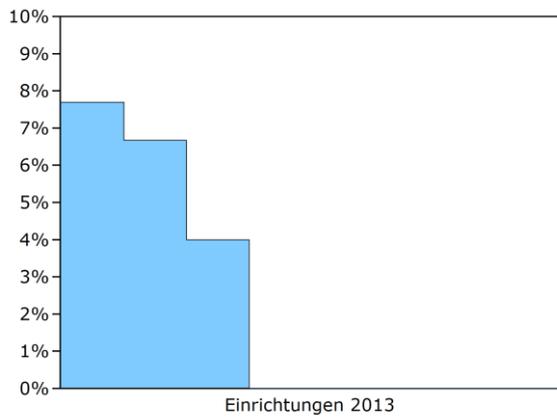
(2013: N = 168 Fälle)



Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	5 / 168	3,0	1,3 - 6,8

Einrichtungen

(2013: N = 8 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0	7,7	7,7	7,7

QI 11: Sterblichkeit bei PCI

Qualitätsziel

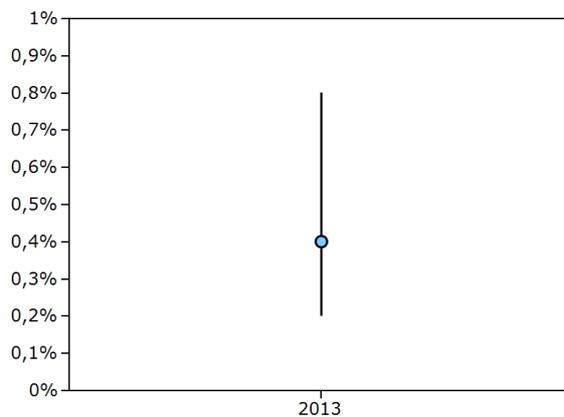
Niedrige Sterblichkeit.

Sterblichkeit (Letalität) im Nachbeobachtungszeitraum 12h – bei Patienten mit PCI

Indikator-ID	51396
Grundgesamtheit (N)	Alle Patienten mit PCI
Zähler	Alle Patienten mit intraprozeduralem Tod im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod im Nachbeobachtungszeitraum bis 12 h nach der letzten Prozedur
Referenzbereich	nicht definiert

Bundesergebnisse

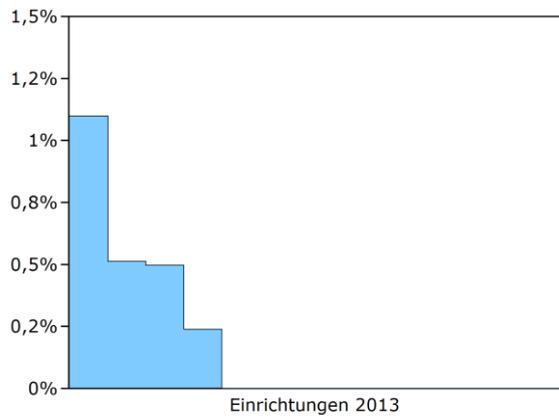
(2013: N = 1.995 Fälle)



Erfassungsjahr	Ergebnis n / N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
2013	8 / 1.995	0,4	0,2 - 0,8

Einrichtungen

(2013: N = 13 Einrichtungen)



Jahr	Min	P5	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
2013	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,9	1,1	1,1



Auswertung zum Probebetrieb 2013

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Basisauswertung

Erstellt am: 14.06.2013 - 1/2013020005

Inhaltsverzeichnis

Basisdokumentation	47
Datengrundlage	47
Patient	48
Anamnese	49
Kardiale Anamnese (vor Prozedur)	50
Prozedur	51
Art der Prozedur	51
Allgemeine Angaben	51
Koronarangiographie	53
PCI	54
Ereignisse während der Prozedur	55
Postprozeduraler Verlauf	56
Entlassung	57

Basisdokumentation

Datengrundlage

	2013	
	n	%
Datengrundlage		
Alle Patienten	5.267	100,0
Alle Prozeduren	5.267	100,0

	2013	
	n	%
Art der Leistungserbringung		
Alle Patienten	N = 5.267	
(1) stationär	4.425	84,0
(2) ambulant, nach §115b, Krankenhaus	0	0,00
(3) ambulant, Vertragsarzt/ermächtigter Arzt/MVZ	842	16,0
Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)		
(0) nein	5.266	100,0
(1) ja	1	0,02

	2013	
	n	%
Art der Prozedur		
Alle Prozeduren	N = 5.267	
(1) Diagnostische Koronarangiographie	3.272	62,1
(2) PCI	185	3,5
(3) einzeitig Koronarangiographie und PCI	1.810	34,4

Patient

	2013		
	n	%	kum. %
Altersverteilung			
Alle Patienten	N = 5.267		
< 30 Jahre	5	0,09	0,09
30 - 39 Jahre	40	0,76	0,85
40 - 49 Jahre	279	5,3	6,2
50 - 59 Jahre	852	16,2	22,3
60 - 69 Jahre	1.395	26,5	48,8
70 - 79 Jahre	1.960	37,2	86,0
≥ 80 Jahre	736	14,0	100,0

	2013	
	Ergebnis	
Altersverteilung (in Jahren)		
Minimum	23	Jahre
5. Perzentil	48	Jahre
25. Perzentil	61	Jahre
Mittelwert	68,1	Jahre
Median	70	Jahre
75. Perzentil	76	Jahre
95. Perzentil	84	Jahre
Maximum	96	Jahre

	2013	
	n	%
Geschlecht		
männlich	3.554	67,5
weiblich	1.713	32,5

Anamnese

	2013	
	n	%
diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt		
Alle Patienten	N = 5.267	
(0) nein	351	6,7
(1) ja	4.741	90,0
(9) unbekannt	175	3,3
Katheterintervention vor diesem Aufenthalt		
(0) nein	3.093	58,7
(1) ja	2.170	41,2
(9) unbekannt	4	0,08
Zustand nach koronarer Bypass-Op		
(0) nein	4.673	88,7
(1) ja	594	11,3
(9) unbekannt	0	0,00
Ejektionsfraktion unter 40%		
(0) nein	1.962	37,3
(1) ja	256	4,9
(2) fraglich	7	0,13
(9) unbekannt	3.042	57,8
Diabetes mellitus		
(0) nein	4.047	76,8
(1) ja, insulinpflichtig	1.219	23,1
(2) ja, nicht insulinpflichtig	1	0,02
(9) unbekannt	0	0,00
Niereninsuffizienz		
(0) nein	4.327	82,2
(1) ja, dialysepflichtig	52	0,99
(2) ja, nicht dialysepflichtig	782	14,8
(9) unbekannt	106	2,0

Kardiale Anamnese (vor Prozedur)

	2013	
	n	%
akutes Koronarsyndrom		
Alle Patienten	N = 5.267	
(0) nein	3.845	73,0
davon stabile Angina pectoris		
(0) nein	1.525	39,7
(1) CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung)	257	6,7
(2) CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung)	1.473	38,3
(3) CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung)	590	15,3
davon objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung		
(0) nein	671	17,5
(1) ja	1.092	28,4
(2) fraglich	802	20,9
(9) unbekannt	1.280	33,3
(1) ja	1.422	27,0

Prozedur

Art der Prozedur

	2013	
	n	%
Art der Prozedur		
(1) Diagnostische Koronarangiographie	3.272	62,1
(2) PCI	185	3,5
(3) einzeitig Koronarangiographie und PCI	1.810	34,4

Allgemeine Angaben

	2013	
	n	%
Herzinsuffizienz (nach NYHA)		
Alle Prozeduren	N = 5.267	
(0) nein	2.939	55,8
(1) ja, NYHA I	188	3,6
(2) ja, NYHA II	1.184	22,5
(3) ja, NYHA III	778	14,8
(4) ja, NYHA IV	178	3,4
kardiogener Schock		
(0) nein	166	93,3
(1) ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert	12	6,7
(2) ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil	0	0,00
Dringlichkeit der Prozedur		
(1) elektiv	3.757	71,3
(2) dringend	1.237	23,5
(3) notfallmäßig	273	5,2
Nierenfunktion gemessen		
(0) nein	110	2,1
(1) ja	5.157	97,9

	2013	
	n	%
Fibrinolyse vor der Prozedur		
Alle PCI (notfallmäßig)	N = 174	
(0) nein	119	68,4
(1) ja	5	2,9
(9) unbekannt	50	28,7

