Beschluss

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 zu Verfahren 3 (QS CHE),Verfahren 5 (QS TX), Verfahren 6 (QS KCHK), Verfahren 7 (QS KAROTIS), Verfahren 8 (QS CAP), Verfahren 9 (QS MC), Verfahren 10 (QS GYN-OP), Verfahren 11 (QS DEK), Verfahren 12 (QS HSMDEF), Verfahren 13 (QS PM), Verfahren 14 (QS HGV) und Verfahren 15 (QS KEP) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Vom 17. Dezember 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2020 auf Grundlage von Teil 1 § 14a Absatz 3 und 4 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) (in der ab dem 1. Januar 2021 geltenden Fassung) die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 zu

- Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE) (**Anlage 1**),
- Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX) (**Anlage 2**),
- Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) (**Anlage 3**),
- Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) (**Anlage 4**),
- Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) (**Anlage 5**),
- Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC) (**Anlage 6**),
- Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) (**Anlage 7**),
- Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK) (**Anlage 8**),
- Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) (**Anlage 9**),
- Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM) (**Anlage 10**),
- Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV) (**Anlage 11**) und
- Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) (**Anlage 12**)

beschlossen.

Die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 sind von dem Institut nach § 137a SGB V auf dessen Internetseite unter www.iqtig.org zu veröffentlichen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 17. Dezember 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Cholezystektomie

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Cholezystektomie. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen 4

58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 6

58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen 8

58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen 10

58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen 12

58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres 14

58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen 16

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 18

Anhang II: Listen 19

Anhang III: Vorberechnungen 20

Anhang IV: Funktionen 21

58000: Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie

Eigenschaften und Berechnung

ID	58000
Bezeichnung	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit operationsbedingten Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Sozialdaten. Zum aktuellen Zeitpunkt konnte der Algorithmus (Formel) noch nicht anhand der Sozialdaten entwickelt und angewandt werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

58001: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie

Eigenschaften und Berechnung

ID	58001
Bezeichnung	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Reintervention aufgrund von postoperativen Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Sozialdaten. Zum aktuellen Zeitpunkt konnte der Algorithmus (Formel) noch nicht anhand der Sozialdaten entwickelt und angewandt werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

58002: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie

Eigenschaften und Berechnung

ID	58002
Bezeichnung	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit eingriffsspezifischen Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Sozialdaten. Zum aktuellen Zeitpunkt konnte der Algorithmus (Formel) noch nicht anhand der Sozialdaten entwickelt und angewandt werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

58003: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig postoperative interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie

Eigenschaften und Berechnung

ID	58003
Bezeichnung	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postoperativen interventionsbedürftigen Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Sozialdaten. Zum aktuellen Zeitpunkt konnte der Algorithmus (Formel) noch nicht anhand der Sozialdaten entwickelt und angewandt werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

58004: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie

Eigenschaften und Berechnung

ID	58004
Bezeichnung	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit weiteren Komplikationen bei Cholezystektomie intra- oder postoperativ innerhalb von 30 Tagen **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Sozialdaten. Zum aktuellen Zeitpunkt konnte der Algorithmus (Formel) noch nicht anhand der Sozialdaten entwickelt und angewandt werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

58005: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 365 Tagen nach Cholezystektomie

Eigenschaften und Berechnung

ID	58005
Bezeichnung	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit weiteren Komplikationen bei Cholezystektomie postoperativ innerhalb von 365 Tagen **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Sozialdaten. Zum aktuellen Zeitpunkt konnte der Algorithmus (Formel) noch nicht anhand der Sozialdaten entwickelt und angewandt werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

58006: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie

Eigenschaften und Berechnung

ID	58006
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Patientinnen und Patienten bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Cholezystektomie
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Sozialdaten. Zum aktuellen Zeitpunkt konnte der Algorithmus (Formel) noch nicht anhand der Sozialdaten entwickelt und angewandt werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Transplantationsmedizin: Herztransplantationen

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Transplantationsmedizin: Herztransplantationen. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

2157: Sterblichkeit im Krankenhaus 4
Gruppe: 1-Jahres-Überleben 7
12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 8
51629: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) 11
Gruppe: 2-Jahres-Überleben 14
12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 15
51631: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) 18
Gruppe: 3-Jahres-Überleben 21
12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 22
51633: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) 25
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 28
Anhang II: Listen 29
Anhang III: Vorberechnungen 30
Anhang IV: Funktionen 31

2157: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	Wurde während des stationären Aufenthaltes eine isolierte Herztransplantation durchgeführt?	M	0 = nein 1 = ja	HTXJN
48:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
100:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM
102:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	2157
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Ein evidenzbasierter Referenzbereich lässt sich aus der wissenschaftlichen Literatur nicht ableiten, da nur ganz vereinzelte Publikationen einzelner Transplantationszentren zur Sterblichkeit im Krankenhaus vorliegen. Die Festlegung dieses Referenzbereichs erfolgte daher auf der Basis eines Expertenkonsenses der Bundesfachgruppe Herz- und Lungentransplantation.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb **Nenner** Die jeweils ersten Herztransplantationen aller Aufenthalte
Erläuterung der Rechenregel	Für die Grundgesamtheit werden alle jeweils ersten Transplantationen während eines stationären Aufenthalts von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die im Jahr 2021 entlassen wurden.
Teildatensatzbezug	HTXM:T
Zähler (Formel)	`ENTLGRUND %==% "07"`

Nenner (Formel)	`fn_IstErsteTxInAufenthalt &`
	`fn_EntlassungInAJ &`
	`fn_GGistHTXM_TX`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`
	`fn_GGistHTXM_TX`
	`fn_IstErsteTxInAufenthalt`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: 1-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	1-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate

12253: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
48:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
84:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
102:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 20:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12253
Bezeichnung	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status
Referenzbereich 2021	≥ 75,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 75,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	HTXM:P
Zähler (Formel)	`!fn_TodInnerhalb1Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ &`
	`fn_IstLetzteTransplantation &`
	`fn_StatusBekannt1J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU1J`
	`fn_FU1JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_StatusBekannt1J`
	`fn_TodInnerhalb1Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51629: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
48:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
84:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
102:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 20:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51629
Bezeichnung	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator Worst-Case
Referenzbereich 2021	≥ 75,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 75,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, für die 1 Jahr nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Es werden nur Patientinnen bzw. Patienten im Zähler erfasst, wenn der Follow-up-Status als lebend dokumentiert wurde. Patientinnen bzw. Patienten mit unbekanntem Überlebensstatus werden folglich als verstorben betrachtet.
Teildatensatzbezug	HTXM:P
Zähler (Formel)	`fn_StatusBekannt1J & !fn_TodInnerhalb1Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ &` `fn_IstLetzteTransplantation`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU1J`
	`fn_FU1JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

	`fn_StatusBekannt1J`
	`fn_TodInnerhalb1Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: 2-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	2-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate

12269: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
48:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
84:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
102:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 20:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12269
Bezeichnung	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status
Referenzbereich 2021	≥ 70,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 70,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	HTXM:P
Zähler (Formel)	`!fn_TodInnerhalb2Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ &`
	`fn_IstLetzteTransplantation &`
	`fn_StatusBekannt2J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU2J`
	`fn_FU2JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_StatusBekannt2J`
	`fn_TodInnerhalb2Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51631: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
48:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
84:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
102:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 20:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51631
Bezeichnung	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator Worst-Case
Referenzbereich 2021	≥ 70,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 70,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, für die 2 Jahre nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Es werden nur Patientinnen bzw. Patienten im Zähler erfasst, wenn der Follow-up-Status als lebend dokumentiert wurde. Patientinnen bzw. Patienten mit unbekanntem Überlebensstatus werden folglich als verstorben betrachtet.
Teildatensatzbezug	HTXM:P
Zähler (Formel)	`fn_StatusBekannt2J & !fn_TodInnerhalb2Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ &` `fn_IstLetzteTransplantation`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU2J`
	`fn_FU2JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

	`fn_StatusBekannt2J`
	`fn_TodInnerhalb2Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: 3-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	3-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate

12289: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
48:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
84:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
102:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 20:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12289
Bezeichnung	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status
Referenzbereich 2021	≥ 65,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 65,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist drei Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	HTXM:P
Zähler (Formel)	`!fn_TodInnerhalb3Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ &`
	`fn_IstLetzteTransplantation &`
	`fn_StatusBekannt3J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU3J`
	`fn_FU3JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_StatusBekannt3J`
	`fn_TodInnerhalb3Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51633: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
48:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
84:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
102:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 20:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51633
Bezeichnung	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator Worst-Case
Referenzbereich 2021	≥ 65,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 65,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, für die 3 Jahre nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist drei Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Es werden nur Patientinnen bzw. Patienten im Zähler erfasst, wenn der Follow-up-Status als lebend dokumentiert wurde. Patientinnen bzw. Patienten mit unbekanntem Überlebensstatus werden folglich als verstorben betrachtet.
Teildatensatzbezug	HTXM:P
Zähler (Formel)	`fn_StatusBekannt3J & !fn_TodInnerhalb3Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ &` `fn_IstLetzteTransplantation`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU3J`
	`fn_FU3JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

	`fn_StatusBekannt3J`
	`fn_TodInnerhalb3Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2021
MinAbstand1JFU	Gesamt	Mindestabstand für 1-Jahres-Follow-up	335
MinAbstand2JFU	Gesamt	Mindestabstand für 2-Jahres-Follow-up	700
MinAbstand3JFU	Gesamt	Mindestabstand für 3-Jahres-Follow-up	1065
ToleranzFU1J	Gesamt	Zeittoleranz für 1-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	60
ToleranzFU2J	Gesamt	Zeittoleranz für 2-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	90
ToleranzFU3J	Gesamt	Zeittoleranz für 3-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	90

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des Follow-up sofern der Status im Follow-up bekannt ist	`ifelse(`
			`  FU_FUVERSTORBEN %in% c(0,1),`
			`  FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum, NA_integer_`
			`)`

fn_AJ	integer	Auswertungsjahr	`VB$Auswertungsjahr`
fn_DatumFaelligkeitFU1J	date	Fälligkeitsdatum für die 1-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 365 + VB$ToleranzFU1J)`
fn_DatumFaelligkeitFU2J	date	Fälligkeitsdatum für die 2-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 730 + VB$ToleranzFU2J)`
fn_DatumFaelligkeitFU3J	date	Fälligkeitsdatum für die 3-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 1095 + VB$ToleranzFU3J)`
fn_EntlassungInAJ	boolean	Entlassung in Auswertungsjahr	`fn_EntlassungJahr %==% fn_AJ`
fn_EntlassungJahr	integer	Entlassungsjahr	`to_year(ENTLDATUM)`
fn_FU1JFaelligInAJ	boolean	1-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU1J) %==% fn_AJ`
fn_FU2JFaelligInAJ	boolean	2-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU2J) %==% fn_AJ`
fn_FU3JFaelligInAJ	boolean	3-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU3J) %==% fn_AJ`
fn_GGistHTXM_TX	boolean	Fall gehört zu HTXM-TX (keine Einschränkung auf den letzten Aufenthalt)	`HTXJN %==% 1`

fn_IstErsteTxInAufenthalt	boolean	Erste Transplantation innerhalb des stationären Aufenthalts	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==%`
			`(maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff)`
			`%group_by% TDS_B)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstLetzteTransplantation	boolean	Transplantation ist die letzte Transplantation des Patienten	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (minimum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_P)`
fn_MaxAbstTageFUErhebung	integer	Maximum Abstand Tage bis zur Erhebung des Follow-up sofern der Status im Follow-up bekannt ist	`maximum(fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt) %group_by% TDS_Tx`
fn_MinAbstTageBisTod	integer	Minimum Abstand Tage von der Operation bis zum Tod des Patienten (Feld: abstTodTxDatum; Follow-up) gruppiert nach Transplantation (TDS_T)	`minimum(FU_abstTodTxDatum) %group_by% TDS_T`
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	`poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF`
fn_StatusBekannt1J	boolean	Status nach einem Jahr ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand1JFU \| fn_TodInnerhalb1Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand1JFU`
fn_StatusBekannt2J	boolean	Status nach zwei Jahren ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand2JFU \| fn_TodInnerhalb2Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand2JFU`
fn_StatusBekannt3J	boolean	Status nach drei Jahren ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand3JFU \| fn_TodInnerhalb3Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand3JFU`
fn_TodInnerhalb1Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb eines Jahres verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 365`
fn_TodInnerhalb2Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von zwei Jahren verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 730`
fn_TodInnerhalb3Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von drei Jahren verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 1095`
fn_ZeitbisTod	integer	Anzahl Tage nach der Transplantation bis der Patient verstorben ist	`ifelse( ENTLGRUND %==% "07",`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			poopvwdauer, fn_MinAbstTageBisTod)

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Transplantationsmedizin: Leberlebendspenden

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Transplantationsmedizin: Leberlebendspenden. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen 4

2125: Sterblichkeit im Krankenhaus 7

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 11

12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 12

51603: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende 15

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 18

12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 19

51604: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende 22

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 25

12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 26

51605: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende 29

2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich 32

12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich 35

12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 39

12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich 43

12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende) 47

12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende) 51

12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende) 55

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 59

Anhang II: Listen 60

Anhang III: Vorberechnungen 61

Anhang IV: Funktionen 62

2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen

Qualitätsziel	Selten operative oder allgemeine Komplikationen bei der Leberlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
22:B	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation	M	0 = nein 1 = Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen) 2 = Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung) 3 = Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention) 4 = Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation) 5 = Grad V (Tod)	CLAVIENDINDO
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
26:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM

Eigenschaften und Berechnung

ID	2128
Bezeichnung	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Für operative und allgemeine Komplikationen nach Teil-Leberlebendspende gibt es in wissenschaftlichen Publikationen keine einheitlichen, standardisierten Definitionen. Der Referenzbereich wurde daher auf der Grundlage eines Expertenkonsenses durch die Fachgruppe Lebertransplantation auf Bundesebene festgelegt. Die Klassifizierung der auftretenden Komplikationen wird nach Clavien-Dindo erfasst.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender mit mindestens einer intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikation **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw.- spendern
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`CLAVIENDINDO %in% c(2,3,4)`
Nenner (Formel)	`fn_EntlassungInAJ & fn_keinDominoSpender`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`
	`fn_keinDominoSpender`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

2125: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Leberlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
26:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM
28:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

Eigenschaften und Berechnung

ID	2125
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Teil-Leberlebendspende muss zwingend nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Sollte tatsächlich ein Todesfall einer Spenderin bzw. eines Spenders eingetreten sein, so melden Sie dies bitte unverzüglich zunächst dem Verfahrenssupport des IQTIG, damit die entsprechenden Fachexpertinnen und -experten informiert werden können und kurzfristig Kontakt mit Ihrem Haus aufgenommen werden kann. Bei Eintritt eines solchen Todesfalls sind folgende Informationen notwendig und zu übermitteln: eine ausführliche Epikrise zur verstorbenen Patientin bzw. zum verstorbenen Patienten, das Alter der Spenderin bzw. des Spenders, der Kreatininwert bei Transplantation und bei Entlassung, das Bestehen einer arteriellen Hypertonie als auch mögliche Todesursachen.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Leberlebendspenderin bzw. verstorbener Lebendspender **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. -spender unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`ENTLGRUND %==% "07"`
Nenner (Formel)	`fn_EntlassungInAJ & fn_keinDominoSpender`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`
	`fn_keinDominoSpender`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende

Bezeichnung Gruppe	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende

12296: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
28:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12296
Bezeichnung	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Teil-Leberlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Sollte tatsächlich ein Todesfall einer Spenderin bzw. eines Spenders eingetreten sein, so melden Sie dies bitte an den Verfahrenssupport des IQTIG, damit die entsprechenden Fachexpertinnen und -experten informiert werden können und kurzfristig Kontakt mit Ihrem Haus aufgenommen werden kann. Bei Eintritt eines solchen Todesfalls sind folgende Informationen notwendig und zu übermitteln: eine ausführliche Epikrise zur verstorbenen Patientin bzw. zum verstorbenen Patienten, das Alter der Spenderin bzw. des Spenders, der Kreatininwert bei Transplantation und bei Entlassung, das Bestehen einer arteriellen Hypertonie als auch mögliche Todesursachen.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, die innerhalb des 1. Jahres nach der Spende verstorben sind **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`fn_TodInnerhalb1Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ &`
	`fn_keinDominoSpender &`
	`fn_StatusBekannt1J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU1J`
	`fn_FU1JFaelligInAJ`
	`fn_keinDominoSpender`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`

	`fn_StatusBekannt1J`
	`fn_TodInnerhalb1Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51603: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
28:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51603
Bezeichnung	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Teil-Leberlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Sollte tatsächlich ein Todesfall einer Spenderin bzw. eines Spenders eingetreten sein, so melden Sie dies bitte an den Verfahrenssupport des IQTIG, damit die entsprechenden Fachexpertinnen und -experten informiert werden können und kurzfristig Kontakt mit Ihrem Haus aufgenommen werden kann. Bei Eintritt eines solchen Todesfalls sind folgende Informationen notwendig und zu übermitteln: eine ausführliche Epikrise zur verstorbenen Patientin bzw. zum verstorbenen Patienten, das Alter der Spenderin bzw. des Spenders, der Kreatininwert bei Transplantation und bei Entlassung, das Bestehen einer arteriellen Hypertonie als auch mögliche Todesursachen.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, die innerhalb des 1. Jahres nach der Spende verstorben sind oder zu denen nach einem Jahr keine Informationen zum Überlebensstatus vorliegen. **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Als Indikatorergebnis wird das Worst-Case-Szenario ausgewiesen. Das bedeutet, dass auch alle Patientinnen bzw. Patienten, zu denen keine Informationen vorliegen, als verstorben gewertet werden.
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`!fn_StatusBekannt1J | fn_TodInnerhalb1Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ &` `fn_keinDominoSpender`
Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt` `fn_AJ`

	`fn_DatumFaelligkeitFU1J`
	`fn_FU1JFaelligInAJ`
	`fn_keinDominoSpender`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_StatusBekannt1J`
	`fn_TodInnerhalb1Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende

Bezeichnung Gruppe	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende

12308: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
28:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12308
Bezeichnung	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Teil-Leberlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, die innerhalb von 2 Jahren nach der Spende verstorben sind **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`fn_TodInnerhalb2Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ &`
	`fn_keinDominoSpender &`
	`fn_StatusBekannt2J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU2J`
	`fn_FU2JFaelligInAJ`
	`fn_keinDominoSpender`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_StatusBekannt2J`
	`fn_TodInnerhalb2Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51604: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
28:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51604
Bezeichnung	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Teil-Leberlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, die innerhalb von 2 Jahren nach der Spende verstorben sind oder zu denen nach 2 Jahren keine Informationen zum Überlebensstatus vorliegen **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Als Indikatorergebnis wird das Worst-Case-Szenario ausgewiesen. Das bedeutet, dass auch alle Patientinnen bzw. Patienten, zu denen keine Informationen vorliegen, als verstorben gewertet werden.
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`!fn_StatusBekannt2J | fn_TodInnerhalb2Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ &` `fn_keinDominoSpender`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU2J`
	`fn_FU2JFaelligInAJ`
	`fn_keinDominoSpender`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_StatusBekannt2J`

	`fn_TodInnerhalb2Jahr` `fn_ZeitbisTod`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende

Bezeichnung Gruppe	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebendspende

12324: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
28:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12324
Bezeichnung	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Teil-Leberlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, die innerhalb von 3 Jahren nach der Spende verstorben sind **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist drei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`fn_TodInnerhalb3Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ &`
	`fn_keinDominoSpender &`
	`fn_StatusBekannt3J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU3J`
	`fn_FU3JFaelligInAJ`
	`fn_keinDominoSpender`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_StatusBekannt3J`
	`fn_TodInnerhalb3Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51605: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
28:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51605
Bezeichnung	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Teil-Leberlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, die innerhalb von 3 Jahren nach der Spende verstorben sind oder zu denen nach 3 Jahren keine Informationen zum Überlebensstatus vorliegen **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist drei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Als Indikatorergebnis wird das Worst-Case-Szenario ausgewiesen. Das bedeutet, dass auch alle Patientinnen bzw. Patienten, zu denen keine Informationen vorliegen, als verstorben gewertet werden.
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`!fn_StatusBekannt3J | fn_TodInnerhalb3Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ &` `fn_keinDominoSpender`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU3J`
	`fn_FU3JFaelligInAJ`
	`fn_keinDominoSpender`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_StatusBekannt3J`

	`fn_TodInnerhalb3Jahr` `fn_ZeitbisTod`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

2127: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich

Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation nach Leberlebendspende erforderlich

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
24:B	Lebertransplantation beim Leberlebend-spender erforderlich	M	0 = nein 1 = ja	LTXSPENDER
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
26:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM

Eigenschaften und Berechnung

ID	2127
Bezeichnung	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Das Risiko einer gravierenden Funktionseinschränkung der Leber, die auch bei Teil-Leberlebendspenderinnen bzw. Teil-Leberlebendspendern eine Lebertransplantation erforderlich macht, kann durch eine fundierte präoperative Evaluation der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders minimiert werden. Daher soll jede bei einer Lebendspenderin bzw. einem Lebendspender erforderliche Lebertransplantation im Strukturierten Dialog analysiert werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, bei denen eine Lebertransplantation nach Leberlebendspende erforderlich wurde **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`LTXSPENDER %==% 1`
Nenner (Formel)	`fn_EntlassungInAJ & fn_keinDominoSpender`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`
	`fn_keinDominoSpender`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

12549: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich

Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
28:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Datum der letzten Transplantation des Spenders und dem Datum der Lebendspende (in Tagen)	-	TXDATUMSPENDER - LSDATUM	FU_abstTxDatumSpenderLS-Datum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12549
Bezeichnung	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Das Risiko einer gravierenden Funktionseinschränkung der Leber, die auch bei Teil-Leberlebendspenderinnen bzw. bei Teil-Leberlebendspendern eine Lebertransplantation erforderlich macht, kann durch eine fundierte präoperative Evaluation der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders minimiert werden. Daher soll jede bei einer Lebendspenderin bzw. einem Lebendspender erforderliche Lebertransplantation im Strukturierten Dialog analysiert werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die innerhalb des 1. Jahres nach der Spende eine Lebertransplantation erforderlich ist **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind, und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`fn_txInnerhalb1Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ &`
	`fn_keinDominoSpender &`
	`!fn_TodInHospital &`
	`fn_TxStatusBekannt1J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU1J`
	`fn_FU1JFaelligInAJ`
	`fn_keinDominoSpender`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_TodInHospital`

	`fn_TodInnerhalb1Jahr`
	`fn_txInnerhalb1Jahr`
	`fn_TxStatusBekannt1J`
	`fn_ZeitbisTod`
	`fn_ZeitBisTx`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

12561: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich

Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
28:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Datum der letzten Transplantation des Spenders und dem Datum der Lebendspende (in Tagen)	-	TXDATUMSPENDER - LSDATUM	FU_abstTxDatumSpenderLS-Datum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12561
Bezeichnung	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Das Risiko einer gravierenden Funktionseinschränkung der Leber, die auch bei Teil-Leberlebendspenderinnen bzw. Teil-Leberlebendspendern eine Lebertransplantation erforderlich macht, kann durch eine fundierte präoperative Evaluation der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders minimiert werden. Daher soll jede bei einer Lebendspenderin bzw. einem Lebendspender erforderliche Lebertransplantation im Strukturierten Dialog analysiert werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die innerhalb von 2 Jahren nach der Spende eine Lebertransplantation erforderlich ist **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, ohne dokumentierten Tod oder Transplantation innerhalb 1 Jahres und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`fn_txInnerhalb2Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ &`
	`fn_keinDominoSpender &`
	`!fn_txInnerhalb1Jahr &`
	`!fn_TodInnerhalb1Jahr &`
	`fn_TxStatusBekannt2J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU2J`
	`fn_FU2JFaelligInAJ`
	`fn_keinDominoSpender`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`

	fn_TodInnerhalb1Jahr fn_TodInnerhalb2Jahr fn_txInnerhalb1Jahr fn_txInnerhalb2Jahr fn_TxStatusBekannt2J fn_ZeitbisTod fn_ZeitBisTx
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

12577: Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich

Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebendspende erforderlich

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
28:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Datum der letzten Transplantation des Spenders und dem Datum der Lebendspende (in Tagen)	-	TXDATUMSPENDER - LSDATUM	FU_abstTxDatumSpenderLS-Datum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12577
Bezeichnung	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Das Risiko einer gravierenden Funktionseinschränkung der Leber, die auch bei Teil-Leberlebendspenderinnen bzw. Teil-Leberlebendspendern eine Lebertransplantation erforderlich macht, kann durch eine fundierte präoperative Evaluation der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders minimiert werden. Daher soll jede bei einer Lebendspenderin bzw. einem Lebendspender erforderliche Lebertransplantation im Strukturierten Dialog analysiert werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die innerhalb von 3 Jahren nach der Spende eine Lebertransplantation erforderlich ist **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, ohne dokumentierten Tod oder Transplantation innerhalb von 2 Jahren und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist drei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`fn_txInnerhalb3Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ &`
	`fn_keinDominoSpender &`
	`!fn_txInnerhalb2Jahr &`
	`!fn_TodInnerhalb2Jahr &`
	`fn_TxStatusBekannt3J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU3J`
	`fn_FU3JFaelligInAJ`
	`fn_keinDominoSpender`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`

	`fn_TodInnerhalb2Jahr`
	`fn_TodInnerhalb3Jahr`
	`fn_txInnerhalb2Jahr`
	`fn_txInnerhalb3Jahr`
	`fn_TxStatusBekannt3J`
	`fn_ZeitbisTod`
	`fn_ZeitBisTx`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

12609: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)

Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 1 Jahr nach Leberlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
28:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: 20.1:B	Bilirubin i. S. in mg/dl	K	in mg/dl	FU_BILIRUBINMGDL
FU: 20.2:B	Bilirubin i. S. in µmol/l	K	in µmol/l	FU_BILIRUBINMOLL
FU: 20.3:B	Bilirubin i. S. unbekannt	K	1 = ja	FU_BILIRUBINNB
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12609
Bezeichnung	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Das Risiko einer gravierenden Funktionseinschränkung der Leber kann durch eine fundierte präoperative Evaluation der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders minimiert werden. Daher muss jede Einschränkung der Leberfunktion bei einer Lebendspenderin bzw. einem Lebendspender im Strukturierten Dialog analysiert werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender mit beeinträchtigter Organfunktion (Bilirubin ≥ 35 µmol/l bzw. ≥ 2,3 mg/dl) **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind, und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen bzw. Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Bilirubin (Ausschluss von Werten ≥ 99 (mg/dl) bzw. ≥ 999 (µmol/l)). Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Spende spätestens fällig.
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`FU_BILIRUBINMGDL %>=% 2.3 | FU_BILIRUBINMOLL %>=% 35`

Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ &`
	`fn_keinDominoSpender &`
	`fn_FollowUp1Dokumentiert &`
	`fn_IstErsterFUBogen1Jahr &`
	`FU_FUVERSTORBEN %==% 0 &`
	`!fn_BilirubinUnplausibel`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungUeberMind1FU`
	`fn_AJ`
	`fn_BilirubinUnplausibel`
	`fn_DatumFaelligkeitFU1J`

	fn_FollowUp1Dokumentiert fn_FU1JFaelligInAJ fn_IstErsterFUBogen1Jahr fn_keinDominoSpender fn_MinAbstTageBisTod fn_MinMindestAbstTage1FU fn_TodInnerhalb1Jahr fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

12613: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)

Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 2 Jahre nach Leberlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
28:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: 20.1:B	Bilirubin i. S. in mg/dl	K	in mg/dl	FU_BILIRUBINMGDL
FU: 20.2:B	Bilirubin i. S. in µmol/l	K	in µmol/l	FU_BILIRUBINMOLL
FU: 20.3:B	Bilirubin i. S. unbekannt	K	1 = ja	FU_BILIRUBINNB
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Datum der letzten Transplantation des Spenders und dem Datum der Lebendspende (in Tagen)	-	TXDATUMSPENDER - LSDATUM	FU_abstTxDatumSpenderLS-Datum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12613
Bezeichnung	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Das Risiko einer gravierenden Funktionseinschränkung der Leber kann durch eine fundierte präoperative Evaluation der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders minimiert werden. Daher muss jede Einschränkung der Leberfunktion bei einer Lebendspenderin bzw. einem Lebendspender im Strukturierten Dialog analysiert werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender mit beeinträchtigter Organfunktion (Bilirubin ≥ 35 µmol/l bzw. ≥ 2,3 mg/dl) **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, bekannten Laborwerten, ohne dokumentierten Tod innerhalb 1 Jahres und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen bzw. Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Bilirubin (Ausschluss von Werten ≥ 99 (mg/dl) bzw. ≥ 999 (µmol/l)). Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig.
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`FU_BILIRUBINMGDL %>=% 2.3 | FU_BILIRUBINMOLL %>=% 35`

Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ &`
	`fn_keinDominoSpender &`
	`fn_FollowUp2Dokumentiert &`
	`fn_IstErsterFUBogen2Jahr &`
	`FU_FUVERSTORBEN %==% 0 &`
	`!fn_txInnerhalb1Jahr &`
	`!fn_TodInnerhalb1Jahr &`
	`!fn_BilirubinUnplausibel`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungUeberMind2FU`
	`fn_AJ`
	`fn_BilirubinUnplausibel`

	fn_DatumFaelligkeitFU2J fn_FollowUp2Dokumentiert fn_FU2JFaelligInAJ fn_IstErsterFUBogen2Jahr fn_keinDominoSpender fn_MinAbstTageBisTod fn_MinMindestAbstTage2FU fn_TodInnerhalb1Jahr fn_TodInnerhalb2Jahr fn_txInnerhalb1Jahr fn_ZeitbisTod fn_ZeitBisTx
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

12617: Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)

Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 3 Jahre nach Leberlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
25:B	Dominotransplantation	K	0 = nein 1 = ja	DOMINOTX
28:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: 20.1:B	Bilirubin i. S. in mg/dl	K	in mg/dl	FU_BILIRUBINMGDL
FU: 20.2:B	Bilirubin i. S. in µmol/l	K	in µmol/l	FU_BILIRUBINMOLL
FU: 20.3:B	Bilirubin i. S. unbekannt	K	1 = ja	FU_BILIRUBINNB
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Datum der letzten Transplantation des Spenders und dem Datum der Lebendspende (in Tagen)	-	TXDATUMSPENDER - LSDATUM	FU_abstTxDatumSpenderLS-Datum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12617
Bezeichnung	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Das Risiko einer gravierenden Funktionseinschränkung der Leber kann durch eine fundierte präoperative Evaluation der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders minimiert werden. Daher muss jede Einschränkung der Leberfunktion bei einer Lebendspenderin bzw. einem Lebendspender im Strukturierten Dialog analysiert werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender mit beeinträchtigter Organfunktion (Bilirubin ≥ 35 µmol/l bzw. ≥ 2,3 mg/dl) **Nenner** Alle Leberlebendspenderinnen bzw. Leberlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, bekannten Laborwerten, ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren und unter Ausschluss von Dominospenderinnen bzw. -spendern
Erläuterung der Rechenregel	Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen bzw. Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Bilirubin (Ausschluss von Werten ≥ 99 (mg/dl) bzw. ≥ 999 (µmol/l)). Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig.
Teildatensatzbezug	LLS:P
Zähler (Formel)	`FU_BILIRUBINMGDL %>=% 2.3 | FU_BILIRUBINMOLL %>=% 35`

Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ &`
	`fn_keinDominoSpender &`
	`fn_FollowUp3Dokumentiert &`
	`fn_IstErsterFUBogen3Jahr &`
	`FU_FUVERSTORBEN %==% 0 &`
	`!fn_txInnerhalb2Jahr &`
	`!fn_TodInnerhalb2Jahr &`
	`!fn_BilirubinUnplausibel`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungUeberMind3FU`
	`fn_AJ`
	`fn_BilirubinUnplausibel`

	fn_DatumFaelligkeitFU3J fn_FollowUp3Dokumentiert fn_FU3JFaelligInAJ fn_IstErsterFUBogen3Jahr fn_keinDominoSpender fn_MinAbstTageBisTod fn_MinMindestAbstTage3FU fn_TodInnerhalb2Jahr fn_TodInnerhalb3Jahr fn_txInnerhalb2Jahr fn_ZeitbisTod fn_ZeitBisTx
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2021
MinAbstand1JFU	Gesamt	Mindestabstand für 1-Jahres-Follow-up	335
MinAbstand2JFU	Gesamt	Mindestabstand für 2-Jahres-Follow-up	700
MinAbstand3JFU	Gesamt	Mindestabstand für 3-Jahres-Follow-up	1065
ToleranzFU1J	Gesamt	Zeittoleranz für 1-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	60
ToleranzFU2J	Gesamt	Zeittoleranz für 2-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	90
ToleranzFU3J	Gesamt	Zeittoleranz für 3-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	90

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des Follow-up sofern der Status im Follow-up bekannt ist	`ifelse(`
			` FU_FUVERSTORBEN %in% c(0,1),`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, NA_integer_`
			`)`

fn_AbstTageFUErhebungUeberMind1FU	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des 1 Jahres Follow-ups sofern dieser über dem Mindestabstand in Tagen liegt	`ifelse(`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %>=%`
			` VB$MinAbstand1JFU,`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, NA_integer_`
			`)`

fn_AbstTageFUErhebungUeberMind2FU	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des 2 Jahres Follow-ups sofern dieser über dem Mindestabstand in Tagen liegt	`ifelse(`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %>=%`
			` VB$MinAbstand2JFU,`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, NA_integer_`
			`)`

fn_AbstTageFUErhebungUeberMind3FU	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des 3 Jahres Follow-ups sofern dieser über dem Mindestabstand in Tagen liegt	`ifelse(`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %>=%`
			` VB$MinAbstand3JFU,`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, NA_integer_`
			`)`

fn_AJ	integer	Auswertungsjahr	`VB$Auswertungsjahr`

fn_BilirubinUnplausibel	boolean	Unplausible Angaben im Follow-up zu Bilirubin i. S. in mg/dl oder Bilirubin i. S. in µmol/l	`FU_BILIRUBINMGDL %>=% 99 |`
			`FU_BILIRUBINMOLL %>=% 999 |`
			`FU_BILIRUBINNB %==% 1`

fn_DatumFaelligkeitFU1J	date	Fälligkeitsdatum für die 1-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 365 + VB$ToleranzFU1J)`
fn_DatumFaelligkeitFU2J	date	Fälligkeitsdatum für die 2-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 730 + VB$ToleranzFU2J)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_DatumFaelligkeitFU3J	date	Fälligkeitsdatum für die 3-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 1095 + VB$ToleranzFU3J)`
fn_EntlassungInAJ	boolean	-	`fn_EntlassungJahr %==% fn_AJ`
fn_EntlassungJahr	boolean	-	`to_year(ENTLDATUM)`

fn_FollowUp1Dokumentiert	boolean	1-Jahres-Follow-up dokumentiert	`(`
			`FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %>=%`
			`VB$MinAbstand1JFU &`
			`(FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %<=%`
			`(VB$MinAbstand1JFU + 90))`
			`) |`
			`fn_TodInnerhalb1Jahr |`
			`poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand1JFU`

fn_FollowUp2Dokumentiert	boolean	2-Jahres-Follow-up dokumentiert	`(`
			`FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %>=%`
			`VB$MinAbstand2JFU &`
			`(FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %<=%`
			`(VB$MinAbstand2JFU + 120))`
			`) |`
			`fn_TodInnerhalb2Jahr`

fn_FollowUp3Dokumentiert	boolean	3-Jahres-Follow-up dokumentiert	`(`
			`FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %>=%`
			`VB$MinAbstand3JFU &`
			`(FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %<=%`
			`(VB$MinAbstand3JFU + 120))`
			`) |`
			`fn_TodInnerhalb3Jahr`

fn_FU1JFaelligInAJ	boolean	1-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU1J) %==% fn_AJ`
fn_FU2JFaelligInAJ	boolean	2-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU2J) %==% fn_AJ`
fn_FU3JFaelligInAJ	boolean	3-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU3J) %==% fn_AJ`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstErsterFUBogen1Jahr	boolean	FU-Bogen ist der erste FU-Bogen der zu einem 1-Jahres-Follow-up gehört	`replace_na( FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, -1 ) %==% fn_MinMindestAbstTage1FU`
fn_IstErsterFUBogen2Jahr	boolean	FU-Bogen ist der erste FU-Bogen der zu einem 2-Jahres-Follow-up gehört	`replace_na( FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, -1 ) %==% fn_MinMindestAbstTage2FU`
fn_IstErsterFUBogen3Jahr	boolean	FU-Bogen ist der erste FU-Bogen der zu einem 3-Jahres-Follow-up gehört	`replace_na( FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, -1 ) %==% fn_MinMindestAbstTage3FU`
fn_keinDominoSpender	boolean	Kein Dominospender	`DOMINOTX %==% 0 | is.na(DOMINOTX)`
fn_MaxAbstTageFUErhebung	integer	Maximum Abstand Tage bis zur Erhebung des Follow-up sofern der Status im Follow-up bekannt ist	`maximum(fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt) %group_by% TDS_Tx`
fn_MinAbstTageBisTod	integer	Minimum Abstand Tage von der Operation bis zum Tod des Patienten (Feld: abstTodLsDatum; Follow-up) gruppiert nach Transplantation (TDS_T)	`minimum(FU_abstTodLsDatum) %group_by% TDS_T`
fn_MinMindestAbstTage1FU	integer	Minimum Abstand Tage bis zur Erhebung des 1 Jahres Follow-ups über alle Follow-ups die über dem Mindestabstand liegen	`minimum(fn_AbstTageFUErhebungUeberMind1FU) %group_by% TDS_T`
fn_MinMindestAbstTage2FU	integer	Minimum Abstand Tage bis zur Erhebung des 2 Jahres Follow-ups über alle Follow-ups die über dem Mindestabstand liegen	`minimum(fn_AbstTageFUErhebungUeberMind2FU) %group_by% TDS_T`
fn_MinMindestAbstTage3FU	integer	Minimum Abstand Tage bis zur Erhebung des 3 Jahres Follow-ups über alle Follow-ups die über dem Mindestabstand liegen	`minimum(fn_AbstTageFUErhebungUeberMind3FU) %group_by% TDS_T`
fn_StatusBekannt1J	boolean	Status nach einem Jahr ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand1JFU \| fn_TodInnerhalb1Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand1JFU`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_StatusBekannt2J	boolean	Status nach zwei Jahren ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand2JFU \| fn_TodInnerhalb2Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand2JFU`
fn_StatusBekannt3J	boolean	Status nach drei Jahren ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand3JFU \| fn_TodInnerhalb3Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand3JFU`
fn_TodInHospital	boolean	Patient ist InHospital verstorben	`ENTLGRUND %==% "07"`
fn_TodInnerhalb1Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb eines Jahres verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 365`
fn_TodInnerhalb2Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von zwei Jahren verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 730`
fn_TodInnerhalb3Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von 3 Jahren verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 1095`
fn_txInnerhalb1Jahr	boolean	Spender hat innerhalb eines Jahres eine Transplantation erhalten	`fn_ZeitBisTx %<=% 365`
fn_txInnerhalb2Jahr	boolean	Spender hat innerhalb von zwei Jahren eine Transplantation erhalten	`fn_ZeitBisTx %<=% 730`
fn_txInnerhalb3Jahr	boolean	Spender hat innerhalb von drei Jahren eine Transplantation erhalten	`fn_ZeitBisTx %<=% 1095`
fn_TxStatusBekannt1J	boolean	Transplantationsnotwendigkeit nach einem Jahr ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand1JFU | fn_TodInnerhalb1Jahr | fn_txInnerhalb1Jahr`
fn_TxStatusBekannt2J	boolean	Transplantationsnotwendigkeit nach zwei Jahren ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand2JFU | fn_TodInnerhalb2Jahr | fn_txInnerhalb2Jahr`
fn_TxStatusBekannt3J	boolean	Transplantationsnotwendigkeit nach drei Jahren ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand3JFU | fn_TodInnerhalb3Jahr | fn_txInnerhalb3Jahr`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_ZeitbisTod	integer	Anzahl Tage nach der Transplantation bis der Patient verstorben ist	`ifelse(`
			` ENTLGRUND %==% "07",`
			` poopvwdauer, fn_MinAbstTageBisTod`
			`)`

fn_ZeitBisTx	integer	Anzahl Tage nach der Lebendspende bis der Spender eine Transplantation erhalten hat	`minimum(FU_abstTxDatumSpenderLSDatum) %group_by%` `TDS_T`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Transplantationsmedizin: Lebertransplantationen

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Transplantationsmedizin: Lebertransplantationen. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

2097: Tod durch operative Komplikationen 4

2096: Sterblichkeit im Krankenhaus 7

Gruppe: 1-Jahres-Überleben 10

12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 11

51596: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) 14

Gruppe: 2-Jahres-Überleben 17

12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 18

51599: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) 21

Gruppe: 3-Jahres-Überleben 24

12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 25

51602: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) 28

2133: Postoperative Verweildauer 31

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 35

Anhang II: Listen 36

Anhang III: Vorberechnungen 37

Anhang IV: Funktionen 38

2097: Tod durch operative Komplikationen

Qualitätsziel	Selten Todesfälle am Tag oder am Folgetag der Transplantation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
18:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
39:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM
42:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	2097
Bezeichnung	Tod durch operative Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung auf den Referenzbereich erfolgt auf der Grundlage eines Expertenkonsenses der Bundesfachgruppe Lebertransplantation. Die Inzidenz von Todesfällen durch operative Komplikationen am Tag oder Folgetag der Transplantation ist nach Expertenmeinung insgesamt niedrig. Allerdings können Todesfälle in der unmittelbaren perioperativen Phase nicht in jedem Fall vermieden werden und sind nicht zwingend als Ausdruck auffälliger Behandlungsqualität zu deuten. Eine Rate von mehr als 5 % soll jedoch im Strukturierten Dialog analysiert werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient am Tag oder am Folgetag des Eingriffs verstarb **Nenner** Die jeweils ersten Lebertransplantationen aller Aufenthalte
Erläuterung der Rechenregel	Für die Grundgesamtheit werden alle jeweils ersten Transplantationen während eines stationären Aufenthalts von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die im Jahr 2021 entlassen wurden.
Teildatensatzbezug	LTX:T
Zähler (Formel)	`ENTLGRUND %==% "07" & poopvwdauer %in% c(0,1)`
Nenner (Formel)	`fn_IstErsteTxInAufenthalt & fn_EntlassungInAJ`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`
	`fn_IstErsteTxInAufenthalt`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

2096: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
18:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
39:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM
42:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	2096
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung auf den Referenzbereich erfolgt auf der Grundlage eines Expertenkonsenses der Bundesfachgruppe Lebertransplantation. Angaben zu Sterblichkeitsraten aus der wissenschaftlichen Literatur wurden berücksichtigt. Eine Sterblichkeitsrate von über 20 % ist nach Meinung der Mitglieder der Bundesfachgruppe als Auffälligkeit hinsichtlich eines möglichen Defizits der Behandlungsqualität eines Krankenhauses nachzuverfolgen.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb **Nenner** Die jeweils ersten Lebertransplantationen aller Aufenthalte
Erläuterung der Rechenregel	Für die Grundgesamtheit werden alle jeweils ersten Transplantationen während eines stationären Aufenthalts von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die im Jahr 2021 entlassen wurden.
Teildatensatzbezug	LTX:T
Zähler (Formel)	`ENTLGRUND %==% "07"`
Nenner (Formel)	`fn_IstErsteTxInAufenthalt &` `fn_EntlassungInAJ`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`
	`fn_IstErsteTxInAufenthalt`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: 1-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	1-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate

12349: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
32:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
42:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12349
Bezeichnung	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status
Referenzbereich 2021	≥ 70,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 70,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	LTX:P
Zähler (Formel)	`!fn_TodInnerhalb1Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ &`
	`fn_IstLetzteTransplantation &`
	`fn_StatusBekannt1J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU1J`
	`fn_FU1JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_StatusBekannt1J`
	`fn_TodInnerhalb1Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51596: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
32:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
42:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51596
Bezeichnung	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator Worst-Case
Referenzbereich 2021	≥ 70,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 70,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, für die 1 Jahr nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Es werden nur Patientinnen bzw. Patienten im Zähler erfasst, wenn der Follow-up-Status als lebend dokumentiert wurde. Patientinnen bzw. Patienten mit unbekanntem Überlebensstatus werden folglich als verstorben betrachtet.
Teildatensatzbezug	LTX:P
Zähler (Formel)	`fn_StatusBekannt1J & !fn_TodInnerhalb1Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ &` `fn_IstLetzteTransplantation`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU1J`
	`fn_FU1JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

	`fn_StatusBekannt1J`
	`fn_TodInnerhalb1Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: 2-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	2-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate

12365: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
32:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
42:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12365
Bezeichnung	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status
Referenzbereich 2021	≥ x % (10. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≥ x % (10. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	LTX:P
Zähler (Formel)	`!fn_TodInnerhalb2Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ &`
	`fn_IstLetzteTransplantation &`
	`fn_StatusBekannt2J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU2J`
	`fn_FU2JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_StatusBekannt2J`
	`fn_TodInnerhalb2Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51599: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
32:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
42:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51599
Bezeichnung	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator Worst-Case
Referenzbereich 2021	≥ x % (10. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≥ x % (10. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, für die 2 Jahre nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Es werden nur Patientinnen bzw. Patienten im Zähler erfasst, wenn der Follow-up-Status als lebend dokumentiert wurde. Patientinnen bzw. Patienten mit unbekanntem Überlebensstatus werden folglich als verstorben betrachtet.
Teildatensatzbezug	LTX:P
Zähler (Formel)	`fn_StatusBekannt2J & !fn_TodInnerhalb2Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ &` `fn_IstLetzteTransplantation`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU2J`
	`fn_FU2JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

	`fn_StatusBekannt2J`
	`fn_TodInnerhalb2Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: 3-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	3-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate

12385: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
32:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
42:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12385
Bezeichnung	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status
Referenzbereich 2021	≥ x % (10. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≥ x % (10. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist drei Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	LTX:P
Zähler (Formel)	`!fn_TodInnerhalb3Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ &`
	`fn_IstLetzteTransplantation &`
	`fn_StatusBekannt3J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU3J`
	`fn_FU3JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_StatusBekannt3J`
	`fn_TodInnerhalb3Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51602: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
18:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
32:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
42:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51602
Bezeichnung	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator Worst-Case
Referenzbereich 2021	≥ x % (10. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≥ x % (10. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, für die 3 Jahre nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist drei Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Es werden nur Patientinnen bzw. Patienten im Zähler erfasst, wenn der Follow-up-Status als lebend dokumentiert wurde. Patientinnen bzw. Patienten mit unbekanntem Überlebensstatus werden folglich als verstorben betrachtet.
Teildatensatzbezug	LTX:P
Zähler (Formel)	`fn_StatusBekannt3J & !fn_TodInnerhalb3Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ &` `fn_IstLetzteTransplantation`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU3J`
	`fn_FU3JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

	`fn_StatusBekannt3J`
	`fn_TodInnerhalb3Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

2133: Postoperative Verweildauer

Qualitätsziel	Möglichst geringe postoperative Verweildauer

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
18:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
39:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	2133
Bezeichnung	Postoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 30,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 30,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die postoperativen Komplikationen nach Lebertransplantation sind sehr vielfältig und in der wissenschaftlichen Literatur nicht einheitlich definiert. Aus diesem Grund wird zur Darstellung dieses Qualitätsindikators der Surrogatparameter „postoperative Verweildauer“ gewählt und die Klassifizierung der auftretenden Komplikationen nach Clavien-Dindo erfasst. Die Bundesfachgruppe geht davon aus, dass abgesehen von Kindern unter 7 Jahren Patientinnen bzw. Patienten ohne Komplikationen nach Lebertransplantation zum frühestmöglichen Zeitpunkt in Rehabilitationseinrichtungen entlassen werden. Es werden alle Krankenhäuser als auffällig erachtet, in denen der Anteil von Patientinnen bzw. Patienten mit einer postoperativen Verweildauer oberhalb des 75. Perzentils nach Lebertransplantation bei mehr als 30 % liegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient eine postoperative Verweildauer oberhalb des 75. Perzentils hatte **Nenner** Die jeweils ersten Lebertransplantationen aller Aufenthalte bei Patientinnen und Patienten mit einem Alter ab 7 Jahren
Erläuterung der Rechenregel	Für die Grundgesamtheit werden alle jeweils ersten Transplantationen während eines stationären Aufenthalts von Patientinnen bzw. Patienten berücksichtigt, die im Jahr 2021 entlassen wurden. Lebertransplantationen bei kleinen Kindern zeichnen sich aufgrund der erforderlichen Nachbetreuung der Patientinnen bzw. Patienten und der Eltern durch längere stationäre Aufenthalte aus, ohne dass diese durch Komplikationen bedingt sind. Der Qualitätsindikator wird daher nur für Transplantatempfänger im Alter von ≥ 7 Jahren berechnet.
Teildatensatzbezug	LTX:T
Zähler (Formel)	`poopvwdauer %>% VB$Perc75poopvwDauerLTX`
Nenner (Formel)	`fn_IstErsteTxInAufenthalt & alter %>=% 7 & fn_EntlassungInAJ`
Verwendete Funktionen	`fn_AJ` `fn_EntlassungInAJ`

	`fn_EntlassungJahr`
	`fn_IstErsteTxInAufenthalt`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2021
MinAbstand1JFU	Gesamt	Mindestabstand für 1-Jahres-Follow-up	335
MinAbstand2JFU	Gesamt	Mindestabstand für 2-Jahres-Follow-up	700
MinAbstand3JFU	Gesamt	Mindestabstand für 3-Jahres-Follow-up	1065
Perc75poopvwDauerLTX	Gesamt	75. Perzentil der Verteilung der postoperativen Verweildauer für LTX eingeschränkt auf die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators (QI-ID 2133).	x
ToleranzFU1J	Gesamt	Zeittoleranz für 1-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	60
ToleranzFU2J	Gesamt	Zeittoleranz für 2-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	90
ToleranzFU3J	Gesamt	Zeittoleranz für 3-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	90

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des Follow-up sofern der Status im Follow-up bekannt ist	`ifelse(`
			`  FU_FUVERSTORBEN %in% c(0,1),`
			`  FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum, NA_integer_`
			`)`

fn_AJ	integer	Auswertungsjahr	`VB$Auswertungsjahr`
fn_DatumFaelligkeitFU1J	date	Fälligkeitsdatum für die 1-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 365 + VB$ToleranzFU1J)`
fn_DatumFaelligkeitFU2J	date	Fälligkeitsdatum für die 2-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 730 + VB$ToleranzFU2J)`
fn_DatumFaelligkeitFU3J	date	Fälligkeitsdatum für die 3-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 1095 + VB$ToleranzFU3J)`
fn_EntlassungInAJ	boolean	Entlassung in Auswertungsjahr	`fn_EntlassungJahr %==% fn_AJ`
fn_EntlassungJahr	integer	Entlassungsjahr	`to_year(ENTLDATUM)`
fn_FU1JFaelligInAJ	boolean	1-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU1J) %==% fn_AJ`
fn_FU2JFaelligInAJ	boolean	2-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU2J) %==% fn_AJ`
fn_FU3JFaelligInAJ	boolean	3-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU3J) %==% fn_AJ`

fn_IstErsteTxInAufenthalt	boolean	Transplantation ist die erste Transplantation	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==%`
			`(maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by%`
			`TDS_B)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstLetzteTransplantation	boolean	Transplantation ist die letzte Transplantation des Patienten	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (minimum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_P)`
fn_MaxAbstTageFUErhebung	integer	Maximum Abstand Tage bis zur Erhebung des Follow-up sofern der Status im Follow-up bekannt ist	`maximum(fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt) %group_by% TDS_Tx`
fn_MinAbstTageBisTod	integer	Minimum Abstand Tage von der Operation bis zum Tod des Patienten (Feld: abstTodTxDatum; Follow-up) gruppiert nach Transplantation (TDS_T)	`minimum(FU_abstTodTxDatum) %group_by% TDS_T`
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	`poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF`
fn_StatusBekannt1J	boolean	Status nach einem Jahr ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand1JFU \| fn_TodInnerhalb1Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand1JFU`
fn_StatusBekannt2J	boolean	Status nach zwei Jahren ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand2JFU \| fn_TodInnerhalb2Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand2JFU`
fn_StatusBekannt3J	boolean	Status nach drei Jahren ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand3JFU \| fn_TodInnerhalb3Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand3JFU`
fn_TodInnerhalb1Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb eines Jahres verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 365`
fn_TodInnerhalb2Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von zwei Jahren verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 730`
fn_TodInnerhalb3Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von 3 Jahren verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 1095`
fn_ZeitbisTod	integer	Anzahl Tage nach der Transplantation bis der Patient verstorben ist	`ifelse( ENTLGRUND %==% "07",`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			poopvwdauer, fn_MinAbstTageBisTod)

Anlage 2 zum Beschluss

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Transplantationsmedizin: Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Transplantationsmedizin: Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

2155: Sterblichkeit im Krankenhaus 4

Gruppe: 1-Jahres-Überleben 8

12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 9

51636: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) 12

Gruppe: 2-Jahres-Überleben 15

12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 16

51639: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) 19

Gruppe: 3-Jahres-Überleben 22

12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status 23

51641: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) 26

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 29

Anhang II: Listen 30

Anhang III: Vorberechnungen 31

Anhang IV: Funktionen 32

2155: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
20:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
55:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM
57:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	2155
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Ergebnisqualität der Lungen- und Herz-Transplantation wird in der wissenschaftlichen Literatur in der Regel als 30-Tage-, 3-Monats- bzw. 1-Jahres-Überlebensrate dargestellt (Lynch et al. 2006, Christie et al. 2008). Dabei ist nicht berücksichtigt, ob sich die Patientin bzw. der Patient zu diesem Zeitpunkt noch im Krankenhaus befindet oder bereits entlassen wurde. Für die Sterblichkeit im Krankenhaus liegen nur wenige Publikationen einzelner Zentren vor (Ceriana et al. 2002, Vicente et al. 2006, Smith et al. 2006). Der Referenzbereich basiert daher auf einem Expertenkonsens der Bundesfachgruppe Herz- und Lungen-Transplantation.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Transplantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb **Nenner** Die jeweils ersten Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantationen aller Aufenthalte
Erläuterung der Rechenregel	Für die Grundgesamtheit werden alle jeweils ersten Transplantationen während eines stationären Aufenthalts von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die im Jahr 2021 entlassen wurden.
Teildatensatzbezug	LUTX:T
Zähler (Formel)	`ENTLGRUND %==% "07"`
Nenner (Formel)	`fn_IstErsteTxInAufenthalt & fn_EntlassungInAJ`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`
	`fn_IstErsteTxInAufenthalt`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: 1-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	1-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate

12397: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
38:T	Datum der Transplantation	K	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12397
Bezeichnung	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status
Referenzbereich 2021	≥ 70,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 70,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	LUTX:P
Zähler (Formel)	`!fn_TodInnerhalb1Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ &`
	`fn_IstLetzteTransplantation &`
	`fn_StatusBekannt1J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU1J`
	`fn_FU1JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_StatusBekannt1J`
	`fn_TodInnerhalb1Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51636: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
38:T	Datum der Transplantation	K	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51636
Bezeichnung	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator Worst-Case
Referenzbereich 2021	≥ 70,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 70,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, für die 1 Jahr nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Es werden nur Patientinnen bzw. Patienten im Zähler erfasst, wenn der Follow-up-Status als lebend dokumentiert wurde. Patientinnen bzw. Patienten mit unbekanntem Überlebensstatus werden folglich als verstorben betrachtet.
Teildatensatzbezug	LUTX:P
Zähler (Formel)	`fn_StatusBekannt1J & !fn_TodInnerhalb1Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ &` `fn_IstLetzteTransplantation`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU1J`
	`fn_FU1JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

	`fn_StatusBekannt1J`
	`fn_TodInnerhalb1Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: 2-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	2-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate

12413: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
38:T	Datum der Transplantation	K	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12413
Bezeichnung	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status
Referenzbereich 2021	≥ 65,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 65,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	LUTX:P
Zähler (Formel)	`!fn_TodInnerhalb2Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ &`
	`fn_IstLetzteTransplantation &`
	`fn_StatusBekannt2J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU2J`
	`fn_FU2JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_StatusBekannt2J`
	`fn_TodInnerhalb2Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51639: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
38:T	Datum der Transplantation	K	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51639
Bezeichnung	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator Worst-Case
Referenzbereich 2021	≥ 65,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 65,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, für die 2 Jahre nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Es werden nur Patientinnen bzw. Patienten im Zähler erfasst, wenn der Follow-up-Status als lebend dokumentiert wurde. Patientinnen bzw. Patienten mit unbekanntem Überlebensstatus werden folglich als verstorben betrachtet.
Teildatensatzbezug	LUTX:P
Zähler (Formel)	`fn_StatusBekannt2J & !fn_TodInnerhalb2Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ &` `fn_IstLetzteTransplantation`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU2J`
	`fn_FU2JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

	`fn_StatusBekannt2J`
	`fn_TodInnerhalb2Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: 3-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	3-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate

12433: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
38:T	Datum der Transplantation	K	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12433
Bezeichnung	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status
Referenzbereich 2021	≥ 60,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 60,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist drei Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	LUTX:P
Zähler (Formel)	`!fn_TodInnerhalb3Jahr`

Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ &`
	`fn_IstLetzteTransplantation &`
	`fn_StatusBekannt3J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU3J`
	`fn_FU3JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_StatusBekannt3J`
	`fn_TodInnerhalb3Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51641: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:T	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
38:T	Datum der Transplantation	K	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Patient verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51641
Bezeichnung	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator Worst-Case
Referenzbereich 2021	≥ 60,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 60,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, für die 3 Jahre nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist drei Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Es werden nur Patientinnen bzw. Patienten im Zähler erfasst, wenn der Follow-up-Status als lebend dokumentiert wurde. Patientinnen bzw. Patienten mit unbekanntem Überlebensstatus werden folglich als verstorben betrachtet.
Teildatensatzbezug	LUTX:P
Zähler (Formel)	`fn_StatusBekannt3J & !fn_TodInnerhalb3Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ &` `fn_IstLetzteTransplantation`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU3J`
	`fn_FU3JFaelligInAJ`
	`fn_IstLetzteTransplantation`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

	`fn_StatusBekannt3J`
	`fn_TodInnerhalb3Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2021
MinAbstand1JFU	Gesamt	Mindestabstand für 1-Jahres-Follow-up	335
MinAbstand2JFU	Gesamt	Mindestabstand für 2-Jahres-Follow-up	700
MinAbstand3JFU	Gesamt	Mindestabstand für 3-Jahres-Follow-up	1065
ToleranzFU1J	Gesamt	Zeittoleranz für 1-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	60
ToleranzFU2J	Gesamt	Zeittoleranz für 2-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	90
ToleranzFU3J	Gesamt	Zeittoleranz für 3-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	90

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des Follow-up sofern der Status im Follow-up bekannt ist	`ifelse(`
			`  FU_FUVERSTORBEN %in% c(0,1),`
			`  FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum, NA_integer_`
			`)`

fn_AJ	integer	Auswertungsjahr	`VB$Auswertungsjahr`
fn_DatumFaelligkeitFU1J	date	Fälligkeitsdatum für die 1-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 365 + VB$ToleranzFU1J)`
fn_DatumFaelligkeitFU2J	date	Fälligkeitsdatum für die 2-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 730 + VB$ToleranzFU2J)`
fn_DatumFaelligkeitFU3J	date	Fälligkeitsdatum für die 3-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 1095 + VB$ToleranzFU3J)`
fn_EntlassungInAJ	boolean	Entlassung in Auswertungsjahr	`fn_EntlassungJahr %==% fn_AJ`
fn_EntlassungJahr	integer	Entlassungsjahr	`to_year(ENTLDATUM)`
fn_FU1JFaelligInAJ	boolean	1-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU1J) %==% fn_AJ`
fn_FU2JFaelligInAJ	boolean	2-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU2J) %==% fn_AJ`
fn_FU3JFaelligInAJ	boolean	3-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU3J) %==% fn_AJ`

fn_IstErsteTxInAufenthalt	boolean	Erste Transplantation innerhalb des stationären Aufenthalts	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==%`
			`(maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by%`
			`TDS_B)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstLetzteTransplantation	boolean	Transplantation ist die letzte Transplantation des Patienten	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (minimum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_P)`
fn_MaxAbstTageFUErhebung	integer	Maximum Abstand Tage bis zur Erhebung des Follow-up sofern der Status im Follow-up bekannt ist	`maximum(fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt) %group_by% TDS_Tx`
fn_MinAbstTageBisTod	integer	Minimum Abstand Tage von der Operation bis zum Tod des Patienten (Feld: abstTodTxDatum; Follow-up) gruppiert nach Transplantation (TDS_T)	`minimum(FU_abstTodTxDatum) %group_by% TDS_T`
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	`poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF`
fn_StatusBekannt1J	boolean	Status nach einem Jahr ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand1JFU \| fn_TodInnerhalb1Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand1JFU`
fn_StatusBekannt2J	boolean	Status nach zwei Jahren ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand2JFU \| fn_TodInnerhalb2Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand2JFU`
fn_StatusBekannt3J	boolean	Status nach drei Jahren ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand3JFU \| fn_TodInnerhalb3Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand3JFU`
fn_TodInnerhalb1Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb eines Jahres verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 365`
fn_TodInnerhalb2Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von zwei Jahren verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 730`
fn_TodInnerhalb3Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von 3 Jahren verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 1095`
fn_ZeitbisTod	integer	Anzahl Tage nach der Transplantation bis der Patient verstorben ist	`ifelse( ENTLGRUND %==% "07",`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			poopvwdauer, fn_MinAbstTageBisTod)

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Transplantationsmedizin: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Transplantationsmedizin: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems 4

251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens 9

52385: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD 13

52388: Sepsis bei Implantation eines LVAD 16

52391: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD 19

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 22

Anhang II: Listen 23

Anhang III: Vorberechnungen 24

Anhang IV: Funktionen 25

251800: Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems

Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	Wurde während des stationären Aufenthaltes eine isolierte Herztransplantation durchgeführt?	M	0 = nein 1 = ja	HTXJN
24:B	Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert?	M	0 = nein 1 = ja	VADTAHJN
100:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM
102:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

Eigenschaften und Berechnung

ID	251800
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ 1,36
Referenzbereich 2020	≤ 1,36
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Der Referenzbereich leitet sich aus dem Referenzbereich und der bundesweiten Rate zum ehemaligen Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines LVAD“ aus dem Erfassungsjahr 2017 ab. Der Referenzbereich lag mit 30.0 % beim 1.36-fachen Wert der bundesweiten Rate mit 22.0 %. Entsprechend wird der Referenzwert zur risikoadjustierten Rate ebenso beim 1.36-fachen des erwarteten Bundesdurchschnitt von O/E = 1 festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter INTERMACS ASA-Klassifikation Systemart Zielstellung Vergangene thorakale Eingriffe Lage des Unterstützungssystems Herzinsuffizienzmedikation bei dokumentiertem stationären Aufenthalt
Rechenregeln	**Zähler** Implantationen, nach denen die Patientin bzw. der Patient während des Krankenhausaufenthalts verstorben ist **Nenner** Implantationen eines Herzunterstützungssystems unter Ausschluss von Implantationen bei Patientinnen und Patienten mit einer Herztransplantation während desselben stationären Aufenthalts **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Eingriffen bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhausaufenthalt verstarb **E (expected)** Erwartete Anzahl an Eingriffen bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhausaufenthalt verstarb, risikoadjustiert nach logistischem MKU-Score für den Indikator mit der ID 251800
Erläuterung der Rechenregel	Therapien mittels VA-ECMO werden in diesem Indikator nicht berücksichtigt.
Teildatensatzbezug	HTXM:M

Zähler (Formel)	`O_251800`	
Nenner (Formel)	`E_251800`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_251800
	Bezug zu QS-Ergebnissen	251800
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Eingriffen bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhausaufenthalt verstarb
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	HTXM:M
	Zähler	`ENTLGRUND %==% "07"`

	Nenner	`fn_EntlassungInAJ &`
		`fn_GGistHTXM_MKU &`
		`HTXJN %==% 0 &`
		`!(ARTSYTEM %in% c(5,6))`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_251800
	Bezug zu QS-Ergebnissen	251800
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Eingriffen bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhausaufenthalt verstarb, risikoadjustiert nach logistischem MKU-Score für den Indikator mit der ID 251800
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	HTXM:M
	Zähler	`fn_MKUScore_251800`

	Nenner	`fn_EntlassungInAJ &`
		`fn_GGistHTXM_MKU &`
		`HTXJN %==% 0 &`
		`!(ARTSYTEM %in% c(5,6))`

	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_AJ` `fn_EntlassungInAJ`	

	`fn_EntlassungJahr`
	`fn_GGistHTXM_MKU`
	`fn_MKUScore_251800`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

251801: Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens

Qualitätsziel	Das durchschnittliche Risikoprofil des gesamten Patientenkollektivs eines Krankenhausstandortes sollte bei Implantation von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen nicht zu hoch sein

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	Wurde während des stationären Aufenthaltes eine isolierte Herztransplantation durchgeführt?	M	0 = nein 1 = ja	HTXJN
24:B	Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert?	M	0 = nein 1 = ja	VADTAHJN
42:M	Art des Unterstützungssystems	M	1 = permanentes LVAD 2 = permanentes RVAD 3 = permanentes BiVAD 4 = TAH 5 = VA-ECMO 6 = temporäres Herzunterstützungssystem	ARTSYSTEM
100:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM
102:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

Eigenschaften und Berechnung

ID	251801
Bezeichnung	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Logistische Regression E
Referenzbereich 2021	≤ 35,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 35,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Ein evidenzbasierter Referenzbereich lässt sich aus der nationalen und internationalen Literatur derzeit nicht ableiten. Die Festlegung dieses Referenzbereichs erfolgte daher auf der Basis eines Expertenkonsenses der Bundesfachgruppe Herz- und Lungentransplantation und unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs der vergangenen Jahre.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Erläuterung der Risikoadjustierung	Im QS-Verfahren „Herzunterstützungssysteme“ werden Implantationen zu den verschiedenen Systemarten LVAD, RVAD, BiVAD und TAH zusammen abgebildet. Für eine adäquate Bewertung hinsichtlich des heterogenen Versterberisikos nach Implantationen der verschiedenen Systemarten wird ein logistisches Regressionsmodell verwendet. Dieses Regressionsmodell berücksichtigt die folgenden Risikofaktoren: Alter INTERMACS ASA-Klassifikation Systemart Zielstellung Vergangene thorakale Eingriffe Lage des Unterstützungssystems Herzinsuffizienzmedikation bei dokumentiertem stationären Aufenthalt
Rechenregeln	**Zähler** Erwartete Anzahl an Eingriffen, bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhausaufenthalt verstirbt, risikoadjustiert nach logistischem MKU-Score für den Indikator mit der ID 251800 **Nenner** Implantationen eines Herzunterstützungssystems unter Ausschluss von Implantationen bei Patientinnen und Patienten mit einer Herztransplantation während desselben stationären Aufenthalts und unter Ausschluss von Implantationen in Standorten, in denen keine MKU-Patientin und kein MKU-Patient im Erfassungsjahr verstorben entlassen wurde
Erläuterung der Rechenregel	Standorte, in denen im Erfassungsjahr keine MKU-Patientin und kein MKU-Patient im Krankenhaus verstorben ist, sollen nicht aufgrund des Risikoprofils des behandelten Patientenkollektivs auffällig werden und werden daher aus der Grundgesamtheit des Indikators ausgeschlossen. Therapien mittels VA-ECMO werden in diesem Indikator nicht berücksichtigt.

	Der QI misst die Indikationsstellung.
Teildatensatzbezug	HTXM:M
Zähler (Formel)	`fn_MKUScore_251800`
Nenner (Formel)	`fn_EntlassungInAJ & fn_GGistHTXM_MKU & HTXJN %==% 0 & !(ARTSYTEM %in% c(5,6)) & VB$MKUPatientenVerstorben %>% 0`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`
	`fn_GGistHTXM_MKU`
	`fn_MKUScore_251800`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

52385: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD

Qualitätsziel	Die Rate an postoperativen zerebrovaskulären Komplikationen (Transitorische ischämische Attacke (TIA), Schlaganfall oder Koma) soll gering sein

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
24:B	Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert?	M	0 = nein 1 = ja	VADTAHJN
42:M	Art des Unterstützungssystems	M	1 = permanentes LVAD 2 = permanentes RVAD 3 = permanentes BiVAD 4 = TAH 5 = VA-ECMO 6 = temporäres Herzunterstützungssystem	ARTSYSTEM
45:M	neurologische Dysfunktion	M	0 = nein 1 = ja	NEURODYSFUNKTION
100:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM

Eigenschaften und Berechnung

ID	52385
Bezeichnung	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Implantationen mit postoperativer neurologischer Komplikation/postoperativem zerebrovaskulärem Ereignis mit einer Dauer von > 24 Stunden und funktionell relevantem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin > = 2) **Nenner** Alle Implantationen eines LVAD
Erläuterung der Rechenregel	Dieser QI berücksichtigt alle Neuimplantationen, Systemwechsel und –ergänzungen.
Teildatensatzbezug	HTXM:M
Zähler (Formel)	`NEURODYSFUNKTION %==% 1`

Nenner (Formel)	`fn_EntlassungInAJ &`
	`fn_GGistHTXM_MKU &`
	`ARTSYSTEM %in% c(1,2,3,4) &`
	`ARTSYSTEM %==% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`
	`fn_GGistHTXM_MKU`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

52388: Sepsis bei Implantation eines LVAD

Qualitätsziel	Die Sepsisrate nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll gering sein

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
24:B	Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert?	M	0 = nein 1 = ja	VADTAHJN
42:M	Art des Unterstützungssystems	M	1 = permanentes LVAD 2 = permanentes RVAD 3 = permanentes BiVAD 4 = TAH 5 = VA-ECMO 6 = temporäres Herzunterstützungssystem	ARTSYSTEM
44:M	Sepsis	M	0 = nein 1 = ja	SEPSIS
100:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM

Eigenschaften und Berechnung

ID	52388
Bezeichnung	Sepsis bei Implantation eines LVAD
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Implantationen mit Sepsis im postoperativen Verlauf **Nenner** Alle Implantationen eines LVAD
Erläuterung der Rechenregel	Dieser QI berücksichtigt alle Neuimplantationen, Systemwechsel und –ergänzungen mit postoperativ vorliegender Sepsis unabhängig vom Zeitpunkt des Auftretens der Sepsis, d.h. auch bei Vorliegen der Sepsis bereits prä- oder intraoperativ.
Teildatensatzbezug	HTXM:M
Zähler (Formel)	`SEPSIS %==% 1`

Nenner (Formel)	`fn_EntlassungInAJ &`
	`fn_GGistHTXM_MKU &`
	`ARTSYSTEM %in% c(1,2,3,4) &`
	`ARTSYSTEM %==% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`
	`fn_GGistHTXM_MKU`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

52391: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD

Qualitätsziel	Die Rate an Fehlfunktionen des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll niedrig sein

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
24:B	Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert?	M	0 = nein 1 = ja	VADTAHJN
42:M	Art des Unterstützungssystems	M	1 = permanentes LVAD 2 = permanentes RVAD 3 = permanentes BiVAD 4 = TAH 5 = VA-ECMO 6 = temporäres Herzunterstützungssystem	ARTSYSTEM
46:M	Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems	M	0 = nein 1 = ja, technische Fehlfunktion 2 = ja, sekundäre Fehlfunktion	FEHLFNKTVADTAH
100:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM

Eigenschaften und Berechnung

ID	52391
Bezeichnung	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Implantationen mit Fehlfunktion des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens **Nenner** Alle Implantationen eines LVAD
Erläuterung der Rechenregel	Dieser QI berücksichtigt alle Neuimplantationen, Systemwechsel und –ergänzungen
Teildatensatzbezug	HTXM:M
Zähler (Formel)	`FEHLFNKTVADTAH %in% c(1,2)`

Nenner (Formel)	`fn_EntlassungInAJ &`
	`fn_GGistHTXM_MKU &`
	`ARTSYSTEM %in% c(1,2,3,4) &`
	`ARTSYSTEM %==% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`
	`fn_GGistHTXM_MKU`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2021
MKUPatientenVerstorben	Standort	Anzahl verstorben entlassener MKU-Patienten pro Standort im Auswertungsjahr.	

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_AJ	integer	Auswertungsjahr	`VB$Auswertungsjahr`
fn_EntlassungInAJ	boolean	Entlassung in Auswertungsjahr	`fn_EntlassungJahr %==% fn_AJ`
fn_EntlassungJahr	integer	Entlassungsjahr	`to_year(ENTLDATUM)`
fn_GGistHTXM_MKU	boolean	Fall gehört zu HTXM-MKU (keine Einschränkung auf den letzten Aufenthalt)	`VADTAHJN %==% 1`
fn_MKUScore_251800	float	Score zur logistischen Regression – Sterblichkeit bei MKU	`# Funktion fn_MKUScore_251800`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Transplantationsmedizin: Nierenlebendspenden

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Transplantationsmedizin: Nierenlebendspenden. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

51567: Intra- oder postoperative Komplikationen 4

2137: Sterblichkeit im Krankenhaus 7

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 10

12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 11

51568: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 14

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 17

12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 18

51569: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 21

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 24

12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 25

51570: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 28

2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich 31

12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende) 34

12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende) 38

12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende) 42

51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende 46

51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende 50

51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende 54

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 58

Anhang II: Listen 59

Anhang III: Vorberechnungen 60

Anhang IV: Funktionen 61

51567: Intra- oder postoperative Komplikationen

Qualitätsziel	Selten (schwere) intra- oder postoperative Komplikationen nach Nierenlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
23:B	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation	M	0 = nein 1 = Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen) 2 = Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung) 3 = Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention) 4 = Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation) 5 = Grad V (Tod)	CLAVIENDINDO
31:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM

Eigenschaften und Berechnung

ID	51567
Bezeichnung	Intra- oder postoperative Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 10,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 10,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Angaben aus der Literatur zu postoperativen Komplikationen nach Nierenlebendspende sind schwierig zu vergleichen, da die Definitionen für postoperative Komplikationen in diesen Publikationen nicht einheitlich verwendet werden. Die Klassifizierung der auftretenden Komplikationen wird nach Clavien-Dindo erfasst. Der Indikator ist darauf ausgerichtet, nur jene Komplikationen abzubilden, die eine Bluttransfusion oder Re-Operation erfordern und damit schwerwiegend sind. Die Festlegung des Toleranzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses durch die Bundesfachgruppe Nieren- und Pankreastransplantation.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit mindestens einer (schweren) behandlungsbedürftigen Komplikation **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`CLAVIENDINDO %in% c(2,3,4)`
Nenner (Formel)	`fn_EntlassungInAJ`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

2137: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Nierenlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
31:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM
33:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

Eigenschaften und Berechnung

ID	2137
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Nierenlebendspende muss zwingend nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Sollte tatsächlich ein Todesfall einer Spenderin bzw. eines Spenders eingetreten sein, so melden Sie dies bitte unverzüglich zunächst dem Verfahrenssupport des IQTIG, damit die entsprechenden Fachexpertinnen und -experten informiert werden können und kurzfristig Kontakt mit Ihrem Haus aufgenommen werden kann. Bei Eintritt eines solchen Todesfalls sind folgende Informationen notwendig und zu übermitteln: eine ausführliche Epikrise zur verstorbenen Patientin bzw. zum verstorbenen Patienten, das Alter der Spenderin bzw. des Spenders, der Kreatininwert bei Transplantation und bei Entlassung, das Bestehen einer arteriellen Hypertonie als auch mögliche Todesursachen.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`ENTLGRUND %==% "07"`
Nenner (Formel)	`fn_EntlassungInAJ`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

Bezeichnung Gruppe	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

12440: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
33:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12440
Bezeichnung	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Nierenlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Sollte tatsächlich ein Todesfall einer Spenderin bzw. eines Spenders eingetreten sein, so melden Sie dies bitte an den Verfahrenssupport des IQTIG, damit die entsprechenden Fachexpertinnen und -experten informiert werden können und kurzfristig Kontakt mit Ihrem Haus aufgenommen werden kann. Bei Eintritt eines solchen Todesfalls sind folgende Informationen notwendig und zu übermitteln: eine ausführliche Epikrise zur verstorbenen Patientin bzw. zum verstorbenen Patienten, Alter der Spenderin bzw. des Spenders, der Kreatininwert bei Transplantation und bei Entlassung, das Bestehen einer arteriellen Hypertonie als auch mögliche Todesursachen.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb des 1. Jahres nach der Spende verstorben sind **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`fn_TodInnerhalb1Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ &` `fn_StatusBekannt1J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU1J`
	`fn_FU1JFaelligInAJ`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_StatusBekannt1J`

	`fn_TodInnerhalb1Jahr` `fn_ZeitbisTod`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51568: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
33:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51568
Bezeichnung	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Nierenlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Sollte tatsächlich ein Todesfall einer Spenderin bzw. eines Spenders eingetreten sein, so melden Sie dies bitte an den Verfahrenssupport des IQTIG, damit die entsprechenden Fachexpertinnen und -experten informiert werden können und kurzfristig Kontakt mit Ihrem Haus aufgenommen werden kann. Bei Eintritt eines solchen Todesfalls sind folgende Informationen notwendig und zu übermitteln: eine ausführliche Epikrise zur verstorbenen Patientin bzw. zum verstorbenen Patienten, das Alter der Spenderin bzw. des Spenders, der Kreatininwert bei Transplantation und bei Entlassung, das Bestehen einer arteriellen Hypertonie als auch mögliche Todesursachen.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb des 1. Jahres nach der Spende verstorben sind oder deren Überlebensstatus 1 Jahr nach Spende unbekannt ist **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Als Indikatorergebnis wird das Worst-Case-Szenario ausgewiesen. Das bedeutet, dass auch alle Patientinnen bzw. Patienten, zu denen keine Informationen vorliegen, als verstorben gewertet werden.
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`!fn_StatusBekannt1J | fn_TodInnerhalb1Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU1J`
	`fn_FU1JFaelligInAJ`

	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_StatusBekannt1J`
	`fn_TodInnerhalb1Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende

Bezeichnung Gruppe	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebendspende

12452: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
33:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12452
Bezeichnung	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Nierenlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb von 2 Jahren nach der Spende verstorben sind **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`fn_TodInnerhalb2Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ &` `fn_StatusBekannt2J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU2J`
	`fn_FU2JFaelligInAJ`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_StatusBekannt2J`
	`fn_TodInnerhalb2Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51569: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
33:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51569
Bezeichnung	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Nierenlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb von 2 Jahren nach der Spende verstorben sind oder zu denen nach 2 Jahren keine Informationen zum Überlebensstatus vorliegen **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Als Indikatorergebnis wird das Worst-Case-Szenario ausgewiesen. Das bedeutet, dass auch alle Patientinnen bzw. Patienten, zu denen keine Informationen vorliegen, als verstorben gewertet werden.
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`!fn_StatusBekannt2J | fn_TodInnerhalb2Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU2J`
	`fn_FU2JFaelligInAJ`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_StatusBekannt2J`
	`fn_TodInnerhalb2Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

Bezeichnung Gruppe	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebendspende

12468: Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
33:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12468
Bezeichnung	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Nierenlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb von 3 Jahren nach der Spende verstorben sind **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist drei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`fn_TodInnerhalb3Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ &` `fn_StatusBekannt3J`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU3J`
	`fn_FU3JFaelligInAJ`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_StatusBekannt3J`
	`fn_TodInnerhalb3Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51570: Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
33:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51570
Bezeichnung	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Todesfall nach Nierenlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die innerhalb von 3 Jahren nach der Spende verstorben sind oder zu denen nach 3 Jahren keine Informationen zum Überlebensstatus vorliegen **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status
Erläuterung der Rechenregel	Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist drei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Als Indikatorergebnis wird das Worst-Case-Szenario ausgewiesen. Das bedeutet, dass auch alle Patientinnen bzw. Patienten, zu denen keine Informationen vorliegen, als verstorben gewertet werden.
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`!fn_StatusBekannt3J | fn_TodInnerhalb3Jahr`
Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt`
	`fn_AJ`
	`fn_DatumFaelligkeitFU3J`
	`fn_FU3JFaelligInAJ`
	`fn_MaxAbstTageFUErhebung`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_StatusBekannt3J`
	`fn_TodInnerhalb3Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

2138: Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich

Qualitätsziel	Keine Dialysepflicht der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders nach Nierenlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:B	Spender bei Entlassung dialysepflichtig?	M	0 = nein 1 = ja	ENTLDIALYSE
31:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM

Eigenschaften und Berechnung

ID	2138
Bezeichnung	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Da es sich bei der Nierenlebendspende um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, muss jede Dialysepflichtigkeit einer Nierenlebendspenderin bzw. eines Nierenlebendspenders am Ende des stationären Aufenthaltes im Rahmen des Strukturierten Dialoges analysiert werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, die bei Entlassung dialysepflichtig waren **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`ENTLDIALYSE %==% 1`
Nenner (Formel)	`fn_EntlassungInAJ`

Verwendete Funktionen	`fn_AJ`
	`fn_EntlassungInAJ`
	`fn_EntlassungJahr`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

12636: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)

Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
15:B	Geschlecht	M	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	GESCHLECHT
20:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
33:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: 20:B	Spender dialysepflichtig?	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FU_ENTLDIALYSEFU
FU: 21.1:B	Kreatininwert i.S. in mg/dl	K	in mg/dl	FU_KREATININWERTMGDL
FU: 21.2:B	Kreatininwert i.S. in µmol/l	K	in µmol/l	FU_KREATININWERTMOLL
FU: 21.3:B	Kreatininwert i.S. unbekannt	K	1 = ja	FU_KREATININWERTNB
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12636
Bezeichnung	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Fall von erheblich eingeschränkter Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders nach Nierenlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR ≤ 30 ml/min oder dialysepflichtig) 1 Jahr nach der Spende **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Erläuterung der Rechenregel	GFR ≤ 30 ml/min oder dialysepflichtig (Berechnung der GFR nach der vereinfachten MDRD-Formel). In die MDRD-Formel fließen in der Regel der Serum-Kreatinin-Wert, die Hautfarbe, das Alter und Geschlecht ein. Die hier verwendete vereinfachte Formel berücksichtigt alle genannten Faktoren bis auf die Hautfarbe. Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen bzw. Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Kreatinin (Ausschluss von Werten ≥ 99 (mg/dl) bzw. ≥ 999 (µmol/l)). Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Spende spätestens fällig.
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`FU_ENTLDIALYSEFU %==% 1 | fn_MDRDFU %<=% 30.0`

Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ &`
	`fn_FollowUp1Dokumentiert &`
	`fn_IstErsterFUBogen1Jahr &`

	FU_FUVERSTORBEN %==% 0 & !fn_KreatininUnplausibel
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungUeberMind1FU fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU1J fn_FollowUp1Dokumentiert fn_FU1JFaelligInAJ fn_IstErsterFUBogen1Jahr fn_KreatininFUMGDL fn_KreatininUnplausibel fn_MDRDFU fn_MinAbstTageBisTod fn_MinMindestAbstTage1FU fn_TodInnerhalb1Jahr fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

12640: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)

Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
15:B	Geschlecht	M	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	GESCHLECHT
20:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
33:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: 20:B	Spender dialysepflichtig?	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FU_ENTLDIALYSEFU
FU: 21.1:B	Kreatininwert i.S. in mg/dl	K	in mg/dl	FU_KREATININWERTMGDL
FU: 21.2:B	Kreatininwert i.S. in µmol/l	K	in µmol/l	FU_KREATININWERTMOLL
FU: 21.3:B	Kreatininwert i.S. unbekannt	K	1 = ja	FU_KREATININWERTNB
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12640
Bezeichnung	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Fall von erheblich eingeschränkter Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders nach Nierenlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR ≤ 30 ml/min oder dialysepflichtig) 2 Jahre nach der Spende **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Erläuterung der Rechenregel	GFR ≤ 30 ml/min oder dialysepflichtig (Berechnung der GFR nach der vereinfachten MDRD-Formel). In die MDRD-Formel fließen in der Regel der Serum-Kreatinin-Wert, die Hautfarbe, das Alter und Geschlecht ein. Die hier verwendete vereinfachte Formel berücksichtigt alle genannten Faktoren bis auf die Hautfarbe. Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen bzw. Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Kreatinin (Ausschluss von Werten ≥ 99 (mg/dl) bzw. ≥ 999 (µmol/l)). Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig.
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`FU_ENTLDIALYSEFU %==% 1 | fn_MDRDFU %<=% 30.0`

Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ &`
	`fn_FollowUp2Dokumentiert &`
	`fn_IstErsterFUBogen2Jahr &`

	FU_FUVERSTORBEN %==% 0 & !fn_KreatininUnplausibel
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungUeberMind2FU fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU2J fn_FollowUp2Dokumentiert fn_FU2JFaelligInAJ fn_IstErsterFUBogen2Jahr fn_KreatininFUMGDL fn_KreatininUnplausibel fn_MDRDFU fn_MinAbstTageBisTod fn_MinMindestAbstTage2FU fn_TodInnerhalb2Jahr fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

12644: Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)

Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
15:B	Geschlecht	M	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	GESCHLECHT
20:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
33:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: 20:B	Spender dialysepflichtig?	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FU_ENTLDIALYSEFU
FU: 21.1:B	Kreatininwert i.S. in mg/dl	K	in mg/dl	FU_KREATININWERTMGDL
FU: 21.2:B	Kreatininwert i.S. in µmol/l	K	in µmol/l	FU_KREATININWERTMOLL
FU: 21.3:B	Kreatininwert i.S. unbekannt	K	1 = ja	FU_KREATININWERTNB
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat
▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	12644
Bezeichnung	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Jedem Fall von erheblich eingeschränkter Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders nach Nierenlebendspende muss nachgegangen werden, da es sich um einen operativen Eingriff an Gesunden handelt, dessen Risiko durch eine sorgfältige präoperative Evaluation minimiert werden kann.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR ≤ 30 ml/min oder dialysepflichtig) 3 Jahre nach der Spende **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Erläuterung der Rechenregel	GFR ≤ 30 ml/min oder dialysepflichtig (Berechnung der GFR nach der vereinfachten MDRD-Formel). In die MDRD-Formel fließen in der Regel der Serum-Kreatinin-Wert, die Hautfarbe, das Alter und Geschlecht ein. Die hier verwendete vereinfachte Formel berücksichtigt alle genannten Faktoren bis auf die Hautfarbe. Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen bzw. Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Kreatinin (Ausschluss von Werten ≥ 99 (mg/dl) bzw. ≥ 999 (µmol/l)). Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist drei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig.
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`FU_ENTLDIALYSEFU %==% 1 | fn_MDRDFU %<=% 30.0`

Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ &`
	`fn_FollowUp3Dokumentiert &`
	`fn_IstErsterFUBogen3Jahr &`

	FU_FUVERSTORBEN %==% 0 & !fn_KreatininUnplausibel
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungUeberMind3FU fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU3J fn_FollowUp3Dokumentiert fn_FU3JFaelligInAJ fn_IstErsterFUBogen3Jahr fn_KreatininFUMGDL fn_KreatininUnplausibel fn_MDRDFU fn_MinAbstTageBisTod fn_MinMindestAbstTage3FU fn_TodInnerhalb3Jahr fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende

Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
33:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: 22:B	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.	K	in mg/g	FU_QUOTALBUMINKREA
FU: 23:B	Albumin i. U. >= 30mg/l	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FU_ALBUMINL30NLSFU
FU: 24:B	Albumin i. U.	K	in mg/l	FU_ALBUMINL
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51997
Bezeichnung	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Nach einer Nierenlebendspende ist die kompetente Nachsorge der Spenderin bzw. des Spenders für die Ergebnisqualität im Langzeitverlauf von Bedeutung. Jene erfolgt im Bereich Nierenlebendspende häufig im vertragsärztlichen Sektor. In diesen Fällen hat das transplantierende Zentrum ggf. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis am Ende des ersten Jahres nach Lebendspende. Für diesen Qualitätsindikator wurde auf der Grundlage eines Expertenkonsenses der Bundesfachgruppe ein Referenzbereich von 20,00 % festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit Albuminurie (≥ 30 mg/l oder ≥ 30 mg/g) 1 Jahr nach der Spende **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Erläuterung der Rechenregel	Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen bzw. Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Albumin (Ausschluss von Werten ≥ 9999). Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up ist ein Jahr und 60 Tage nach der Spende spätestens fällig.
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`FU_ALBUMINL %>=% 30 | FU_QUOTALBUMINKREA %>=% 30`