2013	
Ergebnis	
Flächendosisprodukt - Verteilung	
Alle Prozeduren mit gültigem Flächendosisprodukt	N = 5.261
Minimum	0 (cGy)* cm ²
5. Perzentil	300 (cGy)* cm ²
25. Perzentil	900 (cGy)* cm ²
Mittelwert	2926,5 (cGy)* cm ²
Median	1800 (cGy)* cm ²
75. Perzentil	3578 (cGy)* cm ²
95. Perzentil	9400 (cGy)* cm ²
Maximum	39900 (cGy)* cm ²

2013	
Ergebnis	
applizierte Kontrastmittelmenge - Verteilung	
Alle Prozeduren mit gültiger Kontrastmittelmenge	N = 5.267
Minimum	0 ml
5. Perzentil	40 ml
25. Perzentil	60 ml
Mittelwert	103,6 ml
Median	97 ml
75. Perzentil	130 ml
95. Perzentil	210 ml
Maximum	570 ml

Koronarangiographie

	2013	
	n	%
führende Indikation zur Koronarangiographie		
Alle Koronarangiographien	N = 5.082	
(1) V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK	1.705	33,5
(2) bekannte KHK	1.588	31,2
(3) akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)	1.199	23,6
(4) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose	178	3,5
(5) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose	13	0,26
(6) elektive Kontrolle nach Koronarintervention	10	0,20
(7) Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion < 40%)	109	2,1
(8) Vitium	152	3,0
(9) sonstige	33	0,65
ohne Angabe	95	1,9
führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter		
(1) Ausschluss KHK	501	9,9
(2) KHK mit Lumeneinengung geringer als 50%	661	13,0
(3) KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts)	3.275	64,4
(4) Kardiomyopathie	116	2,3
(5) Herzklappenvitium	169	3,3
(6) Aortenaneurysma	11	0,22
(7) hypertensive Herzerkrankung	183	3,6
(9) andere kardiale Erkrankung	71	1,4
ohne Angabe	95	1,9

PCI

	2013	
	n	%
Indikation zur PCI		
Alle PCI	N = 1.995	
(1) stabile Angina pectoris (nach CCS)	1.039	52,1
(2) akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (Ruheangina oder Infarkt ohne ST-Hebung)	644	32,3
(3) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose)	155	7,8
(4) akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI) nach 24h nach Stellung der Diagnose)	13	0,65
(5) prognostische Indikation oder stumme Ischämie	129	6,5
(6) Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI	0	0,00
(9) sonstige	15	0,75
PCI an		
(1) Hauptstamm	55	2,8
(2) LAD	992	49,7
(3) RCX	439	22,0
(4) RCA	728	36,5
PCI mit besonderen Merkmalen		
(0) nein	1.008	50,5
(1) ja	987	49,5
besonderes Merkmal		
(1) PCI am kompletten Gefäßverschluss	226	22,9
(2) PCI eines Koronarbypasses	93	9,4
(3) PCI am ungeschützten Hauptstamm	31	3,1
(4) PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA	130	13,2
(5) PCI am letzten verbliebenen Gefäß	3	0,30
(6) PCI an einer In-Stent Stenose	661	67,0
(7) sonstiges	0	0,00
Stent(s) implantiert		
(0) nein	219	11,0
(1) ja	1.776	89,0

		2013	
		n	%
wesentliches Interventionsziel erreicht			
Alle PCI ohne Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI)		N = 1.827	
(0) nein		76	4,2
(1) ja		1.742	95,3
(2) fraglich		9	0,49
wesentliches Interventionsziel erreicht PCI bei STEMI (nach TIMI)			
Alle PCI mit Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt, STEMI)		N = 168	
(0) TIMI 0		7	4,2
(1) TIMI I		3	1,8
(2) TIMI II		10	6,0
(3) TIMI III		148	88,1

Ereignisse während der Prozedur

		2013	
		n	%
intraprozedural auftretende Ereignisse			
Alle Prozeduren		N = 5.267	
(0) nein		5.232	99,3
(1) ja		35	0,66
davon			
(1) koronarer Verschluss		4	11,4
(2) TIA/ Schlaganfall		0	0,00
(3) Exitus im Herzkatheterlabor		7	20,0
(4) sonstiges		32	91,4

Postprozeduraler Verlauf

	2013	
	n	%
postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		
Alle Patienten	N = 5.267	
(0) nein	5.263	99,9
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	2	0,04
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
TIA/ Schlaganfall		
(0) nein	5.242	99,5
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	23	0,44
Notfall PCI am selben Gefäß		
(0) nein	5.259	99,8
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	7	0,13
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		
(0) nein	5.266	100,0
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
Tod		
(0) nein	5.247	99,6
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	13	0,25
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	6	0,11
schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle		
(0) nein	5.257	99,8
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	6	0,11
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	2	0,04
Thrombin-Injektion nach Blutung an der Punktionsstelle		
(0) nein	5.262	99,9
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	3	0,06
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00

	2013	
	n	%
Transfusion nach Blutung an der Punktionsstelle		
Alle Patienten	N = 5.267	
(0) nein	5.262	99,9
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	2	0,04
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	1	0,02
chirurgische Intervention nach Blutung an der Punktionsstelle		
(0) nein	5.256	99,8
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	1	0,02
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	1	0,02
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	7	0,13
Gefäßthrombose (punktionsnah)		
(0) nein	5.262	99,9
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	2	0,04
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	0	0,00
Aneurysma spurium mit erneuter Kompression (punktionsnah)		
(0) nein	5.240	99,5
(1) ja bis einschließlich 4 h nach der letzten Prozedur	4	0,08
(2) ja, mehr als 4 bis einschließlich 12 h nach der letzten Prozedur	7	0,13
(3) ja, mehr als 12 bis einschließlich 24 h nach der letzten Prozedur	13	0,25

Entlassung

	2013	
	n	%
Wurde der Patient in die Herzchirurgie verlegt/überwiesen?		
Alle Patienten	N = 5.267	
(0) nein	5.229	99,3
(1) ja	38	0,72



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Probetrieb Perkutane Koronarinterventionen (PCI) und Koronarangiographie

Befragung der teilnehmenden Leistungserbringer

Stand: 23. Mai 2013

I. Allgemeine Fragen

1. Welche der folgenden Eingriffe wurden von Ihrer Einrichtung im Rahmen des Probebetriebs dokumentiert? (Mehrfachantworten möglich)

- Koronarangiographie
- Perkutane Koronarintervention
- Einzeitig PCI

2. Welche Behandlungsformen wurden dokumentiert (Mehrfachantworten möglich)?

Art der Behandlung	Dokumentation?		Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben: wo haben Sie die QS-Dokumentation dazu durchgeführt?
	Ja	Nein	
Vollstationäre Krankenhausbehandlungen (§301 SGB V)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Im Herzkatheterlabor <input type="checkbox"/> Anderer Ort: _____
Belegärztliche Leistungen im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Im Herzkatheterlabor <input type="checkbox"/> Anderer Ort: _____
Ambulant vertragsärztliche Leistungen (§§ 295, 116 SGB V)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Im Herzkatheterlabor <input type="checkbox"/> In der Praxis <input type="checkbox"/> Anderer Ort: _____
Ambulante Operationen (§115b SGB V)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Im Herzkatheterlabor <input type="checkbox"/> In der Praxis <input type="checkbox"/> Anderer Ort: _____
Ambulant vorstationäre Behandlungen (§ 115a SGB V)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Im Herzkatheterlabor <input type="checkbox"/> In der Praxis <input type="checkbox"/> Anderer Ort: _____
Selektivvertragliche Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Im Herzkatheterlabor <input type="checkbox"/> In der Praxis <input type="checkbox"/> Anderer Ort: _____

II. Fragen zur Erfassung der patientenidentifizierenden Daten (PID)

3. Welche QS-Dokumentationssoftware wurde im Rahmen des Probebetriebs von Ihnen genutzt?

QuIK-Register

3M

4. Welches Krankenhausinformationssystem (KIS) oder Arztinformationssystem (AIS/PVS) wurde von Ihnen während des Probebetriebs genutzt?

5. Wurden die PID über eine Schnittstelle aus dem KIS bzw. AIS/PVS automatisch in die QS-Software übertragen?

Ja → weiter mit **Frage 9**

Nein → weiter mit **Frage 6**

6. Warum konnten die PID nicht vom KIS bzw. AIS/PVS in die QS-Software übertragen werden?

keine Schnittstelle vorhanden

Schnittstelle vorhanden, aber nicht funktionsfähig

7. War stattdessen während des Probebetriebs ein Kartenlesegerät zum Einlesen der PID am Ort der Leistungserbringung verfügbar?

Nein

Ja, war bereits vor dem Probebetrieb vorhanden

Ja, wurde eigens für den Probebetrieb eingerichtet

8. Falls die Voraussetzungen für die elektronische Erfassung oder automatische Übertragung der PID nicht vorlagen: Wie haben Sie die PID erfasst?

Manuelle Erfassung der PID

Vorgänge wurden ohne PID dokumentiert

12. Aus welchem Grund standen die genannten QS-Daten nicht für die Eingabe zur Verfügung?

- Die fehlenden Daten werden bei uns nicht regelmäßig erhoben
- Fehlende Schnittstelle zwischen KIS bzw. PVS/AIS und QS-Software
- Probleme bei den vorhandenen Schnittstellen zwischen KIS bzw. PVS/AIS und QS-Software
- Andere: _____

13. Standen während des Dokumentationsvorgangs folgende zu dokumentierende administrative Daten (s. Tabelle) für die Eingabe in die Datenfelder zur Verfügung?

	Ja	Nein	Trifft nicht zu
13.1 Institutionskennzeichen (Krankenhaus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2 Betriebsstättennummer (Krankenhaus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3 Fachabteilung (Krankenhaus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4 Betriebsstättennummer (Praxis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5 Nebenbetriebsstättennummer (Praxis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6 Lebenslange Arztnummer (Praxis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.7 Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.8 Geburtsdatum des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.9 Geschlecht des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.10 Aufnahme datum des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.11 Aufnahmezeitpunkt des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Aus welchem Grund standen die genannten administrativen Daten nicht für die Eingabe zur Verfügung?

15. Waren die Hinweise bei Eingabefeldern verständlich?

Ja

Nein

16. Bitte nennen Sie die Hinweise, die Sie nicht verständlich fanden:

IV. Fragen zum Dokumentationsaufwand

Im folgenden Abschnitt möchten wir den Dokumentationsaufwand ermitteln, den das Verfahren für Sie im Rahmen des Probetriebs Perkutane Koronarinterventionen und Koronarangiographien mit sich gebracht hat. Gleichzeitig möchten wir einen Eindruck davon gewinnen, wie viel Aufwand den neuen Aspekten (z.B. Software, Dokumentationsweise) und wie viel Aufwand der eigentlichen Falldokumentation geschuldet ist.

17. Wie hoch war der durchschnittliche Zeitaufwand für die nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten pro dokumentationspflichtigem Fall (exkl. der Einarbeitungszeit)?

Zeitaufwand	1-10 min	11-20 min	21-30 min	≥ 30 min
17.1. Beschaffung notwendiger patientenrelevanter Informationen und Daten für die QS-Dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2. Ausfüllen des QS-Dokumentationsbogens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.3. Überprüfung und Fehlerkorrektur der QS-Dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Von wem wird die QS-Dokumentation überwiegend durchgeführt?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen:

- Arzt/Ärztin
 Medizinische/r Fachangestellte/r
 Medizinische/r Dokumentar/in
 andere: _____

19. Betroffene Mitarbeiter insgesamt: _____ (Anzahl)

20. Wie viel Zeit lag in der Regel zwischen einem Eingriff und der dazugehörigen QS-Dokumentation?

- bis zu 24 Stunden
 bis zu einer Woche
 bis zu vier Wochen
 mehr als vier Wochen

21. Wie oft wurde der QS-Dokumentationsbogen vor der abschließenden Speicherung/Datenübermittlung in der Regel bearbeitet?

ca. _____ (Anzahl)

22. Frage zur EDV-technischen Komponente: Wie hoch war der Zeitaufwand für die im Folgenden aufgeführten Aspekte im Rahmen des Probetriebs und wie schätzen Sie ihn persönlich ein?

	Zeitaufwand in Minuten insges. (ca.)	Gering 1	2	3	Hoch 4
Installation der Dokumentationssoftware		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Installation der Exportsoftware		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datenexport		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonische Unterstützung durch den Softwareanbieter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonische Unterstützung durch das AQUA-Institut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Gibt es weitere Anmerkungen von Ihnen zum Probetrieb?

V. Zusatzfragen für Teilnehmer in Baden-Württemberg

Im Rahmen des Datenexports konnten Sie Ihre Dateien auf dem Internetportal der Vertrauensstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses hochladen, nachdem Sie sich dazu vorher angemeldet hatten. Wir möchten gern Ihre Einschätzung zur Praktikabilität dieses Verfahrens erfahren.

24. Wie hoch war der Zeitaufwand für die im Folgenden aufgeführten Aspekte und wie schätzen Sie ihn ein?

	Zeitaufwand in Minuten insges. (ca.)	Gering 1	2	3	Hoch 4
Studieren der Installationsanleitung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studieren der Anmeldungsinformationen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstmalige Anmeldung am Internetportal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datenexport		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonische Unterstützung durch die Vertrauensstelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Konnten Sie die Installation der Zertifikatssoftware der Vertrauensstelle ohne weiteres durchführen?

ja nein

Falls nein:

Welches Problem trat auf? _____

Wie konnten Sie das Problem lösen? _____

26. Konnten Sie die einzelnen Anmeldungen zum Hochladen der Exportdateien ohne Weiteres durchführen?

ja nein

Falls nein:

Welches Problem trat auf? _____

Wie konnten Sie das Problem lösen? _____

27. Wie häufig haben Sie sich am Portal der Vertrauensstelle angemeldet?

1 mal 2-5 mal 5-10 mal öfter als 10 mal

28. Wie lange dauerte es bei diesen Anmeldungen in der Regel bis zur Zusendung des Einmalkennworts per SMS/E-Mail durch die Vertrauensstelle?

- Bis zu einer Minute
- Bis zu fünf Minuten
- Bis zu zehn Minuten
- Länger, nämlich _____

29. Gibt es weitere Anmerkungen von Ihnen zum Verfahren der Datenannahme der Vertrauensstelle?



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Probetrieb Perkutane Koronarinterventionen (PCI) und Koronarangiographie

Befragung der teilnehmenden Leistungserbringer zur

Verständlichkeit der Feedbackberichte (Teil 2)

1. Falls zutreffend: Konnten Sie den verschlüsselt übermittelten Feedbackbericht entschlüsseln?

Ja Nein

2. Ist bei den Qualitätsindikatoren verständlich dargestellt, was ein „guter“ bzw. anzustrebender Wert ist (hoher/niedriger Wert)?

3. Sind die Grundlagen (Inhalt Zähler/Nenner) der einzelnen Indikatoren verständlich dargestellt?

4. Bei welchen Qualitätsindikatoren hatten Sie Mühe, die Ergebnisse nachzuvollziehen oder die eigenen Ergebnisse einzuordnen und aus welchem Grund war dies an der betreffenden Stelle der Fall?

5. Gibt es im Bericht statistische Werte, die für Sie schwer nachzuvollziehen bzw. zu interpretieren sind?

6. War Ihnen die Leseanleitung bei der Durchsicht des Berichts eine Hilfe?

- Ja Nein Teilweise

Wenn Sie mit „**Nein**“ oder „**Teilweise**“ geantwortet haben: Welche Angaben müssten aus Ihrer Sicht optimiert bzw. wie müssten die Inhalte der Leseanleitung verändert werden?

7. Haben Sie hinsichtlich der Feedbackberichte noch weitere Anregungen, Kritik oder Hinweise?

Auftaktworkshop Probebetrieb PCI

Göttingen, 18. Dezember 2012

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen, Göttingen, www.aqua-institut.de



Auftaktworkshop Probebetrieb PCI - Themen

Rekrutierungsstand Datenannahmestellen

Rekrutierungsstand Leistungserbringer

Zeitplan

Fragen zu Spezifikation und Workflow

Fragen zu Ablauf und Organisation

Auftaktworkshop Probebetrieb PCI - Themen

Rekrutierungsstand Datenannahmestellen

Rekrutierungsstand Leistungserbringer

Zeitplan

Fragen zu Spezifikation und Workflow

Fragen zu Ablauf und Organisation

Rekrutierungsstand Datenannahmestellen

Teilnahmebereite DAS

- KV Nordrhein
- LQS Hessen
- Krankenhausgesellschaft NRW
- EQS Hamburg
- VST-DAS

Unklare DAS

- KV Bremen

Auftaktworkshop Probebetrieb PCI - Themen

Rekrutierungsstand Datenannahmestellen

Rekrutierungsstand Leistungserbringer

Zeitplan

Fragen zu Spezifikation und Workflow

Fragen zu Ablauf und Organisation

Rekrutierungsstand Leistungserbringer

Krankenhäuser

- NRW: drei (Metek) plus fünf (3M)
- Hessen: derzeit fünf feste Zusagen
- Hamburg: fünf (3M)