Nenner (Formel)	`fn_FU1JFaelligInAJ &`
	`fn_FollowUp1Dokumentiert &`
	`fn_IstErsterFUBogen1Jahr &`
	`FU_FUVERSTORBEN %==% 0 &`
	`!fn_AlbuminUnplausibel`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungUeberMind1FU`
	`fn_AJ`
	`fn_AlbuminUnplausibel`
	`fn_DatumFaelligkeitFU1J`

	`fn_FollowUp1Dokumentiert`
	`fn_FU1JFaelligInAJ`
	`fn_IstErsterFUBogen1Jahr`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_MinMindestAbstTage1FU`
	`fn_TodInnerhalb1Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende

Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
33:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: 22:B	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.	K	in mg/g	FU_QUOTALBUMINKREA
FU: 23:B	Albumin i. U. >= 30mg/l	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FU_ALBUMINL30NLSFU
FU: 24:B	Albumin i. U.	K	in mg/l	FU_ALBUMINL
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51998
Bezeichnung	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Nach einer Nierenlebendspende ist die kompetente Nachsorge der Spenderin bzw. des Spenders für die Ergebnisqualität im Langzeitverlauf von Bedeutung. Jene erfolgt im Bereich Nierenlebendspende häufig im vertragsärztlichen Sektor. In diesen Fällen hat das transplantierende Zentrum ggf. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis am Ende des zweiten Jahres nach Lebendspende. Für diesen Qualitätsindikator wurde auf der Grundlage eines Expertenkonsenses der Bundesfachgruppe ein Referenzbereich von 20 % festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit Albuminurie (≥ 30 mg/l oder ≥ 30 mg/g) 2 Jahre nach der Spende **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Erläuterung der Rechenregel	Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen bzw. Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Albumin (Ausschluss von Werten ≥ 9999). Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig.
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`FU_ALBUMINL %>=% 30 | FU_QUOTALBUMINKREA %>=% 30`

Nenner (Formel)	`fn_FU2JFaelligInAJ &`
	`fn_FollowUp2Dokumentiert &`
	`fn_IstErsterFUBogen2Jahr &`
	`FU_FUVERSTORBEN %==% 0 &`
	`!fn_AlbuminUnplausibel`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungUeberMind2FU`
	`fn_AJ`
	`fn_AlbuminUnplausibel`
	`fn_DatumFaelligkeitFU2J`

	fn_FollowUp2Dokumentiert fn_FU2JFaelligInAJ fn_IstErsterFUBogen2Jahr fn_MinAbstTageBisTod fn_MinMindestAbstTage2FU fn_TodInnerhalb2Jahr fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
20:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
33:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 18:B	Spender verstorben	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: 22:B	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.	K	in mg/g	FU_QUOTALBUMINKREA
FU: 23:B	Albumin i. U. >= 30mg/l	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FU_ALBUMINL30NLSFU
FU: 24:B	Albumin i. U.	K	in mg/l	FU_ALBUMINL
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum-LsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

*Ersatzfeld im Exportformat

▼Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	51999
Bezeichnung	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Nach einer Nierenlebendspende ist die kompetente Nachsorge der Spenderin bzw. des Spenders für die Ergebnisqualität im Langzeitverlauf von Bedeutung. Jene erfolgt im Bereich Nierenlebendspende häufig im vertragsärztlichen Sektor. In diesen Fällen hat das transplantierende Zentrum ggf. keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis am Ende des dritten Jahres nach Lebendspende. Für diesen Qualitätsindikator wurde auf der Grundlage eines Expertenkonsenses der Bundesfachgruppe ein Referenzbereich von 20,00 % festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender mit Albuminurie (≥ 30 mg/l oder ≥ 30 mg/g) 3 Jahre nach der Spende **Nenner** Alle Nierenlebendspenderinnen bzw. Nierenlebendspender, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status und bekannten Laborwerten, die nicht während des stationären Aufenthaltes verstorben sind
Erläuterung der Rechenregel	Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen bzw. Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Albumin (Ausschluss von Werten ≥ 9999). Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up ist drei Jahre und 90 Tage nach der Spende spätestens fällig.
Teildatensatzbezug	NLS:P
Zähler (Formel)	`FU_ALBUMINL %>=% 30 | FU_QUOTALBUMINKREA %>=% 30`

Nenner (Formel)	`fn_FU3JFaelligInAJ &`
	`fn_FollowUp3Dokumentiert &`
	`fn_IstErsterFUBogen3Jahr &`
	`FU_FUVERSTORBEN %==% 0 &`
	`!fn_AlbuminUnplausibel`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstTageFUErhebungUeberMind3FU`
	`fn_AJ`
	`fn_AlbuminUnplausibel`
	`fn_DatumFaelligkeitFU3J`

	`fn_FollowUp3Dokumentiert`
	`fn_FU3JFaelligInAJ`
	`fn_IstErsterFUBogen3Jahr`
	`fn_MinAbstTageBisTod`
	`fn_MinMindestAbstTage3FU`
	`fn_TodInnerhalb3Jahr`
	`fn_ZeitbisTod`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2021
MinAbstand1JFU	Gesamt	Mindestabstand für 1-Jahres-Follow-up	335
MinAbstand2JFU	Gesamt	Mindestabstand für 2-Jahres-Follow-up	700
MinAbstand3JFU	Gesamt	Mindestabstand für 3-Jahres-Follow-up	1065
ToleranzFU1J	Gesamt	Zeittoleranz für 1-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	60
ToleranzFU2J	Gesamt	Zeittoleranz für 2-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	90
ToleranzFU3J	Gesamt	Zeittoleranz für 3-Jahres-Follow-up-Erhebung in Tagen	90

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des Follow-up sofern der Status im Follow-up bekannt ist	`ifelse(`
			` FU_FUVERSTORBEN %in% c(0,1),`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, NA_integer_`
			`)`

fn_AbstTageFUErhebungUeberMind1FU	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des 1 Jahres Follow-ups sofern dieser über dem Mindestabstand in Tagen liegt	`ifelse(`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %>=%`
			` VB$MinAbstand1JFU,`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, NA_integer_`
			`)`

fn_AbstTageFUErhebungUeberMind2FU	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des 2 Jahres Follow-ups sofern dieser über dem Mindestabstand in Tagen liegt	`ifelse(`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %>=%`
			` VB$MinAbstand2JFU,`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, NA_integer_`
			`)`

fn_AbstTageFUErhebungUeberMind3FU	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des 3 Jahres Follow-ups sofern dieser über dem Mindestabstand in Tagen liegt	`ifelse(`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %>=%`
			` VB$MinAbstand3JFU,`
			` FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, NA_integer_`
			`)`

fn_AJ	integer	Auswertungsjahr	`VB$Auswertungsjahr`

fn_AlbuminUnplausibel	boolean	Unplausible Angaben im Follow-up zu Albumin i. U. in mg/l oder Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. in mg/g	`(FU_ALBUMINL30NLSFU %==% 9 |`
			`is.na(FU_ALBUMINL30NLSFU)) &`
			`(FU_QUOTALBUMINKREA %>=% 9999 |`
			`is.na(FU_QUOTALBUMINKREA))`

fn_DatumFaelligkeitFU1J	date	Fälligkeitsdatum für die 1-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 365 + VB$ToleranzFU1J)`
fn_DatumFaelligkeitFU2J	date	Fälligkeitsdatum für die 2-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 730 + VB$ToleranzFU2J)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_DatumFaelligkeitFU3J	date	Fälligkeitsdatum für die 3-Jahres-Follow-up-Erhebung	`as.Date(OPDATUM + 1095 + VB$ToleranzFU3J)`
fn_EntlassungInAJ	integer	-	`fn_EntlassungJahr %==% fn_AJ`
fn_EntlassungJahr	integer	-	`to_year(ENTLDATUM)`

fn_FollowUp1Dokumentiert	boolean	1-Jahres-Follow-up dokumentiert	`(`
			`FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %>=%`
			`VB$MinAbstand1JFU &`
			`(FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %<=%`
			`(VB$MinAbstand1JFU + 90))`
			`) |`
			`fn_TodInnerhalb1Jahr |`
			`poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand1JFU`

fn_FollowUp2Dokumentiert	boolean	2-Jahres-Follow-up dokumentiert	`(`
			`FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %>=%`
			`VB$MinAbstand2JFU &`
			`(FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %<=%`
			`(VB$MinAbstand2JFU + 120))`
			`) |`
			`fn_TodInnerhalb2Jahr`

fn_FollowUp3Dokumentiert	boolean	3-Jahres-Follow-up dokumentiert	`(`
			`FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %>=%`
			`VB$MinAbstand3JFU &`
			`(FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum %<=%`
			`(VB$MinAbstand3JFU + 120))`
			`) |`
			`fn_TodInnerhalb3Jahr`

fn_FU1JFaelligInAJ	boolean	1-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU1J) %==% fn_AJ`
fn_FU2JFaelligInAJ	boolean	2-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU2J) %==% fn_AJ`
fn_FU3JFaelligInAJ	boolean	3-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	`to_year(fn_DatumFaelligkeitFU3J) %==% fn_AJ`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_IstErsterFUBogen1Jahr	boolean	FU-Bogen ist der erste FU-Bogen der zu einem 1-Jahres-Follow-up gehört	`replace_na(`
			`FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, -1`
			`) %==% fn_MinMindestAbstTage1FU`

fn_IstErsterFUBogen2Jahr	boolean	FU-Bogen ist der erste FU-Bogen der zu einem 2-Jahres-Follow-up gehört	`replace_na(`
			`FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, -1`
			`) %==% fn_MinMindestAbstTage2FU`

fn_IstErsterFUBogen3Jahr	boolean	FU-Bogen ist der erste FU-Bogen der zu einem 3-Jahres-Follow-up gehört	`replace_na(`
			`FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum, -1`
			`) %==% fn_MinMindestAbstTage3FU`

fn_KreatininFUMGDL	float	Kreatininwert in MGDL	`ifelse(`
			` FU_KREATININWERTMOLL %>% 0 &`
			` FU_KREATININWERTMOLL %<% 999,`
			` FU_KREATININWERTMOLL / 88.4,`
			` ifelse(`
			`  FU_KREATININWERTMGDL %>% 0 &`
			`  FU_KREATININWERTMGDL %<% 99,`
			`  FU_KREATININWERTMGDL, NA_real_`
			` )`
			`)`

fn_KreatininUnplausibel	boolean	Unplausible Angaben im Follow-up zu Kreatinin i. S. in mg/dl oder Kreatinin i. S. in µmol/l	`FU_KREATININWERTMGDL %>=% 99 |`
			`FU_KREATININWERTMOLL %>=% 999 |`
			`FU_KREATININWERTNB %==% 1`

fn_MaxAbstTageFUErhebung	integer	Maximum Abstand Tage bis zur Erhebung des Follow-up sofern der Status im Follow-up bekannt ist	`maximum(fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt)` `%group_by% TDS_Tx`

fn_MDRDFU	float	GFR nach vereinfachter MDRD-Formel FU Bogen	`fGeschlWeiblich <- ifelse(`
			` GESCHLECHT %==% 2, 0.742, 1`
			`)`
			`ifelse(`
			` !is.na(fn_KreatininFUMGDL),`
			` 175 * (fn_KreatininFUMGDL)^-1.154 *`
			` (alter + (FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum / 365))^-`
			`0.203 * fGeschlWeiblich,`
			` NA_real_`
			`)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_MinAbstTageBisTod	integer	Minimum Abstand Tage von der Operation bis zum Tod des Patienten (Feld: abstTodLsDatum; Follow-up) gruppiert nach Transplantation (TDS_T)	`minimum(FU_abstTodLsDatum) %group_by% TDS_T`
fn_MinMindestAbstTage1FU	integer	Minimum Abstand Tage bis zur Erhebung des 1 Jahres Follow-ups über alle Follow-ups die über dem Mindestabstand liegen	`minimum(fn_AbstTageFUErhebungUeberMind1FU) %group_by% TDS_T`
fn_MinMindestAbstTage2FU	integer	Minimum Abstand Tage bis zur Erhebung des 2 Jahres Follow-ups über alle Follow-ups die über dem Mindestabstand liegen	`minimum(fn_AbstTageFUErhebungUeberMind2FU) %group_by% TDS_T`
fn_MinMindestAbstTage3FU	integer	Minimum Abstand Tage bis zur Erhebung des 3 Jahres Follow-ups über alle Follow-ups die über dem Mindestabstand liegen	`minimum(fn_AbstTageFUErhebungUeberMind3FU) %group_by% TDS_T`
fn_StatusBekannt1J	boolean	Status nach einem Jahr ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand1JFU \| fn_TodInnerhalb1Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand1JFU`
fn_StatusBekannt2J	boolean	Status nach zwei Jahren ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand2JFU \| fn_TodInnerhalb2Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand2JFU`
fn_StatusBekannt3J	boolean	Status nach drei Jahren ist bekannt	`fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB$MinAbstand3JFU \| fn_TodInnerhalb3Jahr \| poopvwdauer %>=% VB$MinAbstand3JFU`
fn_TodInnerhalb1Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb eines Jahres verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 365`
fn_TodInnerhalb2Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von zwei Jahren verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 730`
fn_TodInnerhalb3Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von 3 Jahren verstorben	`fn_ZeitbisTod %<=% 1095`
fn_ZeitbisTod	integer	Anzahl Tage nach der Transplantation bis der Patient verstorben ist	`ifelse( ENTLGRUND %==% "07",`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			poopvwdauer, fn_MinAbstTageBisTod)

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 4
382000: Intraprozedurale Komplikationen 5
382009: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation 8
382001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 12
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 14
382003: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen 15
382004: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres 16
Gruppe: Sterblichkeit 17
382006: Sterblichkeit im Krankenhaus 18
382007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 22
382008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 23
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 24
Anhang II: Listen 25
Anhang III: Vorberechnungen 26
Anhang IV: Funktionen 27

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Bezeichnung Gruppe	Schwerwiegende Komplikationen
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

382000: Intraprozedurale Komplikationen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	K	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	MITREING
52:PROZ	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen	M	0 = nein 1 = ja	WEITEINGR
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
54:PROZ	Zugang	M	1 = konventionelle Sternotomie 2 = minimalinvasiver operativer Zugang 3 = endovaskulärer Zugang, arteriell 4 = endovaskulärer Zugang, venös 5 = transapikaler Zugang	ZUGANGHCH
87.1:PROZ	Device-Fehlpositionierung	K	1 = ja	DEVICEFEHLPOS
87.2:PROZ	Koronarostienverschluss	K	1 = ja	GEFVERSCHLNR
87.3:PROZ	Aortendissektion	K	1 = ja	AORTDISSEKTION
87.4:PROZ	Aortenregurgitation > = 2. Grades	K	1 = ja	AORTREGURGITATION
87.5:PROZ	Annulus-Ruptur	K	1 = ja	ANNULUSRUPTUR
87.7:PROZ	Perikardtamponade	K	1 = ja	PERIKARDTAMPO
87.8:PROZ	kardiale Dekompensation	K	1 = ja	LVDEKOMPENSATION
87.9:PROZ	Hirnembolie	K	1 = ja	HIRNEMBOLIE
87.11:PROZ	Device-Embolisation	K	1 = ja	DEVICEEMBOLISATION

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	382000
Bezeichnung	Intraprozedurale Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen während des stationären Aufenthalts mindestens eine schwere intraprozedurale Komplikation aufgetreten ist **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Zu den intraprozeduralen Komplikationen zählen Device-Fehlpositionierung, Koronarostienverschluss, Aortendissektion, Annulus-Ruptur, Perikardtamponade, kardiale Dekompensation, Hirnembolie, Aortenregurgitation ≥ 2. Grades und Device-Embolisation.
Teildatensatzbezug	HCH:B
Zähler (Formel)	`fn_IntraprozeduraleKomplikation`
Nenner (Formel)	`fn_IstErsteOP & fn_OPistKCHK_AKChir`

Verwendete Funktionen	`fn_IntraprozeduraleKomplikation`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_OPistKCHK_AKChir`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

382009: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
41:B	neurologische Erkrankung(en)	M	0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) 2 = ja, ZNS, andere 3 = ja, peripher 4 = ja, Kombination 9 = unbekannt	NEUROLOGISCHEERKRANKUNGEN
42:B	Schweregrad der Behinderung	K	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	RANKINSCHLAGANFALL
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	K	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	MITREING
52:PROZ	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen	M	0 = nein 1 = ja	WEITEINGR
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
54:PROZ	Zugang	M	1 = konventionelle Sternotomie 2 = minimalinvasiver operativer Zugang 3 = endovaskulärer Zugang, arteriell 4 = endovaskulärer Zugang, venös 5 = transapikaler Zugang	ZUGANGHCH
56:PROZ	Dringlichkeit	M	1 = elektiv 2 = dringlich 3 = Notfall 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)	DRINGLICHKEIT
101:B	zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung	M	0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) 2 = ja, ZNS, andere	CEREBROEREIGNIS
104:B	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung	K	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit 2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig 6 = Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	RANKINENTL
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	382009
Bezeichnung	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Der Vergleich mit Daten aus der wissenschaftlichen Literatur ist deutlich eingeschränkt, da in der externen stationären Qualitätssicherung wesentliche Risikofaktoren, wie z. B. Notfalleingriffe, die simultane Karotisrekonstruktion oder Patientinnen und Patienten mit vorbestehendem neurologischen Defizit, von der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden. Zusätzlich sind neurologische Komplikationen in den wissenschaftlichen Publikationen unterschiedlich definiert. Während einige Autoren hierunter jedes zerebrovaskuläre Ereignis nach herzchirurgischen Operationen verstehen (Bucerius et al. 2003), werden in anderen Publikationen nur solche Schlaganfälle erfasst, bei denen die klinische Symptomatik länger als 24 Stunden (Hogue et al. 1999, Stamou et al. 2001) anhält. Daher hat die Bundesfachgruppe ein Perzentil als Referenzbereich zu diesem Indikator festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postoperativ festgestelltem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS bzw. mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0 = kein neurologisches Defizit nachweisbar) und OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Erläuterung der Rechenregel	Bis zum Vorliegen belastbarer Sozialdaten wird dieser QI, analog zum bisherigen Vorgehen nach QSKH-Richtlinie, über die vorliegenden Daten aus der QS-Dokumentation der KH erhoben.
Teildatensatzbezug	HCH:B
Zähler (Formel)	`CEREBROEREIGNIS %==% 1 & RANKINENTL %between% c(3,6)`
Nenner (Formel)	`fn_IstErsteOP & fn_OPistKCHK_AKChir & DRINGLICHKEIT %in% c(1,2) & (NEUROLOGISCHEERKRANKUNGEN %in% c(0,3) | RANKINSCHLAGANFALL %==% 0)`

Verwendete Funktionen	`fn_IstErsteOP`
	`fn_OPistKCHK_AKChir`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

382001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	382001
Bezeichnung	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder nach Entlassung neu aufgetretenem Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Bezeichnung Gruppe	Reintervention bzw. Reoperation
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

382003: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	382003
Bezeichnung	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

382004: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	382004
Bezeichnung	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Sterblichkeit

Bezeichnung Gruppe	Sterblichkeit
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

382006: Sterblichkeit im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	K	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	MITREING
52:PROZ	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen	M	0 = nein 1 = ja	WEITEINGR
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
54:PROZ	Zugang	M	1 = konventionelle Sternotomie 2 = minimalinvasiver operativer Zugang 3 = endovaskulärer Zugang, arteriell 4 = endovaskulärer Zugang, venös 5 = transapikaler Zugang	ZUGANGHCH
112:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	382006
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Geschlecht Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) Inotrope (präoperativ) Reanimation (präoperativ) Notfall Herzrhythmus (präoperativ) LVEF Reoperation an Herz/Aorta floride Endokarditis oder septischer Eingriff Diabetes mellitus arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung(en) präoperative Nierenersatztherapie oder Kreatininwert präoperative mechanische Kreislaufunterstützung
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Chir-Score

Erläuterung der Rechenregel	Bei der Berechnung der erwarteten Anzahl an Todesfällen (E) werden für Risikofaktoren mit unbekannten oder fehlenden Werten die Werte für das geringste Risiko bzw. für das Nichtvorliegen des entsprechenden Risikos eingesetzt.	
Teildatensatzbezug	HCH:B	
Zähler (Formel)	`O_382006`	
Nenner (Formel)	`E_382006`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_382006
	Bezug zu QS-Ergebnissen	382006
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	HCH:B
	Zähler	`ENTLGRUND %==% "07"`
	Nenner	`fn_IstErsteOP & fn_OPistKCHK_AKChir`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_382006
	Bezug zu QS-Ergebnissen	382006
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Chir-Score
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	HCH:B
	Zähler	`fn_AKL_Chir_Score`
	Nenner	`fn_IstErsteOP & fn_OPistKCHK_AKChir`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_AKL_Chir_Score` `fn_IstErsteOP`	

	`fn_OPistKCHK_AKChir` `fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

382007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	382007
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

382008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	382008
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_AKL_Chir_Score	float	Score zur logistischen Regression - AKL-Chir-Score	`# Funktion fn_AKL_Chir_Score`

fn_IntraprozeduraleKomplikation	boolean	Intraprozedurale Komplikationen	`DEVICEFEHLPOS %==% 1 |`
			`GEFVERSCHLNR %==% 1 |`
			`AORTDISSEKTION %==% 1 |`
			`ANNULUSRUPTUR %==% 1 |`
			`PERIKARDTAMPO %==% 1 |`
			`LVDEKOMPENSATION %==% 1 |`
			`HIRNEMBOLIE %==% 1 |`
			`AORTREGURGITATION %==% 1 |`
			`DEVICEEMBOLISATION %==% 1`

fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==%`
			`(maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff)`
			`%group_by% TDS_B)`

fn_OPistKCHK_AKChir	boolean	OP gehört zu isolierten offen-chirurgischen Aortenklappeneingriffen	`AORTENKLAPPE %==% 1 &`
			`KORONARCHIRURGIE %==% 0 &`
			`MITREING %==% 0 &`
			`(`
			`WEITEINGR %==% 0 |`
			`(WEITEINGR %==% 1 &`
			`is.na(TRIKUSP) &`
			`is.na(PULMKL))`
			`) &`
			`ZUGANGHCH %in% c(1,2)`

fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	`poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 4

372000: Intraprozedurale Komplikationen 5

372001: Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts 8

372009: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation 10

372002: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 14

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 16

372003: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen 17

372004: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres 18

Gruppe: Sterblichkeit 19

372006: Sterblichkeit im Krankenhaus 20

372007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 24

372008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 25

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 26

Anhang II: Listen 27

Anhang III: Vorberechnungen 28

Anhang IV: Funktionen 29

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Bezeichnung Gruppe	Schwerwiegende Komplikationen
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

372000: Intraprozedurale Komplikationen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	K	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	MITREING
52:PROZ	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen	M	0 = nein 1 = ja	WEITEINGR
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
54:PROZ	Zugang	M	1 = konventionelle Sternotomie 2 = minimalinvasiver operativer Zugang 3 = endovaskulärer Zugang, arteriell 4 = endovaskulärer Zugang, venös 5 = transapikaler Zugang	ZUGANGHCH
87.1:PROZ	Device-Fehlpositionierung	K	1 = ja	DEVICEFEHLPOS
87.2:PROZ	Koronarostienverschluss	K	1 = ja	GEFVERSCHLNR
87.3:PROZ	Aortendissektion	K	1 = ja	AORTDISSEKTION
87.4:PROZ	Aortenregurgitation > = 2. Grades	K	1 = ja	AORTREGURGITATION
87.5:PROZ	Annulus-Ruptur	K	1 = ja	ANNULUSRUPTUR
87.7:PROZ	Perikardtamponade	K	1 = ja	PERIKARDTAMPO
87.8:PROZ	kardiale Dekompensation	K	1 = ja	LVDEKOMPENSATION
87.9:PROZ	Hirnembolie	K	1 = ja	HIRNEMBOLIE
87.11:PROZ	Device-Embolisation	K	1 = ja	DEVICEEMBOLISATION

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	372000
Bezeichnung	Intraprozedurale Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen während des stationären Aufenthalts mindestens eine schwere intraprozedurale Komplikation aufgetreten ist **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Zu den intraprozeduralen Komplikationen zählen Device-Fehlpositionierung, Koronarostienverschluss, Aortendissektion, Annulus-Ruptur, Perikardtamponade, kardiale Dekompensation, Hirnembolie, Aortenregurgitation ≥ 2. Grades und Device-Embolisation.
Teildatensatzbezug	HCH:B
Zähler (Formel)	`fn_IntraprozeduraleKomplikation`
Nenner (Formel)	`fn_IstErsteOP &` `fn_OPistKCHK_AKKath`

Verwendete Funktionen	`fn_IntraprozeduraleKomplikation`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_OPistKCHK_AKKath`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

372001: Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	K	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	MITREING
52:PROZ	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen	M	0 = nein 1 = ja	WEITEINGR
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
54:PROZ	Zugang	M	1 = konventionelle Sternotomie 2 = minimalinvasiver operativer Zugang 3 = endovaskulärer Zugang, arteriell 4 = endovaskulärer Zugang, venös 5 = transapikaler Zugang	ZUGANGHCH
106.3:B	Gefäßruptur	K	1 = ja	GEFRUPTUR
106.4:B	Dissektion	K	1 = ja	DISSEKTION
106.6:B	Ischämie	K	1 = ja	ISCHAEMIEJL
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	372001
Bezeichnung	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen während des stationären Aufenthalts mindestens eine Gefäßkomplikation aufgetreten ist **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Zu den Gefäßkomplikationen zählen Gefäßruptur, Dissektion und Ischämie.
Teildatensatzbezug	HCH:B
Zähler (Formel)	`fn_ArterielleKomplikation`
Nenner (Formel)	`fn_IstErsteOP &` `fn_OPistKCHK_AKKath`

Verwendete Funktionen	`fn_ArterielleKomplikation`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_OPistKCHK_AKKath`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

372009: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
41:B	neurologische Erkrankung(en)	M	0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) 2 = ja, ZNS, andere 3 = ja, peripher 4 = ja, Kombination 9 = unbekannt	NEUROLOGISCHEERKRANKUNGEN
42:B	Schweregrad der Behinderung	K	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	RANKINSCHLAGANFALL
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	K	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	MITREING
52:PROZ	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen	M	0 = nein 1 = ja	WEITEINGR
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
54:PROZ	Zugang	M	1 = konventionelle Sternotomie 2 = minimalinvasiver operativer Zugang 3 = endovaskulärer Zugang, arteriell 4 = endovaskulärer Zugang, venös 5 = transapikaler Zugang	ZUGANGHCH
56:PROZ	Dringlichkeit	M	1 = elektiv 2 = dringlich 3 = Notfall 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)	DRINGLICHKEIT
101:B	zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung	M	0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) 2 = ja, ZNS, andere	CEREBROEREIGNIS
104:B	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung	K	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit 2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig 6 = Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	RANKINENTL
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	372009
Bezeichnung	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Der Vergleich mit Daten aus der wissenschaftlichen Literatur ist deutlich eingeschränkt, da in der externen stationären Qualitätssicherung wesentliche Risikofaktoren, wie z. B. Notfalleingriffe, die simultane Karotisrekonstruktion oder Patientinnen und Patienten mit vorbestehendem neurologischen Defizit, von der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden. Zusätzlich sind neurologische Komplikationen in den wissenschaftlichen Publikationen unterschiedlich definiert. Während einige Autoren hierunter jedes zerebrovaskuläre Ereignis nach herzchirurgischen Operationen verstehen (Bucerius et al. 2003), werden in anderen Publikationen nur solche Schlaganfälle erfasst, bei denen die klinische Symptomatik länger als 24 Stunden (Hogue et al. 1999, Stamou et al. 2001) anhält. Daher hat die Bundesfachgruppe ein Perzentil als Referenzbereich zu diesem Indikator festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postoperativ festgestelltem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS bzw. mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0 = kein neurologisches Defizit nachweisbar) und OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Erläuterung der Rechenregel	Bis zum Vorliegen belastbarer Sozialdaten wird dieser QI, analog zum bisherigen Vorgehen nach QSKH-Richtlinie, über die vorliegenden Daten aus der QS-Dokumentation der KH erhoben.
Teildatensatzbezug	HCH:B
Zähler (Formel)	`CEREBROEREIGNIS %==% 1 &` `RANKINENTL %between% c(3,6)`

Nenner (Formel)	`fn_IstErsteOP &`
	`fn_OPistKCHK_AKKath &`
	`DRINGLICHKEIT %in% c(1,2) &`

	`(NEUROLOGISCHEERKRANKUNGEN %in% c(0,3) | RANKINSCHLAGANFALL %==% 0)`

Verwendete Funktionen	`fn_IstErsteOP`
	`fn_OPistKCHK_AKKath`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

372002: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	372002
Bezeichnung	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder nach Entlassung neu aufgetretenem Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Bezeichnung Gruppe	Reintervention bzw. Reoperation
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

372003: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	372003
Bezeichnung	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

372004: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	372004
Bezeichnung	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Sterblichkeit

Bezeichnung Gruppe	Sterblichkeit
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

372006: Sterblichkeit im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	K	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	MITREING
52:PROZ	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen	M	0 = nein 1 = ja	WEITEINGR
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
54:PROZ	Zugang	M	1 = konventionelle Sternotomie 2 = minimalinvasiver operativer Zugang 3 = endovaskulärer Zugang, arteriell 4 = endovaskulärer Zugang, venös 5 = transapikaler Zugang	ZUGANGHCH
112:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	372006
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Geschlecht Body-Mass-Index (BMI) Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) Inotrope (präoperativ) kardiogener Schock Reanimation (präoperativ) Notfall systolischer Pulmonalarteriendruck Herzrhythmus (präoperativ) LVEF arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung(en) präoperative Nierenersatztherapie oder Kreatininwert präoperative mechanische Kreislaufunterstützung
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Kath-Score

Erläuterung der Rechenregel	Bei der Berechnung der erwarteten Anzahl an Todesfällen (E) werden für Risikofaktoren mit unbekannten oder fehlenden Werten die Werte für das geringste Risiko bzw. für das Nichtvorliegen des entsprechenden Risikos eingesetzt.	
Teildatensatzbezug	HCH:B	
Zähler (Formel)	`O_372006`	
Nenner (Formel)	`E_372006`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_372006
	Bezug zu QS-Ergebnissen	372006
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	HCH:B
	Zähler	`ENTLGRUND %==% "07"`
	Nenner	`fn_IstErsteOP & fn_OPistKCHK_AKKath`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_372006
	Bezug zu QS-Ergebnissen	372006
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem AKL-Kath-Score
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	HCH:B
	Zähler	`fn_AKL_Kath_Score`
	Nenner	`fn_IstErsteOP & fn_OPistKCHK_AKKath`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_AKL_Kath_Score` `fn_IstErsteOP`	

	`fn_OPistKCHK_AKKath` `fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

372007: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	372007
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten, kathetergestützten Aortenklappeneingriff erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

372008: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	372008
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Alle Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_AKL_Kath_Score	float	Score zur logistischen Regression - AKL-Kath-Score	`# Funktion fn_AKL_Kath_Score`

fn_ArterielleKomplikation	boolean	Gefäßkomplikationen	`GEFRUPTUR %==% 1 |`
			`DISSEKTION %==% 1 |`
			`ISCHAEMIEJL %==% 1`

fn_IntraprozeduraleKomplikation	boolean	Intraprozedurale Komplikationen	`DEVICEFEHLPOS %==% 1 |`
			`GEFVERSCHLNR %==% 1 |`
			`AORTDISSEKTION %==% 1 |`
			`ANNULUSRUPTUR %==% 1 |`
			`PERIKARDTAMPO %==% 1 |`
			`LVDEKOMPENSATION %==% 1 |`
			`HIRNEMBOLIE %==% 1 |`
			`AORTREGURGITATION %==% 1 |`
			`DEVICEEMBOLISATION %==% 1`

fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==%`
			`(maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff)`
			`%group_by% TDS_B)`

fn_OPistKCHK_AKKath	boolean	OP gehört zu isolierten kathetergestützten Aortenklappeneingriffen	`AORTENKLAPPE %==% 1 &`
			`KORONARCHIRURGIE %==% 0 &`
			`MITREING %==% 0 &`
			`(`
			`WEITEINGR %==% 0 |`
			`(WEITEINGR %==% 1 &`
			`is.na(TRIKUSP) &`
			`is.na(PULMKL))`
			`) &`
			`ZUGANGHCH %in% c(3,4,5)`

fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	`poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

412000: Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe 4

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 6

412001: Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts 7

412002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts 9

412016: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation 11

412003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 13

412004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen 15

412005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 16

412006: Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff 18

412007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres 20

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 22

412008: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen 23

412009: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff 24

412010: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen 25

412011: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres 26

Gruppe: Sterblichkeit 27

412013: Sterblichkeit im Krankenhaus 28

412014: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 30

412015: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 31

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 32

Anhang II: Listen 33

Anhang III: Vorberechnungen 34

Anhang IV: Funktionen 35

412000: Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe

Qualitätsziel	Möglichst häufige leitlinienkonforme Indikationsstellung

Eigenschaften und Berechnung

ID	412000
Bezeichnung	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation für einen offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Bezeichnung Gruppe	Schwerwiegende Komplikationen
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

412001: Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts

Eigenschaften und Berechnung

ID	412001
Bezeichnung	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem akuten Nierenversagen und Anwendung eines Nierenersatzverfahrens während des stationären Aufenthalts **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben, ohne präoperative Nierenersatztherapie
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

412002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Eigenschaften und Berechnung

ID	412002
Bezeichnung	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Zu den schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen zählen: Intraprozedurale Komplikationen (Device-Fehlpositionierung, Aortendissektion, Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle, Perikardtamponade, Rhythmusstörungen, Low Cardiac Output mit Therapie IABP oder VAD oder ECMO, schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ)), Konversion wegen intraprozeduraler Komplikation, neu aufgetretener Herzinfarkt, komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff, mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial, paravalvuläre Leckage, Perikardtamponade (im postoperativen Verlauf) schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural), therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen (Infektion(en), Sternuminstabilität, Gefäßruptur, Dissektion, therapierelevante Blutung / Hämatom, Ischämie, AV-Fistel, sonstige). Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	

Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

412016: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

Eigenschaften und Berechnung

ID	412016
Bezeichnung	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postoperativ festgestelltem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Kombinationseingriff an der Aorten- oder Mitralklappe mit mindestens einer zweiten Herzklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS bzw. mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0 = kein neurologisches Defizit nachweisbar) und OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Erläuterung der Rechenregel	Bis zum Vorliegen belastbarer Sozialdaten wird dieser QI, analog zum bisherigen Vorgehen nach QSKH-Richtlinie, über die vorliegenden Daten aus der QS-Dokumentation der KH erhoben. Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

412003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	412003
Bezeichnung	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder nach Entlassung neu aufgetretenem Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Kombinationseingriff an der Aorten- oder Mitralklappe mit mindestens einer zweiten Herzklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

412004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	412004
Bezeichnung	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit einer Endokarditis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben und ohne präoperative Endokarditis
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

412005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	412005
Bezeichnung	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff aufgrund der folgenden Komplikationen mit einer spezifischen Diagnose erneut stationär aufgenommen wurden oder bei denen innerhalb der 90 Tage aufgrund der folgenden Komplikationen mindestens eine spezifische Prozedur durchgeführt wurde: • therapiebedürftige zugangsassoziierte Gefäßkomplikation • therapiebedürftige zugangsassoziierte Infektion • mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial • paravalvuläre Leckage • neu aufgetretenes Vorhofflimmern/-flattern **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	

Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

412006: Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff

Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des Eingriffsziels

Eigenschaften und Berechnung

ID	412006
Bezeichnung	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante funktionelle Ergebnis des Mitralklappeneingriffs optimal oder zumindest akzeptabel erreicht wurde und das prothetische Material am Herzen (sofern verwendet) postoperativ korrekt sitzt **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

412007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	412007
Bezeichnung	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Kombinationseingriff an der Aorten- oder Mitralklappe mit mindestens einer zweiten Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Bezeichnung Gruppe	Reintervention bzw. Reoperation
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

412008: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	412008
Bezeichnung	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

412009: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff

Eigenschaften und Berechnung

ID	412009
Bezeichnung	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Eingriff an der Aortenklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

412010: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	412010
Bezeichnung	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 30 Tagen ein erneuter Mitralklappeneingriff durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und an-gewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

412011: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	412011
Bezeichnung	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb eines Jahres ein erneuter Mitralklappeneingriff durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Sterblichkeit

Bezeichnung Gruppe	Sterblichkeit
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

412013: Sterblichkeit im Krankenhaus

Eigenschaften und Berechnung

ID	412013
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Geschlecht Body-Mass-Index (BMI) Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) Angina pectoris Myokardinfarkt (STEMI oder NSTEMI) Inotrope (präoperativ) kardiogener Schock Reanimation (präoperativ) präoperative mechanische Kreislaufunterstützung septischer Eingriff Beatmung Nitrate (präoperativ) systolischer Pulmonalarteriendruck Herzrhythmus (präoperativ) LVEF Befund der koronaren Bildgebung Hauptstammstenose PCI (präoperativ) Reoperation an Herz/Aorta floride Endokarditis Diabetes mellitus arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung(en) neurologische Dysfunktion präoperative Nierenersatztherapie oder Kreatininwert Notfall Art der Eingriffe
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind

	Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Kombinationseingriff an der Aorten- oder Mitralklappe mit mindestens einer zweiten Herzklappe erhalten haben **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem KombHK-Chir-Score
Erläuterung der Rechenregel	Der risikoadjustierte Qualitätsindikator kann erst nach Vorliegen des Datenpools für das gesamte Erfassungsjahr 2020 berechnet werden. Bei der Berechnung der erwarteten Anzahl an Todesfällen (E) während des stationären Aufenthalts werden für Risikofaktoren mit unbekannten oder fehlenden Werten die Werte für das geringste Risiko bzw. für das Nichtvorliegen des entsprechenden Risikos eingesetzt. Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

412014: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	412014
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Kombinationseingriff an der Aorten- oder Mitralklappe mit mindestens einer zweiten Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

412015: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	412015
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen offen-chirurgischen Kombinationseingriff an der Aorten- oder Mitralklappe mit mindestens einer zweiten Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

422000: Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe 4

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 6

422001: Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts 7

422002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts 9

422016: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation 11

422003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 13

422004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen 15

422005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 16

422006: Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff 18

422007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres 20

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 22

422008: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen 23

422009: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres 24

422010: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen 25

422011: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres 26

Gruppe: Sterblichkeit 27

422013: Sterblichkeit im Krankenhaus 28

422014: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 30

422015: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 31

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 32

Anhang II: Listen 33

Anhang III: Vorberechnungen 34

Anhang IV: Funktionen 35

422000: Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe

Qualitätsziel	Möglichst häufige leitlinienkonforme Indikationsstellung

Eigenschaften und Berechnung

ID	422000
Bezeichnung	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation für einen kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Bezeichnung Gruppe	Schwerwiegende Komplikationen
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

422001: Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts

Eigenschaften und Berechnung

ID	422001
Bezeichnung	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem akuten Nierenversagen und Anwendung eines Nierenersatzverfahrens während des stationären Aufenthalts **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben, ohne präoperative Nierenersatztherapie
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

422002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Eigenschaften und Berechnung

ID	422002
Bezeichnung	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Zu den schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen zählen: Intraprozedurale Komplikationen (Device-Fehlpositionierung, Aortendissektion, Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle, Perikardtamponade, Rhythmusstörungen, Low Cardiac Output mit Therapie IABP oder VAD oder ECMO, schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ)), Konversion wegen intraprozeduraler Komplikation, neu aufgetretener Herzinfarkt, komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff, mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial, paravalvuläre Leckage, Perikardtamponade (im postoperativen Verlauf) schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural), therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen (Infektion(en), Sternuminstabilität, Gefäßruptur, Dissektion, therapierelevante Blutung / Hämatom, Ischämie, AV-Fistel, sonstige). Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	

Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

422016: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

Eigenschaften und Berechnung

ID	422016
Bezeichnung	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postoperativ festgestelltem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Kombinationseingriff an der Aorten- oder Mitralklappe mit mindestens einer zweiten Herzklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS bzw. mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0= kein neurologisches Defizit nachweisbar) und OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Erläuterung der Rechenregel	Bis zum Vorliegen belastbarer Sozialdaten wird dieser QI, analog zum bisherigen Vorgehen nach QSKH-Richtlinie, über die vorliegenden Daten aus der QS-Dokumentation der KH erhoben. Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

422003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	422003
Bezeichnung	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder nach Entlassung neu aufgetretenem Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Kombinationseingriff an der Aorten- oder Mitralklappe mit mindestens einer zweiten Herzklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

422004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	422004
Bezeichnung	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patienten mit einer Endokarditis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben und ohne präoperative Endokarditis
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

422005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	422005
Bezeichnung	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff aufgrund der folgenden Komplikationen mit einer spezifischen Diagnose erneut stationär aufgenommen wurden oder bei denen innerhalb der 90 Tage aufgrund der folgenden Komplikationen mindestens eine spezifische Prozedur durchgeführt wurde: • therapiebedürftige zugangsassoziierte Gefäßkomplikation • therapiebedürftige zugangsassoziierte Infektion • mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial • paravalvuläre Leckage • neu aufgetretenes Vorhofflimmern/-flattern **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	

Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

422006: Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff

Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des Eingriffsziels

Eigenschaften und Berechnung

ID	422006
Bezeichnung	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante funktionelle Ergebnis des Mitralklappeneingriffs optimal oder zumindest akzeptabel erreicht wurde und das prothetische Material am Herzen (sofern verwendet) postoperativ korrekt sitzt **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

422007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	422007
Bezeichnung	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Kombinationseingriff an der Aorten-oder Mitralklappe mit mindestens einer zweiten Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Bezeichnung Gruppe	Reintervention bzw. Reoperation
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

422008: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	422008
Bezeichnung	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

422009: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	422009
Bezeichnung	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Alle Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Eingriff an der Aortenklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

422010: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	422010
Bezeichnung	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Alle Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 30 Tagen ein erneuter Mitralklappeneingriff durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

422011: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	422011
Bezeichnung	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Alle Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb eines Jahres ein erneuter Mitralklappeneingriff durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe und mindestens einer weiteren Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Sterblichkeit

Bezeichnung Gruppe	Sterblichkeit
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

422013: Sterblichkeit im Krankenhaus

Eigenschaften und Berechnung

ID	422013
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Geschlecht Body-Mass-Index (BMI) Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) Angina pectoris Myokardinfarkt (STEMI oder NSTEMI) Inotrope (präoperativ) kardiogener Schock Reanimation (präoperativ) präoperative mechanische Kreislaufunterstützung Beatmung Nitrate (präoperativ) systolischer Pulmonalarteriendruck Herzrhythmus (präoperativ) LVEF Befund der koronaren Bildgebung Hauptstammstenose PCI (präoperativ) Reoperation an Herz/Aorta Diabetes mellitus arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung(en) neurologische Dysfunktion präoperative Nierenersatztherapie oder Kreatininwert Notfall Art der Eingriffe
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind **Nenner**

	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Kombinationseingriff an der Aorten- oder Mitralklappe mit mindestens einer zweiten Herzklappe erhalten haben **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem KombHK-Kath-Score
Erläuterung der Rechenregel	Der risikoadjustierte Qualitätsindikator kann erst nach Vorliegen des Datenpools für das gesamte Erfassungsjahr 2020 berechnet werden. Bei der Berechnung der erwarteten Anzahl an Todesfällen (E) während des stationären Aufenthalts werden für Risikofaktoren mit unbekannten oder fehlenden Werten die Werte für das geringste Risiko bzw. für das Nichtvorliegen des entsprechenden Risikos eingesetzt. Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

422014: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	422014
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Kombinationseingriff an der Aorten- oder Mitralklappe mit mindestens einer zweiten Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

422015: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	422015
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahresnach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen kathetergestützten Kombinationseingriff an der Aorten- oder Mitralklappe mit mindestens einer zweiten Herzklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Isolierte Koronarchirurgie

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Isolierte Koronarchirurgie. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

352000: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna 4

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 7

352010: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation 8

352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 12

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 14

352003: Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen 15

352004: PCI innerhalb von 30 Tagen 16

352005: PCI innerhalb eines Jahres 17

Gruppe: Sterblichkeit 18

352007: Sterblichkeit im Krankenhaus 19

352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 23

352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 24

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 25

Anhang II: Listen 26

Anhang III: Vorberechnungen 27

Anhang IV: Funktionen 28

352000: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna

Qualitätsziel	Möglichst häufige Operationen mit Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	K	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	MITREING
52:PROZ	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen	M	0 = nein 1 = ja	WEITEINGR
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
64:KC	Anzahl der Grafts	M	-	GRAFTSANZAHL
65.1:KC	ITA links	K	1 = ja	GRAFTSITALINKS
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	352000
Bezeichnung	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Verwendung der linken Arteria mammaria interna (LIMA) als Bypassgraft wird in den Leitlinien als Standardverfahren in der Bypasschirurgie aufgeführt. Nach Einschätzung der Mitglieder der Bundesfachgruppe sind klinische Konstellationen denkbar, in denen die Operateurin bzw. der Operateur mit gutem Grund auf die Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna verzichtet. In der Praxis kann jedoch die Verwendung der LIMA bei mehr als 90 % der Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses erwartet werden. Daher wurde dieser Wert als Referenzbereich festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden unter Verwendung mindestens eines Bypassgrafts
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HCH:B
Zähler (Formel)	`GRAFTSITALINKS %==% 1`

Nenner (Formel)	`fn_IstErsteOP &`
	`fn_OPistKCHK_KC &`
	`GRAFTSANZAHL %>=% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_IstErsteOP`
	`fn_OPistKCHK_KC`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Bezeichnung Gruppe	Schwerwiegende Komplikationen
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

352010: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
41:B	neurologische Erkrankung(en)	M	0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) 2 = ja, ZNS, andere 3 = ja, peripher 4 = ja, Kombination 9 = unbekannt	NEUROLOGISCHEERKRANKUNGEN
42:B	Schweregrad der Behinderung	K	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	RANKINSCHLAGANFALL
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	K	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	MITREING
52:PROZ	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen	M	0 = nein 1 = ja	WEITEINGR
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
56:PROZ	Dringlichkeit	M	1 = elektiv 2 = dringlich 3 = Notfall 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)	DRINGLICHKEIT
101:B	zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung	M	0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) 2 = ja, ZNS, andere	CEREBROEREIGNIS
104:B	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung	K	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit 2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig 6 = Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	RANKINENTL
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	352010
Bezeichnung	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Der Vergleich mit Daten aus der wissenschaftlichen Literatur ist deutlich eingeschränkt, da in der externen stationären Qualitätssicherung wesentliche Risikofaktoren, wie z. B. Notfalleingriffe, die simultane Karotisrekonstruktion oder Patientinnen und Patienten mit vorbestehendem neurologischen Defizit, von der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden. Zusätzlich sind neurologische Komplikationen in den wissenschaftlichen Publikationen unterschiedlich definiert. Während einige Autoren hierunter jedes zerebrovaskuläre Ereignis nach herzchirurgischen Operationen verstehen (Bucerius et al. 2003), werden in anderen Publikationen nur solche Schlaganfälle erfasst, bei denen die klinische Symptomatik länger als 24 Stunden (Hogue et al. 1999, Stamou et al. 2001) anhält. Daher hat die Bundesfachgruppe ein Perzentil als Referenzbereich zu diesem Indikator festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postoperativ festgestelltem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden, ohne neurologische Erkrankung des ZNS bzw. mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0 = kein neurologisches Defizit nachweisbar) und OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Erläuterung der Rechenregel	Bis zum Vorliegen belastbarer Sozialdaten wird dieser QI, analog zum bisherigen Vorgehen nach QSKH-Richtlinie, über die vorliegenden Daten aus der QS-Dokumentation der KH erhoben.
Teildatensatzbezug	HCH:B
Zähler (Formel)	`CEREBROEREIGNIS %==% 1 & RANKINENTL %between% c(3,6)`
Nenner (Formel)	`fn_IstErsteOP & fn_OPistKCHK_KC & DRINGLICHKEIT %in% c(1,2) & (NEUROLOGISCHEERKRANKUNGEN %in% c(0,3) | RANKINSCHLAGANFALL %==% 0)`

Verwendete Funktionen	`fn_IstErsteOP`
	`fn_OPistKCHK_KC`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

352001: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	352001
Bezeichnung	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder nach Entlassung neu aufgetretenem Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Bezeichnung Gruppe	Reintervention bzw. Reoperation
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

352003: Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	352003
Bezeichnung	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 30 Tagen ein erneuter koronarchirurgischer Eingriff durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

352004: PCI innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	352004
Bezeichnung	PCI innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff eine perkutane Koronarintervention (PCI) durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihren ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

352005: PCI innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	352005
Bezeichnung	PCI innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff eine perkutane Koronarintervention (PCI) durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihren ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Sterblichkeit

Bezeichnung Gruppe	Sterblichkeit
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

352007: Sterblichkeit im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	K	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	MITREING
52:PROZ	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen	M	0 = nein 1 = ja	WEITEINGR
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
112:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	352007
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Geschlecht Body-Mass-Index (BMI) Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) Myokardinfarkt (STEMI oder NSTEMI) kritischer präoperativer Status systolischer Pulmonalarteriendruck Herzrhythmus (präoperativ) LVEF Befund der koronaren Bildgebung Reoperation an Herz/Aorta Diabetes mellitus arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung(en) neurologische Dysfunktion präoperative Nierenersatztherapie oder Kreatininwert Notfall
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts isoliert koronarchirurgisch operiert wurden **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem KCH-Score

Erläuterung der Rechenregel	Bei der Berechnung der erwarteten Anzahl an Todesfällen (E) werden für Risikofaktoren mit unbekannten oder fehlenden Werten die Werte für das geringste Risiko bzw. für das Nichtvorliegen des entsprechenden Risikos eingesetzt.	
Teildatensatzbezug	HCH:B	
Zähler (Formel)	`O_352007`	
Nenner (Formel)	`E_352007`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_352007
	Bezug zu QS-Ergebnissen	352007
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	HCH:B
	Zähler	`ENTLGRUND %==% "07"`
	Nenner	`fn_IstErsteOP &` `fn_OPistKCHK_KC`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_352007
	Bezug zu QS-Ergebnissen	352007
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem KCH-Score
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	HCH:B
	Zähler	`fn_KCH_Score`
	Nenner	`fn_IstErsteOP &` `fn_OPistKCHK_KC`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_IstErsteOP` `fn_KCH_Score`	

	fn_OPistKCHK_KC fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

352008: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	352008
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

352009: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	352009
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten koronarchirurgischen Eingriff erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)`
fn_KCH_Score	float	Score zur logistischen Regression - KCH-Score	`# Funktion fn_KCH_Score`

fn_OPistKCHK_KC	boolean	OP gehört zu isolierten koronarchirurgischen Eingriffen	`AORTENKLAPPE %==% 0 &`
			`KORONARCHIRURGIE %==% 1 &`
			`MITREING %==% 0 &`
			`(`
			`WEITEINGR %==% 0 |`
			`(WEITEINGR %==% 1 &`
			`is.na(TRIKUSP) &`
			`is.na(PULMKL))`
			`)`

fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	`poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

362001: Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe 4
362002: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna 6
Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 10
362003: Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts 11
362004: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts 13
362022: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation 15
362005: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 19
362006: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen 21
362007: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 22
362009: Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff 24
362010: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres 26
Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 28
362011: Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen 29
362012: PCI innerhalb von 30 Tagen 30
362013: PCI innerhalb eines Jahres 31
362014: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen 32
362015: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres 33
362016: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen 34
362017: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres 35
Gruppe: Sterblichkeit 36
362019: Sterblichkeit im Krankenhaus 37
362020: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 41
362021: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 42
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 43
Anhang II: Listen 44
Anhang III: Vorberechnungen 45
Anhang IV: Funktionen 46

362001: Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe

Qualitätsziel	Möglichst häufige leitlinienkonforme Indikationsstellung

Eigenschaften und Berechnung

ID	362001
Bezeichnung	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation für einen Eingriff an der Mitralklappe **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362002: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna

Qualitätsziel	Möglichst häufige Operationen mit Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	K	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	MITREING
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
64:KC	Anzahl der Grafts	M	-	GRAFTSANZAHL
65.1:KC	ITA links	K	1 = ja	GRAFTSITALINKS
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	362002
Bezeichnung	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≥ x % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Verwendung der linken Arteria mammaria interna (LIMA) als Bypassgraft wird in den Leitlinien als Standardverfahren in der Bypasschirurgie aufgeführt. Nach Einschätzung der Mitglieder der Bundesfachgruppe sind klinische Konstellationen denkbar, in denen die Operateurin bzw. der Operateur mit gutem Grund auf die Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna verzichtet. Dies kann insbesondere bei der heterogenen Gruppe kombinierter herzchirurgischer Eingriffe (Bypasschirurgie und Herzklappeneingriffe) auftreten und hinsichtlich des prozentualen Anteils nicht sicher eingeschätzt werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden unter Verwendung mindestens eines Bypassgrafts
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HCH:B
Zähler (Formel)	`GRAFTSITALINKS %==% 1`

Nenner (Formel)	`fn_IstErsteOP &`
	`fn_OPistKCHK_KCKomb &`
	`GRAFTSANZAHL %>=% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_IstErsteOP`
	`fn_OPistKCHK_KCKomb`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Bezeichnung Gruppe	Schwerwiegende Komplikationen
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

362003: Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts

Eigenschaften und Berechnung

ID	362003
Bezeichnung	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem akuten Nierenversagen und Anwendung eines Nierenersatzverfahrens während des stationären Aufenthalts **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden, ohne präoperative Nierenersatztherapie
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362004: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Eigenschaften und Berechnung

ID	362004
Bezeichnung	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Zu den schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen zählen: Intraprozedurale Komplikationen (Device-Fehlpositionierung, Aortendissektion, Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle, Perikardtamponade, Rhythmusstörungen, Low Cardiac Output mit Therapie IABP oder VAD oder ECMO, schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ)), Konversion wegen intraprozeduraler Komplikation, neu aufgetretener Herzinfarkt, komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff, mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial, paravalvuläre Leckage, Perikardtamponade (im postoperativen Verlauf) schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural), therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen (Infektion(en), Sternuminstabilität, Gefäßruptur, Dissektion, therapierelevante Blutung / Hämatom, Ischämie, AV-Fistel, sonstige). Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	

Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362022: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
41:B	neurologische Erkrankung(en)	M	0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) 2 = ja, ZNS, andere 3 = ja, peripher 4 = ja, Kombination 9 = unbekannt	NEUROLOGISCHEERKRANKUNGEN
42:B	Schweregrad der Behinderung	K	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	RANKINSCHLAGANFALL
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	K	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	MITREING
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
56:PROZ	Dringlichkeit	M	1 = elektiv	DRINGLICHKEIT

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			2 = dringlich 3 = Notfall 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)	
101:B	zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung	M	0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) 2 = ja, ZNS, andere	CEREBROEREIGNIS
104:B	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung	K	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit 2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig 6 = Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	RANKINENTL
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	362022
Bezeichnung	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Der Vergleich mit Daten aus der wissenschaftlichen Literatur ist deutlich eingeschränkt, da in der externen stationären Qualitätssicherung wesentliche Risikofaktoren, wie z. B. Notfalleingriffe, die simultane Karotisrekonstruktion oder Patientinnen und Patienten mit vorbestehendem neurologischen Defizit, von der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden. Zusätzlich sind neurologische Komplikationen in den wissenschaftlichen Publikationen unterschiedlich definiert. Während einige Autoren hierunter jedes zerebrovaskuläre Ereignis nach herzchirurgischen Operationen verstehen (Bucerius et al. 2003), werden in anderen Publikationen nur solche Schlaganfälle erfasst, bei denen die klinische Symptomatik länger als 24 Stunden (Hogue et al. 1999, Stamou et al. 2001) anhält. Daher hat die Bundesfachgruppe ein Perzentil als Referenzbereich zu diesem Indikator festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postoperativ festgestelltem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden, ohne neurologische Erkrankung des ZNS bzw. mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0 = kein neurologisches Defizit nachweisbar) und OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Erläuterung der Rechenregel	Bis zum Vorliegen belastbarer Sozialdaten wird dieser QI, analog zum bisherigen Vorgehen nach QSKH-Richtlinie, über die vorliegenden Daten aus der QS-Dokumentation der KH erhoben.
Teildatensatzbezug	HCH:B
Zähler (Formel)	`CEREBROEREIGNIS %==% 1 & RANKINENTL %between% c(3,6)`
Nenner (Formel)	`fn_IstErsteOP & fn_OPistKCHK_KCKomb & DRINGLICHKEIT %in% c(1,2) & (NEUROLOGISCHEERKRANKUNGEN %in% c(0,3) | RANKINSCHLAGANFALL %==% 0)`

Verwendete Funktionen	`fn_IstErsteOP`
	`fn_OPistKCHK_KCKomb`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362005: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	362005
Bezeichnung	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder nach Entlassung neu aufgetretenem Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit präoperativ nicht nachweisbarem neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362006: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	362006
Bezeichnung	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit einer Endokarditis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden und ohne präoperative Endokarditis
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362007: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	362007
Bezeichnung	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff aufgrund der folgenden Komplikationen mit einer spezifischen Diagnose erneut stationär aufgenommen wurden oder bei denen innerhalb der 90 Tage aufgrund der folgenden Komplikationen mindestens eine spezifische Prozedur durchgeführt wurde: • therapiebedürftige zugangsassoziierte Gefäßkomplikation • therapiebedürftige zugangsassoziierte Infektion • mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial • paravalvuläre Leckage • neu aufgetretenes Vorhofflimmern/-flattern **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	

Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362009: Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff

Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des Eingriffsziels

Eigenschaften und Berechnung

ID	362009
Bezeichnung	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante funktionelle Ergebnis des Mitralklappeneingriffs optimal oder zumindest akzeptabel erreicht wurde und das prothetische Material am Herzen (sofern verwendet) postoperativ korrekt sitzt **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362010: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	362010
Bezeichnung	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Bezeichnung Gruppe	Reintervention bzw. Reoperation
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

362011: Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	362011
Bezeichnung	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 30 Tagen ein erneuter koronarchirurgischer Eingriff durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362012: PCI innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	362012
Bezeichnung	PCI innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 30 Tagen eine perkutane Koronarintervention (PCI) durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362013: PCI innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	362013
Bezeichnung	PCI innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb eines Jahres eine perkutane Koronarintervention (PCI) durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362014: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	362014
Bezeichnung	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362015: Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	362015
Bezeichnung	Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit erneutem Aortenklappeneingriff oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362016: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	362016
Bezeichnung	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 30 Tagen ein erneuter Mitralklappeneingriff durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362017: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	362017
Bezeichnung	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb eines Jahres ein erneuter Mitralklappeneingriff durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an der Mitralklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Sterblichkeit

Bezeichnung Gruppe	Sterblichkeit
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

362019: Sterblichkeit im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	K	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	K	0 = nein 1 = ja	MITREING
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
112:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	362019
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Geschlecht Body-Mass-Index (BMI) Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) Angina pectoris Myokardinfarkt (STEMI oder NSTEMI) kritischer präoperativer Status Inotrope (präoperativ) kardiogener Schock Reanimation (präoperativ) präoperative mechanische Kreislaufunterstützung septischer Eingriff Beatmung Nitrate (präoperativ) systolischer Pulmonalarteriendruck Herzrhythmus (präoperativ) LVEF Befund der koronaren Bildgebung Hauptstammstenose PCI (präoperativ) Reoperation an Herz/Aorta floride Endokarditis Diabetes mellitus arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung(en) neurologische Dysfunktion präoperative Nierenersatztherapie oder Kreatininwert Notfall Art der weiteren Eingriffe
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind

	Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem KBHK-Score	
Erläuterung der Rechenregel	Der risikoadjustierte Qualitätsindikator kann erst nach Vorliegen des Datenpools für das gesamte Erfassungsjahr 2020 berechnet werden. Bei der Berechnung der erwarteten Anzahl an Todesfällen (E) werden für Risikofaktoren mit unbekannten oder fehlenden Werten die Werte für das geringste Risiko bzw. für das Nichtvorliegen des entsprechenden Risikos eingesetzt.	
Teildatensatzbezug	HCH:B	
Zähler (Formel)	`O_362019`	
Nenner (Formel)	`E_362019`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_362019
	Bezug zu QS-Ergebnissen	362019
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	HCH:B
	Zähler	`ENTLGRUND %==% "07"`
	Nenner	`fn_IstErsteOP &` `fn_OPistKCHK_KCKomb`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_362019
	Bezug zu QS-Ergebnissen	362019
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem KBHK-Score

	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	HCH:B
	Zähler	`fn_KBHK_Score`
	Nenner	`fn_IstErsteOP &` `fn_OPistKCHK_KCKomb`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_IstErsteOP`
	`fn_KBHK_Score`
	`fn_OPistKCHK_KCKomb`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`	

Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

362020: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	362020
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

362021: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	362021
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Qualitätsindikator in Erprobung
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts kombiniert koronarchirurgisch und an mindestens einer Herzklappe operiert wurden
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)`
fn_KBHK_Score	float	Score zur logistischen Regression - KBHK-Score	`# Funktion fn_KBHK_Score`
fn_OPistKCHK_KCKomb	boolean	OP gehört zu kombinierten Koronar- und Herzklappen-Eingriffen	`KORONARCHIRURGIE %==% 1 & (AORTENKLAPPE %==% 1 | MITREING %==% 1 | TRIKUSP %==% 1 | PULMKL %==% 1)`
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	`poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

402000: Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe 4

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 6

402001: Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts 7

402002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts 9

402014: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation 11

402003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 13

402004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen 15

402005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 16

402006: Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff 18

402007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres 20

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 22

402008: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen 23

402009: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres 24

Gruppe: Sterblichkeit 25

402011: Sterblichkeit im Krankenhaus 26

402012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 28

402013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 29

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 30

Anhang II: Listen 31

Anhang III: Vorberechnungen 32

Anhang IV: Funktionen 33

402000: Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe

Qualitätsziel	Möglichst häufige leitlinienkonforme Indikationsstellung

Eigenschaften und Berechnung

ID	402000
Bezeichnung	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≥ 80,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 80,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation für einen offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Bezeichnung Gruppe	Schwerwiegende Komplikationen
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

402001: Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts

Eigenschaften und Berechnung

ID	402001
Bezeichnung	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem akuten Nierenversagen und Anwendung eines Nierenersatzverfahrens während des stationären Aufenthalts **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben, ohne präoperative Nierenersatztherapie
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

402002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Eigenschaften und Berechnung

ID	402002
Bezeichnung	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Zu den schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen zählen: Intraprozedurale Komplikationen (Device-Fehlpositionierung, Aortendissektion, Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle, Perikardtamponade, Rhythmusstörungen, Low Cardiac Output mit Therapie IABP oder VAD oder ECMO, schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ)), Konversion wegen intraprozeduraler Komplikation, neu aufgetretener Herzinfarkt, komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff, mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial, paravalvuläre Leckage, Perikardtamponade (im postoperativen Verlauf), schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural), therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen (Infektion(en), Sternuminstabilität, Gefäßruptur, Dissektion, therapierelevante Blutung / Hämatom, Ischämie, AV-Fistel, sonstige). Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	

Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

402014: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

Eigenschaften und Berechnung

ID	402014
Bezeichnung	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Der Vergleich mit Daten aus der wissenschaftlichen Literatur ist deutlich eingeschränkt, da in der externen stationären Qualitätssicherung wesentliche Risikofaktoren, wie z. B. Notfalleingriffe, die simultane Karotisrekonstruktion oder Patientinnen und Patienten mit vorbestehendem neurologischen Defizit, von der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden. Zusätzlich sind neurologische Komplikationen in den wissenschaftlichen Publikationen unterschiedlich definiert. Während einige Autoren hierunter jedes zerebrovaskuläre Ereignis nach herzchirurgischen Operationen verstehen (Bucerius et al. 2003), werden in anderen Publikationen nur solche Schlaganfälle erfasst, bei denen die klinische Symptomatik länger als 24 Stunden (Hogue et al. 1999, Stamou et al. 2001) anhält. Daher hat die Bundesfachgruppe ein Perzentil als Referenzbereich zu diesem Indikator festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postoperativ festgestelltem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS bzw. mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0 = kein neurologisches Defizit nachweisbar) und OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Erläuterung der Rechenregel	Bis zum Vorliegen belastbarer Sozialdaten wird dieser QI, analog zum bisherigen Vorgehen nach QSKH-Richtlinie, über die vorliegenden Daten aus der QS-Dokumentation der KH erhoben. Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwi-

	ckelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

402003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	402003
Bezeichnung	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder nach Entlassung neu aufgetretenem Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit präoperativ nicht nachweisbarem neurologischem Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

402004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	402004
Bezeichnung	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit einer Endokarditis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben und ohne präoperative Endokarditis
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

402005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	402005
Bezeichnung	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff aufgrund der folgenden Komplikationen mit einer spezifischen Diagnose erneut stationär aufgenommen wurden oder bei denen innerhalb der 90 Tage aufgrund der folgenden Komplikationen mindestens eine spezifische Prozedur durchgeführt wurde: • therapiebedürftige zugangsassoziierte Gefäßkomplikation • therapiebedürftige zugangsassoziierte Infektion • mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial • paravalvuläre Leckage • neu aufgetretenes Vorhofflimmern/-flattern **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

402006: Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff

Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des Eingriffsziels

Eigenschaften und Berechnung

ID	402006
Bezeichnung	Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≥ x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≥ x % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante funktionelle Ergebnis des Mitralklappeneingriffs optimal oder zumindest akzeptabel erreicht wurde und das prothetische Material am Herzen (sofern verwendet) postoperativ korrekt sitzt **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

402007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	402007
Bezeichnung	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Bezeichnung Gruppe	Reintervention bzw. Reoperation
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

402008: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	402008
Bezeichnung	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 30 Tagen ein erneuter Mitralklappeneingriff durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

402009: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	402009
Bezeichnung	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb eines Jahres ein erneuter Mitralklappeneingriff durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Sterblichkeit

Bezeichnung Gruppe	Sterblichkeit
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

402011: Sterblichkeit im Krankenhaus

Eigenschaften und Berechnung

ID	402011
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Geschlecht Body-Mass-Index (BMI) Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) Angina pectoris Myokardinfarkt (STEMI oder NSTEMI) Inotrope (präoperativ) kardiogener Schock Reanimation (präoperativ) präoperative mechanische Kreislaufunterstützung septischer Eingriff Beatmung Nitrate (präoperativ) systolischer Pulmonalarteriendruck Herzrhythmus (präoperativ) LVEF Koronarangiographiebefund Hauptstammstenose PCI (präoperativ) Reoperation an Herz/Aorta floride Endokarditis Diabetes mellitus arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung(en) neurologische Dysfunktion präoperative Nierenersatztherapie oder Kreatininwert Notfall Art der weiteren Eingriffe
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind

	Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Chir-Score
Erläuterung der Rechenregel	Der risikoadjustierte Qualitätsindikator kann erst nach Vorliegen des Datenpools für das gesamte Erfassungsjahr 2020 berechnet werden. Bei der Berechnung der erwarteten Anzahl an Todesfällen (E) werden für Risikofaktoren mit unbekannten oder fehlenden Werten die Werte für das geringste Risiko bzw. für das Nichtvorliegen des entsprechenden Risikos eingesetzt. Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

402012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	402012
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	< x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

402013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	402013
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen: Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

392000: Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe 4

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen 6

392001: Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts 7

392002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts 9

392014: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation 11

392003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen 13

392004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen 15

392005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen 16

392006: Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff 18

392007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres 20

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation 22

392008: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen 23

392009: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres 24

Gruppe: Sterblichkeit 25

392011: Sterblichkeit im Krankenhaus 26

392012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen 28

392013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres 29

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 30

Anhang II: Listen 31

Anhang III: Vorberechnungen 32

Anhang IV: Funktionen 33

392000: Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe

Qualitätsziel	Möglichst häufige leitlinienkonforme Indikationsstellung

Eigenschaften und Berechnung

ID	392000
Bezeichnung	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≥ 80,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 80,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation für einen kathetergestützten, isolierten Eingriff an der Mitralklappe **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Schwerwiegende Komplikationen

Bezeichnung Gruppe	Schwerwiegende Komplikationen
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

392001: Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts

Eigenschaften und Berechnung

ID	392001
Bezeichnung	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem akuten Nierenversagen und Anwendung eines Nierenersatzverfahrens während des stationären Aufenthalts **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben, ohne präoperative Nierenersatztherapie
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

392002: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Eigenschaften und Berechnung

ID	392002
Bezeichnung	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen während des stationären Aufenthalts **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten, kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Zu den schwerwiegenden eingriffsbedingten Komplikationen zählen: Intraprozedurale Komplikationen (Device-Fehlpositionierung, Aortendissektion, Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle, Perikardtamponade, Rhythmusstörungen, Low Cardiac Output mit Therapie IABP oder VAD oder ECMO, schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ)), Konversion wegen intraprozeduraler Komplikation, neu aufgetretener Herzinfarkt, komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff, mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial, paravalvuläre Leckage, Perikardtamponade (im postoperativen Verlauf), schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural), therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen (Infektion(en), Sternuminstabilität, Gefäßruptur, Dissektion, therapierelevante Blutung / Hämatom, Ischämie, AV-Fistel, sonstige). Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	

Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

392014: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

Eigenschaften und Berechnung

ID	392014
Bezeichnung	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Der Vergleich mit Daten aus der wissenschaftlichen Literatur ist deutlich eingeschränkt, da in der externen stationären Qualitätssicherung wesentliche Risikofaktoren, wie z. B. Notfalleingriffe, die simultane Karotisrekonstruktion oder Patientinnen und Patienten mit vorbestehendem neurologischen Defizit, von der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden. Zusätzlich sind neurologische Komplikationen in den wissenschaftlichen Publikationen unterschiedlich definiert. Während einige Autoren hierunter jedes zerebrovaskuläre Ereignis nach herzchirurgischen Operationen verstehen (Bucerius et al. 2003), werden in anderen Publikationen nur solche Schlaganfälle erfasst, bei denen die klinische Symptomatik länger als 24 Stunden (Hogue et al. 1999, Stamou et al. 2001) anhält. Daher hat die Bundesfachgruppe ein Perzentil als Referenzbereich zu diesem Indikator festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postoperativ festgestelltem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS bzw. mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0 = kein neurologisches Defizit nachweisbar) und OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich
Erläuterung der Rechenregel	Bis zum Vorliegen belastbarer Sozialdaten wird dieser QI, analog zum bisherigen Vorgehen nach QSKH-Richtlinie, über die vorliegenden Daten aus der QS-Dokumentation der KH erhoben. Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwi-

	ckelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

392003: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	392003
Bezeichnung	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit postprozeduralem zerebrovaskulären Ereignis mit deutlichem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin ≥ 3) oder nach Entlassung neu aufgetretenem Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben, ohne neurologische Erkrankung des ZNS oder mit nicht nachweisbarem präoperativen neurologischen Defizit (Rankin 0) bzw. ohne Subarachnoidalblutung, ohne zerebrales Aneurysma, ohne arteriovenöse Fistel, ohne intrakranielle Verletzung und ohne bösartige oder gutartige Neubildung des Zentralnervensystems
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

392004: Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	392004
Bezeichnung	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit einer Endokarditis innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben und ohne präoperative Endokarditis
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

392005: Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	392005
Bezeichnung	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff aufgrund der folgenden Komplikationen mit einer spezifischen Diagnose erneut stationär aufgenommen wurden oder bei denen innerhalb der 90 Tage aufgrund der folgenden Komplikationen mindestens eine spezifische Prozedur durchgeführt wurde: • therapiebedürftige zugangsassoziierte Gefäßkomplikation • therapiebedürftige zugangsassoziierte Infektion • mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial • paravalvuläre Leckage • neu aufgetretenes Vorhofflimmern/-flattern **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

392006: Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff

Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des Eingriffsziels

Eigenschaften und Berechnung

ID	392006
Bezeichnung	Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≥ x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≥ x % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante funktionelle Ergebnis des Mitralklappeneingriffs optimal oder zumindest akzeptabel erreicht wurde und das prothetische Material am Herzen (sofern verwendet) postoperativ korrekt sitzt **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

392007: Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	392007
Bezeichnung	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Reintervention bzw. Reoperation

Bezeichnung Gruppe	Reintervention bzw. Reoperation
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

392008: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	392008
Bezeichnung	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 30 Tagen ein erneuter Mitralklappeneingriff durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

392009: Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	392009
Bezeichnung	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb eines Jahres ein erneuter Mitralklappeneingriff durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Sterblichkeit

Bezeichnung Gruppe	Sterblichkeit
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

392011: Sterblichkeit im Krankenhaus

Eigenschaften und Berechnung

ID	392011
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Geschlecht Body-Mass-Index (BMI) Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) Angina pectoris Myokardinfarkt (STEMI oder NSTEMI) Inotrope (präoperativ) kardiogener Schock Reanimation (präoperativ) präoperative mechanische Kreislaufunterstützung Beatmung Nitrate (präoperativ) systolischer Pulmonalarteriendruck Herzrhythmus (präoperativ) LVEF Befund der koronaren Bildgebung Hauptstammstenose PCI (präoperativ) Reoperation an Herz/Aorta Diabetes mellitus arterielle Gefäßerkrankung Lungenerkrankung(en) neurologische Dysfunktion präoperative Nierenersatztherapie oder Kreatininwert Notfall Art der weiteren Eingriffe
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die während des stationären Aufenthalts verstorben sind **Nenner**

	Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen während des stationären Aufenthalts, risikoadjustiert nach logistischem MKL-Kath-Score
Erläuterung der Rechenregel	Der risikoadjustierte Qualitätsindikator kann erst nach Vorliegen des Datenpools für das gesamte Erfassungsjahr 2020 berechnet werden. Bei der Berechnung der erwarteten Anzahl an Todesfällen (E) werden für Risikofaktoren mit unbekannten oder fehlenden Werten die Werte für das geringste Risiko bzw. für das Nichtvorliegen des entsprechenden Risikos eingesetzt. Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

392012: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

ID	392012
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	< x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

392013: Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

Eigenschaften und Berechnung

ID	392013
Bezeichnung	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres nach dem Eingriff verstorben sind **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt unter Verwendung von Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden. Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die Rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Karotis-Revaskularisation

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Karotis-Revaskularisation. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 4

604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch 10

52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation 15

11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch 21

51437: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt 28

51443: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt 33

51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt 38

161800: Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit 43

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 47

Anhang II: Listen 48

Anhang III: Vorberechnungen 49

Anhang IV: Funktionen 50

603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

Qualitätsziel	Bei asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad ≥ 60 % (NASCET) vorliegt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
15:B	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?	M	0 = nein 1 = ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff 2 = ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	VORPROZSCHLAG
16:B	Karotisläsion rechts	M	0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	ASYMPCAROTIS
17.1:B	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	SYMPCAROELEK
17.2:B	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	SYMPCARONOT
18.1:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tagen	ZEITEREIGOP
19:B	Karotisläsion links	M	0 = nein, keine Läsion links 1 = ja, asymptomatische Läsion links 2 = ja, symptomatische Läsion links (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	ASYMPCAROTISLINKS
20.1:B	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	SYMPCAROELEKLINKS
20.2:B	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria caro-	SYMPCARONOTLINKS

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			tis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	
21.1:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tagen	ZEITEREIGOPLINKS
23:B	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)	M	in Prozent	STENOSEGRADR
24:B	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)	M	in Prozent	STENOSEGRADL
26.1:B	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	K	1 = ja	SOCAEXPLAQ
26.2:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCAANEURYS
26.3:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILING
26.4:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIO
28.1:B	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	K	1 = ja	SOCAEXPLAQLINKS
28.2:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCAANEURYSLINKS
28.3:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILINGLINKS
28.4:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIOLINKS
31:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
35:PROZ	therapierte Seite	M	1 = rechts 2 = links	ZUOPSEITE
38:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur 5 = Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur	ARTEINGRIFF

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
39:PROZ	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?	M	0 = nein 1 = aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 6 = kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie 7 = retrograder PTA-Stent A. carotis communis 9 = sonstige	SIMULTANEING
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	603
Bezeichnung	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Gesamtergebnisse 2003 bis 2007 lagen alle erheblich über dem damals festgelegten Referenzbereich von 80,00 %. Um eine besondere Sorgfalt bei der Indikationsstellung zu betonen und zu sichern, wurde der Referenzbereich seit dem Erfassungsjahr 2015 auf ≥ 95,00 % erhöht.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Es ist zu berücksichtigen, dass bei 10-20 % der Fälle aller Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose eine hochgradige kontralate-rale Stenose oder ein kontralateraler Karotisverschluss vorliegt. Bei diesen Patienten kann durchaus auch bei unter 60 %iger ipsilateraler Stenose die Karotis-TEA indiziert sein.
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Das dazugehörige Stratum wird durch den Qualitätsindikator 604 abgebildet.
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad ab 60 % (NASCET) **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Erläuterung der Rechenregel	Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein offen-chirurgischer Eingriff an der Karotis oder ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.
Teildatensatzbezug	10/2:B
Zähler (Formel)	`fn_Stenosegrad60`
Nenner (Formel)	`fn_GG_OffenChirurgisch &` `fn_IndikA102`

Verwendete Funktionen	`fn_GG_OffenChirurgisch`
	`fn_IndikA102`
	`fn_IndikC102`
	`fn_IndikD102`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_Stenosegrad60`
	`fn_Stenosegrad_NASCET`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

Qualitätsziel	Bei symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad ≥ 50 % (NASCET) vorliegt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
15:B	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?	M	0 = nein 1 = ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff 2 = ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	VORPROZSCHLAG
16:B	Karotisläsion rechts	M	0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	ASYMPCAROTIS
17.1:B	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	SYMPCAROELEK
17.2:B	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	SYMPCARONOT
18.1:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tagen	ZEITEREIGOP
19:B	Karotisläsion links	M	0 = nein, keine Läsion links 1 = ja, asymptomatische Läsion links 2 = ja, symptomatische Läsion links (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	ASYMPCAROTISLINKS
20.1:B	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	SYMPCAROELEKLINKS
20.2:B	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria caro-	SYMPCARONOTLINKS

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			tis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	
21.1:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tagen	ZEITEREIGOPLINKS
23:B	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)	M	in Prozent	STENOSEGRADR
24:B	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)	M	in Prozent	STENOSEGRADL
26.1:B	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	K	1 = ja	SOCAEXPLAQ
26.2:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCAANEURYS
26.3:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILING
26.4:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIO
28.1:B	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	K	1 = ja	SOCAEXPLAQLINKS
28.2:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCAANEURYSLINKS
28.3:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILINGLINKS
28.4:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIOLINKS
31:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
35:PROZ	therapierte Seite	M	1 = rechts 2 = links	ZUOPSEITE
38:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur 5 = Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur	ARTEINGRIFF

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
39:PROZ	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?	M	0 = nein 1 = aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 6 = kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie 7 = retrograder PTA-Stent A. carotis communis 9 = sonstige	SIMULTANEING
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	604
Bezeichnung	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Seltene, aber akzeptierte Indikation ist z.B. eine rezidivierend-symptomatische Stenose von unter 50 %.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Das dazugehörige Stratum wird durch den Qualitätsindikator 603 abgebildet.
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad ab 50 % (NASCET) **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Erläuterung der Rechenregel	Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein offen-chirurgischer Eingriff an der Karotis oder ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.
Teildatensatzbezug	10/2:B
Zähler (Formel)	`fn_Stenosegrad50`
Nenner (Formel)	`fn_GG_OffenChirurgisch &` `fn_IndikB102`

Verwendete Funktionen	`fn_GG_OffenChirurgisch`
	`fn_IndikB102`
	`fn_IndikC102`
	`fn_IndikD102`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_Stenosegrad50`
	`fn_Stenosegrad_NASCET`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation

Qualitätsziel	Keine periprozeduralen Schlaganfälle oder Todesfälle

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
15:B	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?	M	0 = nein 1 = ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff 2 = ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	VORPROZSCHLAG
16:B	Karotisläsion rechts	M	0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	ASYMPCAROTIS
17.1:B	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	SYMPCAROELEK
17.2:B	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	SYMPCARONOT
18.1:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tagen	ZEITEREIGOP
19:B	Karotisläsion links	M	0 = nein, keine Läsion links 1 = ja, asymptomatische Läsion links 2 = ja, symptomatische Läsion links (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	ASYMPCAROTISLINKS
20.1:B	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	SYMPCAROELEKLINKS
20.2:B	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria caro-	SYMPCARONOTLINKS

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			tis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	
21.1:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tagen	ZEITEREIGOPLINKS
23:B	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)	M	in Prozent	STENOSEGRADR
24:B	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)	M	in Prozent	STENOSEGRADL
26.1:B	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	K	1 = ja	SOCAEXPLAQ
26.2:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCAANEURYS
26.3:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILING
26.4:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIO
28.1:B	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	K	1 = ja	SOCAEXPLAQLINKS
28.2:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCAANEURYSLINKS
28.3:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILINGLINKS
28.4:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIOLINKS
31:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
35:PROZ	therapierte Seite	M	1 = rechts 2 = links	ZUOPSEITE
38:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur 5 = Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur	ARTEINGRIFF

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
39:PROZ	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?	M	0 = nein 1 = aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 6 = kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie 7 = retrograder PTA-Stent A. carotis communis 9 = sonstige	SIMULTANEING
45:PROZ	neu aufgetretenes neurologisches Defizit	M	0 = Nein 1 = TIA 2 = Periprozeduraler Schlaganfall	NEURODEFIENT
49:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	52240
Bezeichnung	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Die Bundesfachgruppe bittet die Landesgeschäftsstellen, im Rahmen des Strukturierten Dialogs insbesondere zu klären, ob die Karotis-Revaskularisation von den Ärztinnen und Ärzten der Herzchirurgie oder der Gefäßchirurgie durchgeführt wurde, ob die Karotis-Revaskularisation vor, während, nach oder ohne extrakorporale Zirkulation durchgeführt wurde und ob (bei Verwendung der extrakorporalen Zirkulation) der Eingriff in Hypothermie erfolgte.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patientinnen und Patienten **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde
Erläuterung der Rechenregel	Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein offen-chirurgischer Eingriff an der Karotis oder ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.
Teildatensatzbezug	10/2:B
Zähler (Formel)	`NEURODEFIENT %==% 2 | ENTLGRUND %==% "07"`
Nenner (Formel)	`fn_GG_OffenChirurgisch &` `fn_asymptomatischerBypass`

Verwendete Funktionen	`fn_asymptomatischerBypass`
	`fn_GG_OffenChirurgisch`
	`fn_IndikC102`
	`fn_IndikD102`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_Stenosegrad_NASCET`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

11704: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch

Qualitätsziel	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
15:B	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?	M	0 = nein 1 = ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff 2 = ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	VORPROZSCHLAG
16:B	Karotisläsion rechts	M	0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	ASYMPCAROTIS
17.1:B	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	SYMPCAROELEK
17.2:B	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	SYMPCARONOT
18.1:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tagen	ZEITEREIGOP
19:B	Karotisläsion links	M	0 = nein, keine Läsion links 1 = ja, asymptomatische Läsion links 2 = ja, symptomatische Läsion links (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	ASYMPCAROTISLINKS
20.1:B	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	SYMPCAROELEKLINKS
20.2:B	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria caro-	SYMPCARONOTLINKS

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			tis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	
21.1:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tagen	ZEITEREIGOPLINKS
23:B	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)	M	in Prozent	STENOSEGRADR
24:B	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)	M	in Prozent	STENOSEGRADL
26.1:B	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	K	1 = ja	SOCAEXPLAQ
26.2:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCAANEURYS
26.3:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILING
26.4:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIO
28.1:B	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	K	1 = ja	SOCAEXPLAQLINKS
28.2:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCAANEURYSLINKS
28.3:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILINGLINKS
28.4:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIOLINKS
31:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
35:PROZ	therapierte Seite	M	1 = rechts 2 = links	ZUOPSEITE
38:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur 5 = Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur	ARTEINGRIFF

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
39:PROZ	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?	M	0 = nein 1 = aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 6 = kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie 7 = retrograder PTA-Stent A. carotis communis 9 = sonstige	SIMULTANEING
45:PROZ	neu aufgetretenes neurologisches Defizit	M	0 = Nein 1 = TIA 2 = Periprozeduraler Schlaganfall	NEURODEFIENT
49:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	11704
Bezeichnung	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Auf Grund von fehlenden evidenzbasierten Kriterien für die Festlegung eines festen Referenzbereichs, da unterschiedliche Risikogruppen in einem Qualitätsindikator betrachtet werden, ist für diesen Indikator das 95. Perzentil als Referenzbereich definiert.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	ASA Alter BMI Diabetes mellitus Präoperative Nierenersatztherapie Präoperativer Kreatininwert Kontralaterale Stenose Indikationsgruppen bzw. deren Inhalte Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern Glomeruläre Filtrationsrate (GFR) Schweregrad der Behinderung Rezidiveingriff Notfall bei Aufnahme Präoperativer Schlaganfall
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patientinnen und Patienten **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, mit Ausnahme von Patientinnen und Patienten, bei denen eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde **O (observed)** Beobachtete Anzahl an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen **E (expected)**

	Erwartete Anzahl an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für ID 11704	
Erläuterung der Rechenregel	Da Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde, im Sentinel-Event-Indikator 52240 separat betrachtet werden, werden diese Patienten im vorliegenden Indikator aus dem Nenner ausgeschlossen. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein offen-chirurgischer Eingriff an der Karotis oder ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.	
Teildatensatzbezug	10/2:B	
Zähler (Formel)	`O_11704`	
Nenner (Formel)	`E_11704`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_11704
	Bezug zu QS-Ergebnissen	11704
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	10/2:B
	Zähler	`NEURODEFIENT %==% 2 | ENTLGRUND %==% "07"`
	Nenner	`fn_GG_OffenChirurgisch & !fn_asymptomatischerBypass`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_11704
	Bezug zu QS-Ergebnissen	11704
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für ID 11704
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	10/2:B

	Zähler	`fn_KarotisScore_11704`
	Nenner	`fn_GG_OffenChirurgisch & !fn_asymptomatischerBypass`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_asymptomatischerBypass`
	`fn_GG_OffenChirurgisch`
	`fn_IndikC102`
	`fn_IndikD102`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_KarotisScore_11704`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_Stenosegrad_NASCET`	

Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

51437: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

Qualitätsziel	Bei asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad ≥ 60 % (NASCET) vorliegt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
15:B	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?	M	0 = nein 1 = ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff 2 = ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	VORPROZSCHLAG
16:B	Karotisläsion rechts	M	0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	ASYMPCAROTIS
17.1:B	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	SYMPCAROELEK
17.2:B	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	SYMPCARONOT
18.1:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tagen	ZEITEREIGOP
19:B	Karotisläsion links	M	0 = nein, keine Läsion links 1 = ja, asymptomatische Läsion links 2 = ja, symptomatische Läsion links (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	ASYMPCAROTISLINKS
20.1:B	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	SYMPCAROELEKLINKS
20.2:B	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria caro-	SYMPCARONOTLINKS