Niedergelassene Praxen

- Nordrhein: derzeit acht feste Zusagen
- Baden-Württemberg: derzeit zwei feste Zusagen
- Bremen: offen

Auftaktworkshop Probebetrieb PCI - Themen

Rekrutierungsstand Datenannahmestellen

Rekrutierungsstand Leistungserbringer

Zeitplan

Fragen zu Spezifikation und Workflow

Fragen zu Ablauf und Organisation

Zeitplan

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. Januar 2013: | Beginn der Dokumentation |
| 1. – 31. März 2013: | Übertragung von Testdaten
(Target: „Testdatenpool“) |
| 31. März 2013: | Ende der Dokumentation |
| 1. – 15. April 2013: | Übertragung der dokumentierten Daten
(Target: „Probedatenpool“) |
| 16. – 30. April 2013: | Korrekturen und Nachlieferungen |

Auftaktworkshop Probebetrieb PCI - Themen

Rekrutierungsstand Datenannahmestellen

Rekrutierungsstand Leistungserbringer

Zeitplan

Fragen zu Spezifikation und Workflow

Fragen zu Ablauf und Organisation

Inhalt „Fragen zu Spezifikation und Workflow“

Workflow im ambulanten und stationären Bereich

Spezifikation (Unterlagen und Programme)

Testmöglichkeiten

Ihre Fragen

Inhalt „Fragen zu Spezifikation und Workflow“

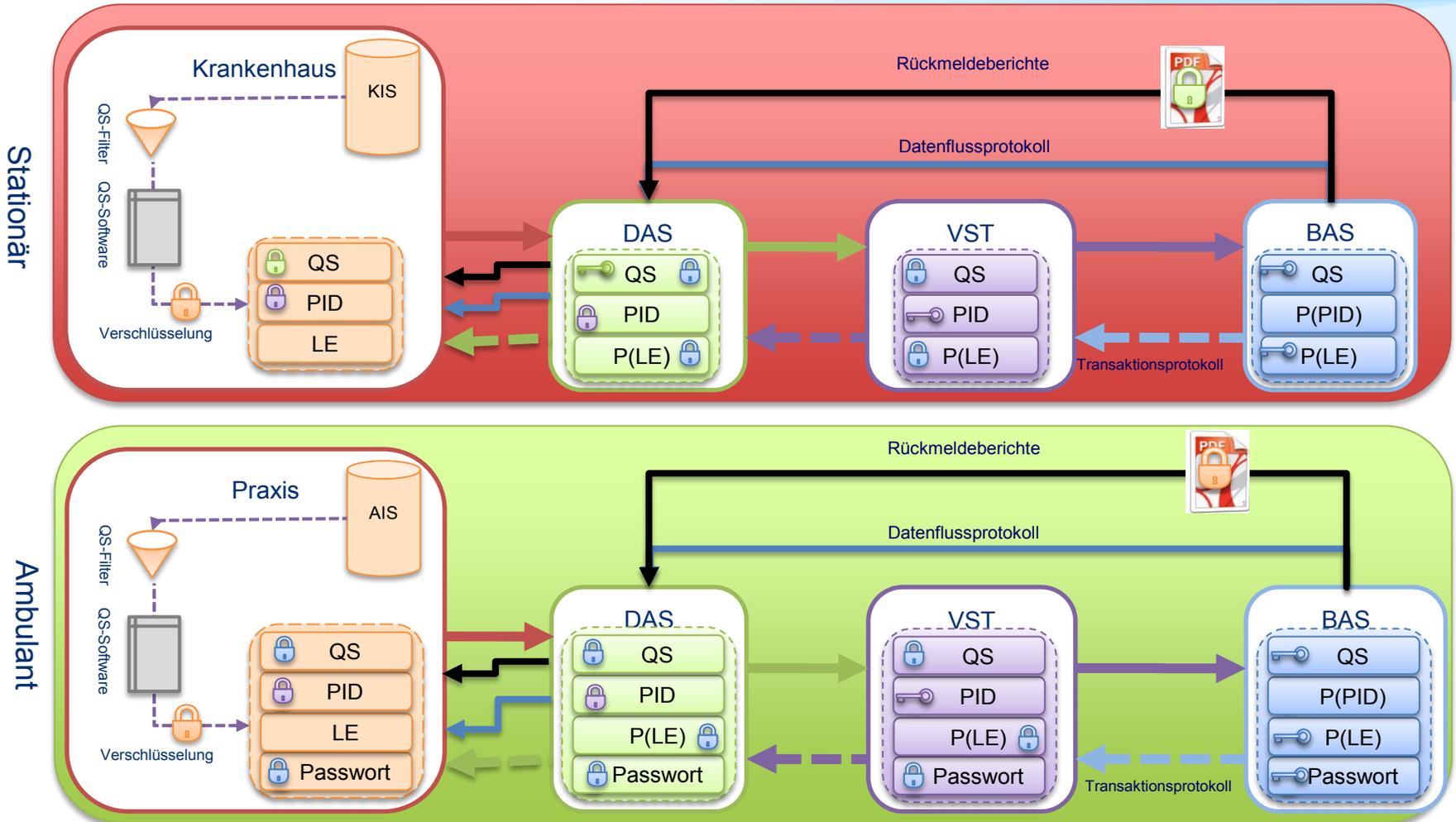
Workflow im ambulanten und stationären Bereich

Spezifikation (Unterlagen und Programme)

Testmöglichkeiten

Ihre Fragen

Workflow (ambulant/stationär)



Inhalt „Fragen zu Spezifikation und Workflow“

Workflow im ambulanten und stationären Bereich

Spezifikation (Unterlagen und Programme)

Testmöglichkeiten

Ihre Fragen

- Verfahren
- Iststand
- Angung
- ne Entwicklungen
- tionäre QS
- ktorenübergreifende QS
- uelle Releaseplanung

Sie befinden sich : Startseite > Entwicklung > Weitere Entwicklungen > Sektorenübergreifende QS

Probetriebe zum Thema Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung gem. § 137a SGB V

Grundlage des Probetriebs zu dem Thema Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie ist die bereits abgeschlossene informationstechnische Aufbereitung und Machbarkeitsprüfung. Das Ergebnis der Machbarkeitsprüfung liegt seit dem 31. Januar 2012 vor.

Im Anschluss an die [Machbarkeitsprüfung](#) wurde der Probetrieb zum Thema durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen und beauftragt. Die Dokumentation in den Einrichtungen wird zwischen dem 1. Januar und dem 31. März 2013 erfolgen, die Dauer des Probetriebs insgesamt ist auf sechs Monate festgelegt.

Im Rahmen des Probetriebs werden die zuvor entwickelten Indikatoren mit einer freiwillig teilnehmenden Anwendergruppe erhoben. Da die Versorgungsleistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erbracht werden und damit die Formulierung sektorenübergreifender Qualitätsziele und Maßnahmen sinnvoll erschien, sind in den Probetrieb alle für das Thema relevante Einrichtungen (ambulant, stationär, selektivvertraglich) einzubeziehen.

Für den Probetrieb richtet sich das AQUA-Institut an freiwillig teilnehmende Leistungserbringer und die dazugehörigen Softwareanbieter. Da es sich um ein länderbezogenes Verfahren handelt, werden zudem Vertreter der Landesebene hinzugezogen, um den Datenfluss möglichst analog dem späteren Regelbetrieb zu erproben. Die Daten werden in Stichproben über einen begrenzten Zeitraum in ausgewählten Regionen erhoben.



Interesse oder Fragen

Wenn Sie Interesse an einer Teilnahme, Anregungen oder Fragen zum Probetrieb haben, nehmen Sie einfach Kontakt mit uns auf:

qsservice@aquainstitut.de

Downloads

Anmeldung

[Interessensbekundung Teilnahme am Probet](#)

[Merkblatt für Leistungserbringer](#)

Spezifikation (Stand: 15.08.2
Auslösung, Erfassung,
Export, Sollstatistik
* für KAT, KONI und PCI*

[Spezifikation \(Version 2.2\)](#)

[Fehlermeldungen \(Version 2.2\)](#)

SQG-Web-Seite

Spezifikation

PCI-Spezifikation

Unterlagen und Programme zur PCI-Spezifikation:



Inhalt „Fragen zu Spezifikation und Workflow“

Workflow im ambulanten und stationären Bereich

Spezifikation (Unterlagen und Programme)

Testmöglichkeiten

Ihre Fragen

Testmöglichkeiten

Zielgruppe	Testmöglichkeit
(1) Softwareanbieter	Voraussetzung ist die Bereitstellung von mindesten einer Testinstanz bei der DAS (Januar-Februar).
(2) Leistungserbringer	Vom 01.03.2013 bis zum 31.03.2013 (Echtinstanz, Testinstanz)
(3) Datenannahmestellen	AQUA-Datenservice steht bereit und ist mit der Testinstanz der VST verbunden. (Echtinstanz, Testinstanz)

Inhalt „Fragen zu Spezifikation und Workflow“

Workflow im ambulanten und stationären Bereich

Spezifikation (Unterlagen und Programme)

Testmöglichkeiten

Ihre Fragen

Ihre Fragen (I)

Sind die Rückmeldeprotokolle laienverständlich (1)?