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			tis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	
21.1:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tagen	ZEITEREIGOPLINKS
23:B	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)	M	in Prozent	STENOSEGRADR
24:B	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)	M	in Prozent	STENOSEGRADL
26.1:B	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	K	1 = ja	SOCAEXPLAQ
26.2:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCAANEURYS
26.3:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILING
26.4:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIO
28.1:B	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	K	1 = ja	SOCAEXPLAQLINKS
28.2:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCAANEURYSLINKS
28.3:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILINGLINKS
28.4:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIOLINKS
31:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
35:PROZ	therapierte Seite	M	1 = rechts 2 = links	ZUOPSEITE
38:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur 5 = Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur	ARTEINGRIFF

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
39:PROZ	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?	M	0 = nein 1 = aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 6 = kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie 7 = retrograder PTA-Stent A. carotis communis 9 = sonstige	SIMULTANEING
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	51437
Bezeichnung	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Das dazugehörige Stratum wird durch den Qualitätsindikator 51443 abgebildet.
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad ab 60 % (NASCET) **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Erläuterung der Rechenregel	Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein offen-chirurgischer Eingriff an der Karotis oder ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.
Teildatensatzbezug	10/2:B
Zähler (Formel)	`fn_Stenosegrad60`
Nenner (Formel)	`fn_GG_Kathetergestuetzt &` `fn_IndikA102`

Verwendete Funktionen	`fn_GG_Kathetergestuetzt`
	`fn_IndikA102`
	`fn_IndikC102`
	`fn_IndikD102`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_Stenosegrad60`
	`fn_Stenosegrad_NASCET`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51443: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

Qualitätsziel	Bei symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad ≥ 50 % (NASCET) vorliegt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
15:B	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?	M	0 = nein 1 = ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff 2 = ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	VORPROZSCHLAG
16:B	Karotisläsion rechts	M	0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	ASYMPCAROTIS
17.1:B	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	SYMPCAROELEK
17.2:B	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	SYMPCARONOT
18.1:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tagen	ZEITEREIGOP
19:B	Karotisläsion links	M	0 = nein, keine Läsion links 1 = ja, asymptomatische Läsion links 2 = ja, symptomatische Läsion links (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	ASYMPCAROTISLINKS
20.1:B	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)	K	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	SYMPCAROELEKLINKS
20.2:B	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	K	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria caro-	SYMPCARONOTLINKS

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			tis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	
21.1:B	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	K	in Tagen	ZEITEREIGOPLINKS
23:B	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)	M	in Prozent	STENOSEGRADR
24:B	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)	M	in Prozent	STENOSEGRADL
26.1:B	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	K	1 = ja	SOCAEXPLAQ
26.2:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCAANEURYS
26.3:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILING
26.4:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIO
28.1:B	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	K	1 = ja	SOCAEXPLAQLINKS
28.2:B	Aneurysma	K	1 = ja	SOCAANEURYSLINKS
28.3:B	symptomatisches Coiling	K	1 = ja	SOCACOILINGLINKS
28.4:B	Mehretagenläsion	K	1 = ja	SOCAMELAESIOLINKS
31:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
35:PROZ	therapierte Seite	M	1 = rechts 2 = links	ZUOPSEITE
38:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur 5 = Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur	ARTEINGRIFF

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
39:PROZ	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?	M	0 = nein 1 = aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 6 = kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie 7 = retrograder PTA-Stent A. carotis communis 9 = sonstige	SIMULTANEING
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	51443
Bezeichnung	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Das dazugehörige Stratum wird durch den Qualitätsindikator 51437 abgebildet.
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad ab 50 % (NASCET) **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten aus Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Erläuterung der Rechenregel	Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein offen-chirurgischer Eingriff an der Karotis oder ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.
Teildatensatzbezug	10/2:B
Zähler (Formel)	`fn_Stenosegrad50`
Nenner (Formel)	`fn_GG_Kathetergestuetzt &` `fn_IndikB102`

Verwendete Funktionen	`fn_GG_Kathetergestuetzt`
	`fn_IndikB102`
	`fn_IndikC102`
	`fn_IndikD102`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
	`fn_Stenosegrad50`
	`fn_Stenosegrad_NASCET`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51873: Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt

Qualitätsziel	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
31:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
38:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur 5 = Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur	ARTEINGRIFF
39:PROZ	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?	M	0 = nein 1 = aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 6 = kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie 7 = retrograder PTA-Stent A. carotis communis 9 = sonstige	SIMULTANEING
45:PROZ	neu aufgetretenes neurologisches Defizit	M	0 = Nein 1 = TIA 2 = Periprozeduraler Schlaganfall	NEURODEFIENT
49:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	51873
Bezeichnung	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Auf Grund von fehlenden evidenzbasierten Kriterien für die Festlegung eines festen Referenzbereichs, da unterschiedliche Risikogruppen in einem Qualitätsindikator betrachtet werden, ist für diesen Indikator das 95. Perzentil als Referenzbereich definiert.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	ASA Alter BMI Diabetes mellitus Präoperative Nierenersatztherapie Präoperativer Kreatininwert Kontralaterale Stenose Indikationsgruppen bzw. deren Inhalte Glomeruläre Filtrationsrate (GFR) Schweregrad der Behinderung Rezidiveingriff Notfall bei Aufnahme Präoperativer Schlaganfall
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit periprozeduralen Schlaganfällen oder verstorbene Patienten **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde **O (observed)** Beobachtete Anzahl an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen **E (expected)** Erwartete Anzahl an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für ID 51873
Erläuterung der Rechenregel	Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein offen-chirurgischer Eingriff an der Karotis oder ein Karotisstent lediglich als Zugang zu

	einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.	
Teildatensatzbezug	10/2:B	
Zähler (Formel)	`O_51873`	
Nenner (Formel)	`E_51873`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51873
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51873
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	10/2:B
	Zähler	`NEURODEFIENT %==% 2 | ENTLGRUND %==% "07"`
	Nenner	`fn_GG_Kathetergestuetzt`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51873
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51873
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an periprozeduralen Schlag-anfällen oder Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für ID 51873
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	10/2:B
	Zähler	`fn_KarotisScore_51873`
	Nenner	`fn_GG_Kathetergestuetzt`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_GG_Kathetergestuetzt`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_KarotisScore_51873`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`	

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

161800: Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit

Qualitätsziel	Fachneurologische Untersuchung im Falle eines postprozedural neu aufgetretenen neurologischen Defizits

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
31:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
38:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur 5 = Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur	ARTEINGRIFF
39:PROZ	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?	M	0 = nein 1 = aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 6 = kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie 7 = retrograder PTA-Stent A. carotis communis 9 = sonstige	SIMULTANEING
44:PROZ	Wurde eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?	M	0 = nein 1 = ja	POSTFANEUUNT
45:PROZ	neu aufgetretenes neurologisches Defizit	M	0 = Nein 1 = TIA 2 = Periprozeduraler Schlaganfall	NEURODEFIENT
49:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	161800
Bezeichnung	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde, und ein neues periprozedurales neurologisches Defizit aufgetreten ist, unter Ausschluss verstorbener Patientinnen und Patienten.
Erläuterung der Rechenregel	Der QI misst, ob bei periprozedural neu aufgetreten neurologischen Defiziten eine fachneurologische Untersuchung durchgeführt wurde. Da im Qualitätsziel nur postprozedural neu aufgetretene neurologische Defizite adressiert werden, wird das Qualitätsziel um den Begriff "periprozedural" zukünftig angepasst. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein offen-chirurgischer Eingriff an der Karotis oder ein Karotisstent lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.
Teildatensatzbezug	10/2:B
Zähler (Formel)	`POSTFANEUUNT %==% 0`

Nenner (Formel)	`NEURODEFIENT %in% c(1,2) &`
	`(fn_GG_Kathetergestuetzt |`
	`fn_GG_OffenChirurgisch) &`
	`ENTLGRUND %!=% "07"`

Verwendete Funktionen	`fn_GG_Kathetergestuetzt`
	`fn_GG_OffenChirurgisch`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_asymptomatischerBypass	boolean	Aorto-koronarer Bypass (erster Eingriff): Ereignisfrei innerhalb der letzten 6 Monate (kein neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet, nicht gemeint sind Residuen vorangegangener Ereignisse) unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C)	`# rechts`
			`(fn_IstErsteOP &`
			`ZUOPSEITE %==% 1 &`
			`SIMULTANEING %==% 1 &`
			`is.na(SYMPCARONOT) &`
			`VORPROZSCHLAG %!=% 2 &`
			`(ASYMPCAROTIS %!=% 2 |`
			`ZEITEREIGOP %>% 180) &`
			`!fn_IndikC102) |`
			
			`# links`
			`(fn_IstErsteOP &`
			`ZUOPSEITE %==% 2 &`
			`SIMULTANEING %==% 1 &`
			`is.na(SYMPCARONOTLINKS) &`
			`VORPROZSCHLAG %!=% 2 &`
			`(ASYMPCAROTISLINKS %!=% 2 |`
			`ZEITEREIGOPLINKS %>% 180) &`
			`!fn_IndikC102)`

fn_GG_Kathetergestuetzt	boolean	Erster Eingriff ist kathetergestützt	`ARTEINGRIFF %in% c(2,3) &`
			`SIMULTANEING %!=% 6 &`
			`fn_IstErsteOP`

fn_GG_OffenChirurgisch	boolean	Erster Eingriff ist offen-chirurgisch	`ARTEINGRIFF %==% 1 &`
			`SIMULTANEING %!=% 6 &`
			`fn_IstErsteOP`

fn_IndikA102	boolean	Indikationsgruppe A (erster Eingriff): Ereignisfrei innerhalb der letzten 6 Monate (kein neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet, nicht gemeint sind Residuen vorangegangener Ereignisse) unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)	`conditionRight <-`
			` fn_IstErsteOP &`
			` ZUOPSEITE %==% 1 &`
			` is.na(SYMPCARONOT) &`
			` VORPROZSCHLAG %!=% 2 &`
			` (ASYMPCAROTIS %!=% 2 |`
			` ZEITEREIGOP %>% 180) &`
			` !fn_IndikC102 &`
			` !fn_IndikD102`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

			`conditionLeft <-`
			` fn_IstErsteOP &`
			` ZUOPSEITE %==% 2 &`
			` is.na(SYMPCARONOTLINKS) &`
			` VORPROZSCHLAG %!=% 2 &`
			` (ASYMPCAROTISLINKS %!=% 2 |`
			` ZEITEREIGOPLINKS %>% 180) &`
			` !fn_IndikC102 &`
			` !fn_IndikD102`
			
			`replace_na(conditionRight |`
			`conditionLeft, FALSE)`

fn_IndikB102	boolean	Indikationsgruppe B (erster Eingriff): Symptomatische Karotisläsion, elektiv ipsilateral oder ischämischer Schlaganfall (seitenunabhängig) innerhalb der letzten 6 Monate unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)	`conditionRight <-`
			` fn_IstErsteOP &`
			` ZUOPSEITE %==% 1 &`
			` is.na(SYMPCARONOT) &`
			` VORPROZSCHLAG %!=% 2 &`
			` (ASYMPCAROTIS %==% 2 &`
			` (!is.na(SYMPCAROELEK) |`
			` VORPROZSCHLAG %==% 1) &`
			` (is.na(ZEITEREIGOP) |`
			` ZEITEREIGOP %<=% 180)) &`
			` !fn_IndikC102 &`
			` !fn_IndikD102`
			
			`conditionLeft <-`
			` fn_IstErsteOP &`
			` ZUOPSEITE %==% 2 &`
			` is.na(SYMPCARONOTLINKS) &`
			` VORPROZSCHLAG %!=% 2 &`
			` (ASYMPCAROTISLINKS %==% 2 &`
			` (!is.na(SYMPCAROELEKLINKS) |`
			` VORPROZSCHLAG %==% 1) &`
			` (is.na(ZEITEREIGOPLINKS) |`
			` ZEITEREIGOPLINKS %<=% 180)) &`
			` !fn_IndikC102 &`
			` !fn_IndikD102`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			`replace_na(conditionRight | conditionLeft, FALSE)`

fn_IndikC102	boolean	Indikationsgruppe C (erster Eingriff):
		Notfall (Crescendo-TIA; akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall oder sonstiges) oder
		Aneurysma oder
		symptomatisches Coiling oder
		Mehretagenläsion oder
		besondere Plaque-Morphologie mit einem Stenosegrad < 50 % (NASCET) für symptomatische Karotisstenose unter Ausschluss der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D)
			`conditionRight <-`
			`  !fn_IndikD102 &`
			`  fn_IstErsteOP &`
			`  ZUOPSEITE %==% 1 &`
			`  (`
			`  (SYMPCARONOT %in% c(1,9) |`
			`  VORPROZSCHLAG %==% 2) |`
			`  SOCAANEURYS %==% 1 |`
			`  SOCACOILING %==% 1 |`
			`  SOCAMELAESIO %==% 1 |`
			`  (SOCAEXPLAQ %==% 1 &`
			`  fn_Stenosegrad_NASCET %<% 50 &`
			`  (!is.na(SYMPCAROELEK) |`
			`  VORPROZSCHLAG %==% 1) &`
			`  (is.na(ZEITEREIGOP) |`
			`  ZEITEREIGOP %<=% 180))`
			`  )`
			
			`conditionLeft <-`
			`  !fn_IndikD102 &`
			`  fn_IstErsteOP &`
			`  ZUOPSEITE %==% 2 &`
			`  (`
			`  (SYMPCARONOTLINKS %in% c(1,9) |`
			`  VORPROZSCHLAG %==% 2) |`
			`  SOCAANEURYSLINKS %==% 1 |`
			`  SOCACOILINGLINKS %==% 1 |`
			`  SOCAMELAESIOLINKS %==% 1 |`
			`  (SOCAEXPLAQLINKS %==% 1 &`
			`  fn_Stenosegrad_NASCET %<% 50 &`
			`  (!is.na(SYMPCAROELEKLINKS) |`
			`  VORPROZSCHLAG %==% 1) &`
			`  (is.na(ZEITEREIGOPLINKS) |`
			`  ZEITEREIGOPLINKS %<=% 180))`
			`  )`
			
			`replace_na(conditionRight | conditionLeft, FALSE)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IndikD102	boolean	Indikationsgruppe D (erster Eingriff): Simultaneingriff während des ersten Eingriffs -kombinierte Karotis-Koronareingriffe -kombinierte Karotis-Gefäßeingriffe -Karotis-Eingriffe mit intrakranieller PTA / intra-kraniellem Stent	`fn_IstErsteOP &` `SIMULTANEING %in% c(1,2,3,4,5,6,7,9)`

fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==%`
			`(maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by%`
			`TDS_B)`

fn_KarotisScore_11704	float	Karotis-Score zur logistischen Regression - ID 11704	`# Funktion fn_KarotisScore_11704`
fn_KarotisScore_51873	float	Karotis-Score zur logistischen Regression - ID 51873	`# Funktion fn_KarotisScore_51873`
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEin-griff, um bei identischer postoperativer Verweil-dauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	`poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF`
fn_Stenosegrad50	boolean	Stenosegrad an der operierten Seite ≥ 50 % (nach NASCET)	`fn_Stenosegrad_NASCET %>=% 50`
fn_Stenosegrad60	boolean	Stenosegrad an der operierten Seite ≥ 60 % (nach NASCET)	`fn_Stenosegrad_NASCET %>=% 60`

fn_Stenosegrad_NASCET	integer	Stenosegrad an der operierten Seite (nach NASCET)	`ifelse(`
			` ZUOPSEITE %==% 1, STENOSEGRADR,`
			` ifelse(`
			`  ZUOPSEITE %==% 2, STENOSEGRADL,`
			`  NA_integer_`
			` )`
			`)`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Ambulant erworbene Pneumonie

Erfassungsjahr 2021

Stand: 18.11.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Ambulant erworbene Pneumonie. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
18.11.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 4

2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 5

2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme 7

2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 10

2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 14

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus 18

50778: Sterblichkeit im Krankenhaus 19

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme 22

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 25

Anhang II: Listen 26

Anhang III: Vorberechnungen 27

Anhang IV: Funktionen 28

Gruppe: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Bezeichnung Gruppe	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen

2005: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
18:B	Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	M	0 = weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie 1 = innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme 2 = 4 bis unter 8 Stunden 3 = 8 Stunden und später	O2INITIAL
26:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	2005
Bezeichnung	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Bei diesem Qualitätsindikator wird eine Rate von 100 % angestrebt, da das Erkennen einer Hypoxämie immer erforderlich ist und die Untersuchung mit geringem Aufwand von den aufnehmenden Krankenhäusern durchgeführt werden kann. Als erreichbares Ziel wird ein Referenzbereich von ≥ 95,00 % festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Zähler (Formel)	`O2INITIAL %in% c(1,2)`
Nenner (Formel)	`fn_Ausschluss_COVID19`
Verwendete Funktionen	`fn_Ausschluss_COVID19`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme

Qualitätsziel	Häufig eine frühe antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchführen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
11:B	Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung	M	0 = nein 1 = ja	AUFNVONANDKH
20:B	initiale antimikrobielle Therapie	M	0 = keine antimikrobielle Therapie 1 = innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme 2 = 4 bis unter 8 Stunden 3 = 8 Stunden und später 4 = Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antimikrobiellen Therapie	ANTIMIKROBIELL
23:B	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	M	0 = nein 1 = ja	DOKUTHERAPIEVERZICHT
26:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	2009
Bezeichnung	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Aufgrund der konstant guten Ergebnisse der Jahre 2008 bis 2011 wurde der perzentilbasierte Referenzbereich durch einen festen Referenzbereich ersetzt. Seit dem Erfassungsjahr 2012 liegt dieser bei ≥ 90 %.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach stationärer Aufnahme oder Fortsetzung bzw. Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden, unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Zähler (Formel)	`ANTIMIKROBIELL %in% c(1,2,4)`

Nenner (Formel)	`DOKUTHERAPIEVERZICHT %==% 0 &`
	`AUFNVONANDKH %==% 0 &`
	`fn_Ausschluss_COVID19`

Verwendete Funktionen	`fn_Ausschluss_COVID19`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

2013: Frühmobilisation nach Aufnahme

Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:B	chronische Bettlägerigkeit	M	0 = nein 1 = ja	CHRONBETTLAEG
13:B	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle	M	0 = nein 1 = ja	AUFNINVBEATM
14:B	Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstrübung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?	K	0 = nein 1 = ja, pneumoniebedingt 2 = ja, nicht pneumoniebedingt 9 = nicht beurteilbar	AUFNMENTAL
15.1:B	spontane Atemfrequenz	K	in Atemzüge/min	AUFNATEMFREQ
16:B	Blutdruck systolisch	K	in mmHg	AUFNRRSYST
17:B	Blutdruck diastolisch	K	in mmHg	AUFNRRDIAST
21:B	Beginn der Mobilisation	M	0 = keine Mobilisation 1 = innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme 2 = nach 24 Stunden und später	MOBILISATION
22:B	maschinelle Beatmung	M	0 = nein 1 = ja, ausschließlich nicht-invasiv 2 = ja, ausschließlich invasiv 3 = ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	MASCHINELLEBEATMUNG
23:B	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	M	0 = nein 1 = ja	DOKUTHERAPIEVERZICHT
26:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
27:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	vwDauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	2013
Bezeichnung	Frühmobilisation nach Aufnahme
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Für Patientinnen und Patienten mit Risikoklasse 2, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score, wurde ein Wert von ≥ 90 % festgelegt, da es in dieser Risikoklasse vorkommen kann, dass Patientinnen und Patienten nicht mobilisiert werden können oder nicht mobilisiert werden sollen.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Additiver Index
Erläuterung der Risikoadjustierung	Risikoscore CRB-65 wird angewandt.
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen eine Frühmobilisation innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde **Nenner** Alle lebenden Patientinnen und Patienten der Risikoklasse 2 (mittleres Risiko, d. h. 1 oder 2 Indexpunkte nach CRB-65-Score), die weder maschinell beatmet werden noch chronisch bettlägerig sind mit einer Verweildauer > 1 Tag und ohne dokumentierte Therapieeinstellung unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Zähler (Formel)	`MOBILISATION %==% 1`

Nenner (Formel)	`CHRONBETTLAEG %==% 0 &`
	`AUFNINVBEATM %==% 0 &`
	`MASCHINELLEBEATMUNG %==% 0 &`
	`ENTLGRUND %!=% "07" &`
	`vwDauer %>% 1 &`
	`DOKUTHERAPIEVERZICHT %==% 0 &`
	`fn_CRB65RK %==% 2 &`
	`fn_Ausschluss_COVID19`

Verwendete Funktionen	`fn_Ausschluss_COVID19`
	`fn_CRB65RK`
	`fn_CRB65Score`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
23:B	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	M	0 = nein 1 = ja	DOKUTHERAPIEVERZICHT
26:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
27:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
28:B	Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstrübung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?	K	0 = nein 1 = ja, pneumoniebedingt 2 = ja, nicht pneumoniebedingt	ENTLMENTAL
29:B	stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	K	0 = nein 1 = ja	ENTLNAHRUNGORALENTERAL
30:B	spontane Atemfrequenz	K	1 = maximal 24/min 2 = über 24/min 3 = nicht bestimmt 4 = nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	ENTLATEMFREQ
31:B	Herzfrequenz	K	1 = maximal 100/min 2 = über 100/min 3 = nicht bestimmt	ENTLHERZFREQ
32:B	Temperatur	K	1 = maximal 37,8°C 2 = über 37,8°C 3 = nicht bestimmt	ENTLTEMPERAT
33:B	Sauerstoffsättigung	K	1 = unter 90% 2 = mindestens 90% 3 = nicht bestimmt	ENTLO2SAETTIG
34:B	Blutdruck systolisch	K	1 = unter 90 mmHg 2 = mindestens 90 mmHg 3 = nicht bestimmt	ENTLRRSYST

Eigenschaften und Berechnung

ID	2028
Bezeichnung	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien ist die Grundvoraussetzung, um Informationen über die Prognose der Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung zu erhalten. Die geforderte Diagnostik kann in allen Fällen durchgeführt werden. Bei diesem Qualitätsindikator wird eine Rate von 100 % angestrebt. Als erreichbares Ziel wird ein Referenzbereich von ≥ 95,00 % festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe 01 = Behandlung regulär beendet ODER 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B

Zähler (Formel)	`!is.na(ENTLMENTAL) &`
	`!is.na(ENTLNAHRUNGORALENTERAL) &`
	`ENTLATEMFREQ %in% c(1,2,4) &`
	`ENTLHERZFREQ %in% c(1,2) &`
	`ENTLTEMPERAT %in% c(1,2) &`
	`ENTLO2SAETTIG %in% c(1,2) &`
	`ENTLRRSYST %in% c(1,2)`

Nenner (Formel)	`fn_EntlgrundPNEU &`
	`DOKUTHERAPIEVERZICHT %==% 0 &`
	`fn_Ausschluss_COVID19`

Verwendete Funktionen	`fn_Ausschluss_COVID19` `fn_EntlgrundPNEU`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

Bezeichnung Gruppe	Sterblichkeit im Krankenhaus
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
23:B	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	M	0 = nein 1 = ja	DOKUTHERAPIEVERZICHT
26:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
27:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

Eigenschaften und Berechnung

ID	50778
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Bundesfachgruppe Pneumonie empfiehlt, als Referenzbereich das 95. Perzentil zu definieren.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung Blutdruck systolisch bei Aufnahme Chronische Bettlägerigkeit Desorientierung bei Aufnahme Differenz zwischen Blutdruck systolisch und Blutdruck diastolisch bei Aufnahme Invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme Spontane Atemfrequenz bei Aufnahme Erste Sauerstoffsättigung
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Patientinnen und Patienten **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für ID 50778
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Zähler (Formel)	`O_50778`
Nenner (Formel)	`E_50778`

Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_50778
	Bezug zu QS-Ergebnissen	50778
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	PNEU:B
	Zähler	`ENTLGRUND %==% "07"`
	Nenner	`DOKUTHERAPIEVERZICHT %==% 0 & fn_Ausschluss_COVID19`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_50778
	Bezug zu QS-Ergebnissen	50778
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem Pneumonie-Score für ID 50778
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	PNEU:B
	Zähler	`fn_PNEUScore_50778`
	Nenner	`DOKUTHERAPIEVERZICHT %==% 0 & fn_Ausschluss_COVID19`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_Ausschluss_COVID19` `fn_PNEUScore_50778`	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
13:B	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle	M	0 = nein 1 = ja	AUFNINVBEATM
15.1:B	spontane Atemfrequenz	K	in Atemzüge/min	AUFNATEMFREQ
26:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	50722
Bezeichnung	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Aufgrund des Feedbacks von Landesgeschäftsstellen und Krankenhäusern und auf Basis der bisher mit dem Indikator gemachten Erfahrung, dass Häuser mit qualitativen Auffälligkeiten meist ein Ergebnis von deutlich unter 98,00 % aufweisen, wurde der Referenzbereich auf Empfehlung der Bundesfachgruppe auf ≥ 95,00 % festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit bestimmter Atemfrequenz bei Aufnahme **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nicht maschinell beatmet werden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Zähler (Formel)	`!is.na(AUFNATEMFREQ)`
Nenner (Formel)	`AUFNINVBEATM %==% 0 & fn_Ausschluss_COVID19`
Verwendete Funktionen	`fn_Ausschluss_COVID19`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Ausschluss_COVID19	boolean	Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes	`!(ENTLDIAG %any_like% c("U07.1%", "U07.2%"))`

fn_CRB65RK	integer	CRB65-Risikoklasse anhand des Risikoindex:
		1. Risikoklasse 1 = 0 vorhandene Kriterien nach CRB-65
		2. Risikoklasse 2 = 1 bis 2 vorhandene Kriterien nach CRB-65
		3. Risikoklasse 3 = 3 bis 4 vorhandene Kriterien nach CRB-65
			`ifelse(fn_CRB65Score %==% 0L, 1L,`
			`  ifelse(fn_CRB65Score %in% c(1L, 2L), 2L,`
			`  ifelse(fn_CRB65Score %in% c(3L, 4L), 3L,`
			`  NA_integer_`
			`  )`
			`  )`
			`)`

fn_CRB65Score	integer	CRB65 - Index:
		Ein Punkt für jedes befundete Kriterium:
		- pneumoniebedingte Desorientierung (Mental Confusion)
		- Spontane Atemfrequenz ≥ 30 pro Minute (Respiratory rate)
		- Blutdruck (systolisch < 90 mmHg oder diastolisch ≤ 60 mmHg) (Blood pressure)
		- Alter ≥ 65 Jahre
			`ifelse(`
			`  AUFNINVBEATM %==% 1L, 4L,`
			`  row_sums(`
			`  AUFNMENTAL %==% 1L,`
			`  AUFNATEMFREQ %>=% 30L,`
			`  AUFNRRSYST %<% 90L |`
			`  AUFNRRDIAST %<=% 60L,`
			`  alter %>=% 65L`
			`  )`
			`)`

fn_EntlgrundPNEU	boolean	Patientinnen und Patienten mit Entlassungsgrund (01) regulär beendet (02) regulär beendet, nachstationäre Beh. vorgesehen (03) aus sonstigen Gründen beendet (13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung (14) aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Beh. vorgesehen	`ENTLGRUND %in% c("01","02","03","13","14")`
fn_PNEUScore_50778	float	Score zur logistischen Regression - ID 50778	`# Funktion fn_PNEUScore_50778`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Mammachirurgie

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Mammachirurgie. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung 4
Gruppe: HER2-Positivitätsrate 7
52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 8
52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate 12
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden 16
212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk 17
212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk 19
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung 21
52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung 22
52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung 25
2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 28
50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie 32
51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 36
51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation 39
60659: Nachresektionsrate 43
211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS 46
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 50
Anhang II: Listen 57
Anhang III: Vorberechnungen 59
Anhang IV: Funktionen 60

51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	K	0 = nein 1 = ja	ERSTOFFEINGRIFF
18:BRUST	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	K	0 = nein 1 = ja	PRAEHISTDIAGSICHERUNG
36:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3

Eigenschaften und Berechnung

ID	51846
Bezeichnung	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Zähler (Formel)	`PRAEHISTDIAGSICHERUNG %==% 1`

Nenner (Formel)	`ARTERKRANK %==% 1 &`
	`ERSTOFFEINGRIFF %==% 1 &`
	`(fn_invasivesMammaCaPrimaer | fn_DCIS)`

Verwendete Funktionen	`fn_DCIS` `fn_invasivesMammaCaPrimaer`
Verwendete Listen	`ICD_O_3_DCIS` `ICD_O_3_InvasivesMammaCaPrimaer`
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: HER2-Positivitätsrate

Bezeichnung Gruppe	HER2-Positivitätsrate
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom

52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
36:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
37:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
44:BRUST	immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus	K	0 = negativ 1 = positiv 9 = unbekannt	REZEPTORSTATUS
45:BRUST	HER2-Status	K	0 = negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ) 1 = positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv) 2 = Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie) 9 = unbekannt	HER2NEUSTATUS

Eigenschaften und Berechnung

ID	52267
Bezeichnung	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≥ x (5. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≥ x (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase, in der ermittelt werden soll, wie relevante Qualitätsdefizite in der HER2-Diagnostik dargestellt und durch den Strukturierten Dialog konkret identifizierbar gemacht werden können. Dies wird als wichtiges Qualitätsziel in Fortführung der bisherigen Dokumentation gesehen.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Der Strukturierte Dialog ist für das Erfassungsjahr 2021 für Einrichtungen ab 4 Fällen in der Grundgesamtheit des QI zu führen. „Die Qualität der eingesetzten Nachweisverfahren einschließlich Präanalytik […] und Auswertung soll durch Verwendung von SOPs sowie regelmäßige interne und externe Qualitätskontrollen sichergestellt werden. Zur externen Qualitätskontrolle wird die regelmäßige, jährliche erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen empfohlen, die beispielsweise von der „Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie“ (QuIP), einer gemeinsamen Unternehmung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (DGP) und des Bundesverbandes Deutscher Pathologen (BDP), angeboten wird.“ (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2020: 112 f.). Zusätzliche krankenhausinterne Aspekte umfassen u. a. Zeit bis zur Fixation und Fixierungsdauer. Diese werden bei Ringversuchen nicht alle überprüft (Qualitätsaspekte der HER2-Bestimmung - Informationsschreiben zum Strukturierten Dialog, IQTIG 2020).
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Zelldifferenzierungsgrad Keine Früherkennung Lymphknotenbefall Hormonrezeptorstatus
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen **O (observed)**

	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status **E (expected)** Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für ID 52267_52278	
Erläuterung der Rechenregel	Durch die zufallsbedingten Schwankungen des diskreten tumorbiologischen HER2-Merkmals ist in Krankenhäusern mit 1, 2 oder 3 Fällen in der Grundgesamtheit des QI die Variabilität der HER2-positiven Fälle sehr groß. Dadurch ist das Auftreten von Werten außerhalb des Referenzbereichs in den genannten Einrichtungen mit 1, 2 oder 3 Fällen allein zufallsbedingt sehr wahrscheinlich. Die Rechenregel berücksichtigt dementsprechend Einrichtungen mit ≥ 4 Fällen in der Grundgesamtheit des QI.	
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST	
Zähler (Formel)	`O_52267`	
Nenner (Formel)	`E_52267`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_52267
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52267
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
	Zähler	`HER2NEUSTATUS %==% 1`

	Nenner	`ARTERKRANK %==% 1 &`
		`OPTHERAPIEENDE %==% 1 &`
		`fn_invasivesMammaCaPrimaer &`
		`HER2NEUSTATUS %in% c(0,1) &`
		`REZEPTORSTATUS %in% c(0,1) &`
		`VB$KH_ANZAHLFAELLE_HER2 %>% 3`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_52267
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52267
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für ID 52267_52278

	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
	Zähler	`fn_M18N1Score_52267_52278`

	Nenner	`ARTERKRANK %==% 1 &`
		`OPTHERAPIEENDE %==% 1 &`
		`fn_invasivesMammaCaPrimaer &`
		`HER2NEUSTATUS %in% c(0,1) &`
		`REZEPTORSTATUS %in% c(0,1) &`
		`VB$KH_ANZAHLFAELLE_HER2 %>% 3`

	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_invasivesMammaCaPrimaer` `fn_M18N1Score_52267_52278`	
Verwendete Listen	`ICD_O_3_InvasivesMammaCaPrimaer`	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
36:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
37:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
44:BRUST	immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus	K	0 = negativ 1 = positiv 9 = unbekannt	REZEPTORSTATUS
45:BRUST	HER2-Status	K	0 = negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ) 1 = positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv) 2 = Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie) 9 = unbekannt	HER2NEUSTATUS

Eigenschaften und Berechnung

ID	52278
Bezeichnung	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase, in der ermittelt werden soll, wie relevante Qualitätsdefizite in der HER2-Diagnostik dargestellt und durch den Strukturierten Dialog konkret identifizierbar gemacht werden können. Dies wird als wichtiges Qualitätsziel in Fortführung der bisherigen Dokumentation gesehen.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Der Strukturierte Dialog ist für das Erfassungsjahr 2021 für Einrichtungen ab 4 Fällen in der Grundgesamtheit des QI zu führen. „Die Qualität der eingesetzten Nachweisverfahren einschließlich Präanalytik […] und Auswertung soll durch Verwendung von SOPs sowie regelmäßige interne und externe Qualitätskontrollen sichergestellt werden. Zur externen Qualitätskontrolle wird die regelmäßige, jährliche erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen empfohlen, die beispielsweise von der „Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie“ (QuIP), einer gemeinsamen Unternehmung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (DGP) und des Bundesverbandes Deutscher Pathologen (BDP), angeboten wird.“ (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2020: 112 f.). Zusätzliche krankenhausinterne Aspekte umfassen u. a. Zeit bis zur Fixation und Fixierungsdauer. Diese werden bei Ringversuchen nicht alle überprüft (Qualitätsaspekte der HER2-Bestimmung - Informationsschreiben zum Strukturierten Dialog, IQTIG 2020).
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Zelldifferenzierungsgrad Keine Früherkennung Lymphknotenbefall Hormonrezeptorstatus
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen **O (observed)**

	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status **E (expected)** Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für ID 52267_52278	
Erläuterung der Rechenregel	Durch die zufallsbedingten Schwankungen des diskreten tumorbiologischen HER2-Merkmals ist in Krankenhäusern mit 1, 2 oder 3 Fällen in der Grundgesamtheit des QI die Variabilität der HER2-positiven Fälle sehr groß. Dadurch ist das Auftreten von Werten außerhalb des Referenzbereichs in den genannten Einrichtungen mit 1, 2 oder 3 Fällen allein zufallsbedingt sehr wahrscheinlich. Die Rechenregel berücksichtigt dementsprechend Einrichtungen mit ≥ 4 Fällen in der Grundgesamtheit des QI.	
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST	
Zähler (Formel)	`O_52278`	
Nenner (Formel)	`E_52278`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_52278
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52278
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
	Zähler	`HER2NEUSTATUS %==% 1`

	Nenner	`ARTERKRANK %==% 1 &`
		`OPTHERAPIEENDE %==% 1 &`
		`fn_invasivesMammaCaPrimaer &`
		`HER2NEUSTATUS %in% c(0,1) &`
		`REZEPTORSTATUS %in% c(0,1) &`
		`VB$KH_ANZAHLFAELLE_HER2 %>% 3`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_52278
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52278
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für ID 52267_52278

	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
	Zähler	`fn_M18N1Score_52267_52278`

	Nenner	`ARTERKRANK %==% 1 &`
		`OPTHERAPIEENDE %==% 1 &`
		`fn_invasivesMammaCaPrimaer &`
		`HER2NEUSTATUS %in% c(0,1) &`
		`REZEPTORSTATUS %in% c(0,1) &`
		`VB$KH_ANZAHLFAELLE_HER2 %>% 3`

	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_invasivesMammaCaPrimaer` `fn_M18N1Score_52267_52278`	
Verwendete Listen	`ICD_O_3_InvasivesMammaCaPrimaer`	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden

Bezeichnung Gruppe	Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff

212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	K	0 = nein 1 = ja	ERSTOFFEINGRIFF
14:BRUST	Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	K	0 = nein 1 = ja	ERSTOFFEINGRIFFBR
15:BRUST	tastbarer Mammabefund	K	0 = nein 1 = ja	TASTBARMAMMABEFUND
16:BRUST	Mikrokalk ohne Herdbefund	K	0 = nein 1 = ja	MIKROKALK
30:O	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie 3 = ja, durch MRT 4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	PRAEOPMARKIERUNG

Eigenschaften und Berechnung

ID	212000
Bezeichnung	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	> x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT **Nenner** Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor und Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:O
Zähler (Formel)	`PRAEOPMARKIERUNG %in% c(1,2,3)`
Nenner (Formel)	`ARTERKRANK %==% 1 & ERSTOFFEINGRIFF %==% 1 & ERSTOFFEINGRIFFBR %==% 1 & TASTBARMAMMABEFUND %==% 0 &` `MIKROKALK %==% 1`
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	K	0 = nein 1 = ja	ERSTOFFEINGRIFF
14:BRUST	Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	K	0 = nein 1 = ja	ERSTOFFEINGRIFFBR
15:BRUST	tastbarer Mammabefund	K	0 = nein 1 = ja	TASTBARMAMMABEFUND
16:BRUST	Mikrokalk ohne Herdbefund	K	0 = nein 1 = ja	MIKROKALK
30:O	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie 3 = ja, durch MRT 4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	PRAEOPMARKIERUNG

Eigenschaften und Berechnung

ID	212001
Bezeichnung	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	> x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT **Nenner** Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor ohne Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:O
Zähler (Formel)	`PRAEOPMARKIERUNG %in% c(1,2,3)`
Nenner (Formel)	`ARTERKRANK %==% 1 & ERSTOFFEINGRIFF %==% 1 & ERSTOFFEINGRIFFBR %==% 1 & TASTBARMAMMABEFUND %==% 0 &` `MIKROKALK %==% 0`
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

Bezeichnung Gruppe	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie

52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
30:O	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie 3 = ja, durch MRT 4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	PRAEOPMARKIERUNG
31:O	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie	K	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiografie 2 = ja, intraoperative Präparatesonografie	RADIOSONOGRAPHIE
33:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
56:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	52330
Bezeichnung	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Die prä- oder intraoperative Markierung soll insbesondere bei nicht tastbaren Veränderungen (unabhängig von der vermuteten Dignität) mit der Methode erfolgen, mit der der Befund eindeutig darstellbar ist. Der Nachweis einer adäquaten Resektion ist intraoperativ durch Präparatradiografie oder Präparatsonografie zu erbringen (unabhängig von der vermuteten Dignität).
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie **Nenner** Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie und Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)
Erläuterung der Rechenregel	Aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien (OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie). Nicht aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien, wenn sie in Kombination mit einer brusterhaltenden Operation (OPS-Kode aus der Liste OPS_BET UND OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie) stattfinden. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2020 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2021 der ICD-Kode C44.5 oder der OPS-Kode 5-408.71 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Mammachirurgie auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	18/1:O
Zähler (Formel)	`RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)`

Nenner (Formel)	`PRAEOPMARKIERUNG %==% 1 &`
	`(!(OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_Mastektomie) |`
	`(OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_Mastektomie &`

	OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_BET)) & fn_PlanQI_GG
Verwendete Funktionen	fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen fn_PlanQI_GG
Verwendete Listen	OPS_BET OPS_Mastektomie QSF_MAM_ICD QSF_MAM_OPS
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
30:O	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie 3 = ja, durch MRT 4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	PRAEOPMARKIERUNG
31:O	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie	K	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiografie 2 = ja, intraoperative Präparatesonografie	RADIOSONOGRAPHIE
33:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
56:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	52279
Bezeichnung	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Die prä- oder intraoperative Markierung soll insbesondere bei nicht tastbaren Veränderungen (unabhängig von der vermuteten Dignität) mit der Methode erfolgen, mit der der Befund eindeutig darstellbar ist. Der Nachweis einer adäquaten Resektion ist intraoperativ durch Präparatradiografie oder Präparatsonografie zu erbringen (unabhängig von der vermuteten Dignität).
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie **Nenner** Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie und Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)
Erläuterung der Rechenregel	Aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien (OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie). Nicht aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien, wenn sie in Kombination mit einer brusterhaltenden Operation (OPS-Kode aus der Liste OPS_BET UND OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie) stattfinden. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2020 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2021 der ICD-Kode C44.5 oder der OPS-Kode 5-408.71 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Mammachirurgie auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	18/1:O
Zähler (Formel)	`RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)`

Nenner (Formel)	`PRAEOPMARKIERUNG %==% 2 &`
	`(!(OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_Mastektomie) |`
	`(OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_Mastektomie &`

	OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_BET)) & fn_PlanQI_GG
Verwendete Funktionen	fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen fn_PlanQI_GG
Verwendete Listen	OPS_BET OPS_Mastektomie QSF_MAM_ICD QSF_MAM_OPS
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion bei DCIS

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
20:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	PRAEICDO3
33:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
36:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
37:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
39:BRUST	pT	K	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
52:BRUST	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladissektion	AXLKENTFOMARK
53:BRUST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja	SLKBIOPSIE
56:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	2163
Bezeichnung	Primäre Axilladissektion bei DCIS
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Da eine primäre Axilladissektion bei Vorliegen eines DCIS nicht indiziert ist, soll für diese Fälle eine Einzelfallanalyse erfolgen. Der Referenzbereich dieses Indikators wird deshalb als "Sentinel Event" definiert.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“ und Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)
Erläuterung der Rechenregel	Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2020 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2021 der ICD-Kode C44.5 oder der OPS-Kode 5-408.71 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Mammachirurgie auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Zähler (Formel)	`AXLKENTFOMARK %==% 2 & SLKBIOPSIE %==% 0`

Nenner (Formel)	`ARTERKRANK %==% 1 &`
	`OPTHERAPIEENDE %==% 1 &`
	`fn_DCIS &`
	`fn_pTohneNeoadjuvanz &`
	`!fn_invasivesMammaCa_prae &`
	`fn_PlanQI_GG`

Verwendete Funktionen	`fn_DCIS` `fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen`

	fn_invasivesMammaCa_prae fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen fn_PlanQI_GG fn_pTohneNeoadjuvanz
Verwendete Listen	ICD_O_3_DCIS ICD_O_3_InvasivesMammaCa QSF_MAM_ICD QSF_MAM_OPS
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
20:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	PRAEICDO3
36:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
37:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
39:BRUST	pT	K	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
51:BRUST	brusterhaltende Therapie (BET)	K	0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET) 3 = ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	BET
52:BRUST	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladissektion	AXLKENTFOMARK
53:BRUST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja	SLKBIOPSIE

Eigenschaften und Berechnung

ID	50719
Bezeichnung	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2020	≤ x % (80. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Der Referenzbereich spiegelt die Leitlinienempfehlung wider, dass eine SLNB beim DCIS und BET nur durchgeführt werden sollte, wenn eine sekundäre SLNB aus technischen Gründen nicht möglich ist, z. B. bei Ablatio mammae (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2020: 344).
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Empfehlungen der einschlägigen Leitlinien, die die Entnahme von Lymphknoten beim DCIS und brusterhaltender Therapie klar auf Ausnahmen beschränken, sollten umgesetzt werden.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung, brusterhaltender Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“
Erläuterung der Rechenregel	Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Zähler (Formel)	`AXLKENTFOMARK %in% c(1,2) | SLKBIOPSIE %==% 1`

Nenner (Formel)	`ARTERKRANK %==% 1 &`
	`OPTHERAPIEENDE %==% 1 &`
	`fn_DCIS &`
	`BET %in% c(1,3) &`
	`fn_pTohneNeoadjuvanz &`
	`!fn_invasivesMammaCa_prae`

Verwendete Funktionen	`fn_DCIS`
	`fn_invasivesMammaCa_prae`
	`fn_pTohneNeoadjuvanz`

Verwendete Listen	`ICD_O_3_DCIS` `ICD_O_3_InvasivesMammaCa`
Darstellung	-

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladissektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
36:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
37:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
39:BRUST	pT	K	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
40:BRUST	pN	K	s. Anhang: pNMamma	TNMPNMAMMA
52:BRUST	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladissektion	AXLKENTFOMARK
53:BRUST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja	SLKBIOPSIE

Eigenschaften und Berechnung

ID	51847
Bezeichnung	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Das axilläre Staging soll gemäß der aktuellen S3-Leitlinie Bestandteil der operativen Therapie des invasiven Mammakarzinoms sein (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2020).
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladissektion **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie
Erläuterung der Rechenregel	Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Zähler (Formel)	`AXLKENTFOMARK %in% c(0,1) &` `SLKBIOPSIE %==% 1`

Nenner (Formel)	`(ARTERKRANK %==% 1 &`
	`OPTHERAPIEENDE %==% 1 &`
	`fn_invasivesMammaCa &`
	`TNMPNMAMMA %in% c("pN0","pN0(sn)")) &`
	`fn_pT1bis4ohneNeoadjuvanz`

Verwendete Funktionen	`fn_invasivesMammaCa` `fn_pT1bis4ohneNeoadjuvanz`
Verwendete Listen	`ICD_O_3_InvasivesMammaCa`
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	K	0 = nein 1 = ja	ERSTOFFEINGRIFF
18:BRUST	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	K	0 = nein 1 = ja	PRAEHISTDIAGSICHERUNG
28:BRUST	erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie	K	0 = nein 1 = ja	PRAEOPTUMORTH
29:O	Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
35:BRUST	Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	K	1 = ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = Risikoläsion 4 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	POSTHISTBEFUND
EF*	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes in Tagen	-	AUFNDATUM - AUSGANGHISTBEFUND	abstAusgangHistBefund
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	vwDauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	51370
Bezeichnung	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Betrachtung gemeinsam mit QI 51846 sowie mit der Kennzahl, die die Vollständigkeit des prätherapeutischen Befunds abbildet. Hintergrund: In einer Zeitspanne von unter 7 Tagen kann kaum ein vollständiger prätherapeutischer Befund zusammengetragen werden, wie ihn die S3-Leitlinie vorsieht (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2020; 79 ff.), insofern besteht dann das Risiko, dass mit der operativen Therapie begonnen wird, ohne zuvor mit vollständiger Befundlage alle Therapieoptionen erwogen haben zu können.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff und maligner Neoplasie (einschließlich DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:B
Zähler (Formel)	`fn_AbstDiagnoseOP %<% 7`

Nenner (Formel)	`fn_IstErsteOP &`
	`ERSTOFFEINGRIFF %==% 1 &`
	`PRAEHISTDIAGSICHERUNG %==% 1 &`
	`PRAEOPTUMORTH %==% 0 &`
	`POSTHISTBEFUND %==% 4 &`
	`(vwDauer - poopvwdauer) %>=%`
	`(-1 * abstAusgangHistBefund) &`
	`!is.na(fn_AbstDiagnoseOP)`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstDiagnoseOP`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

60659: Nachresektionsrate

Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
14:BRUST	Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	K	0 = nein 1 = ja	ERSTOFFEINGRIFFBR
36:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
37:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
47:BRUST	R0-Resektion	K	0 = nein 1 = ja 8 = es liegen keine Angaben vor 9 = Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	R0RESEKTION
50:BRUST	Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	K	1 = R0 nicht mit Ersteingriff erlangt. 1 Nachoperation 2 = 2 Nachoperationen 3 = >= 3 Nachoperationen	NOTWOPSR0EIGEN

Eigenschaften und Berechnung

ID	60659
Bezeichnung	Nachresektionsrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust ≥ 1 **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Erläuterung der Rechenregel	Die Rechenregel fokussiert auf invasive Karzinome und erhöht mit dem Bezug von Ersteingriff und Nachresektionen am selben Krankenhausstandort die Zuschreibbarkeit der Nachresektion.
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Zähler (Formel)	`NOTWOPSR0EIGEN %in% c(1,2,3)`

Nenner (Formel)	`fn_invasivesMammaCa &`
	`OPTHERAPIEENDE %==% 1 &`
	`R0RESEKTION %==% 1 &`
	`ARTERKRANK %==% 1 &`
	`ERSTOFFEINGRIFFBR %==% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_invasivesMammaCa`
Verwendete Listen	`ICD_O_3_InvasivesMammaCa`
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

Qualitätsziel	Möglichst häufig postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz nach Ersteingriff, nach abgeschlossener primär-operativer Therapie und bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	K	0 = nein 1 = ja	ERSTOFFEINGRIFF
36:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
37:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
54:B	postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	K	0 = nein 1 = ja	ADJUTHERAPIEPLANUNG

Eigenschaften und Berechnung

ID	211800
Bezeichnung	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≥ x % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Zu den für die postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz notwendigen Unterlagen sollten zählen: Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Identifikationsnummer), der Angabe des verantwortlichen Arztes, dem Tag der Entnahme/OP, der klinischen Diagnose bzw. Indikation der Gewebeentnahme und weiteren klinischen Informationen wie Entnahmelokalisation der Gewebeprobe (z. B. Mamma rechts, oberer äußerer Quadrant), Art der Entnahme sowie klinischen Befunden und Bildgebung (z. B. Befund palpabel/nicht palpabel; Mikrokalzifikation vorhanden/nicht vorhanden; ggf. mit Übersendung der Präparat-Radiographie) (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2020) sowie Histologie-Grading, Hormonrezeptorstatus und HER2-Status; (y)pTNM-Klassifikation, Tumorgröße, Sicherheitsabstand, Resektionsrand, peritumorale Gefäßinvasion, Bezug zu klinischen, radiologischen Befunden, ggf. Angabe weiterer zusätzlicher Tumorherde (Multifokalität, Multizentrizität). Es wird empfohlen, dass sich die interdisziplinäre Tumorkonferenz wie folgt zusammensetzt: Brustoperateur/Brustoperateurin, Radiologe/Radiologin, Pathologe/Pathologin, Strahlentherapeutin/Strahlentherapeut, Internistische(r), ggf. gynäkologische(r) Onkologe/Onkologin. Entsprechend der Krankheitssituation sollten die psychoonkologischen, orthopädischen, neuro-, allgemein-, viszeral-, thorax- und unfallchirurgischen Fachdisziplinen sowie die der Plastischen Chirurgie und der Pflege (Breast Care Nurse) hinzugezogen werden (Wilson et al. 2013, DKG/DGS 2019). Das Ergebnis der interdisziplinären Tumorkonferenz wird in einem Protokoll verschriftlicht („Protokoll Tumorkonferenz“), das den Behandlungsplan sowie namentlich die Teilnehmenden umfasst und Teil der Patientenakte ist (Wilson et al. 2013, DKG/DGS 2019).
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Anzahl der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, Ersteingriff und abgeschlossener primär-operativer Therapie

Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:B
Zähler (Formel)	`ADJUTHERAPIEPLANUNG %==% 1`

Nenner (Formel)	`(fn_DCIS | fn_invasivesMammaCaPrimaer) &`
	`OPTHERAPIEENDE %==% 1 &`
	`ERSTOFFEINGRIFF %==% 1 &`
	`ARTERKRANK %==% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_DCIS` `fn_invasivesMammaCaPrimaer`
Verwendete Listen	`ICD_O_3_DCIS` `ICD_O_3_InvasivesMammaCaPrimaer`
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8010/3	Karzinom o.n.A.
8010/6	Karzinom, Metastase o.n.A.
8013/3	Großzelliges neuroendokrines Karzinom
8013/6	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, Metastase
8013/9	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8022/3	Pleomorphes Karzinom
8022/6	Pleomorphes Karzinom, Metastase
8022/9	Pleomorphes Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8032/3	Spindelzellkarzinom o.n.A.
8035/3	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen
8035/6	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, Metastase
8035/9	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8041/3	Kleinzelliges Karzinom o.n.A.
8041/6	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., Metastase
8041/9	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A.
8070/6	Plattenepithelkarzinom-Metastase o.n.A.
8070/9	Plattenepithelkarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8140/6	Adenokarzinom-Metastase o.n.A.
8140/9	Adenokarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8200/3	Adenoid-zystisches Karzinom
8200/6	Adenoid-zystisches Karzinom, Metastase
8200/9	Adenoid-zystisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8201/3	Kribriformes Karzinom o.n.A.
8201/6	Kribriformes Karzinom o.n.A., Metastase
8201/9	Kribriformes Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8211/3	Tubuläres Adenokarzinom
8211/6	Tubuläres Adenokarzinom, Metastase
8211/9	Tubuläres Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8246/3	Neuroendokrines Karzinom o.n.A.
8249/3	Atypischer Karzinoidtumor
8249/6	Atypischer Karzinoidtumor, Metastase
8249/9	Atypischer Karzinoidtumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8265/3	Mikropapilläres Karzinom o.n.A.
8265/6	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., Metastase
8265/9	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8290/3	Onkozytäres Karzinom
8290/6	Onkozytäres Karzinom, Metastase
8290/9	Onkozytäres Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8314/3	Lipidreiches Karzinom
8314/6	Lipidreiches Karzinom, Metastase
8314/9	Lipidreiches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8315/3	Glykogenreiches Karzinom
8315/6	Glykogenreiches Karzinom, Metastase
8315/9	Glykogenreiches Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8401/3	Apokrines Adenokarzinom
8401/6	Apokrines Adenokarzinom, Metastase
8401/9	Apokrines Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8410/3	Talgdrüsenadenokarzinom
8410/6	Talgdrüsenadenokarzinom, Metastase
8410/9	Talgdrüsenadenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8430/3	Mukoepidermoid-Karzinom
8430/6	Mukoepidermoid-Karzinom, Metastase
8430/9	Mukoepidermoid-Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8480/3	Muzinöses Adenokarzinom
8480/6	Muzinöses Adenokarzinom, Metastase
8480/9	Muzinöses Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8490/3	Siegelringzellkarzinom
8490/6	Metastase eines Siegelringzellkarzinomes
8490/9	Siegelringzellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8500/2	Duktales Carcinoma in situ o.n.A.
8500/3	Invasives duktales Karzinom o.n.A.
8500/6	Invasives duktales Karzinom o.n.A., Metastase
8500/9	Invasives duktales Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8502/3	Sekretorisches Mammakarzinom
8502/6	Sekretorisches Mammakarzinom, Metastase
8502/9	Sekretorisches Mammakarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8503/2	Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8503/3	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion
8503/6	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, Metastase
8503/9	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8504/2	Nichtinvasives intrazystisches Karzinom
8504/3	Intrazystisches Karzinom o. n. A. , intrazystisches papilläres Adenokarzinom
8507/2	Intraduktales mikropapilläres Karzinom
8510/3	Medulläres Karzinom o.n.A.
8510/6	Medulläres Karzinom o.n.A., Metastase
8510/9	Medulläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8520/2	Lobuläres Carcinoma in situ o.n.A.
8520/3	Lobuläres Karzinom o.n.A.
8520/6	Lobuläres Karzinom o.n.A., Metastase
8520/9	Lobuläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8522/3	Invasives duktales und lobuläres Karzinom
8522/6	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, Metastase
8522/9	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8523/3	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8523/6	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8523/9	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8524/3	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8524/6	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8524/9	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8530/3	Inflammatorisches Karzinom
8530/6	Inflammatorisches Karzinom, Metastase
8530/9	Inflammatorisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8540/3	M. Paget der Brust
8541/3	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom
8541/6	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, Metastase
8541/9	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8543/3	M. Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom
8550/3	Azinuszellkarzinom
8550/6	Azinuszellkarzinom, Metastase
8550/9	Azinuszellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8560/3	Adenosquamöses Karzinom

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8560/6	Adenosquamöses Karzinom, Metastase
8560/9	Adenosquamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8571/3	Adenokarzinom mit Knorpel- und Knochenmetaplasie
8572/3	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie
8572/6	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, Metastase
8572/9	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8574/3	Adenokarzinom mit neuroendokriner Differenzierung
8575/3	Metaplastisches Karzinom o.n.A.
8575/6	Metaplastisches Karzinom o.n.A., Metastase
8575/9	Metaplastisches Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8800/3	Sarkom o.n.A.
8800/6	Sarkom o.n.A., Metastase
8800/9	Sarkomatose o.n.A.
8802/3	Riesenzellsarkom
8830/3	Malignes fibröses Histiozytom
8850/3	Liposarkom o.n.A.
8850/6	Liposarkom o.n.A., Metastase
8850/9	Liposarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8890/3	Leiomyosarkom o.n.A.
8890/6	Leiomyosarkom o.n.A., Metastase
8890/9	Leiomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8900/3	Rhabdomyosarkom o.n.A.
8900/6	Rhabdomyosarkom o.n.A., Metastase
8900/9	Rhabdomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8982/3	Malignes Myoepitheliom
8982/6	Malignes Myoepitheliom, Metastase
8982/9	Malignes Myoepitheliom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9020/1	Phylloides-Tumor mit Borderline-Malignität
9020/3	Maligner Phylloides-Tumor
9020/6	Maligner Phylloides-Tumor, Metastase
9020/9	Maligner Phylloides-Tumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9120/3	Hämangiosarkom
9120/6	Hämangiosarkom, Metastase
9120/9	Hämangiosarkom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9180/3	Osteosarkom o.n.A.

Schlüssel: ICDO3Mamma	
9180/6	Osteosarkom o.n.A., Metastase
9180/9	Osteosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9590/3	Malignes Lymphom o.n.A.
9680/3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom o.n.A.
9687/3	Burkitt-Lymphom o.n.A.
9690/3	Follikuläres Lymphom o.n.A.
9699/3	Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A.

Schlüssel: pNMamma	
cN0	cN0
pN0	pN0
pN0(sn)	pN0(sn)
pN1(sn)	pN1(sn)
pN1a	pN1a
pN1a(sn)	pN1a(sn)
pN1b	pN1b
pN1c	pN1c
pN1mi	pN1mi
pN1mi(sn)	pN1mi(sn)
pN2a	pN2a
pN2a(sn)	pN2a(sn)
pN2b	pN2b
pN3a	pN3a
pN3b	pN3b
pN3c	pN3c
pNX	pNX
ypN0	ypN0
ypN0(sn)	ypN0(sn)
ypN1(sn)	ypN1(sn)
ypN1a	ypN1a
ypN1a(sn)	ypN1a(sn)
ypN1b	ypN1b
ypN1c	ypN1c
ypN1mi	ypN1mi
ypN1mi(sn)	ypN1mi(sn)
ypN2a	ypN2a
ypN2a(sn)	ypN2a(sn)
ypN2b	ypN2b
ypN3a	ypN3a
ypN3b	ypN3b
ypN3c	ypN3c
ypNX	ypNX

Schlüssel: pTMamma	
pT0	pT0
pT1	pT1
pT1a	pT1a
pT1b	pT1b
pT1c	pT1c
pT1mic	pT1mic
pT2	pT2
pT3	pT3
pT4a	pT4a
pT4b	pT4b
pT4c	pT4c
pT4d	pT4d
pTX	pTX
pTis	pTis
ypT0	ypT0
ypT1	ypT1
ypT1a	ypT1a
ypT1b	ypT1b
ypT1c	ypT1c
ypT1mic	ypT1mic
ypT2	ypT2
ypT3	ypT3
ypT4a	ypT4a
ypT4b	ypT4b
ypT4c	ypT4c
ypT4d	ypT4d
ypTX	ypTX
ypTis	ypTis

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_O_3_DCIS	ICD-O-3	DCIS (Ductal Carcinoma in Situ)	8500/2, 8503/2, 8504/2, 8507/2, 8540/3, 8543/3
ICD_O_3_InvasivesMammaCa	ICD-O-3	Invasives Mammakarzinom	8010/3, 8010/6, 8010/9, 8013/3, 8013/6, 8013/9, 8022/3, 8022/6, 8022/9, 8035/3, 8035/6, 8035/9, 8041/3, 8041/6, 8041/9, 8070/3, 8070/6, 8070/9, 8140/6, 8140/9, 8200/3, 8200/6, 8200/9, 8201/3, 8201/6, 8201/9, 8211/3, 8211/6, 8211/9, 8246/3, 8249/3, 8249/6, 8249/9, 8265/3, 8265/6, 8265/9, 8290/3, 8290/6, 8290/9, 8314/3, 8314/6, 8314/9, 8315/3, 8315/6, 8315/9, 8401/3, 8401/6, 8401/9, 8410/3, 8410/6, 8410/9, 8430/3, 8430/6, 8430/9, 8480/3, 8480/6, 8480/9, 8490/3, 8490/6, 8490/9, 8500/3, 8500/6, 8500/9, 8502/3, 8502/6, 8502/9, 8503/3, 8503/6, 8503/9, 8504/3, 8510/3, 8510/6, 8510/9, 8520/3, 8520/6, 8520/9, 8522/3, 8522/6, 8522/9, 8523/3, 8523/6, 8523/9, 8524/3, 8524/6, 8524/9, 8530/3, 8530/6, 8530/9, 8541/3, 8541/6, 8541/9, 8550/3, 8550/6, 8550/9, 8560/3, 8560/6, 8560/9, 8571/3, 8572/3, 8572/6, 8572/9, 8574/3, 8575/3, 8575/6, 8575/9, 8982/3, 8982/6, 8982/9
ICD_O_3_InvasivesMammaCaPrimaer	ICD-O-3	Invasives Mammakarzinom, nur Primärtumor	8010/3, 8013/3, 8022/3, 8035/3, 8041/3, 8070/3, 8200/3, 8201/3, 8211/3, 8246/3, 8249/3, 8265/3, 8290/3, 8314/3, 8315/3, 8401/3, 8410/3, 8430/3, 8480/3, 8490/3, 8500/3, 8502/3, 8503/3, 8504/3, 8510/3, 8520/3, 8522/3, 8523/3, 8524/3, 8530/3, 8541/3, 8550/3, 8560/3, 8571/3, 8572/3, 8574/3, 8575/3, 8982/3
OPS_BET	OPS	Brusterhaltende Operationen	5-870.20%, 5-870.21%, 5-870.60%, 5-870.61%, 5-870.90%, 5-870.91%, 5-870.a0%, 5-870.a1%, 5-870.a2%, 5-870.a3%, 5-870.a4%, 5-870.a5%, 5-870.a6%, 5-870.a7%, 5-870.ax%, 5-870.x%, 5-870.y%
OPS_Mastektomie	OPS	Mastektomie	5-872.0%, 5-872.1%, 5-872.x%, 5-872.y%, 5-874.0%, 5-874.1%, 5-874.2%, 5-874.4%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-874.5%, 5-874.6%, 5-874.7%, 5-874.8%, 5-874.x%, 5-874.y%, 5-877.0%, 5-877.10%, 5-877.11%, 5-877.12%, 5-877.1x%, 5-877.20%, 5-877.21%, 5-877.22%, 5-877.2x%, 5-877.x%, 5-877.y%
QSF_MAM_ICD	ICD	Alle QS-Filter auslösende Kodes	C44.5%, C50.0%, C50.1%, C50.2%, C50.3%, C50.4%, C50.5%, C50.6%, C50.8%, C50.9%, C76.1%, D04.5%, D05.0%, D05.1%, D05.7%, D05.9%, D17.1%, D24%, D48.6%, N60.0%, N60.1%, N60.2%, N60.3%, N60.4%, N60.8%, N60.9%, N63%, N64.3%, N64.5%
QSF_MAM_OPS	OPS	Alle QS-Filter auslösende Kodes	1-586.1%, 1-586.2%, 1-589.0%, 5-401.10%, 5-401.11%, 5-401.12%, 5-401.13%, 5-401.1x%, 5-402.10%, 5-402.11%, 5-402.12%, 5-402.13%, 5-402.1x%, 5-404.00%, 5-404.01%, 5-404.02%, 5-404.03%, 5-404.0x%, 5-406.10%, 5-406.11%, 5-406.12%, 5-406.13%, 5-406.1x%, 5-407.00%, 5-407.01%, 5-407.02%, 5-407.03%, 5-407.0x%, 5-408.71%, 5-870.20%, 5-870.21%, 5-870.60%, 5-870.61%, 5-870.90%, 5-870.91%, 5-870.a0%, 5-870.a1%, 5-870.a2%, 5-870.a3%, 5-870.a4%, 5-870.a5%, 5-870.a6%, 5-870.a7%, 5-870.ax%, 5-870.x%, 5-870.y%, 5-872.0%, 5-872.1%, 5-872.x%, 5-872.y%, 5-874.0%, 5-874.1%, 5-874.2%, 5-874.4%, 5-874.5%, 5-874.6%, 5-874.7%, 5-874.8%, 5-874.x%, 5-874.y%, 5-877.0%, 5-877.10%, 5-877.11%, 5-877.12%, 5-877.1x%, 5-877.20%, 5-877.21%, 5-877.22%, 5-877.2x%, 5-877.x%, 5-877.y%, 5-879.0%, 5-879.x%, 5-879.y%, 5-882.1%

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
KH_ANZAHLFAELLE_HER2	Standort	Anzahl Fälle je Krankenhausstandort in GG der QIs 52267 und 52278	

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_AbstDiagnoseOP	integer	Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation in Tagen	`nAbstand <- ifelse(`
			` !is.na(abstAusgangHistBefund),`
			` abstAusgangHistBefund +`
			` vwDauer - poopvwdauer,`
			` NA_integer_`
			` )`
			`result <- ifelse(`
			` !is.na(nAbstand) &`
			` nAbstand %between% c(1,365),`
			` nAbstand, NA_integer_`
			` )`
			`result`

fn_DCIS	boolean	DCIS (nach ICD-O-3)	`POSTICDO3 %in% LST$ICD_O_3_DCIS`
fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen	boolean	QS-Filter ohne ICD-Kode C44.5	`ENTLDIAG %any_like% LST$QSF_MAM_ICD[!LST$QSF_MAM_ICD %any_like% "C44.5%"]`
fn_invasivesMammaCa	boolean	Invasives Mammakarzinom (nach ICD-O-3)	`POSTICDO3 %in% LST$ICD_O_3_InvasivesMammaCa`
fn_invasivesMammaCa_prae	boolean	Invasives Mammakarzinom (nach ICD-O-3) - prätherapeutisch	`PRAEICDO3 %in% LST$ICD_O_3_InvasivesMammaCa`
fn_invasivesMammaCaPrimaer	boolean	Invasives Mammakarzinom (nach ICD-O-3) nur Primärtumor	`POSTICDO3 %in% LST$ICD_O_3_InvasivesMammaCaPrimaer`

fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==%`
			`(maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff)`
			`%group_by% TDS_B)`

fn_M18N1Score_52267_52278	float	Score zur logistischen Regression - ID 52267 und ID 52278	`# Funktion fn_M18N1Score_52267_52278`
fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen	boolean	QS-Filter ohne OPS-Kode 5-408.71	`OPSCHLUESSEL %any_like%` `LST$QSF_MAM_OPS[!LST$QSF_MAM_OPS %any_like% "5-408.71%"]`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_PlanQI_GG	boolean	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)	`fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen & fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen`
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	`poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF`
fn_pT1bis4ohneNeoadjuvanz	boolean	Tumorstadium pT1 bis pT4 ohne präoperative tumorspezifische Therapie	`TNMPTMAMMA %in% c("pT1mic", "pT1a", "pT1b", "pT1c", "pT2", "pT3", "pT4a", "pT4b", "pT4c", "pT4d")`
fn_pTohneNeoadjuvanz	boolean	Tumorstadium pT ohne präoperative tumorspezifische Therapie	`TNMPTMAMMA %in% c("pT0", "pTis", "pT1mic", "pT1a", "pT1b", "pT1c", "pT2", "pT3", "pT4a", "pT4b", "pT4c", "pT4d", "pTX")`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Gynäkologische Operationen

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Gynäkologische Operationen. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation 4

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung 9

Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe 13

10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund 14

60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie 17

60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie 20

612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre 23

52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden 27

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 31

Anhang II: Listen 32

Anhang III: Vorberechnungen 39

Anhang IV: Funktionen 40

51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:O	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
17.1:O	Blase	K	1 = ja	IOPKOMPLBLASE
17.2:O	Harnleiter	K	1 = ja	IOPKOMPLHARNL
17.3:O	Urethra	K	1 = ja	IOPKOMPLURETHRA
17.4:O	Darm	K	1 = ja	IOPKOMPLDARM
17.5:O	Uterus	K	1 = ja	IOPKOMPLUTERUS
17.6:O	Gefäß-/Nervenläsion	K	1 = ja	IOPKOMPLGEFNERV
17.8:O	andere Organverletzungen	K	1 = ja	IOPKOMPLORGAN
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	51906
Bezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ 4,18
Referenzbereich 2020	≤ 4,18
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Referenzbereich entspricht dem Referenzbereich der Vorjahre und ist in der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren festgeschrieben.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Adhäsiolysen Alter ASA-Klassifikation Endometriose Exzision Voroperation im OP-Gebiet
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung **Nenner** Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation. Ausgeschlossen werden Patientinnen, bei denen eine einseitige oder beidseitige Uterusexstirpation mit einer ausgedehnten retroperitonealen Präparation und Salpingoovariektomie erfolgte (OPS 5-683.6* und 5-683.7*). **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation **E (expected)** Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für ID 51906
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Als Organverletzungen zählen Verletzungen von Blase, Harnleiter, Urethra, Darm, Uterus, sowie Gefäß-/Nervenläsion oder andere Organverletzungen. Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung werden dann gezählt, wenn bei der ersten Operation der berücksichtigten Grundgesamtheit eine Organverletzung vorliegt. Nenner:

	Es werden Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang gezählt. Patientinnen, bei denen zusätzlich mindestens ein OPS-Kode aus der Liste OPS_GynLapOP_EX dokumentiert wurde, werden aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2020 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2021 die OPS-Kodes 5-683.6 oder 5-683.7 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.	
Teildatensatzbezug	15/1:B	
Zähler (Formel)	`O_51906`	
Nenner (Formel)	`E_51906`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51906
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51906
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	15/1:B
	Zähler	`fn_Organverletzung`

	Nenner	`fn_GynLapOP &`
		`fn_IstErsteOP &`
		`fn_PlanQI_GG`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51906
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51906
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für ID 51906
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	15/1:B

	Zähler	`fn_GYNScore_51906`

	Nenner	`fn_GynLapOP &`
		`fn_IstErsteOP &`
		`fn_PlanQI_GG`

	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_GynLapOP`
	`fn_GYNScore_51906`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_Organverletzung`
	`fn_PlanQI_GG`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`	

Verwendete Listen	`OPS_GynLapOP`
	`OPS_GynLapOP_EX`
	`QSF_GYN_OPS`	

Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
18:O	postoperative Histologie	M	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN

Eigenschaften und Berechnung

ID	12874
Bezeichnung	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Referenzbereich entspricht dem Referenzbereich der Vorjahre und ist in der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren festgeschrieben.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Isolierter Ovareingriff ohne Angabe einer postoperativen Histologie **Nenner** Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentfernung (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*]. Ausgeschlossen werden Patientinnen, bei denen eine einseitige oder beidseitige Uterusexstirpation mit einer ausgedehnten retroperitonealen Präparation und Salpingoovariektomie erfolgte (OPS 5-683.6* und 5-683.7*).
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Ein isolierter Ovareingriff wird im Zähler gewertet, wenn eine Angabe zur durchgeführten histologischen Untersuchung fehlt. Nenner: Alle dokumentierten isolierten Ovareingriffe (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) einer Patientin werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2020 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2021 die OPS-Kodes 5-683.6 oder 5-683.7 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	15/1:O
Zähler (Formel)	`HISTOLJN %==% 0`
Nenner (Formel)	`fn_GynIsolierteAdnexe &` `fn_PlanQI_GG`
Verwendete Funktionen	`fn_GynIsolierteAdnexe` `fn_PlanQI_GG`

Verwendete Listen	OPS_GynOvarOP OPS_GynOvarOPZusatz QSF_GYN_OPS
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe

Bezeichnung Gruppe	Entfernung des Ovars oder der Adnexe
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe

10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
18:O	postoperative Histologie	M	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN
19:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
28:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	10211
Bezeichnung	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Referenzbereich entspricht dem Referenzbereich der Vorjahre und ist in der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren festgeschrieben.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentnahme und Angabe einer Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund **Nenner** Alle durchgeführten isolierten Ovareingriffe mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*)[Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-651.x*, 5-651.y*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*] und Angaben zur postoperativen Histologie, unter Ausschluss von Patientinnen, bei denen eine einseitige oder beidseitige Uterusexstirpation mit einer ausgedehnten retroperitonealen Präparation und Salpingoovariektomie erfolgte (OPS 5-683.6* und 5-683.7*), Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00, Z40.01) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3) und Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose: F64.0).
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Ein isolierter Ovareingriff wird dann berücksichtigt, wenn nach Untersuchung des Gewebes „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund vorliegt. Nenner: Nur isolierte Ovareingriffe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) mit Angabe zur Histologie werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit

	identisch zum Vorjahr 2020 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2021 die OPS-Kodes 5-683.6 oder 5-683.7 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	15/1:O
Zähler (Formel)	`HISTOL %in% c("01","02")`

Nenner (Formel)	`fn_GynIsolierteAdnexeAblativ &`
	`!(ENTLDIAG %any_like% LST$ICD_GynCAOvar &`
	`OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynOvarOP_EX) &`
	`!(ENTLDIAG %any_like% c(LST$ICD_GynCARisiko,`
	`LST$ICD_GynTranssex)) &`
	`HISTOLJN %==% 1 &`
	`fn_PlanQI_GG`

Verwendete Funktionen	`fn_GynIsolierteAdnexeAblativ` `fn_PlanQI_GG`

Verwendete Listen	`ICD_GynCAOvar`
	`ICD_GynCARisiko`
	`ICD_GynTranssex`
	`OPS_GynOvarOPAblativ`
	`OPS_GynOvarOPAblativZusatz`
	`OPS_GynOvarOP_EX`
	`QSF_GYN_OPS`

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

60685: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
15:O	Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?	K	0 = nein 1 = ja	KONTRALATOVAR
19:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
28:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	60685
Bezeichnung	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Das dazugehörige Stratum wird durch den Qualitätsindikator 60686 abgebildet.
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen mit beidseitiger (Salpingo-) Ovariektomie **Nenner** Alle Patientinnen bis 45 Jahre mit Operationen am Ovar oder der Tuba uterina (OPS: 5-65*, 5-66* [die Angabe zusätzlicher Kodes ist erlaubt]) und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund (Schlüssel Histologie: 01-09), unter Ausschluss von Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00*, Z40.01*), mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3*) oder mit Komplettierungsoperation bei bestehender bösartiger Neubildung des Corpus uteri, bösartiger Neubildung des Uterus, bösartiger Neubildung des Ovars, bösartige Neubildung der Tuba uterina, mit den Diagnosen Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane, Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der weiblichen Genitalorgane oder Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars (Entlassungsdiagnose: C54*, C55*, C56*, C57*, D07.0*, D39.1*, C79.6*) und unter Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose: F64.0*).
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Im Zähler werden folgende Fälle betrachtet: 1. Patientinnen mit der Angabe „nein“ im Datenfeld „Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?“ 2. Patientinnen mit mindestens einem OPS-Kode aus (5-652.40:R, 5-652.41:R, 5-652.42:R, 5-652.43:R, 5-652.44:R, 5-652.45:R, 5-652.4x:R, 5-652.60:R, 5-652.61:R, 5-652.62:R, 5-652.63:R, 5-652.64:R, 5-652.65:R, 5-652.6x:R, 5-652.y:R, 5-653.30:R, 5-653.31:R, 5-653.32:R, 5-653.33:R, 5-653.34:R, 5-653.35:R, 5-653.3x:R, 5-653.y:R) UND

	mindestens einem OPS-Kode aus (5-652.40:L, 5-652.41:L, 5-652.42:L, 5-652.43:L, 5-652.44:L, 5-652.45:L, 5-652.4x:L, 5-652.60:L, 5-652.61:L, 5-652.62:L, 5-652.63:L, 5-652.64:L, 5-652.65:L, 5-652.6x:L, 5-652.y:L, 5-653.30:L, 5-653.31:L, 5-653.32:L, 5-653.33:L, 5-653.34:L, 5-653.35:L, 5-653.3x:L, 5-653.y:L) 3. Patientinnen mit mindestens einem OPS-Kode aus (5-652.40:B, 5-652.41:B, 5-652.42:B, 5-652.43:B, 5-652.44:B, 5-652.45:B, 5-652.4x:B, 5-652.60:B, 5-652.61:B, 5-652.62:B, 5-652.63:B, 5-652.64:B, 5-652.65:B, 5-652.6x:B, 5-652.y:B, 5-653.30:B, 5-653.31:B, 5-653.32:B, 5-653.33:B, 5-653.34:B, 5-653.35:B, 5-653.3x:B, 5-653.y:B) Nenner: Nur Patientinnen mit mindestens einer Angabe zur Histologie werden berücksichtigt. 1. „Normalbefund“ 2. benigner Befund: „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste”, “seröses oder mucinöses Zystadenom (z. B. Kystom, seröse Zyste)“, „Dermoid (z. B. benignes Teratom)“, „Endometriose“, „andere benigne Befunde (z. B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)“, „Entzündung“, „Extrauteringravidität“, „Stieldrehung“.
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	`fn_GynIsoAblativSalpingoOvariektomieBdsOhneZusatz`
Nenner (Formel)	`fn_SalpingoOvarOPmitHistoBefund & alter %<=% 45`

Verwendete Funktionen	`fn_AdnexBefund`
	`fn_GynIsoAblativSalpingoOvariektomieBdsOhneZusatz`
	`fn_SalpingoOvarOPmitHistoBefund`

Verwendete Listen	`ICD_GynCAOvar`
	`ICD_GynCARisiko`
	`ICD_GynKomplettierungOP`
	`ICD_GynTranssex`
	`OPS_GynIsoliertAblativBeidseitigOvarOP`
	`OPS_GynIsoliertAblativLinksOvarOP`
	`OPS_GynIsoliertAblativRechtsOvarOP`
	`OPS_GynOvarOPGesamt`
	`OPS_GynOvarOP_EX`
	`OPS_GynTubauterinaOPGesamt`

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

60686: Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
15:O	Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?	K	0 = nein 1 = ja	KONTRALATOVAR
19:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
28:B	Entlassungsdiag-nose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Auf-nahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	60686
Bezeichnung	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Das dazugehörige Stratum wird durch den Qualitätsindikator 60685 abgebildet.
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen mit beidseitiger (Salpingo-) Ovariektomie **Nenner** Alle Patientinnen im Alter ab 46 und bis 55 Jahre mit Operationen am Ovar- oder Tuba uterina (OPS: 5-65*, 5-66* [die Angabe zusätzlicher Kodes ist erlaubt]) und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund (Schlüssel Histologie: 01-09), unter Ausschluss von Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00*, Z40.01*), mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3*) oder mit Komplettierungsoperation bei bestehender bösartiger Neubildung des Corpus uteri, bösartiger Neubildung des Uterus, bösartiger Neubildung des Ovars, bösartige Neubildung der Tuba uterina, mit den Diagnosen Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane, Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der weiblichen Genitalorgane oder Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars (Entlassungsdiagnose: C54*, C55*, C56*, C57*, D07.0*, D39.1*, C79.6*) und unter Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose: F64.0*).
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Im Zähler werden folgende Fälle betrachtet: 1. Patientinnen mit der Angabe „nein“ im Datenfeld „Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?“ 2. Patientinnen mit mindestens einem OPS-Kode aus (5-652.40:R, 5-652.41:R, 5-652.42:R, 5-652.43:R, 5-652.44:R, 5-652.45:R, 5-652.4x:R, 5-652.60:R, 5-652.61:R, 5-652.62:R, 5-652.63:R, 5-652.64:R, 5-652.65:R, 5-652.6x:R, 5-652.y:R, 5-653.30:R, 5-653.31:R, 5-653.32:R, 5-653.33:R, 5-653.34:R, 5-653.35:R, 5-653.3x:R, 5-653.y:R) UND

	mindestens einem OPS-Kode aus (5-652.40:L, 5-652.41:L, 5-652.42:L, 5-652.43:L, 5-652.44:L, 5-652.45:L, 5-652.4x:L, 5-652.60:L, 5-652.61:L, 5-652.62:L, 5-652.63:L, 5-652.64:L, 5-652.65:L, 5-652.6x:L, 5-652.y:L, 5-653.30:L, 5-653.31:L, 5-653.32:L, 5-653.33:L, 5-653.34:L, 5-653.35:L, 5-653.3x:L, 5-653.y:L) 3. Patientinnen mit mindestens einem OPS-Kode aus (5-652.40:B, 5-652.41:B, 5-652.42:B, 5-652.43:B, 5-652.44:B, 5-652.45:B, 5-652.4x:B, 5-652.60:B, 5-652.61:B, 5-652.62:B, 5-652.63:B, 5-652.64:B, 5-652.65:B, 5-652.6x:B, 5-652.y:B, 5-653.30:B, 5-653.31:B, 5-653.32:B, 5-653.33:B, 5-653.34:B, 5-653.35:B, 5-653.3x:B, 5-653.y:B) Nenner: Nur Patientinnen mit mindestens einer Angabe zur Histologie werden berücksichtigt. 1. „Normalbefund“ 2. benigner Befund: „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste”, “seröses oder mucinöses Zystadenom (z. B. Kystom, seröse Zyste)“, „Dermoid (z. B. benignes Teratom)“, „Endometriose“, „andere benigne Befunde (z. B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)“, „Entzündung“, „Extrauteringravidität“, „Stieldrehung“.
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	`fn_GynIsoAblativSalpingoOvariektomieBdsOhneZusatz`
Nenner (Formel)	`fn_SalpingoOvarOPmitHistoBefund &` `alter %between% c(46,55)`

Verwendete Funktionen	`fn_AdnexBefund`
	`fn_GynIsoAblativSalpingoOvariektomieBdsOhneZusatz`
	`fn_SalpingoOvarOPmitHistoBefund`

Verwendete Listen	`ICD_GynCAOvar`
	`ICD_GynCARisiko`
	`ICD_GynKomplettierungOP`
	`ICD_GynTranssex`
	`OPS_GynIsoliertAblativBeidseitigOvarOP`
	`OPS_GynIsoliertAblativLinksOvarOP`
	`OPS_GynIsoliertAblativRechtsOvarOP`
	`OPS_GynOvarOPGesamt`
	`OPS_GynOvarOP_EX`
	`OPS_GynTubauterinaOPGesamt`

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen mit Organerhaltung bei Operationen am Ovar mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
19:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
28:B	Entlassungsdiag-nose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Auf-nahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	612
Bezeichnung	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≥ x % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Auf Grund einer hohen Variabilität der Ergebnisse und wegen des Fehlens von evidenzbasierten Kriterien für die Festlegung eines festen Referenzwertes ist für diesen Indikator das 5. Perzentil als Referenzwert definiert.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Alle Operationen am Ovar, die organerhaltend durchgeführt wurden **Nenner** Operationen am Ovar (OPS: 5-65* [die Angabe zusätzlicher Kodes ist erlaubt]) und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund: (Schlüssel Histologie: 01-09) bei Patientinnen bis 45 Jahre, unter Ausschluss von Patientinnen mit Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00*, Z40.01*) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3*) und unter Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose F64.0*).
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Alle Operationen am Ovar, die organerhaltend durchgeführt wurden. Ausgeschlossen sind Operationen, bei denen eine Entfernung des Ovars vorgenommen wurde (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*). Nenner: Nur Patientinnen mit mindestens einer Angabe zur Histologie werden berücksichtigt: “Normalbefund“ oder benigner Befund: „Follikel- oder Corpusluteum-Zyste”, “seröses oder mucinöses Zystadenom (z. B. Kystom, seröse Zyste)“, „Dermoid (z. B. benignes Teratom)“, „Endometriose“, „andere benigne Befunde (z. B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)“, „Entzündung“, „Extrauteringravidität“, „Stieldrehung“.
Teildatensatzbezug	15/1:O
Zähler (Formel)	`fn_OPOvarerhaltend`

Nenner (Formel)	`(OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynOvarOPGesamt &`
	`fn_AdnexBefund &`
	`!(ENTLDIAG %any_like% c(LST$ICD_GynCAOvar,`

	`LST$ICD_GynCARisiko, LST$ICD_GynTranssex))) &` `alter %<=% 45`
Verwendete Funktionen	`fn_AdnexBefund` `fn_OPOvarerhaltend`

Verwendete Listen	`ICD_GynCAOvar`
	`ICD_GynCARisiko`
	`ICD_GynTranssex`
	`OPS_GynOvarOPAblativ`
	`OPS_GynOvarOPGesamt`

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit einer assistierten Blasenentleerung mittels transurethralen Dauerkatheters länger als 24 Stunden nach einer Operation am Ovar oder der Tuba uterina

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
19:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
25.2:O	transurethraler Dauer-katheter	K	1 = ja	TRANSDAUERKATH
26:O	Dauer der assistierten Blasenentleerung	K	1 = ≤ 12 Stunden 2 = > 12 Stunden und ≤ 24 Stunden 3 = > 24 Stunden und ≤ 36 Stunden 4 = > 36 Stunden und ≤ 48 Stunden 5 = > 48 Stunden	ASSBLASSENTLDAUER
28:B	Entlassungsdiag-nose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	52283
Bezeichnung	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (90. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (90. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Assistierte Blasenentleerungen länger als 24 Stunden mittels eines transurethralen Dauerkatheters **Nenner** Alle isolierten Operationen am Ovar oder der Tuba uterina. Ausgeschlossen werden Patientinnen mit bösartigen Neubildungen der Genitalorgane (Entlassungsdiagnose: C51*, C52*, C53*, C54*, C55*, C56*, C57*, C58*). Ebenfalls nicht berücksichtigt werden Operationen am Ovar oder der Tuba uterina mit gleichzeitiger Erfassung von Hysterektomie/Exenteration des kleinen Beckens, zusätzlicher Plastiken, inkontinenzchirurgischen Operationen, gleichzeitiger Operation der Harnblase (OPS 5-57*) oder mit führendem malignen Befund (Schlüssel Histologie: 11, 22, 23, 24, 31).
Erläuterung der Rechenregel	Nenner: Es werden isolierte Operationen am Ovar oder der Tuba uterina (5-65*, 5-66*) berücksichtigt. Ausgeschlossen werden Patientinnen mit einem ICD-Kode zu bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane als Entlassungsdiagnose (C51*, C52*, C53*, C54*, C55*, C56*, C57*, C58*). Ebenfalls nicht berücksichtigt werden Operationen am Ovar oder der Tuba uterina mit gleichzeitiger Erfassung von Hysterektomie/Exenteration des kleinen Beckens (5-682*, 5-683*, 5-684*, 5-685*, 5-686*, 5-687*), zusätzlicher Plastiken, inkontinenzchirurgischen Operationen (5-592*, 5-593*, 5-594*, 5-595*, 5596*, 5-704*), gleichzeitiger Operationen an der Harnblase (OPS: 5-57*) oder mit führendem histologischer Befund: „Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive“ oder „Carcinoma in situ“, „invasives Karzinom Ia“, „invasives Karzinom > Ia“ der Cervix uteri oder „Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive“.
Teildatensatzbezug	15/1:O
Zähler (Formel)	`TRANSDAUERKATH %==% 1 & ASSBLASSENTLDAUER %in% c(3,4,5)`
Nenner (Formel)	`(OPSCHLUESSEL %any_like% c(LST$OPS_GynOvarOPGesamt, LST$OPS_GynTubauterinaOPGesamt)) &`

	`!(OPSCHLUESSEL %any_like% c(LST$OPS_GynHysterektomieExenteration, LST$OPS_OPHarnblase, LST$OPS_GynPlastiken) \| HISTOL %in% c("11","22","23","24","31") \| ENTLDIAG %any_like% LST$ICD_GynNeubildungen)`
Verwendete Funktionen	-

Verwendete Listen	`ICD_GynNeubildungen`
	`OPS_GynHysterektomieExenteration`
	`OPS_GynOvarOPGesamt`
	`OPS_GynPlastiken`
	`OPS_GynTubauterinaOPGesamt`
	`OPS_OPHarnblase`