1) Kategorisierung der Fehler in Fehlerarten

Fehlerart	Fehlermeldung
Wertverletzung <ul style="list-style-type: none">• Format• Feldlänge• Wertebereiche• Muss-Felder• Schlüsselcodes	Der Wert '<WERT>' des Datenfeldes <Modul.name>:<Bogen.name>:<BogenFeld.name> "<BogenFeld.bezeichnung>" (Zeile <BogenFeld.zeileAufBogen>) ist kleiner als '<Feld.min>'. Das Datenfeld <Modul.name>:<Bogen.name>:<BogenFeld.name> "<BogenFeld.bezeichnung>" muss einen gültigen Wert enthalten.
Regelverletzung	(Operation) endoskopisch ist 1 (ja) oder 2 (Umstieg), obwohl (Operation) konventionell 1 (ja) ist
Schemaverletzung	Die Fehlermeldungen bei einer Schema-Verletzung sind ziemlich kryptisch → seltene Fälle. Die Ausgangskontrolle ist hier sinnvoll
Sonstige Fehler: <ul style="list-style-type: none">• In den Metadaten• IST-Statistik• Transaktionsfehler	Das Erstelldatum (<datum1>) liegt nach dem Modifikationsdatum (<datum2>). Die Gesamtanzahl der gesendeten Fälle ist ungleich der Anzahl in der Statistik. Die Mail enthielt keinen Anhang.

Die Fehlermeldungen sind in der Access-Datenbank hinterlegt:

- Feste IDs
- Zusätzliche Beschreibung (teilweise)

Ihre Fragen (II)

Sind die Rückmeldeprotokolle laienverständlich (2)?

2) Anwenderfreundliche Darstellung

- **Durch die QS-Dokumentationssoftware**
 - Die QS-Dokumentationssoftware importiert das Rückprotokoll und zeigt die Fehlermeldungen den Anwendern an.
 - Anwender haben dann die Möglichkeit, die mit Fehlern versehenen Datensätze zu korrigieren und erneut einzusenden.
- **Durch den LE**
 - Die Transformation der Protokolle in eine HTML-Darstellung (Browser)
 - AQUA-Institut hat zu diesem Zweck ein einfaches XSLT-Skript bereitgestellt

Ihre Fragen (III)

Sind die Rückmeldeprotokolle laienverständlich (2)?

2) Anwenderfreundliche Darstellung

Die Voraussetzung für die fehlerfreie Umwandlung ist

- das lokale Ablegen des dazugehörigen XSLT-Skripts
- der entsprechende Link zum XSLT-Skript muss in das XML-Protokoll unmittelbar nach der ersten Zeile eingetragen worden sein:

```
1 |<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
2 |<?xml-stylesheet type="text/xsl" href="datenflussprotokoll.xsl"?>
3 |<root xmlns="urn:gba:sqg" xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
4 |   container_version="1.0" content_version="1.0">
5 |   <header>
6 |   <document>
7 |     <id V="{12345678-1234-1234-1234-123456789012}"/>
8 |     <set_id V="{12345678-1234-1234-1234-123456789012}"/>
9 |     <origination_dttm V="2012-05-17T09:30:47Z"/>
10 |    <modification_dttm V="2012-09-11T15:11:31"/>
```



Ihre Fragen (IV)

Lässt sich die Datenerhebung in bestehende Workflows im Krankenhaus integrieren, bzw. ist die Art der Datenerhebung praktikabel?

Prozess	Software	Spezifikation
QS-Auslösung	QS-Filter	QS-Filter-Spezifikation (Auslösekriterien als PDF und XML)
QS-Erfassung	QS-Dokumentationssoftware	Spezifikation für die QS-Dok- Software <ul style="list-style-type: none">• Access-Datenbank• Ausfüllhinweise• Dokumentationsbögen
QS-Export	QS-Dokumentationssoftware	Access-Datenbank XML-Schema (neu, Sonderexport der Follow-UP-Verfahren gemäß QSKH)

Ihre Fragen (V)

Wird eine Hotline bzw. FAQ eingerichtet?

- Anfragen per Mail: gsservice@aqua-institut.de.
- Anfragen per Telefon: +49 551 / 789 52 - 244
- FAQ: werden auf der SQG-Webseite im Januar (+ Überarbeitet)
- Kommunikationsplattform

Alternativ ist ein Zugang für die Häuser im Probetrieb zur Kommunikationsplattform denkbar, ggf. mit getrenntem Bereich.

- Voraussetzung:
 - Die Selbstregistrierung der LE (Anleitung)

Ihre Fragen (VI)

Was hat sich im Vergleich zum ersten Test der Datenannahmestelle (Katarakt) technisch geändert?

- Die letzte gültige Version wurde am 15.06.2012 zusammen mit dem 2. Release für Katarakt veröffentlicht.
- Änderungen zwischen dem ersten und zweiten Release wurden in einem Merkblatt zusammengefasst (Neues in der Spezifikation)
- Eine wichtige Änderung ist die Benennung der XML-Dateien (QS-Dateien, Protokolle...)

Downloads

Anmeldung

- Interessensbekundung zur Teilnahme am Probetrieb
- Merkblatt für Leistungserbringer

Spezifikation (Stand: 15.06.2012)
Auslösung, Erfassung, Export, Sollstatistik
* für KAT, KONI und PCI*

- Spezifikation (Version 2.2)
- Fehlermeldungen (Version 2.2)
- PCI-Dokumentationsbogen (Muster)
- Technische Dokumentation zur XML-Spezifikation (LE) (Stand: 15.06.2012)
- Technische Dokumentation zur XML-Spezifikation (DAS-VST-BAS) (Stand: 15.06.2012)
- Neuigkeiten in der Spezifikation 2.2 (Stand: 15.06.2012)

Ihre Fragen (VII)

Export- und Antwortdateien unterschiedlicher Institutionen werden nun eindeutig benannt.

Syntax: <GUID>_<Inhaltskennung><Protokolltyp>_<RolleAbsender>.xml

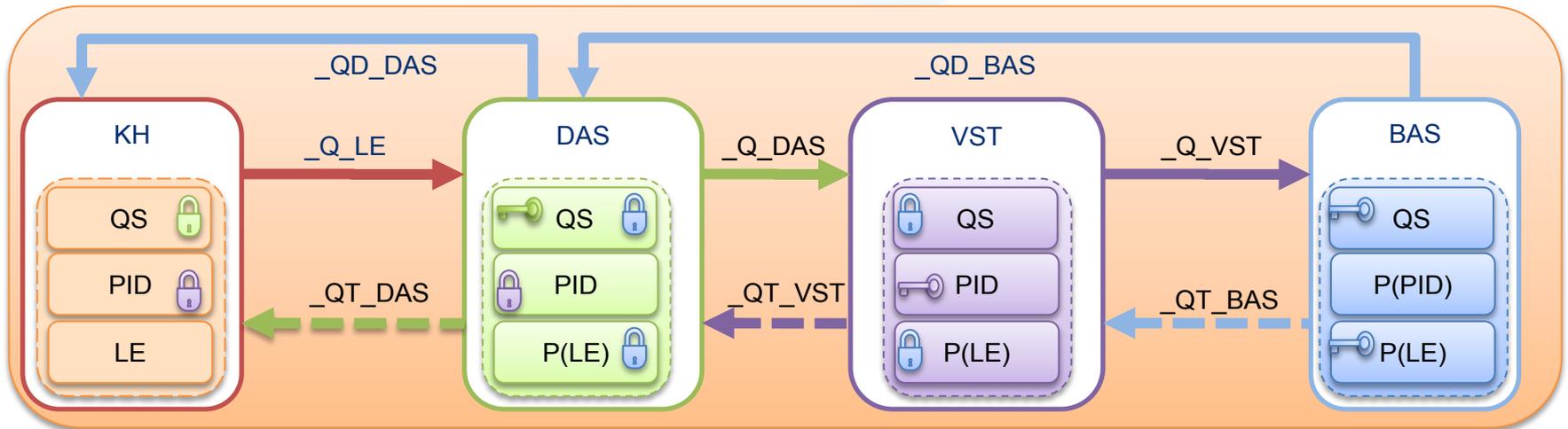
Element	Bedeutung
GUID	<ul style="list-style-type: none">▪ Ein Globally Unique Identifier (GUID) ist eine global eindeutige Zahl
Inhaltskennung	<ul style="list-style-type: none">▪ Q → QS-Daten▪ S → Sollstatistik
Protokolltyp	<ul style="list-style-type: none">▪ T → Transaktionsprotokoll▪ D → Datenflussprotokoll
Rolle Absender	<ul style="list-style-type: none">▪ LE → Leistungserbringer▪ DAS → Datenannahmestelle▪ VTS → Vertrauensstelle▪ BAS → Bundesauswertungsstelle

Beispiele: 47d16341-9e27-4e75-a27e-b791fbbd2dc8_**Q**_**LE**.xml
(*QS-Daten* eines *Leistungserbringers*)

47d16341-9e27-4e75-a27e-b791fbbd2dc8_**QT**_**DAS**.xml
(*QS-Daten-Transaktionsprotokoll* einer *Datenannahmestelle*)

Ihre Fragen (VIII)

Export- und Antwortdateien unterschiedlicher Institutionen werden nun eindeutig benannt.