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: HistolOpGyn	
01	Adnexe: Normalbefund
02	Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste
03	Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste)
04	Adnexe: Dermoid (z.B. benignes Teratom)
05	Adnexe: Endometriose
06	Adnexe: andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)
07	Adnexe: Entzündung
08	Adnexe: Extrauteringravidität
09	Adnexe: Stieldrehung
10	Adnexe: Borderline-Veränderungen
11	Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome
19	Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 01 - 11 nicht erfasst sind
20	Cervix uteri: Ektopie
21	Cervix uteri: Dysplasie
22	Cervix uteri: Carcinoma in situ
23	Cervix uteri: invasives Karzinom la
24	Cervix uteri: invasives Karzinom > la
28	Cervix uteri: histologisch Normalbefund
29	Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind
30	Corpus uteri: Myom
31	Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive
38	Corpus uteri: histologisch Normalbefund
39	Corpus uteri: Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind
70	Vagina/Vulva: entzündliche Veränderung
71	Vagina/Vulva: benigne Neoplasien
72	Vagina/Vulva: maligne Neoplasien
78	Vagina/Vulva: histologisch Normalbefund
79	Vagina/Vulva: Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 - 72 nicht erfasst sind
80	Endometriose anderer Lokalisationen
81	Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_GynCAOvar	ICD	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Mammakarzinom)	C50%
ICD_GynCARisiko	ICD	Risikofaktoren für Bösartige Neubildungen	Z40.00%, Z40.01%, Z85.3%
ICD_GynKomplettierungOP	ICD	Bösartige Neubildungen, bei denen eine leitlinienge-rechte Komplettierungsoperation indiziert ist	C54%, C55%, C56%, C57%, D07.0%, D39.1%, C79.6%
ICD_GynNeubildungen	ICD	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	C51%, C52%, C53%, C54%, C55%, C56%, C57%, C58%
ICD_GynTranssex	ICD	Diagnose Transsexualismus	F64.0%
OPS_GynHysterektomieExenteration	OPS	Hysterektomie/Exenteration des kleinen Beckens	5-682%, 5-683%, 5-684%, 5-685%, 5-686%, 5-687%
OPS_GynIsoliertAblativBeidseitigOvarOP	OPS	Isolierte ablative Operation am Ovar	5-652.40:B, 5-652.41:B, 5-652.42:B, 5-652.43:B, 5-652.44:B, 5-652.45:B, 5-652.4x:B, 5-652.60:B, 5-652.61:B, 5-652.62:B, 5-652.63:B, 5-652.64:B, 5-652.65:B, 5-652.6x:B, 5-652.y:B, 5-653.30:B, 5-653.31:B, 5-653.32:B, 5-653.33:B, 5-653.34:B, 5-653.35:B, 5-653.3x:B, 5-653.y:B
OPS_GynIsoliertAblativLinksOvarOP	OPS	Isolierte ablative Operation am Ovar links	5-652.40:L, 5-652.41:L, 5-652.42:L, 5-652.43:L, 5-652.44:L, 5-652.45:L, 5-652.4x:L, 5-652.60:L, 5-652.61:L, 5-652.62:L, 5-652.63:L, 5-652.64:L, 5-652.65:L, 5-652.6x:L, 5-652.y:L, 5-653.30:L, 5-653.31:L, 5-653.32:L, 5-653.33:L, 5-653.34:L, 5-653.35:L, 5-653.3x:L, 5-653.y:L
OPS_GynIsoliertAblativRechtsOvarOP	OPS	Isolierte ablative Operation am Ovar rechts	5-652.40:R, 5-652.41:R, 5-652.42:R, 5-652.43:R, 5-652.44:R, 5-652.45:R, 5-652.4x:R, 5-652.60:R, 5-652.61:R, 5-652.62:R, 5-652.63:R, 5-652.64:R, 5-652.65:R, 5-652.6x:R, 5-652.y:R, 5-653.30:R, 5-653.31:R, 5-653.32:R, 5-653.33:R, 5-653.34:R, 5-653.35:R, 5-653.3x:R, 5-653.y:R

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
OPS_GynLapOP	OPS	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang	5-650.4%, 5-650.5%, 5-651.82%, 5-651.83%, 5-651.92%, 5-651.93%, 5-651.a2%, 5-651.a3%, 5-651.b2%, 5-651.b3%, 5-651.x2%, 5-651.x3%, 5-652.42%, 5-652.43%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-653.22%, 5-653.23%, 5-653.32%, 5-653.33%, 5-656.82%, 5-656.83%, 5-656.92%, 5-656.93%, 5-656.a2%, 5-656.a3%, 5-656.b2%, 5-656.b3%, 5-656.x2%, 5-656.x3%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.72%, 5-657.73%, 5-657.82%, 5-657.83%, 5-657.92%, 5-657.93%, 5-657.x2%, 5-657.x3%, 5-659.22%, 5-659.23%, 5-659.x2%, 5-659.x3%, 5-660.4%, 5-660.5%, 5-661.42%, 5-661.43%, 5-661.52%, 5-661.53%, 5-661.62%, 5-661.63%, 5-663.02%, 5-663.03%, 5-663.12%, 5-663.13%, 5-663.22%, 5-663.23%, 5-663.32%, 5-663.33%, 5-663.42%, 5-663.43%, 5-663.52%, 5-663.53%, 5-663.x2%, 5-663.x3%, 5-665.42%, 5-665.43%, 5-665.52%, 5-665.53%, 5-665.x2%, 5-665.x3%, 5-666.82%, 5-666.83%, 5-666.92%, 5-666.93%, 5-666.a2%, 5-666.a3%, 5-666.b2%, 5-666.b3%, 5-666.x2%, 5-666.x3%, 5-683.13%, 5-683.14%, 5-683.23%, 5-683.24%, 5-744.02%, 5-744.03%, 5-744.12%, 5-744.13%, 5-744.22%, 5-744.23%, 5-744.32%, 5-744.33%, 5-744.42%, 5-744.43%
OPS_GynLapOP_EX	OPS	Ausschlusskriterien zur Definition von Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang	5-650.2%, 5-650.3%, 5-650.6%, 5-650.7%, 5-650.x%, 5-650.y%, 5-651.80%, 5-651.81%, 5-651.84%, 5-651.85%, 5-651.8x%, 5-651.90%, 5-651.91%, 5-651.94%, 5-651.95%, 5-651.9x%, 5-651.a0%, 5-651.a1%, 5-651.a4%, 5-651.a5%, 5-651.ax%, 5-651.b0%, 5-651.b1%, 5-651.b4%, 5-651.b5%, 5-651.bx%, 5-651.x0%, 5-651.x1%, 5-651.x4%, 5-651.x5%, 5-651.xx%, 5-651.y%, 5-652.40%, 5-652.41%, 5-652.44%, 5-652.45%, 5-652.4x%, 5-652.50%, 5-652.51%, 5-652.54%, 5-652.55%, 5-652.5x%, 5-652.60%, 5-652.61%, 5-652.64%, 5-652.65%, 5-652.6x%, 5-652.y%, 5-653.20%, 5-653.21%, 5-653.24%, 5-653.25%, 5-653.2x%, 5-653.30%, 5-653.31%, 5-653.34%, 5-653.35%, 5-653.3x%, 5-653.y%, 5-656.90%, 5-656.91%, 5-656.94%, 5-656.95%, 5-656.9x%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-656.a0%, 5-656.a1%, 5-656.a4%, 5-656.a5%, 5-656.ax%, 5-656.b0%, 5-656.b1%, 5-656.b4%, 5-656.b5%, 5-656.bx%, 5-656.x0%, 5-656.x1%, 5-656.x4%, 5-656.x5%, 5-656.xx%, 5-656.y%, 5-657.60%, 5-657.61%, 5-657.64%, 5-657.65%, 5-657.6x%, 5-657.70%, 5-657.71%, 5-657.74%, 5-657.75%, 5-657.7x%, 5-657.80%, 5-657.81%, 5-657.84%, 5-657.85%, 5-657.8x%, 5-657.90%, 5-657.91%, 5-657.94%, 5-657.95%, 5-657.9x%, 5-657.x0%, 5-657.x1%, 5-657.x4%, 5-657.x5%, 5-657.xx%, 5-657.y%, 5-658.6%, 5-658.7%, 5-658.8%, 5-658.9%, 5-658.x%, 5-658.y%, 5-659.20%, 5-659.21%, 5-659.24%, 5-659.25%, 5-659.2x%, 5-659.x0%, 5-659.x1%, 5-659.x4%, 5-659.x5%, 5-659.xx%, 5-659.y%, 5-660.2%, 5-660.3%, 5-660.6%, 5-660.7%, 5-660.x%, 5-660.y%, 5-661.40%, 5-661.41%, 5-661.44%, 5-661.45%, 5-661.4x%, 5-661.50%, 5-661.51%, 5-661.54%, 5-661.55%, 5-661.5x%, 5-661.60%, 5-661.61%, 5-661.64%, 5-661.65%, 5-661.6x%, 5-661.y%, 5-663.00%, 5-663.01%, 5-663.04%, 5-663.05%, 5-663.0x%, 5-663.10%, 5-663.11%, 5-663.14%, 5-663.15%, 5-663.1x%, 5-663.20%, 5-663.21%, 5-663.24%, 5-663.25%, 5-663.2x%, 5-663.30%, 5-663.31%, 5-663.34%, 5-663.35%, 5-663.3x%, 5-663.40%, 5-663.41%, 5-663.44%, 5-663.45%, 5-663.4x%, 5-663.50%, 5-663.51%, 5-663.54%, 5-663.55%, 5-663.5x%, 5-663.x0%, 5-663.x1%, 5-663.x4%, 5-663.x5%, 5-663.xx%, 5-663.y%, 5-665.40%, 5-665.41%, 5-665.44%, 5-665.45%, 5-665.4x%, 5-665.50%, 5-665.51%, 5-665.54%, 5-665.55%, 5-665.5x%, 5-665.x0%, 5-665.x1%, 5-665.x4%, 5-665.x5%, 5-665.xx%, 5-665.y%, 5-666.80%, 5-666.81%, 5-666.84%, 5-666.85%, 5-666.8x%, 5-666.90%, 5-666.91%, 5-666.94%, 5-666.95%, 5-666.9x%, 5-666.a0%, 5-666.a1%, 5-666.a4%, 5-666.a5%, 5-666.ax%, 5-666.b0%, 5-666.b1%, 5-666.b4%, 5-666.b5%, 5-666.bx%, 5-666.x0%, 5-666.x1%, 5-666.x4%, 5-666.x5%, 5-666.xx%, 5-666.y%, 5-669%, 5-682.00%, 5-682.01%, 5-682.04%, 5-682.05%, 5-682.0x%, 5-682.1%, 5-682.10%, 5-682.11%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-682.14%, 5-682.15%, 5-682.1x%, 5-682.20%, 5-682.2x%, 5-682.x%, 5-682.x0%, 5-682.x1%, 5-682.x4%, 5-682.x5%, 5-682.xx%, 5-682.y%, 5-683.00%, 5-683.01%, 5-683.02%, 5-683.05%, 5-683.0x%, 5-683.10%, 5-683.11%, 5-683.12%, 5-683.15%, 5-683.1x%, 5-683.20%, 5-683.21%, 5-683.22%, 5-683.25%, 5-683.2x%, 5-683.x0%, 5-683.x1%, 5-683.x2%, 5-683.x5%, 5-683.xx%, 5-683.y%, 5-684.0%, 5-684.1%, 5-684.2%, 5-684.3%, 5-684.x%, 5-684.y%, 5-685.00%, 5-685.01%, 5-685.02%, 5-685.03%, 5-685.0x%, 5-685.1%, 5-685.2%, 5-685.3%, 5-685.40%, 5-685.41%, 5-685.42%, 5-685.43%, 5-685.4x%, 5-685.x%, 5-685.y%, 5-686.00%, 5-686.01%, 5-686.02%, 5-686.03%, 5-686.0x%, 5-686.1%, 5-686.2%, 5-686.3%, 5-686.x%, 5-686.y%, 5-687.0%, 5-687.1%, 5-687.2%, 5-687.30%, 5-687.31%, 5-687.3x%, 5-687.y%, 5-689.00%, 5-689.01%, 5-689.02%, 5-689.05%, 5-689.0x%, 5-689.x%, 5-689.y%, 5-744.00%, 5-744.01%, 5-744.04%, 5-744.05%, 5-744.0x%, 5-744.10%, 5-744.11%, 5-744.14%, 5-744.15%, 5-744.1x%, 5-744.20%, 5-744.21%, 5-744.24%, 5-744.25%, 5-744.2x%, 5-744.30%, 5-744.31%, 5-744.34%, 5-744.35%, 5-744.3x%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.4x%
OPS_GynOvarOP	OPS	Geweberesezierende Operation am Ovar	5-651.8%, 5-651.9%, 5-652%, 5-653%, 5-659.2%
OPS_GynOvarOP_EX	OPS	Ausschluss Ovariektomie und Salpingoovariektomie	5-652%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativ	OPS	Isolierte ablative Operation am Ovar	5-652.4%, 5-652.6%, 5-652.y%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativZusatz	OPS	Zusätzlich zu der isolierten ablativen Operation am Ovar erlaubte Kodes, die keinen Ausschluss aus der Betrachtung des Indikators zur Folge haben.	1%, 3%, 5-540%, 5-541.0%, 5-541.1%, 5-541.2%, 5-541.3%, 5-542%, 5-651.a%, 5-651.b%, 5-651.x%, 5-651.y%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
OPS_GynOvarOPGesamt	OPS	Operationen am Ovar (ohne Einschränkungen)	5-65%
OPS_GynOvarOPZusatz	OPS	Zusätzlich zu der geweberesezierenden Operation am Ovar oder Tuba uterina erlaubte Kodes, die keinen	1%, 3%, 5-540%, 5-541.0%, 5-541.1%, 5-541.2%, 5-541.3%, 5-542%, 5-651.a%, 5-651.b%, 5-656%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
		Ausschluss aus der Betrachtung des Indikators zur Folge haben.	5-657%, 5-658%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
OPS_GynPlastiken	OPS	Plastiken oder inkontinenzchirurgische Operationen	5-592%, 5-593%, 5-594%, 5-595%, 5-596%, 5-704%
OPS_GynTubauterinaOPGesamt	OPS	Operationen an der Tuba uterina (Operationen am Eileiter) (ohne Einschränkungen)	5-66%
OPS_OPHarnblase	OPS	Operationen an der Harnblase (ohne Einschränkungen)	5-57%
QSF_GYN_OPS	OPS	Alle QS-Filter auslösende Kodes	5-650.2%, 5-650.3%, 5-650.4%, 5-650.5%, 5-650.6%, 5-650.7%, 5-650.x%, 5-650.y%, 5-651.80%, 5-651.81%, 5-651.82%, 5-651.83%, 5-651.84%, 5-651.85%, 5-651.8x%, 5-651.90%, 5-651.91%, 5-651.92%, 5-651.93%, 5-651.94%, 5-651.95%, 5-651.9x%, 5-651.a0%, 5-651.a1%, 5-651.a2%, 5-651.a3%, 5-651.a4%, 5-651.a5%, 5-651.ax%, 5-651.b0%, 5-651.b1%, 5-651.b2%, 5-651.b3%, 5-651.b4%, 5-651.b5%, 5-651.bx%, 5-651.x0%, 5-651.x1%, 5-651.x2%, 5-651.x3%, 5-651.x4%, 5-651.x5%, 5-651.xx%, 5-651.y%, 5-652.40%, 5-652.41%, 5-652.42%, 5-652.43%, 5-652.44%, 5-652.45%, 5-652.4x%, 5-652.50%, 5-652.51%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.54%, 5-652.55%, 5-652.5x%, 5-652.60%, 5-652.61%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-652.64%, 5-652.65%, 5-652.6x%, 5-652.y%, 5-653.20%, 5-653.21%, 5-653.22%, 5-653.23%, 5-653.24%, 5-653.25%, 5-653.2x%, 5-653.30%, 5-653.31%, 5-653.32%, 5-653.33%, 5-653.34%, 5-653.35%, 5-653.3x%, 5-653.y%, 5-656.80%, 5-656.81%, 5-656.82%, 5-656.83%, 5-656.84%, 5-656.85%, 5-656.8x%, 5-656.90%, 5-656.91%, 5-656.92%, 5-656.93%, 5-656.94%, 5-656.95%, 5-656.9x%, 5-656.a0%, 5-656.a1%, 5-656.a2%, 5-656.a3%, 5-656.a4%, 5-656.a5%, 5-656.ax%, 5-656.x0%, 5-656.x1%, 5-656.x2%, 5-656.x3%, 5-656.x4%, 5-656.x5%, 5-656.xx%, 5-656.y%, 5-657.60%, 5-657.61%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.64%, 5-657.65%, 5-657.6x%, 5-657.70%, 5-657.71%, 5-657.72%, 5-657.73%, 5-657.74%, 5-657.75%, 5-657.7x%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-657.80%, 5-657.81%, 5-657.82%, 5-657.83%, 5-657.84%, 5-657.85%, 5-657.8x%, 5-657.90%, 5-657.91%, 5-657.92%, 5-657.93%, 5-657.94%, 5-657.95%, 5-657.9x%, 5-657.x0%, 5-657.x1%, 5-657.x2%, 5-657.x3%, 5-657.x4%, 5-657.x5%, 5-657.xx%, 5-657.y%, 5-658.6%, 5-658.7%, 5-658.8%, 5-658.9%, 5-658.x%, 5-658.y%, 5-659.20%, 5-659.21%, 5-659.22%, 5-659.23%, 5-659.24%, 5-659.25%, 5-659.2x%, 5-659.x0%, 5-659.x1%, 5-659.x2%, 5-659.x3%, 5-659.x4%, 5-659.x5%, 5-659.xx%, 5-659.y%, 5-660.2%, 5-660.3%, 5-660.4%, 5-660.5%, 5-660.6%, 5-660.7%, 5-660.x%, 5-660.y%, 5-661.40%, 5-661.41%, 5-661.42%, 5-661.43%, 5-661.44%, 5-661.45%, 5-661.4x%, 5-661.50%, 5-661.51%, 5-661.52%, 5-661.53%, 5-661.54%, 5-661.55%, 5-661.5x%, 5-661.60%, 5-661.61%, 5-661.62%, 5-661.63%, 5-661.64%, 5-661.65%, 5-661.6x%, 5-661.y%, 5-663.00%, 5-663.01%, 5-663.02%, 5-663.03%, 5-663.04%, 5-663.05%, 5-663.0x%, 5-663.10%, 5-663.11%, 5-663.12%, 5-663.13%, 5-663.14%, 5-663.15%, 5-663.1x%, 5-663.20%, 5-663.21%, 5-663.22%, 5-663.23%, 5-663.24%, 5-663.25%, 5-663.2x%, 5-663.30%, 5-663.31%, 5-663.32%, 5-663.33%, 5-663.34%, 5-663.35%, 5-663.3x%, 5-663.40%, 5-663.41%, 5-663.42%, 5-663.43%, 5-663.44%, 5-663.45%, 5-663.4x%, 5-663.50%, 5-663.51%, 5-663.52%, 5-663.53%, 5-663.54%, 5-663.55%, 5-663.5x%, 5-663.x0%, 5-663.x1%, 5-663.x2%, 5-663.x3%, 5-663.x4%, 5-663.x5%, 5-663.xx%, 5-663.y%, 5-665.40%, 5-665.41%, 5-665.42%, 5-665.43%, 5-665.44%, 5-665.45%, 5-665.4x%, 5-665.50%, 5-665.51%, 5-665.52%, 5-665.53%, 5-665.54%, 5-665.55%, 5-665.5x%, 5-665.x0%, 5-665.x1%, 5-665.x2%, 5-665.x3%, 5-665.x4%, 5-665.x5%, 5-665.xx%, 5-665.y%, 5-666.80%, 5-666.81%, 5-666.82%, 5-666.83%, 5-666.84%, 5-666.85%, 5-666.8x%, 5-666.90%, 5-666.91%, 5-666.92%, 5-666.93%, 5-666.94%, 5-666.95%, 5-666.9x%, 5-666.a0%, 5-666.a1%, 5-666.a2%, 5-666.a3%, 5-666.a4%, 5-666.a5%, 5-666.ax%, 5-666.b0%, 5-666.b1%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-666.b2%, 5-666.b3%, 5-666.b4%, 5-666.b5%, 5-666.bx%, 5-666.x0%, 5-666.x1%, 5-666.x2%, 5-666.x3%, 5-666.x4%, 5-666.x5%, 5-666.xx%, 5-666.y%, 5-667.0%, 5-667.1%, 5-667.2%, 5-667.x%, 5-667.y%, 5-669%, 5-683.10%, 5-683.11%, 5-683.12%, 5-683.13%, 5-683.14%, 5-683.15%, 5-683.1x%, 5-683.20%, 5-683.21%, 5-683.22%, 5-683.23%, 5-683.24%, 5-683.25%, 5-683.2x%, 5-683.6%, 5-683.7%, 5-687.0%, 5-687.1%, 5-687.2%, 5-687.30%, 5-687.31%, 5-687.3x%, 5-687.y%, 5-689.x%, 5-689.y%, 5-744.00%, 5-744.01%, 5-744.02%, 5-744.03%, 5-744.04%, 5-744.05%, 5-744.0x%, 5-744.10%, 5-744.11%, 5-744.12%, 5-744.13%, 5-744.14%, 5-744.15%, 5-744.1x%, 5-744.20%, 5-744.21%, 5-744.22%, 5-744.23%, 5-744.24%, 5-744.25%, 5-744.2x%, 5-744.30%, 5-744.31%, 5-744.32%, 5-744.33%, 5-744.34%, 5-744.35%, 5-744.3x%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.42%, 5-744.43%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.4x%

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_AdnexBefund	boolean	Normalbefund und benigner Adnexbefund (lt. Schlüssel Histologie)	`HISTOL %in% c("01", "02", "03", "04", "05", "06", "07", "08", "09")`
fn_GynIsoAblativSalpingoOvariektomieBd-sOhneZusatz	boolean	Isolierte Ablative beidseitige Salpingoovariektomie (OPS 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*)	`KONTRALATOVAR %==% 0 | ( (OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynIsoliertAblativRechtsOvarOP & OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynIsoliertAblativLinksOvarOP) | OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynIsoliertAblativBeidseitigOvarOP )`
fn_GynIsolierteAdnexe	boolean	Isolierte Adnexeingriffe (OPS 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) mit Zusatzeingriffen	`OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynOvarOP & OPSCHLUESSEL %all_like% union(LST$OPS_GynOvarOP, LST$OPS_GynOvarOPZusatz)`
fn_GynIsolierteAdnexeAblativ	boolean	Isolierte Adnexeingriffe, ablativ (OPS 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) mit Zusatzeingriffen	`OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynOvarOPAblativ & OPSCHLUESSEL %all_like% union(LST$OPS_GynOvarOPAblativ, LST$OPS_GynOvarOPAblativZusatz)`
fn_GynLapOP	boolean	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang unter Ausschluss von Operationen mit anderen Zugangsarten	`OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynLapOP & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynLapOP_EX)`
fn_GYNScore_51906	float	Score zur logistischen Regression - ID 51906	`# Funktion fn_GYNScore_51906`
fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_OPOvarerhaltend	boolean	Alle durchgeführten Ovaroperationen sind organerhaltend durchgeführt	`!(OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynOvarOPAblativ)`

fn_Organverletzung	boolean	Organverletzung	`IOPKOMPLBLASE %==% 1 |`
			`IOPKOMPLHARNL %==% 1 |`
			`IOPKOMPLURETHRA %==% 1 |`
			`IOPKOMPLDARM %==% 1 |`
			`IOPKOMPLUTERUS %==% 1 |`
			`IOPKOMPLGEFNERV %==% 1 |`
			`IOPKOMPLORGAN %==% 1`

fn_PlanQI_GG	boolean	Anpassung der Grundgesamtheit, sodass die OPS-Kodes 5-683.6 und 5-683.7 nicht mehr zum Einschluss führen. Es handelt sich um Uterusexstirpationen mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation mit Salpingoovariektomie.	`OPSCHLUESSEL %any_like%` `LST$QSF_GYN_OPS[!LST$QSF_GYN_OPS %any_like% c("5-683.6%","5-683.7%")]`
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	`poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF`

fn_SalpingoOvarOPmitHistoBefund	boolean	Operationen am Ovar oder der Tuba uterina und histologischem Normalbefund oder benignem Befund. Zusätzliche Angaben zu Ausschlusskriterien.	`OPSCHLUESSEL %any_like% c(LST$OPS_GynOvarOPGesamt,`
			`LST$OPS_GynTubauterinaOPGesamt) &`
			`fn_AdnexBefund &`
			`!(`
			`(ENTLDIAG %any_like% LST$ICD_GynCAOvar &`
			`OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynOvarOP_EX) |`
			`ENTLDIAG %any_like% c(LST$ICD_GynCARisiko,`
			`LST$ICD_GynKomplettierungOP, LST$ICD_GynTranssex)`
			`)`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Dekubitusprophylaxe

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Dekubitusprophylaxe. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 4

52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 5

52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 10

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 14

Anhang II: Listen 15

Anhang III: Vorberechnungen 16

Anhang IV: Funktionen 17

Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

Bezeichnung Gruppe	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ◆
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	QS_HOECHSTGRADDEK
15:DEK	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	M	0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	QS_POA
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl
RST: 10:RST	Alter in Jahren am Aufnahmetag	M	-	RST_PATALTER

*Ersatzfeld im Exportformat

◆ Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Eigenschaften und Berechnung

ID	52009
Bezeichnung	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Adipositas Alter Dauer der Beatmung Demenz und Vigilanzstörung Diabetes Mellitus Eingeschränkte Mobilität Infektion Inkontinenz Untergewicht und Mangelernährung Weitere schwere Erkrankungen
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand **Nenner** Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand **E (expected)** Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, risikoadjustiert nach logistischem Dekubitus-Score für ID 52009

Erläuterung der Rechenregel	Es werden grundsätzlich nur Krankenhausstandorte berücksichtigt, die eine Risikostatistik übermittelt haben. Nenner: Der Nenner der beobachteten und der erwarteten Anzahl wird aus der Summe der RST-Datensätze gebildet. Die Datensätze von Patientinnen und Patienten unter 20 Jahren und/oder Patientinnen und Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter werden ausgeschlossen. Zähler: Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn die Patientin oder der Patient im Erfassungsjahr entlassen wurde und das Feld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" (QS_HOECHSTGRADDEK) einem der folgenden ICD-Kodes entspricht: L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*. Zusätzlich werden Datensätze von Patientinnen und Patienten unter 20 Jahren und/oder nicht plausiblen Angaben zum Alter ausgeschlossen. O (observed) Für die Berechnung des Zählers der beobachteten Anzahl werden die Daten aus der QS-Dokumentation verwendet. Falls keine Datensätze aus der QS-Dokumentation vorliegen, aber eine Risikostatistik verfügbar ist, wird der Zähler der beobachteten Anzahl auf 0 gesetzt. Es werden alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/bezeichneter Kategorie berücksichtigt. Stationär erworben bedeutet, dass die Angabe zu POA ("Present on Admission") "Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden" oder "Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" ist. E (expected) Für den Zähler der erwarteten Anzahl werden die Daten aus der Risikostatistik verwendet. Die Einzelergebnisse (auf Datensatzebene) des Dekubitus-Score für QI-ID 52009 werden auf Standortebene summiert.
Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)

Formel	`numerator <- evaluate(`
	`  fn_DEKDatensatzPlausibel &`
	`  fn_DEKGrad_2bis4 &`
	`  fn_DEKnichtPOA`
	`)`
	
	`denominator <- import_results(module = "RST",`
	`id = "24851_52009")`
	
	`expected <- import_results(module = "RST",`
	`id = "23014_52009")`
	
	`quotient_indicator(numerator = numerator,`
	`denominator = denominator, expected = expected,`
	`units_from = "denominator")`

Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**

Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
ID	O_52009
Bezug zu QS-Ergebnissen	52009
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	-

	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades/bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
	Formel	`result <- import_indicator(module = "DEK", id = "52009") as_o_indicator_result(result)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_52009
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52009
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, risikoadjustiert nach logistischem Dekubitus-Score für ID 52009
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
	Formel	`result <- import_indicator(module = "DEK", id = "52009") as_e_indicator_result(result)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	23014_52009
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52009
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-

	Rechenregel	RST_DEKSCORE_52009
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	RST:RST (Risikostatistik)
	Zähler	`fn_DEKScore_52009`
	Nenner	`fn_RSTDatensatzPlausibel`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	24851_52009
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52009
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	RST_Gesamt
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	RST:RST (Risikostatistik)
	Zähler	TRUE
	Nenner	`fn_RSTDatensatzPlausibel`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_DEKDatensatzPlausibel`
	`fn_DEKGrad_2`
	`fn_DEKGrad_2bis4`
	`fn_DEKGrad_3`
	`fn_DEKGrad_4`
	`fn_DEKGrad_nnb`
	`fn_DEKnichtPOA`
	`RST: fn_DEKScore_52009`
	`RST: fn_RSTDatensatzPlausibel`	

Verwendete Listen	`ICD_DekGrad_2`
	`ICD_DekGrad_3`
	`ICD_DekGrad_4`
	`ICD_DekGrad_nnb`	

Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

Qualitätsziel	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus Grad/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ◆
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	QS_HOECHSTGRADDEK
15:DEK	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	M	0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	QS_POA
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl
RST: 10:RST	Alter in Jahren am Aufnahmetag	M	-	RST_PATALTER

*Ersatzfeld im Exportformat

◆ Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Eigenschaften und Berechnung

ID	52010
Bezeichnung	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Quote
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Ein Dekubitus des Grades/der Kategorie 4, der während eines Krankenhausaufenthaltes neu auftritt, stellt eine äußerst schwerwiegende und oft vermeidbare Komplikation dar und kann auf unzureichende prophylaktische und therapeutische Versorgungsleistungen hinweisen. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs sollte bei allen diesen Fällen eine differenzierte Einzelfallanalyse erfolgen.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Der Anteil von qualitativ auffällig bewerteten Standorten ist seit einigen Jahren auf einem konstant hohen Niveau. Um allerdings Erkenntnisse darüber zu erlangen, bitten wir um eine kurze Erläuterung, welche Gründe zu einer Bewertung „qualitativ auffällig“ geführt haben.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand **Nenner** Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Erläuterung der Rechenregel	Nenner: Der Nenner wird aus der Summe der RST-Datensätze gebildet. Die Datensätze von Patientinnen und Patienten unter 20 Jahren und/oder Patientinnen und Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter werden ausgeschlossen. Falls keine Risikostatistik vorliegt, wird der Nenner auf 0 gesetzt. Zähler: Für die Berechnung des Zählers werden die Daten aus der QS-Dokumentation verwendet. Generell werden ausschließlich Datensätze der QS-Dokumentation (Teildatensatz DEK) berücksichtigt, wenn die Patientin oder der Patient im Erfassungsjahr entlassen wurde und das Feld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" (QS_HOECHSTGRADDEK) dem ICD-Kode L89.3* entspricht. Zusätzlich werden Datensätze von Patientinnen und Patienten unter 20 Jahren und/oder Patientinnen und Patienten mit nicht plausiblen Angaben zum Alter ausgeschlossen. Im Zähler werden alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 4 berücksichtigt.

	Stationär erworben bedeutet, dass die Angabe zu POA ("Present on Admission") "Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden" oder "Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation" ist.
Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)

Formel	`numerator <- evaluate(`
	`  fn_DEKDatensatzPlausibel &`
	`  fn_DEKGrad_4 &`
	`  fn_DEKnichtPOA`
	`)`
	
	`denominator <- import_results(module = "RST",`
	`id = "24852_52010")`
	
	`quotient_indicator(numerator = numerator,`
	`denominator = denominator,`
	`units_from = "union")`

Kalkulatorische Kennzahlen	

Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
ID	24852_52010
Bezug zu QS-Ergebnissen	52010
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	-
Rechenregel	RST_Gesamt
Operator	Anzahl
Teildatensatzbezug	RST:RST (Risikostatistik)
Zähler	TRUE
Nenner	`fn_RSTDatensatzPlausibel`
Darstellung	-
Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_DEKDatensatzPlausibel`
	`fn_DEKGrad_2`
	`fn_DEKGrad_2bis4`
	`fn_DEKGrad_3`
	`fn_DEKGrad_4`
	`fn_DEKGrad_nnb`
	`fn_DEKnichtPOA`
	`RST: fn_RSTDatensatzPlausibel`

Verwendete Listen	`ICD_DekGrad_2`
	`ICD_DekGrad_3`
	`ICD_DekGrad_4`
	`ICD_DekGrad_nnb`

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_DekGrad_2	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie 2	L89.1%
ICD_DekGrad_3	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie 3	L89.2%
ICD_DekGrad_4	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie 4	L89.3%
ICD_DekGrad_nnb	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie nicht näher bezeichnet	L89.9%

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2021

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_DEKDatensatzPlausibel	boolean	Der DEK-Datensatz ist plausibel:
		1. Das Entlassungsjahr stimmt mit dem Auswertungsjahr überein
		2. QS_alter ≥ 20 UND QS_alter≤ 120
		3. HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*
			`substr(`
			` QS_monatEntl,`
			` nchar(QS_monatEntl) - 3,`
			` nchar(QS_monatEntl)`
			` ) %==% VB$Auswertungsjahr &`
			`QS_alter %>=% 20 &`
			`QS_alter %<=% 120 &`
			`fn_DEKGrad_2bis4`

fn_DEKGrad_2	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1*	`QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST$ICD_DekGrad_2`

fn_DEKGrad_2bis4	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet
		- die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*
			`fn_DEKGrad_2 |`
			`fn_DEKGrad_3 |`
			`fn_DEKGrad_4 |`
			`fn_DEKGrad_nnb`

fn_DEKGrad_3	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 3 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.2*	`QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST$ICD_DekGrad_3`
fn_DEKGrad_4	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 4 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.3*	`QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST$ICD_DekGrad_4`
fn_DEKGrad_nnb	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.9*	`QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST$ICD_DekGrad_nnb`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_DEKnichtPOA	boolean	Die Angabe zu POA ist auf Basis des DEK-Datensatzes: 0 = nein oder 9 = unbekannt	`QS_POA %in% c(0,9)`
RST: fn_DEKScore_52009	float	Score zur logistischen Regression - ID 52009	`# Funktion fn_DEKScore_52009`
RST: fn_RSTDatensatzPlausibel	boolean	Der RST-Datensatz ist plausibel, wenn das Patientenalter am Aufnahmetag ≥ 20 und ≤ 120 Jahre ist	`RST_PATALTER %>=% 20 & RST_PATALTER %<=% 120`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren: Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren: Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

52321: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden 4

141800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) 13

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 16

Anhang II: Listen 17

Anhang III: Vorberechnungen 18

Anhang IV: Funktionen 19

52321: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

Qualitätsziel	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	System	M	1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	ADEFISYSTEM
20.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVOREIZ
20.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	ASONVOREIZN
21.1:B	P-Wellen-Amplitude	K	in mV	ASONVOPWEL
21.2:B	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVOPWELN
22.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVEREIZ
22.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVEREIZNDEFI
23.1:B	R-Amplitude	K	in mV	ASONVERAMP
23.2:B	R-Amplitude nicht gemessen	K	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVERAMPNDEFI
24.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVE2REIZ
24.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVE2REIZN
09/4: 56:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVE2REIZ
09/4: 57:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVE2REIZN
09/6: 21:B	aktives System (nach dem Eingriff)	M	0 = keines (Explantation oder Stillllegung) 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	ADEFISYSTEMREV
09/6: 26:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde	ADEFISONVOARTVO

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	
09/6: 29.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVOREIZ
09/6: 29.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	ASONVOREIZN
09/6: 30.1:B	P-Wellen-Amplitude	K	in mV	ASONVOPWEL
09/6: 30.2:B	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVOPWELN
09/6: 31:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde 8 = Stilllegung des Defibrillationsanteils der Sonde 9 = Stilllegung der gesamten Sonde 99 = sonstiges	ADEFISONVEARTVO
09/6: 34:B	Position	K	1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 9 = andere	DEFIPOSITION
09/6: 35.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVEREIZ
09/6: 35.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = separate Pace/Sense-Sonde 9 = aus anderen Gründen	ASONVEREIZNDEFISONDE
09/6: 36.1:B	R-Amplitude	K	in mV	ASONVERAMP
09/6: 36.2:B	R-Amplitude nicht gemessen	K	1 = separate Pace/Sense-Sonde 2 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVERAMPNDEFISONDE
09/6: 37:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde	ADEFISONVE2ARTVO

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	
09/6: 40:B	Position	K	1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere	DEFIPOSITION2
09/6: 41.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVE2REIZ
09/6: 41.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVE2REIZN
09/6: 42.1:B	R-Amplitude	K	in mV	ASONVE2RAMP
09/6: 42.2:B	R-Amplitude nicht gemessen	K	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVE2RAMPN
09/6: 43:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	ADEFISONVE3ARTVO
09/6: 46:B	Position	K	1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere	DEFIPOSITION3
09/6: 47.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVE3REIZ

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
09/6: 47.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVE3REIZN
09/6: 48.1:B	R-Amplitude	K	in mV	ASONVE3RAMP
09/6: 48.2:B	R-Amplitude nicht gemessen	K	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVE3RAMPN

Eigenschaften und Berechnung

ID	52321
Bezeichnung	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen **Nenner** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus den Modulen Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5) und Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6) und bei linksventrikulären Sonden aus den Modulen Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4), Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5) und Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6): - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/4) - Reizschwelle der Ventrikelsonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde (in 09/4 ausschließlich linksventrikuläre Sonden) - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/4) - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus (nicht in 09/4)
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/5:B; 09/4:B; 09/6:B

Formel	`sum_indicator(`
	`  list(module = "09/4", id = "52318_52321"),`
	`  list(module = "09/5", id = "52320_52321"),`

	`list(module = "09/6", id = "52319_52321")` `)`	
Kalkulatorische Kennzahlen		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	52318_52321
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52321
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)
	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/4:B
	Zähler	`!is.na(ASONVE2REIZ)`
	Nenner	`!is.na(ASONVE2REIZ) |` `!is.na(ASONVE2REIZN)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	52319_52321
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52321
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)
	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/6:B
	Zähler	`fn_Anzahl_Index_Messungen WENN` `fn_Anzahl_Index_Messungen %>% 0`

	Nenner	`fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen`
		`WENN`
		`fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen`
		`%>% 0`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	52320_52321

	Bezug zu QS-Ergebnissen	52321
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5)
	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/5:B
	Zähler	`fn_Anzahl_Index_Messungen WENN TRUE`
	Nenner	`fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen WENN TRUE`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_Amplitude_belasseneVE1`
	`fn_Amplitude_belasseneVE1_gemessen`
	`fn_Amplitude_belasseneVO`
	`fn_Amplitude_belasseneVO_gemessen`
	`fn_Anzahl_Index_Messungen`
	`fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen`
	`fn_Reizschwelle_belasseneVE1`
	`fn_Reizschwelle_belasseneVE1_gemessen`
	`fn_Reizschwelle_belasseneVE2`
	`fn_Reizschwelle_belasseneVE2_gemessen`
	`fn_Reizschwelle_belasseneVO`
	`fn_Reizschwelle_belasseneVO_gemessen`
	`09/6: fn_Amplitude_belasseneVE1`
	`09/6: fn_Amplitude_belasseneVE1_gemessen`
	`09/6: fn_Amplitude_belasseneVE2`
	`09/6: fn_Amplitude_belasseneVE2_gemessen`
	`09/6: fn_Amplitude_belasseneVE3`
	`09/6: fn_Amplitude_belasseneVE3_gemessen`
	`09/6: fn_Amplitude_belasseneVO`
	`09/6: fn_Amplitude_belasseneVO_gemessen`
	`09/6: fn_Anzahl_Index_Messungen`
	`09/6: fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen`
	`09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVE1`
	`09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVE1_gemessen`
	`09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVE2`
	`09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVE2_gemessen`
	`09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVE3`
	`09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVE3_gemessen`
	`09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVO`
	`09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVO_gemessen`
	`09/6: fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE1`
	`09/6: fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE1_gemessen`
	`09/6: fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE2`
	`09/6: fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE2_gemessen`
	`09/6: fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE3`
	`09/6: fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE3_gemessen`	

Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

141800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
26.1:B	kardiopulmonale Reanimation	K	1 = ja	KARDIOPULREANIMATION
26.2:B	interventionspflichtiges Taschenhämatom	K	1 = ja	TASCHHAEMATO
26.3:B	postoperative Wundinfektion	K	1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTIONJL
26.4:B	sonstige interventionspflichtige Komplikation	K	1 = ja	PEROPKOMPSON

Eigenschaften und Berechnung

ID	141800
Bezeichnung	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 3,80 %
Referenzbereich 2020	≤ 3,80 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Auf Empfehlung der Bundesfachgruppe hin wurde ab dem Erfassungsjahr 2014 der feste Referenzbereich aus dem Modul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel übernommen, um eine Vereinheitlichung zwischen den Herzschrittmacher- und Defibrillator-Modulen zu erreichen. Nachdem ab dem Erfassungsjahr 2018 nun auch kardiopulmonale Reanimationen und sonstige interventionspflichtige Komplikationen für diesen Indikator berücksichtigt werden, wurde der Referenzbereich angepasst, indem er mit dem Faktor multipliziert wurde, um den sich das Bundesergebnis durch die Erweiterung des Zählers erhöht hat.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/5:B
Zähler (Formel)	`KARDIOPULREANIMATION %==% 1 | TASCHHAEMATO %==% 1 | POSTOPWUNDINFEKTIONJL %==% 1 | PEROPKOMPSON %==% 1`
Nenner (Formel)	TRUE
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Amplitude_belasseneVE1	boolean	Messung: R-Amplitude der belassenen rechtsventrikulären Sonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus)	`!is.na(ASONVERAMP) | ASONVERAMPNDEFI %==% 9`
fn_Amplitude_belasseneVE1_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: R-Amplitude der belassenen rechtsventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVERAMP)`
fn_Amplitude_belasseneVO	boolean	Messung: P-Wellen-Amplitude der belassenen Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)	`!is.na(ASONVOPWEL) | ASONVOPWELN %==% 9`
fn_Amplitude_belasseneVO_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: P-Wellen-Amplitude der belassenen Vorhofsonde	`!is.na(ASONVOPWEL)`

fn_Anzahl_Index_Messungen	integer	Anzahl durchgeführter Messungen bei belassenen Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVO_gemessen,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE1_gemessen,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE2_gemessen,`
			`fn_Amplitude_belasseneVO_gemessen,`
			`fn_Amplitude_belasseneVE1_gemessen`
			`)`

fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen	integer	Anzahl der Messungen belassener Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVO,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE1,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE2,`
			`fn_Amplitude_belasseneVO,`
			`fn_Amplitude_belasseneVE1`
			`)`

fn_Reizschwelle_belasseneVE1	boolean	Messung: Reizschwelle der belassenen rechtsventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVEREIZ) | !is.na(ASONVEREIZNDEFI)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Reizschwelle_belasseneVE1_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der belassenen rechtsventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVEREIZ)`
fn_Reizschwelle_belasseneVE2	boolean	Messung: Reizschwelle der belassenen linksventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVE2REIZ) | !is.na(ASONVE2REIZN)`
fn_Reizschwelle_belasseneVE2_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der belassenen linksventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVE2REIZ)`
fn_Reizschwelle_belasseneVO	boolean	Messung: Reizschwelle der belassenen Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)	`(!is.na(ASONVOREIZ) | ASONVOREIZN %==% 9) & ADEFISYSTEM %!=% 3`
fn_Reizschwelle_belasseneVO_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der belassenen Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit VDD-System)	`!is.na(ASONVOREIZ) & ADEFISYSTEM %!=% 3`
09/6: fn_Amplitude_belasseneVE1	boolean	Messung: R-Amplitude der ersten belassenen rechtsventrikulären Sonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus)	`(!is.na(ASONVERAMP) | ASONVERAMPNDEFISONDE %==% 9) & ADEFISONVEARTVO %in% c(0,5,8,99) & DEFIPOSITION %!=% 9`
09/6: fn_Amplitude_belasseneVE1_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: R-Amplitude der ersten belassenen rechtsventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVERAMP) & ADEFISONVEARTVO %in% c(0,5,8,99) & DEFIPOSITION %!=% 9`
09/6: fn_Amplitude_belasseneVE2	boolean	Messung: R-Amplitude der zweiten belassenen rechtsventrikulären Sonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus)	`(!is.na(ASONVE2RAMP) | ASONVE2RAMPN %==% 9) & ADEFISONVE2ARTVO %in% c(0,5,99) & DEFIPOSITION2 %in% c(1,2)`
09/6: fn_Amplitude_belasseneVE2_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: R-Amplitude der zweiten belassenen rechtsventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVE2RAMP) & ADEFISONVE2ARTVO %in% c(0,5,99) & DEFIPOSITION2 %in% c(1,2)`
09/6: fn_Amplitude_belasseneVE3	boolean	Messung: R-Amplitude der dritten belassenen rechtsventrikulären Sonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus)	`(!is.na(ASONVE3RAMP) | ASONVE3RAMPN %==% 9) & ADEFISONVE3ARTVO %in% c(0,5,99) & DEFIPOSITION3 %in% c(1,2)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