Ihre Fragen (IX)

Wird es auch einen Testdatenpool geben?

Zielgruppe	Testmöglichkeit
Softwareanbieter	Voraussetzung ist eine Testinstanz bei der DAS (Januar- Februar)
Leistungserbringer	Von 01.03.2013 bis 31.03.2013 (Echtinstanz, weil die VST für die Test- und Echtinstanz unterschiedliche Schlüssel verwendet)
Datenannahmestellen	Steht bereits und läuft über die Testinstanz der VST. (Echt- Testinstanz)

Ihre Fragen (X)

Wie wird sichergestellt dass keine Privatpatienten erfasst und weitergeleitet werden ?

- (1) Die Auslösung und die Erfassung beschränken sich auf die GKV-Patienten (anders als in QSKH).**
- (2) Das Datenprüfprogramm**
- (3) Entfernung die PID durch die Vertrauensstelle**



Haben Sie noch Fragen?

Auftaktworkshop Probebetrieb PCI - Themen

Rekrutierungsstand Datenannahmestellen

Rekrutierungsstand Leistungserbringer

Zeitplan

Fragen zu Spezifikation und Workflow

Fragen zu Ablauf und Organisation

Fragen zu Ablauf und Organisation – QuIK

- 1. Rekrutierung der Teilnehmer in allen drei Bezirken**
- 2. Betriebsabläufe in den Herzkatheterlaboren**
- 3. Einlesen der Versichertendaten**

Fragen zu Ablauf und Organisation (I)

Gibt es bereits ein spezifisches Infoblatt für Patienten?

- > Ja, veröffentlicht durch den G-BA; werden wir als Datei zur Verfügung stellen**

In der technischen Dokumentation wird vom Erfassungsjahr 2012 gesprochen.

- > Erfassung erfolgt prospektiv; 2012 stammt vermutlich noch aus der Zeit, zu der als Beginn der 1.10.2012 angenommen wurde.**

Fragen zu Ablauf und Organisation (II)

Muss die Sollstatistik der Krankenhäuser bereits im XML-Format erstellt werden? Bis wann soll diese erstellt werden?

-> Wir gehen zur Zeit davon aus, dass die Software die stationäre Sollstatistik noch nicht erstellen kann.

Ist eine Differenzierung in BSNR möglich?

-> Pro IK-Nummer soll nur ein Pseudonym erzeugt werden.

Fragen zu Ablauf und Organisation (III)

Sind die Erhebungsinstrumente für die Ausfüller selbsterklärend und verständlich?

- > **Davon ist aufgrund der Nähe zu den bestehenden Verfahren (esQS bzw. QuK) auszugehen**
- > **Rückmeldungen dazu werden in der LE-Befragung abgefragt**

Gibt es Implementierungsbarrieren bzw. wurde die Compliance bei der Ärzteschaft abgefragt?

- > **Falls das gemeint ist: BNK unterstützt Probetrieb, Aussage zu stationär tätigen Ärzten ist nicht möglich**

Fragen zu Ablauf und Organisation (IV)

Wie soll die Aufwandsschätzung ablaufen, welches Erhebungsinstrument soll benutzt werden?

-> Befragung der beteiligten Leistungserbringer

Ein mögliches Auswertungskonzept müsste erprobt werden. Ist dies geplant?

-> Das Konzept wird anlässlich des Probetriebs entwickelt und mit Hilfe der Daten erprobt

Fragen zu Ablauf und Organisation (V)

Sind Zwischentreffen zu den Meilensteinen geplant (z.B. 1./15.3., 15.4., sowie nach Zusendung d. Feedbackberichts) ?

-> Bislang nicht vorgesehen, aber denkbar

Müssen bestehende Interessenkonflikte erklärt werden, wenn ja welche?

-> Bitte um Erläuterung!

Fragen zu Ablauf und Organisation (VI)

Bildung einer Koordinierungsgruppe?

- > Gründung kann durch Auftaktworkshop in Abstimmung erfolgen
- > Organisation kann über KP erfolgen

Schriftliche Befragung der Einrichtungen – Wie sieht der Befragungsbogen aus?

- > Liegt für PCI noch nicht vor

Fragen zu Ablauf und Organisation (VII)

Diskussion des Inhalts der Feedbackberichte und Diskussion der Landesauswertung

- > **Vorschlag ist aufgenommen, konnte bei AQUA jedoch nicht besprochen werden – Antwort folgt**
- > **Erläuterung der Idee könnte hilfreich sein**
- > **Hinweis:**
soll die Landesauswertung beim Abschlussworkshop besprochen werden, dürfte die Veranstaltung für die LE nicht sonderlich interessant sein
=> Frage der Schwerpunktsetzung beim Workshop!

Fragen zu Ablauf und Organisation (VIII)

Moderation der inhaltlichen Auseinandersetzung der Häuser mit den Indikatoren?

- > **Erster Schritt: Befragung der LE**
- > **Zweiter Schritt: Abschlussworkshop**

Termin Abschlussworkshop?

Fragen zu Ablauf und Organisation (IX)

Abschlussbericht AQUA:

Wird der Sachstand der Erkenntnisse im Abschlussworkshop berichtet werden?

- > **Soweit schon vorliegend (Workshop liegt zeitlich vor dem Abschlussbericht) können Ergebnisse und deren Implikationen diskutiert werden**
- > **Grundsätzlich gilt: Empfehlungen des AQUA-Instituts zuerst ggü. dem G-BA**

Beiträge der LE und der DAS zum Bericht:

- > **LE: Befragung und ggf. Abschlussworkshop**
- > **DAS: Erfahrungsberichte und ggf. Abschlussworkshop**

Herzlichen Dank

AQUA – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschur
im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8-10
37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 / 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 / 789 52-10

E-Mail: office@aqua-institut.de
Internet: www.aqua-institut.de



Gemeinsamer Bundesausschuss / Unterausschuss Qualitätssicherung / AG Qesü-RL - Empfehlungen zu den Ergebnisberichten Kataraktoperation und Konisation

Stand: 31. Mai 2013

I. Empfehlungen zum Ergebnisbericht Probetrieb Kataraktoperation

Ziel des Probetriebs gemäß Beauftragung vom 15. Dezember 2011:

„Mit dem Probetrieb zum Qualitätssicherungsverfahren Kataraktoperation soll primär ermittelt werden, ob die Daten, die bislang vom G-BA auf der Grundlage des Abschlussberichts der Institution nach § 137a SGB V vom 18. Oktober 2010 als zu erheben identifiziert wurden, praktisch erhebbar und die Ergebnisse praktikabel sowie für die Durchführung der Qualitätssicherung verwertbar sind. Zudem sollen die Datenflüsse und das Zusammenführen von Datensätzen mit identischem Patientenpseudonym sowie die Aufwände auf Seiten der Leistungserbringer als Grundlage für weitere Entscheidungen abgeschätzt und der Rücklauf der Ergebnisse an die Leistungserbringer erprobt werden.“

Der Probetrieb „Kataraktoperation“ hat zu diesen Fragestellungen folgende Ergebnisse erbracht:

- **Praktische Erhebbarkeit**
 - Die Auslösung der kollektivvertraglichen Indexleistung erscheint relativ sicher und spezifisch möglich. Eine spezifische Auslösung für ambulant selektivvertragliche Leistungen der Indexoperation (über die KV abgerechnet) wurde getestet, war aber nicht möglich. Im stationären Bereich und im selektivvertraglichen Bereich außerhalb der KV ist keine Erprobung erfolgt. Im stationären Bereich erscheint die Auslösung allerdings voraussichtlich spezifisch möglich.
 - Es existiert keine Möglichkeit der spezifischen Auslösung der erforderlichen Leistungen des Follow-Up (Zeitpunkt und Inhalt). Die getestete Alternative durch manuelle Eingrenzung hat gezeigt, dass diese nur sehr unspezifisch ist und unter den derzeitigen Bedingungen nur mit sehr hohem zusätzlichem Aufwand realisiert werden könnte. Dadurch ist eine Überprüfung der Vollständigkeit der Dokumentation des Follow-up nicht möglich.
 - Folgende Ursachen spielen dabei eine Rolle:
 - Fehlende auf Zeitpunkt und Inhalt bezogene, ausreichend spezifische Codes, die durch Kodierungs- oder Abrechnungsregeln homogen und vollständig dokumentiert werden.
- **Ergebnisse praktikabel**
 - Die erheblich eingeschränkte praktische Erhebbarkeit führt dazu, dass auch die Ergebnisse nicht ausreichend praktikabel verwertbar sind.
- **Ergebnisse für die Durchführung der Qualitätssicherung verwertbar**
 - Aufgrund der nicht realisierbaren spezifischen Auslösung des Follow-up stehen nur Informationen aus dem Indexaufenthalt zur Verfügung. Die

Ergebnisqualität ist somit nur stark eingeschränkt bewertbar. Somit sind die verfügbaren Ergebnisse für die Qualitätssicherung nur stark eingeschränkt verwertbar.

- Der zentrale Ergebnisindikator des Operationserfolgs (Erreichen der Zielrefraktion) konnte aufgrund der heterogenen Versorgungspraxis der Nachuntersuchung nicht aussagekräftig erhoben werden.
- Testung der Datenflüsse
 - Die im Probebetrieb getesteten Datenflüsse erscheinen praktikabel und würden eine Umsetzung im Regelbetrieb zulassen.
- Zusammenführen von Datensätzen mit identischem Patientenpseudonym
 - Die Zusammenführung erscheint prinzipiell praktikabel und würde eine Umsetzung im Regelbetrieb zulassen.
- Aufwände auf Seiten der Leistungserbringer
 - Aufgrund der nicht spezifisch möglichen Auslösung des Follow-up ist alternativ eine händische Eingrenzung der dokumentationspflichtigen Leistungen des Follow-up erprobt worden. Dies bedingt allerdings einen nicht vertretbaren Dokumentationsaufwand auf Seiten der Leistungserbringer.
- Erprobung der Rückläufe der Ergebnisse an die Leistungserbringer
 - Der Rücklauf der Ergebnisse erscheint prinzipiell praktikabel und würde eine Umsetzung im Regelbetrieb zulassen.
- Zu berücksichtigen ist, dass die Testung ausschließlich in einer Region und nur für den ambulant kollektivvertraglichen Bereich erfolgte. Es erfolgte keine Testung des selektivvertraglichen Datenweges über die DAS für SV-LE und keine Testung in Krankenhäusern.
- Einschätzung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses
 - Ohne die Verfügbarkeit der Informationen aus dem Follow-up erscheint der Aufwand im Verhältnis zum erreichbaren Nutzen unangemessen hoch.
- Die Datenerhebung erfolgte ausschließlich über die Leistungserbringer. Es wurde keine Datenerhebung mittels einer Patientenbefragung einbezogen, sodass ungeklärt ist, ob dieses Instrument eine Erhebung der Ergebnisse mit einem besseren Aufwand-Nutzen-Verhältnis ermöglicht hätte.

Als wesentliches Ergebnis des Probebetriebes hat sich somit gezeigt, dass eine spezifische Auslösung des Follow-up mit vertretbarem Aufwand derzeit nicht möglich ist. Ohne die Ergebnisse des Follow-up erscheint der Aufwand für die Dokumentation der Indexleistung im Verhältnis zum Nutzen deutlich unangemessen.

Von einer Umsetzung des Verfahrens im Regelbetrieb wird daher zum jetzigen Zeitpunkt abgeraten.

Die o.g. Probleme sind nach Überzeugung der AG nicht nur für das QS-Verfahren Kataraktoperation spezifisch, sondern auch für die weiteren sektorenübergreifenden QS-Verfahren von grundsätzlicher Bedeutung.

Die AG empfiehlt dem UA neben den inhaltlich-fachliche Beratungen hinsichtlich des QS-Verfahrens Kataraktoperation auch eine Diskussion über die zentralen Problempunkte, die sich aus dem Bericht ergeben und die für die Planung und Umsetzung der sektorenübergreifenden QS von grundsätzlicher Bedeutung sind.

II. Empfehlungen zum Ergebnisbericht Probetrieb Konisation

Die AG stellt fest, dass die Durchführung eines PB nicht wie geplant durchgeführt werden konnte. Entscheidender Grund dafür war die mangelnde Bereitschaft zur freiwilligen Teilnahme am PB von Softwareanbietern für ambulante und stationäre Leistungen. Eine Ergebnisbewertung konnte daher nur auf Grundlage der Machbarkeitsprüfung und weitergehender theoretischer Überlegungen erfolgen.

Bereits auf dieser Informationsgrundlage lässt sich feststellen, dass aufgrund unterschiedlicher Kodier- und Vergütungsregelungen im vertragsärztlichen und stationären Sektor voraussichtlich nicht umfänglich die gleichen Leistungen ausgelöst werden (vermutete Unterschätzung der Anzahl der Konisationen im vertragsärztlichen Bereich). Eine Vergleichbarkeit der Leistungserbringer ist damit derzeit nicht gegeben.

Zum jetzigen Zeitpunkt kann eine Umsetzung des Verfahrens im Regelbetrieb nicht empfohlen werden.

Gemeinsamer Bundesausschuss / Unterausschuss Qualitätssicherung / AG Qesü-RL - Bericht zum Ergebnisbericht: Probetrieb PCI

(Stand 23.10.2013)

Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. Juni 2012 wurde das AQUA-Institut mit der Durchführung eines Probetriebs für das geplante sektorenübergreifende QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (im Weiteren abgekürzt PCI) beauftragt. Am 31. Juli 2013 legte das AQUA-Institut einen Ergebnisbericht vor. Auf Basis dieses Berichts gibt die AG Qesü-RL eine Einschätzung der Ergebnisse des Probetriebs ab.

I. Umfang des Probetriebs

Am Probetrieb nahmen 11 Krankenhäuser (Hessen, Hamburg, NRW), 8 Vertragsarztpraxen (NRW) sowie 5 (auch) selektivvertraglich tätige Praxen (Baden-Württemberg) teil. Im Erhebungszeitraum (1. Januar 2013 bis 30. Mai 2013) wurden insgesamt 5.267 QS-Datensätze zu Patienten mit Herzkathetereingriffen dokumentiert (4.425 stationär, 827 ambulant kollektivvertraglich, 15 selektivvertraglich). Die Qualitätsindikatoren des Verfahrens wurden ausgewertet und die Ergebnisse an die Teilnehmer zurückübermittelt. Die Erfahrungen der Teilnehmer mit dem Probetrieb wurden durch Befragungen und zwei Abschlussworkshops erfasst.

II. Ergebnisse der Erprobung im Einzelnen

(1) Erhebbarkeit und Verständlichkeit der Erhebungsinstrumente (Datensätze/Items, Ausfüllhinweise)

Die QS-Daten waren grundsätzlich erhebbar und der Datensatz für die Anwender verständlich. Nach Abschluss des Probetriebes war auf Basis der vorliegenden Erkenntnisse an wenigen Stellen eine Optimierung des Datensatzes notwendig.

(2) Verfügbarkeit der Daten (für die Datenerfassung, Auslösung und Sollstatistik) und Praktikabilität der Datenerhebung (z.B. Integration in den Workflow):

QS-Daten:

Die QS-Daten waren in den Einrichtungen verfügbar.

QS-Auslösung:

Eine automatische Auslösung der QS-Fälle anhand definierter externer Kriterien (QS-Filter) erfolgte im stationären Bereich und in den am Probetrieb beteiligten Arztpraxen nicht. Grund war die fehlende Integration zwischen patientenführendem System im Krankenhaus bzw. in der Praxissoftware einerseits und der QS-Software andererseits. Die Anwender waren daher gezwungen, die Identifikation der QS-Fälle manuell vorzunehmen. Auch die selektivvertraglichen Fälle der AOK Baden-

Württemberg mussten per Hand (anhand der spezifischen Abrechnungsziffern) vorgenommen werden.

Da eine automatische Auslösung nicht möglich war, konnte im Probetrieb auch keine Überprüfung der Vollständigkeit der Datensätze (Sollstatistik) erfolgen.

PID-Integration

Nur 1.789 von 5.267 QS-Datensätze (34%) enthielten patientenidentifizierende (PID) Daten. Als Ursache kann auch hier die mangelnde Integration der beteiligten Softwaresysteme gesehen werden. In einigen Einrichtungen wurden daher behelfsweise die Krankenversicherungsnummern über an die QS-Software angeschlossene Kartenlesegeräte eingefügt oder manuell erfasst. Zudem wurde im Workshop von den Anwendern auf die besondere Problematik von Verbringungsfällen hingewiesen. Da hier stationäre und vertragsärztliche Leistungserbringer gemeinsam an der Herzkatheterversorgung beteiligt sind, wurde eine Datenintegration als wesentlich komplexer angesehen. Die benötigten Schnittstellen zwischen den Softwaresystemen im stationären und niedergelassenen Bereich existieren derzeit nicht.

(3) Funktionalität und Sachgerechtigkeit der Plausibilitätsprüfungen

Die Plausibilitätsregeln im Datensatz zeigten sich als funktionsfähig und sachgerecht. Nach Abschluss des Probetriebes war an wenigen Stellen eine Optimierung der Regeln notwendig.

(4) Aufwandsschätzung:

Von 12 teilnehmenden Einrichtungen liegen Befragungsergebnisse zum Aufwand im Probetrieb vor. Bei 2/3 der antwortenden Einrichtungen war die Dokumentation von Ärzten durchgeführt worden. Die meisten Einrichtungen schätzten einen Gesamtdokumentationsaufwand je Fall von bis zu 30 Minuten, was vergleichbar ist mit existierenden Dokumentationssystemen (esQS oder QuK-Register). Als sehr zeitintensiv wurden die Installation der Software und der Datenexport eingeschätzt.

(5) Technische Funktionsfähigkeit des Verfahrenskonzepts

Die Kernelemente des Verfahrenskonzepts erwiesen sich als grundsätzlich funktionsfähig. Die beschriebenen Probleme betreffen mehr die technischen Rahmenbedingungen bei den Leistungserbringern als die Datenflüsse selbst.

(6) Datenflüsse inkl. Rückmeldeprotokolle und Einbindung der Vertrauensstelle

Die Datenflüsse von den Einrichtungen über die Datenannahmestellen und die Vertrauensstelle zum Aqua-Institut waren grundsätzlich funktionsfähig. Die Rückmeldeprotokollierung war erfolgreich, allerdings waren die Protokolle mangels Aufbereitung in der QS-Software für die Anwender häufig nicht aussagekräftig.

Neben KVen und LQS war die Vertrauensstelle erstmals in einem Probetrieb als Datenannahmestelle von QS-Daten selektivvertraglicher Fälle tätig. Der hierfür festgelegte, vom stationären und vertragsärztlichen Verfahren abweichende Weg

der Datenübermittlung und Rückprotokollierung erwies sich v. a. für die Anwender als sehr aufwändig.

(7) Verwendbarkeit (Auswertbarkeit) der Daten (Ergebnisse und Sollstatistik)

Aus den Daten des Probebetriebes ließen sich beim AQUA-Institut die entwickelten Qualitätsindikatoren für jede Einrichtung berechnen. Die Erstellung einer Sollstatistik war jedoch aus den o. g. Gründen nicht möglich.

(8) Erstellung und Erprobung eines Auswertungskonzepts:

Das AQUA-Institut konnte zu den Indikatoren eine Benchmarkauswertung erstellen, sowohl in Form von Rückmeldeberichten an die Einrichtungen als auch in Form einer Gesamtauswertung aller Probebetriebsteilnehmer. Für die Übermittlung der Rückmeldeberichte vom AQUA-Institut über die Datenannahmestelle an die Einrichtungen mithilfe des Einrichtungspseudonyms wurde für den Probebetrieb ein technisches Verfahren vereinbart und erfolgreich eingeführt. In der Befragung wurden diese Rückmeldeberichte von den Teilnehmern als verständlich eingeschätzt.

(9) Verwertbarkeit der Daten für die Durchführung der QS, insbesondere die Identifikation auffälliger Ergebnisse aus der die Einleitung von Maßnahmen gemäß §17 der Qesü-RL abgeleitet werden kann

Es wurde kein Strukturierter Dialog zu den inhaltlichen Ergebnissen der Qualitätsindikatoren im Probebetrieb durchgeführt. Aus der ESQS bestehen aber umfangreiche Erfahrungen mit dem QS-Verfahren. Unter der Annahme, dass in ähnlicher Weise auch ein Strukturierter Dialog mit Herzkatheterpraxen geführt werden kann, erscheinen die erhobenen QS-Daten prinzipiell für die Qualitätssicherung verwertbar.

(10) Erkennen von Implementierungsbarrieren (z.B. Mehrkosten, ablehnende Grundhaltung der Beteiligten)

Von den beteiligten Softwareanbietern konnte die QS-Software für den Probebetrieb nur mit Verzögerung und nicht integriert in die Systeme vor Ort zur Verfügung gestellt werden. Dies machte verschiedene provisorische Lösungen erforderlich, die für die Anwender mit hohem Aufwand verbunden waren. Trotz der beschriebenen technischen Hürden zeigten sich die Teilnehmer aber grundsätzlich motiviert, an der QS-Dokumentation teilzunehmen.

III. Zusammenfassende Bewertung

Der Probebetrieb wurde auf Basis einer relativ kleinen Stichprobe von Leistungserbringern und Herzkathetereingriffen durchgeführt. Dennoch zeigte er, dass in diesem Leistungsbereich eine datengestützte Qualitätssicherung sowohl in Krankenhäusern als auch Arztpraxen prinzipiell möglich ist.

Die meisten der aufgetretenen technischen und methodischen Probleme sind für die nicht Herzkatheterversorgung spezifisch, sondern grundsätzlicher Natur.

Zu nennen ist v.a. die mangelhafte Integration der Softwaresysteme. Dadurch werden Kernelemente der datengestützten QS-Verfahren, wie QS-Auslösung und PID-Datenübermittlung, deutlich beeinträchtigt. Während im Krankenhaus die QS-Softwareintegration im Laufe der letzten Jahre relativ weit fortgeschritten ist, steht man im niedergelassenen Bereich hier erst am Anfang. Wie schon im Probebetrieb Kataraktoperation zeigt sich, dass ein auf Freiwilligkeit beruhender Probebetrieb wenig Anreiz setzt, in die notwendige Weiterentwicklung der Systeme zu investieren. Zudem muss über eine verpflichtende Beteiligung am Probebetrieb als Alternative nachgedacht werden.

Sobald ein sektorenübergreifendes qualitätssicherndes Verfahren eingeführt ist und die entsprechenden Strukturen zur Verfügung stehen (Datenannahmestellen, LAG), wird es hier voraussichtlich unproblematischer sein, eine Teilnahmebereitschaft zu erreichen. Problematisch könnte weiterhin die Investitionsbereitschaft von Softwareanbietern für spezifische Fachgebiete bleiben, solange unklar ist, ob der Probebetrieb in einen Regelbetrieb übergeht.

Ein grundsätzliches methodisches Problem stellt die Auslösung der QS-Dokumentation bei selektivvertraglichen Fällen dar. Im Probebetrieb waren nur Fälle aus dem Selektivvertrag der AOK Baden-Württemberg eingeschlossen, deren Abrechnungskriterien bekannt waren. Bundesweit ist aber weder bekannt, welche Selektivverträge im Einzelnen zwischen Kassen und Leistungserbringern vorliegen, noch, welche Abrechnungs- und Kodierregelungen jeweils vereinbart sind. Daher können auch keine einheitlichen Auslöskriterien für selektivvertragliche Fälle vorgegeben werden. Mit dem Problem der Auslösung ist auch das Problem verbunden, eine belastungsfähige Sollstatistik durchzuführen.

Im Probebetrieb wurde nur das Instrument der datengestützten QS getestet. Eine Bewertung der über Sozialdaten bei den Krankenkassen oder über Patientenbefragung erhobenen Qualitätsindikatoren steht noch aus, ehe sich eine Gesamtaussage über die Eignung eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens PCI treffen lässt. Die Ergebnisse der empirischen Überprüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Entwicklung von Patientenbefragung für das QS-Verfahren PCI werden Ende März 2014 bzw. Ende November 2014 vorgelegt.