09/6: fn_Amplitude_belasseneVE3_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: R-Amplitude der dritten belassenen rechtsventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVE3RAMP) &`
			`ADEFISONVE3ARTVO %in% c(0,5,99) &`
			`DEFIPOSITION3 %in% c(1,2)`

09/6: fn_Amplitude_belasseneVO	boolean	Messung: P-Wellen-Amplitude der belassenen Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)	`(!is.na(ASONVOPWEL) |`
			`ASONVOPWELN %==% 9) &`
			`ADEFISONVOARTVO %in% c(0,5,99)`

09/6: fn_Amplitude_belasseneVO_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: P-Wellen-Amplitude der belassenen Vorhofsonde	`!is.na(ASONVOPWEL) &` `ADEFISONVOARTVO %in% c(0,5,99)`

09/6: fn_Anzahl_Index_Messungen	integer	Anzahl durchgeführter Messungen bei belassenen Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVO_gemessen,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE1_gemessen,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE2_gemessen,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE3_gemessen,`
			`fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE1_gemessen,`
			`fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE2_gemessen,`
			`fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE3_gemessen,`
			`fn_Amplitude_belasseneVO_gemessen,`
			`fn_Amplitude_belasseneVE1_gemessen,`
			`fn_Amplitude_belasseneVE2_gemessen,`
			`fn_Amplitude_belasseneVE3_gemessen`
			`)`

09/6: fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen	integer	Anzahl der Messungen belassener Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVO,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE1,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE2,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE3,`
			`fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE1,`
			`fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE2,`
			`fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE3,`
			`fn_Amplitude_belasseneVO,`
			`fn_Amplitude_belasseneVE1,`
			`fn_Amplitude_belasseneVE2,`
			`fn_Amplitude_belasseneVE3`
			`)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVE1	boolean	Messung: Reizschwelle der ersten belassenen Ventrikelsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde)	`(!is.na(ASONVEREIZ) | ASONVEREIZNDEFISONDE %==% 9) & ADEFISONVEARTVO %in% c(0,5,8,99)`
09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVE1_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der ersten belassenen Ventrikelsonde	`!is.na(ASONVEREIZ) & ADEFISONVEARTVO %in% c(0,5,8,99)`
09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVE2	boolean	Messung: Reizschwelle der zweiten belassenen Ventrikelsonde	`(!is.na(ASONVE2REIZ) | !is.na(ASONVE2REIZN)) & ADEFISONVE2ARTVO %in% c(0,5,99)`
09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVE2_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der zweiten belassenen Ventrikelsonde	`!is.na(ASONVE2REIZ) & ADEFISONVE2ARTVO %in% c(0,5,99)`
09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVE3	boolean	Messung: Reizschwelle der dritten belassenen Ventrikelsonde	`(!is.na(ASONVE3REIZ) | !is.na(ASONVE3REIZN)) & ADEFISONVE3ARTVO %in% c(0,5,99)`
09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVE3_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der dritten belassenen Ventrikelsonde	`!is.na(ASONVE3REIZ) & ADEFISONVE3ARTVO %in% c(0,5,99)`
09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVO	boolean	Messung: Reizschwelle der belassenen Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)	`(!is.na(ASONVOREIZ) | ASONVOREIZN %==% 9) & ADEFISONVOARTVO %in% c(0,5,99) & ADEFISYSTEMREV %!=% 3`
09/6: fn_Reizschwelle_belasseneVO_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der belassenen Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit VDD-System)	`!is.na(ASONVOREIZ) & ADEFISONVOARTVO %in% c(0,5,99) & ADEFISYSTEMREV %!=% 3`
09/6: fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE1	boolean	Messung: Reizschwelle der ersten implantierten linksventrikulären Sonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde)	`(!is.na(ASONVEREIZ)| ASONVEREIZNDEFISONDE %==% 9) & ADEFISONVEARTVO %in% c(1,2,3,4) & DEFIPOSITION %==% 9`
09/6: fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE1_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der ersten implantierten linksventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVEREIZ) & ADEFISONVEARTVO %in% c(1,2,3,4) & DEFIPOSITION %==% 9`
09/6: fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE2	boolean	Messung: Reizschwelle der zweiten implantierten linksventrikulären Sonde	`(!is.na(ASONVE2REIZ)| !is.na(ASONVE2REIZN)) &`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			`ADEFISONVE2ARTVO %in% c(1,2,3,4) &` `DEFIPOSITION2 %in% c(3,4,5,6,9)`

09/6: fn_Reizschwelle_lv_implantier-teVE2_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der zwei-ten implantierten linksventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVE2REIZ) &`
			`ADEFISONVE2ARTVO %in% c(1,2,3,4) &`
			`DEFIPOSITION2 %in% c(3,4,5,6,9)`

09/6: fn_Reizschwelle_lv_implantierteVE3	boolean	Messung: Reizschwelle der dritten implantierten linksventrikulären Sonde	`(!is.na(ASONVE3REIZ)|`
			`!is.na(ASONVE3REIZN)) &`
			`ADEFISONVE3ARTVO %in% c(1,2,3,4) &`
			`DEFIPOSITION3 %in% c(3,4,5,6,9)`

09/6: fn_Reizschwelle_lv_implantier-teVE3_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der drit-ten implantierten linksventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVE3REIZ) &`
			`ADEFISONVE3ARTVO %in% c(1,2,3,4) &`
			`DEFIPOSITION3 %in% c(3,4,5,6,9)`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren: Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren: Implantierbare Defibrillatoren - Implantation. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

50055: Leitlinienkonforme Indikation 4

50005: Leitlinienkonforme Systemwahl 11

52131: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln 16

131801: Dosis-Flächen-Produkt 20

52316: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen 25

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts 32

- 131802: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) 33
- 52325: Sondendislokation oder -dysfunktion 36

51186: Sterblichkeit im Krankenhaus 38

132000: Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren 42

132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 48

132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 53

132003: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation 58

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 61

Anhang II: Listen 65

Anhang III: Vorberechnungen 66

Anhang IV: Funktionen 67

50055: Leitlinienkonforme Indikation

Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Defibrillatoren-Implantation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:B	Herzinsuffizienz	M	0 = nein 1 = NYHA I 2 = NYHA II 3 = NYHA III 4 = NYHA IV	HERZINSUFF
17:B	Einstufung nach ASA-Klassifikation	M	1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	ASA
18.1:B	linksventrikuläre Ejektionsfraktion	K	in %	LVEJEKFRAKTION
18.2:B	LVEF nicht bekannt	K	1 = ja	LVEFUNBEKANNT
21:B	Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten?	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	LEBENSERWARTUNG
22:B	indikationsbegründendes klinisches Ereignis	M	1 = Kammerflimmern 2 = Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) 3 = Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber mind. 3 R-R-Zyklen und HF über 100) 4 = Synkope ohne EKG-Dokumentation 5 = kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention) 9 = sonstige	INDEXARRHYTHMIE
23:B	führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)	K	0 = keine 1 = Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) 2 = Kardiogener Schock 3 = Lungenödem 4 = Synkope 5 = Präsynkope 6 = sehr niedriger Blutdruck (z.B. unter 80 mmHg systolisch)	FUEHSYMPTINDEXARR

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			7 = Angina pectoris 9 = sonstige	
24:B	KHK	M	0 = nein 1 = ja, ohne Myokardinfarkt 2 = ja, mit Myokardinfarkt	KHKDEFI
25:B	Abstand Myokardinfarkt-Implantation ICD	K	1 = <= 28 Tage 2 = > 28 Tage - <= 40 Tage 3 = > 40 Tage	ABSTANDMYOINFDEFI
26:B	indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn	K	0 = nein 1 = ja	INDEXEREIG48H
27:B	Herzerkrankung	M	s. Anhang: Herzerkrankung	HERZERKRANKUNG
28:B	spontanes Brugada-Typ-1-EKG	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	BRUG1EKG
29.1:B	Wie hoch ist das Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten 5 Jahre (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner)?	K	in %	RISKHERZTOD
29.2:B	Risiko für plötzlichen Herztod (mit HCM-Risiko-SCD-Rechner) nicht berechnet	K	1 = da Leistungssportler 2 = wegen Assoziation mit Stoffwechselerkrankung (z.B. Morbus Fabry, Noonan-Syndrom) 3 = da Sekundärprävention 9 = aus anderen Gründen	RISKHERZTODNB
30:B	WPW-Syndrom	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	WPWSYNDROM
31:B	reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	KAMMERTACHYURSACHREVERS
32:B	behandelbare idiopathische Kammertachykardie	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	KAMMERTACHYURSACHIDIOPATH
33:B	Kammertachykardie induzierbar	K	1 = nein 2 = ja 3 = programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt	EPU
34:B	Kammerflimmern induzierbar	K	1 = nein 2 = ja	EPU2

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			3 = programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt	
35:B	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung)	M	0 = nein 1 = ja, seit weniger als 3 Monaten 2 = ja, seit 3 Monaten oder länger	MEDIKHERZINSUFFTH
36.1:B	Betablocker und/oder Ivabradin	K	1 = ja	BETABLOCKER
36.2:B	AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer /Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitoren (ARNI)	K	1 = ja	ACEHEMMER
36.3:B	Diuretika	K	1 = ja	DIURETIKA
36.4:B	Aldosteronantagonisten	K	1 = ja	ALDOSTANTAGONIST
38:B	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation	M	1 = >= 95% 2 = >= 40% bis < 95% 3 = < 40%	STIMBEDUERFVENTRIKULAER
39:B	Vorhofrhythmus	M	1 = normofrequenter Sinusrhythmus 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen 3 = paroxysmales/ persistierendes Vorhofflimmern/-flattern 4 = permanentes Vorhofflimmern 5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) 9 = sonstige	VORHOFRHYTHMUS
40:B	AV-Block	M	0 = keiner 1 = AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms 2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms 3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz 5 = AV-Block III. Grades 6 = nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns 7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)	AVBLOCK
42:B	QRS-Komplex	K	1 = < 120 ms 2 = 120 bis < 130 ms 3 = 130 bis < 140 ms 4 = 140 bis < 150 ms	QRSKOMPLEX

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			5 = >= 150 ms	
44:B	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL

Eigenschaften und Berechnung

ID	50055
Bezeichnung	Leitlinienkonforme Indikation
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur ICD-Implantation **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/4:B
Zähler (Formel)	`fn_LeitlinienkonformeIndikation`
Nenner (Formel)	TRUE

Verwendete Funktionen	`fn_AVBlock_Ablation`
	`fn_CRTIndikation`
	`fn_CRTIndikation_AF`
	`fn_CRTIndikation_SIN`
	`fn_CRTIndikation_SM_NOV`
	`fn_CRTIndikation_SM_UPG`
	`fn_hoheVentrikulaereStimulation`
	`fn_Indikation_Brugada`
	`fn_Indikation_CPVT`
	`fn_Indikation_DCM`
	`fn_Indikation_HCM`
	`fn_Indikation_LQTS`
	`fn_Indikation_Primaer_ventrDysfkt`
	`fn_Indikation_Sekundaer_1`
	`fn_Indikation_Sekundaer_2`
	`fn_Indikation_Sekundaer_3`
	`fn_Indikation_SQTS`
	`fn_Indikation_torsade_de_pointes_VT`
	`fn_IV_QRS120`
	`fn_LeitlinienkonformeIndikation`
	`fn_PermanentesVorhofflimmern`
	`fn_SystemumstellungSMzuCRT`

	`fn_TherapieIneffektiv` `fn_TherapieIneffektiv_seit3Monaten`
Verwendete Listen	`OPS_SystemumstellungSMzuCRT`
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

50005: Leitlinienkonforme Systemwahl

Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Systemwahl

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:B	Herzinsuffizienz	M	0 = nein 1 = NYHA I 2 = NYHA II 3 = NYHA III 4 = NYHA IV	HERZINSUFF
18.1:B	linksventrikuläre Ejektionsfraktion	K	in %	LVEJEKFRAKTION
18.2:B	LVEF nicht bekannt	K	1 = ja	LVEFUNBEKANNT
36.1:B	Betablocker und/oder Ivabradin	K	1 = ja	BETABLOCKER
36.2:B	AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer /Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitoren (ARNI)	K	1 = ja	ACEHEMMER
36.3:B	Diuretika	K	1 = ja	DIURETIKA
36.4:B	Aldosteronantagonisten	K	1 = ja	ALDOSTANTAGONIST
37:B	voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit	M	0 = nein 1 = ja	VORAUSSTIMBEDUERFATRIAL
38:B	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation	M	1 = >= 95% 2 = >= 40% bis < 95% 3 = < 40%	STIMBEDUERFVENTRIKULAER
39:B	Vorhofrhythmus	M	1 = normofrequenter Sinusrhythmus 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen 3 = paroxysmales/ persistierendes Vorhofflimmern/-flattern 4 = permanentes Vorhofflimmern 5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) 9 = sonstige	VORHOFRHYTHMUS
40:B	AV-Block	M	0 = keiner 1 = AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms 2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms 3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz	AVBLOCK

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			5 = AV-Block III. Grades 6 = nicht beurteilbar wegen Vorhof-flimmerns 7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Abla-tion (geplant/durchgeführt)	
41:B	intraventrikuläre Lei-tungsstörungen	M	0 = keine 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock 5 = alternierender Schenkelblock 6 = kein Eigenrhythmus 9 = sonstige	INTRAVENTRIKLEITSTOERICD
42:B	QRS-Komplex	K	1 = < 120 ms 2 = 120 bis < 130 ms 3 = 130 bis < 140 ms 4 = 140 bis < 150 ms 5 = >= 150 ms	QRSKOMPLEX
44:B	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
48:B	System	M	1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vor-hofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	ADEFISYSTEM

Eigenschaften und Berechnung

ID	50005
Bezeichnung	Leitlinienkonforme Systemwahl
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl zum ICD **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD,DDD), CRT-System oder subkutanem ICD
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/4:B
Zähler (Formel)	`fn_LeitlinienkonformeSystemwahl`
Nenner (Formel)	`ADEFISYSTEM %!=% 9`

Verwendete Funktionen	`fn_AVBlock_Ablation`
	`fn_CRTIndikation_AF`
	`fn_CRTIndikation_SIN`
	`fn_CRTIndikation_SM_NOV`
	`fn_CRTIndikation_SM_UPG`
	`fn_hoheAtrialeStimulation`
	`fn_hoheVentrikulaereStimulation`
	`fn_Indikation_System_CRTmitVorhofsonde`
	`fn_Indikation_System_CRTohneVorhofsonde`
	`fn_Indikation_System_DDD`
	`fn_Indikation_System_SICD`
	`fn_Indikation_System_VDD`
	`fn_Indikation_System_VVI1`
	`fn_Indikation_System_VVI2`
	`fn_IV_Linksschenkelblock`
	`fn_IV_QRS120`
	`fn_LeitlinienkonformeSystemwahl`
	`fn_PermanentesVorhofflimmern`
	`fn_SystemumstellungSMzuCRT`
	`fn_TherapieIneffektiv`

Verwendete Listen	`OPS_SystemumstellungSMzuCRT`

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

52131: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

Qualitätsziel	Möglichst kurze Eingriffsdauer

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
46:B	Dauer des Eingriffs	M	in Minuten	OPDAUER
48:B	System	M	1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	ADEFISYSTEM
09/5: 18:B	Dauer des Eingriffs	M	in Minuten	OPDAUER

Eigenschaften und Berechnung

ID	52131
Bezeichnung	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 60,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 60,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Auf Vorschlag der Bundesfachgruppe wird ab 2013 der Schwellenwert für die Eingriffsdauer bei Implantation eines Einkammersystems auf 60 Minuten, bei Implantation eines Zweikammersystems auf 90 Minuten, bei Implantation eines CRT-Systems auf 180 Minuten und bei einem Aggregatwechsel auf 60 Minuten reduziert. Die Grenze des Referenzbereichs wird für alle Eingriffsarten und Systeme auf ≥ 60,00 % festgelegt. Die Festlegung erfolgte vor dem Hintergrund publizierter Ergebnisse zur Dauer von Defibrillatoreingriffen und der Ergebnisse der Bundesauswertung 2012.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Anwendung systemspezifischer Schwellenwerte
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit einer Eingriffsdauer - bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI) - bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD) - bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems - bis 60 Minuten bei Aggregatwechsel **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Defibrillator-Implantation (09/4) und implantiertem Einkammersystem (VVI), Zweikammersystem (VDD, DDD) oder CRT-System sowie alle Patienten mit Defibrillator-Aggregatwechsel (09/5)
Erläuterung der Rechenregel	Ab dem Erfassungsjahr 2017 werden die bislang separaten Qualitätsindikatoren zur Eingriffsdauer in den Auswertungsmodulen Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4) und Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5) zusammengefasst. Der neue Qualitätsindikator zur Eingriffsdauer wird im Auswertungsmodul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4) berichtet.
Teildatensatzbezug	09/4:B; 09/5:B

Formel	`sum_indicator(`
	`  list(module = "09/4", id = "61537_52131"),`
	`  list(module = "09/5", id = "61538_52131")`
	`)`

Kalkulatorische Kennzahlen	
	Art des Wertes | Kalkulatorische Kennzahl

	ID	61537_52131
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52131
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Eingriffsdauer im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)
	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/4:B
	Zähler	`(ADEFISYSTEM %==% 1 & OPDAUER %<=% 60) | (ADEFISYSTEM %in% c(2,3) & OPDAUER %<=% 90) | (ADEFISYSTEM %in% c(4,5) & OPDAUER %<=% 180)`
	Nenner	`!ADEFISYSTEM %in% c(6,9)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	61538_52131
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52131
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Eingriffsdauer im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5)
	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/5:B
	Zähler	`TRUE WENN OPDAUER %<=% 60`
	Nenner	`TRUE`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

131801: Dosis-Flächen-Produkt

Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
47.1:B	Dosis-Flächen-Produkt	K	in (cGy)* cm²	FLDOSISSMICD
47.2:B	Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	K	1 = ja	FLDOSISUNB
47.3:B	keine Durchleuchtung durchgeführt	K	1 = ja	KEINEDL
48:B	System	M	1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	ADEFISYSTEM

Eigenschaften und Berechnung

ID	131801
Bezeichnung	Dosis-Flächen-Produkt
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Body-Mass-Index (BMI)
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 1.000 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System - über 1.700 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm² bei CRT-System **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem Einkammer- (VVI) bzw. VDD-System, Zweikammersystem (DDD) oder CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 1.000 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System - über 1.700 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm² bei CRT-System **E (expected)** Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 1.000 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System - über 1.700 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm² bei CRT-System, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für ID 131801
Erläuterung der Rechenregel	Die Schwellenwerte wurden nach der Methode des Bundesamts für Strahlenschutz ermittelt (75. Perzentil der Einrichtungsmittelwerte) auf Basis der Daten der Erfassungsjahre 2015 bis 2018. Fälle mit nicht bekanntem Dosis-Flächen-Produkt werden wie Fälle gewertet, bei denen der Schwellenwert überschritten wurde.

Teildatensatzbezug	09/4:B	
Zähler (Formel)	`O_131801`	
Nenner (Formel)	`E_131801`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_131801
	Bezug zu QS-Ergebnissen	131801
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 1.000 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System - über 1.700 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm² bei CRT-System
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	09/4:B
	Zähler	`((ADEFISYSTEM %in% c(1,3) & FLDOSISSMICD %>% 1000) | (ADEFISYSTEM %==% 2 & FLDOSISSMICD %>% 1700) | (ADEFISYSTEM %in% c(4,5) & FLDOSISSMICD %>% 4900)) | !is.na(FLDOSISUNB)`
	Nenner	`ADEFISYSTEM %in% c(1,2,3,4,5) & is.na(KEINEDL)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_131801
	Bezug zu QS-Ergebnissen	131801
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 1.000 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI) und VDD-System - über 1.700 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.900 cGy x cm² bei CRT-System, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für ID 131801
	Operator	Summe

	Teildatensatzbezug	09/4:B
	Zähler	`fn_M09N4Score_131801`
	Nenner	`ADEFISYSTEM %in% c(1,2,3,4,5) & is.na(KEINEDL)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_M09N4Score_131801`	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

52316: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
48:B	System	M	1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	ADEFISYSTEM
50.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVOREIZ
50.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	ASONVOREIZN
51.1:B	P-Wellen-Amplitude	K	in mV	ASONVOPWEL
51.2:B	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVOPWELN
53.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVEREIZ
53.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVEREIZNDEFI
54.1:B	R-Amplitude	K	in mV	ASONVERAMP
54.2:B	R-Amplitude nicht gemessen	K	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVERAMPNDEFI
09/6: 21:B	aktives System (nach dem Eingriff)	M	0 = keines (Explantation oder Stilllegung) 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	ADEFISYSTEMREV
09/6: 26:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation	ADEFISONVOARTVO

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			7 = Stilllegung 99 = sonstiges	
09/6: 29.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVOREIZ
09/6: 29.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	ASONVOREIZN
09/6: 30.1:B	P-Wellen-Amplitude	K	in mV	ASONVOPWEL
09/6: 30.2:B	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVOPWELN
09/6: 31:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde 8 = Stilllegung des Defibrillationsanteils der Sonde 9 = Stilllegung der gesamten Sonde 99 = sonstiges	ADEFISONVEARTVO
09/6: 34:B	Position	K	1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 9 = andere	DEFIPOSITION
09/6: 35.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVEREIZ
09/6: 35.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = separate Pace/Sense-Sonde 9 = aus anderen Gründen	ASONVEREIZNDEFISONDE
09/6: 36.1:B	R-Amplitude	K	in mV	ASONVERAMP
09/6: 36.2:B	R-Amplitude nicht gemessen	K	1 = separate Pace/Sense-Sonde 2 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVERAMPNDEFISONDE
09/6: 37:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation	ADEFISONVE2ARTVO

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			7 = Stilllegung 99 = sonstiges	
09/6: 40:B	Position	K	1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere	DEFIPOSITION2
09/6: 41.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVE2REIZ
09/6: 41.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVE2REIZN
09/6: 42.1:B	R-Amplitude	K	in mV	ASONVE2RAMP
09/6: 42.2:B	R-Amplitude nicht gemessen	K	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVE2RAMPN
09/6: 43:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	ADEFISONVE3ARTVO
09/6: 46:B	Position	K	1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere	DEFIPOSITION3
09/6: 47.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVE3REIZ
09/6: 47.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVE3REIZN
09/6: 48.1:B	R-Amplitude	K	in mV	ASONVE3RAMP
09/6: 48.2:B	R-Amplitude nicht gemessen	K	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVE3RAMPN

Eigenschaften und Berechnung

ID	52316
Bezeichnung	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Anwendung spezifischer Akzeptanzbereiche für Sonden (Vorhof- vs. Ventrikelsonden) resp. Arten von Messungen (Reizschwellen vs. Signalamplituden)
Rechenregeln	**Zähler** Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: - Reizschwelle bei Vorhofsonden: über 0,0 V bis 1,5 V - Reizschwelle bei Ventrikelsonden: über 0,0 V bis 1,0 V - P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden: 1,5 mV bis 15,0 mV - R-Amplitude bei Ventrikelsonden: 4,0 mV bis 30,0 mV **Nenner** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus dem Modul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss: - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonden unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus

Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d. h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten)	
Teildatensatzbezug	09/4:B; 09/6:B	

Formel	`sum_indicator(`
	`  list(module = "09/4", id = "52317_52316"),`
	`  list(module = "09/6", id = "52323_52316")`
	`)`	

Kalkulatorische Kennzahlen		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	52317_52316
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52316
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen, im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)
	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/4:B

	Zähler	`fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel`
		WENN
		`fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel`
		`%>% 0`

	Nenner	`fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert`
		WENN
		`fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert`
		`%>% 0`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	52323_52316
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52316
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen, im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)

	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/6:B

	Zähler	`fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel`
		`WENN`
		`TRUE`

	Nenner	`fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert`
		`WENN`
		`TRUE`

	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_Amplitude_implantierteVE1`
	`fn_Amplitude_implantierteVE1_ge4mV`
	`fn_Amplitude_implantierteVO`
	`fn_Amplitude_implantierteVO_ge1_5mV`
	`fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel`
	`fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert`
	`fn_Reizschwelle_implantierteVE1`
	`fn_Reizschwelle_implantierteVE1_le1V`
	`fn_Reizschwelle_implantierteVO`
	`fn_Reizschwelle_implantierteVO_le1_5V`
	`09/6: fn_Amplitude_implantierteVE1`
	`09/6: fn_Amplitude_implantierteVE1_ge4mV`
	`09/6: fn_Amplitude_implantierteVE2`
	`09/6: fn_Amplitude_implantierteVE2_ge4mV`
	`09/6: fn_Amplitude_implantierteVE3`
	`09/6: fn_Amplitude_implantierteVE3_ge4mV`
	`09/6: fn_Amplitude_implantierteVO`
	`09/6: fn_Amplitude_implantierteVO_ge1_5mV`
	`09/6: fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel`
	`09/6: fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert`
	`09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVE1`
	`09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVE1_le1V`
	`09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVE2`
	`09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVE2_le1V`
	`09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVE3`
	`09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVE3_le1V`
	`09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVO`
	`09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVO_le1_5V`	

Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Bezeichnung Gruppe	Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

131802: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
59.1:B	kardiopulmonale Reanimation	K	1 = ja	KARDIOPULREANIMATION
59.2:B	interventionspflichtiger Pneumothorax	K	1 = ja	PNEUMOTHORAX
59.3:B	interventionspflichtiger Hämatothorax	K	1 = ja	HAEMATOTHORA
59.4:B	interventionspflichtiger Perikarderguss	K	1 = ja	PERIOPKOMPPERIKARDERGUSS
59.5:B	interventionspflichtiges Taschenhämatom	K	1 = ja	TASCHHAEMATO
59.8:B	postoperative Wundinfektion	K	1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTIONJL
59.9:B	sonstige interventionspflichtige Komplikation	K	1 = ja	PEROPKOMPSON

Eigenschaften und Berechnung

ID	131802
Bezeichnung	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 2,50 %
Referenzbereich 2020	≤ 2,50 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Auf Empfehlung der Bundesfachgruppe hin wurde ab dem Erfassungsjahr 2014 der perzentilbasierte Referenzbereich durch einen festen Referenzbereich, wie er bereits im Modul Herzschrittmacher-Implantation angewendet wird, ersetzt, um eine Vereinheitlichung zwischen den Herzschrittmacher- und Defibrillator-Modulen zu erreichen. Nachdem ab dem Erfassungsjahr 2018 nun auch kardiopulmonale Reanimationen und sonstige interventionspflichtige Komplikationen für diesen Indikator berücksichtigt werden, wurde der Referenzbereich angepasst, indem er mit dem Faktor multipliziert wurde, um den sich das Bundesergebnis durch die Erweiterung des Zählers erhöht hat.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Bei einem häufigen Auftreten von Pneumothoraces bzw. Hämatothoraces, sollte im Rahmen des Strukturierten Dialogs geprüft werden, welche venösen Zugangswege in der Regel für den Sondenvorschub gewählt wurden (siehe Kennzahl „Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden“). Ein Sondenvorschub über die Vena subclavia geht meist mit einem höheren Risiko für einen Pneumothorax bzw. Hämatothorax einher als ein Sondenvorschub über die Vena cephalica. Wird (fast) immer die Vena subclavia in einem Krankenhausstandort zum venösen Sondenvorschub verwendet und liegt zugleich eine relativ hohe Anzahl aufgetretener Pneumothoraces bzw. Hämatothoraces vor, sollte ggf. ein Wechsel des bevorzugten venösen Zugangswegs vorgeschlagen werden. Die Bundesfachgruppe empfiehlt dies insbesondere, wenn der Anteil an Pneumothoraces und Hämatothoraces an allen Defibrillatorimplantationen bei über 1 % und der Anteil der Kennzahl „Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden“ bei über 90 % liegt.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/4:B

Zähler (Formel)	`KARDIOPULREANIMATION %==% 1 |`
	`PNEUMOTHORAX %==% 1 |`
	`HAEMATOTHORA %==% 1 |`
	`PERIOPKOMPPERIKARDERGUSS %==% 1 |`
	`TASCHHAEMATO %==% 1 |`
	`POSTOPWUNDINFEKTIONJL %==% 1 |`
	`PEROPKOMPSON %==% 1`

Nenner (Formel)	TRUE
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

52325: Sondendislokation oder -dysfunktion

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
48:B	System	M	1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	ADEFISYSTEM
59.6:B	revisionsbedürftige Sondendislokation	K	1 = ja	SONDENDISLOK
59.7:B	revisionsbedürftige Sondendysfunktion	K	1 = ja	SONDENDYSFNK

Eigenschaften und Berechnung

ID	52325
Bezeichnung	Sondendislokation oder -dysfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 3,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 3,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Auf Empfehlung der Bundesfachgruppe hin wird der feste Referenzbereich aus dem Modul Herzschrittmacher-Implantation übernommen, um eine Vereinheitlichung zwischen den Herzschrittmacher- und Defibrillator-Modulen zu erreichen.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ohne S-ICD-System
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/4:B
Zähler (Formel)	`SONDENDISLOK %==% 1 | SONDENDYSFNK %==% 1`
Nenner (Formel)	`ADEFISYSTEM %!=% 6`
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51186: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
63:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

Eigenschaften und Berechnung

ID	51186	
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Datenquelle	QS-Daten	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung	
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)	
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.	
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter ASA-Klassifikation AV-Block Führende klinische Symptomatik Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) Nierenfunktion: Kreatinin	
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Patientinnen und Patienten **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für ID 51186	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	09/4:B	
Zähler (Formel)	O_51186	
Nenner (Formel)	E_51186	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51186
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51186

	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	09/4:B
	Zähler	`ENTLGRUND %==% "07"`
	Nenner	TRUE
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51186
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51186
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-IMPL-Score für ID 51186
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	09/4:B
	Zähler	`fn_M09N4Score_51186`
	Nenner	TRUE
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_M09N4Score_51186`	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

132000: Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren

Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat bzw. Sonde)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
44:B	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
63:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Quartal der Operation	-	quartal(OPDATUM)	opquartal
09/5: 14:B	Indikation zum Aggregatwechsel	M	1 = Batterieerschöpfung 2 = Fehlfunktion/Rückruf 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	AGGWECHSIND
09/5: 15:B	Ort der letzten ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP
09/5: EF*	Quartal der Operation	-	quartal(OPDATUM)	opquartal
09/6: 15:B	Indikation zum Eingriff am Aggregat	M	0 = keine aggregatbezogene Indikation 1 = Batterieerschöpfung 3 = Fehlfunktion/Rückruf 4 = vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	AGGREGATPROBLEM
09/6: 19:B	Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP
09/6: 27:B	Problem	K	s. Anhang: DefiAsonIndik	DEFIASONVOINDIK
09/6: 32:B	Problem	K	s. Anhang: DefiAsonVeIndik	DEFIASONVEINDIK
09/6: 38:B	Problem	K	s. Anhang: DefiAsonIndik	DEFIASONVE2INDIK
09/6: 44:B	Problem	K	s. Anhang: DefiAsonIndik	DEFIASONVE3INDIK
09/6: 50:B	Problem	K	0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Infektion 5 = Myokardperforation	DEFIASONANDINDIK

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			6 = ineffektive Defibrillation 7 = Rückruf/Sicherheitswarnung 8 = wachstumsbedingte Sondenrevision 9 = sonstige	
09/6: EF*	Quartal der Operation	-	quartal(OPDATUM)	opquartal

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	132000
Bezeichnung	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Der Referenzbereich wird ausgesetzt, bis vollständig beobachtete Follow-up-Zeiträume von sechs Jahren nach ICD-Erstimplantation vorliegen.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Vergleichszeitpunkt	6 Jahre nach ICD-Erstimplantation
Rechenregeln	**Zähler** Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel oder im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation dokumentierten) aufgrund von Hardwareproblemen durchgeführten Eingriffe innerhalb von sechs Jahren nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Defibrillator- oder Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt. **Nenner** Alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation dokumentierten) ICD-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von sechs Jahren beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind.
Zensierung der Beobachtungsdauer	Ein Ersteingriff gilt in der Follow-up-Auswertung als nicht mehr unter Beobachtung stehend, sobald eine weitere Implantation oder ein weiterer Folgeeingriff eintritt. Derzeit kann nicht berücksichtigt werden, wenn Patienten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes versterben.
Erläuterung der Rechenregel	Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle ICD-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von sechs Jahren beobachtet wurde. Da erst seit dem Erfassungsjahr 2018 Daten erhoben werden, die eine Verknüpfung der QS-Daten wiederholter stationärer Aufenthalte einer Patientin bzw. eines Patienten ermöglichen, liegen für das aktuelle Erfassungsjahr keine ICD-Erstimplantationen mit vollständigem Follow-up-Zeitraum von sechs Jahren vor. Die Berechnung des Indikators ist daher ausgesetzt, bis Erstimplantationen mit vollständigem Follow-up-Zeitraum vorliegen. Da das Datenfeld „Indikation zum Aggregatwechsel“ aus dem Modul 09/5 im

	Erfassungsjahr 2018 nicht erhoben wurde, werden Folgeeingriffe aufgrund von Aggregatwechseln aus diesem Erfassungsjahr im Indikator nicht als Zähler-Ereignisse bewertet.
Teildatensatzbezug	ICD_HWP:FU
Beschreibung Teildatensatz	In der Sprache der relationalen Algebra ist der Datensatz ICD_HWP:FU definiert als linker äußerer Verbund (LEFT OUTER JOIN) des Datensatzes a) aller ICD-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen ICD-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr mit vorhandenem Versichertenpseudonym vorliegt, und dem Datensatz b) aller Folgeeingriffe (aufgrund eines prozedurassoziierten Problems, eines Hardwareproblems oder einer Infektion bzw. Aggregatperforation) mit vorhandenem Versichertenpseudonym über den kombinierten Schlüssel aus Versichertenpseudonym, Geburtsjahr und Geschlecht. Der Datensatz ICD_HWP:FU besteht aus den Spalten: - gebjahr: Geburtsjahr der Versicherten (Exportfeld) - GESCHLECHT: Geschlecht der Versicherten - IKNRKH: Krankenhauspseudonym der erstimplantierenden Einrichtung - STANDORTOPS: Standortnummer des erstimplantierenden Standortes - RegistrierNr: Registriernummer des Index-Behandlungsfalles - Vorgangsnr: Vorgangsnummer des Index-Behandlungsfalles - ENTLGRUND: Entlassungsgrund des Indexeingriffes - OPDATUM: OP-Datum des Indexeingriffes - … : weitere Risikofaktoren zum Indexeingriff - FU_OPDATUM: OP-Datum des Folgeeingriffes - …: Weitere Informationen zum Folgeeingriff - Beobachtungszeit: Zeit zwischen Erst- und Folgeeingriff oder Zensierung (in Tagen), berechnet über das Jahr und Quartal der Eingriffe Das Präfix „FU_“ beschreibt die Assoziation des Datenfeldes mit dem Folgeeingriff.

Formel	`AJ <- VB$Auswertungsjahr[[1]] - 1L`
	
	`follow_up_rate(`
	`dataset = get_dataset_by_name("FUM09N4"),`
	`denominator = to_year(opquartal) %==% AJ &`
	`ENTLGRUND %!=% "07" & !fn_SystemumstellungSMzuICD,`
	`numerator = !is.na(FU_opquartal) &`
	`(FU_AGGWECHSIND %in% c(2,9) |`
	`(FU_AGGREGATPROBLEM %in% c(3,9) |`
	`FU_DEFIASONVOINDIK %==% 10 |`
	`FU_DEFIASONVEINDIK %==% 11 |`
	`FU_DEFIASONVE2INDIK %==% 10 |`
	`FU_DEFIASONVE3INDIK %==% 10 |`
	`FU_DEFIASONANDINDIK %==% 7 |`
	`(`
	`(FU_DEFIASONVOINDIK %==% 2 |`
	`FU_DEFIASONVEINDIK %==% 2 |`
	`FU_DEFIASONVE2INDIK %==% 2 |`
	`FU_DEFIASONVE3INDIK %==% 2 |`
	`FU_DEFIASONANDINDIK %==% 2) &`
	`Beobachtungszeit %>% 365`
	`)`
	`)`
	`) &`
	`FU_ORTLETZTEOP %in% c(1,2) &`
	`Beobachtungszeit %<=% 2190`
	`)`

Verwendete Funktionen	`fn_SystemumstellungSMzuICD`

Verwendete Listen	`OPS_SystemumstellungSMzuICD`
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

132001: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
44:B	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
63:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Quartal der Operation	-	quartal(OPDATUM)	opquartal
09/5: 15:B	Ort der letzten ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP
09/5: EF*	Quartal der Operation	-	quartal(OPDATUM)	opquartal
09/6: 16:B	Taschenproblem	M	0 = kein Taschenproblem 1 = Taschenhämatom 2 = Aggregatperforation 3 = Infektion 9 = sonstiges Taschenproblem	TASCHENPROBLEM
09/6: 19:B	Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP
09/6: 27:B	Problem	K	s. Anhang: DefiAsonIndik	DEFIASONVOINDIK
09/6: 32:B	Problem	K	s. Anhang: DefiAsonVeIndik	DEFIASONVEINDIK
09/6: 38:B	Problem	K	s. Anhang: DefiAsonIndik	DEFIASONVE2INDIK
09/6: 44:B	Problem	K	s. Anhang: DefiAsonIndik	DEFIASONVE3INDIK
09/6: 50:B	Problem	K	0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Infektion 5 = Myokardperforation 6 = ineffektive Defibrillation 7 = Rückruf/Sicherheitswarnung 8 = wachstumsbedingte Sondenrevision 9 = sonstige	DEFIASONANDINDIK
09/6: EF*	Quartal der Operation	-	quartal(OPDATUM)	opquartal

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	132001
Bezeichnung	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Art des Systems Geschlecht Alter Body-Mass-Index (BMI) Herzinsuffizienz
Vergleichszeitpunkt	1 Jahr nach ICD-Erstimplantation
Rechenregeln	**Zähler** Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation dokumentierten) aufgrund von prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Defibrillator- oder Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt. **Nenner** Alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation dokumentierten) ICD-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2020), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum **E (expected)** Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 132001

Zensierung der Beobachtungsdauer	Ein Ersteingriff gilt in der Follow-up-Auswertung als nicht mehr unter Beobachtung stehend, sobald eine weitere Implantation oder ein weiterer Folgeeingriff eintritt. Derzeit kann nicht berücksichtigt werden, wenn Patienten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes versterben.
Erläuterung der Rechenregel	Das aktuellste Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen ICD-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr vorliegt, ist 2020. Alle ICD-Erstimplantationen aus dem Erfassungsjahr 2020 (außer Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator) bilden daher die Grundgesamtheit des Indikators.
Teildatensatzbezug	ICD_PAP:FU
Beschreibung Teildatensatz	In der Sprache der relationalen Algebra ist der Datensatz ICD_PAP:FU definiert als linker äußerer Verbund (LEFT OUTER JOIN) des Datensatzes a) aller ICD-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen ICD-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr mit vorhandenem Versichertenpseudonym vorliegt, und dem Datensatz b) aller Folgeeingriffe (aufgrund eines prozedurassoziierten Problems, eines Hardwareproblems oder einer Infektion bzw. Aggregatperforation) mit vorhandenem Versichertenpseudonym über den kombinierten Schlüssel aus Versichertenpseudonym, Geburtsjahr und Geschlecht. Der Datensatz ICD_PAP:FU besteht aus den Spalten: - gebjahr: Geburtsjahr der Versicherten (Exportfeld) - GESCHLECHT: Geschlecht der Versicherten - IKNRKH: Krankenhauspseudonym der erstimplantierenden Einrichtung - STANDORTOPS: Standortnummer des erstimplantierenden Standortes - RegistrierNr: Registriernummer des Index-Behandlungsfalles - Vorgangsnr: Vorgangsnummer des Index-Behandlungsfalles - ENTLGRUND: Entlassungsgrund des Indexeingriffes - OPDATUM: OP-Datum des Indexeingriffes - … : weitere Risikofaktoren zum Indexeingriff - FU_OPDATUM: OP-Datum des Folgeeingriffes - …: Weitere Informationen zum Folgeeingriff - Beobachtungszeit: Zeit zwischen Erst- und Folgeeingriff oder Zensierung (in Tagen), berechnet über das Jahr und Quartal der Eingriffe Das Präfix „FU_“ beschreibt die Assoziation des Datenfeldes mit dem Folgeeingriff.

Formel	`AJ <- VB$Auswertungsjahr[[1]] - 1L`
	
	`follow_up_oe(`
	`dataset = get_dataset_by_name("FUM09N4"),`
	`denominator = to_year(opquartal) %==% AJ &`
	`ENTLGRUND %!=% "07" & !fn_SystemumstellungSMzuICD,`
	`numerator = !is.na(FU_opquartal) &`
	`(FU_TASCHENPROBLEM %in% c(1,9) |`
	`FU_DEFIASONVOINDIK %in% c(1,2,3,4,5,6,7,9,99) |`
	`FU_DEFIASONVEINDIK %in% c(1,2,3,4,5,6,7,9,99) |`
	`FU_DEFIASONVE2INDIK %in% c(1,2,3,4,5,6,7,9,99) |`
	`FU_DEFIASONVE3INDIK %in% c(1,2,3,4,5,6,7,9,99) |`
	`FU_DEFIASONANDINDIK %in% c(1,2,3,5,9)`
	`) &`
	`FU_ORTLETZTEOP %in% c(1,2) &`
	`Beobachtungszeit %<=% 365,`
	`expected_events = "expected_events_132001"`
	`)`

Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_132001
	Bezug zu QS-Ergebnissen	132001
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	ICD_PAP:FU
	Formel	`result <- import_indicator( module = "09/4", id = "132001") as_o_indicator_result(result)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_132001
	Bezug zu QS-Ergebnissen	132001
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 132001
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	ICD_PAP:FU
	Formel	`result <- import_indicator( module = "09/4", id = "132001") as_e_indicator_result(result)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_SystemumstellungSMzuICD`	
Verwendete Listen	`OPS_SystemumstellungSMzuICD`	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

132002: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
44:B	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
63:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Quartal der Operation	-	quartal(OPDATUM)	opquartal
09/5: 15:B	Ort der letzten ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP
09/5: EF*	Quartal der Operation	-	quartal(OPDATUM)	opquartal
09/6: 16:B	Taschenproblem	M	0 = kein Taschenproblem 1 = Taschenhämatom 2 = Aggregatperforation 3 = Infektion 9 = sonstiges Taschenproblem	TASCHENPROBLEM
09/6: 19:B	Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP
09/6: 27:B	Problem	K	s. Anhang: DefiAsonIndik	DEFIASONVOINDIK
09/6: 32:B	Problem	K	s. Anhang: DefiAsonVeIndik	DEFIASONVEINDIK
09/6: 38:B	Problem	K	s. Anhang: DefiAsonIndik	DEFIASONVE2INDIK
09/6: 44:B	Problem	K	s. Anhang: DefiAsonIndik	DEFIASONVE3INDIK
09/6: 50:B	Problem	K	0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Infektion 5 = Myokardperforation 6 = ineffektive Defibrillation 7 = Rückruf/Sicherheitswarnung 8 = wachstumsbedingte Sondenrevision 9 = sonstige	DEFIASONANDINDIK
09/6: EF*	Quartal der Operation	-	quartal(OPDATUM)	opquartal

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	132002
Bezeichnung	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Diabetes mellitus Geschlecht Art des Systems Alter Body-Mass-Index (BMI) Herzinsuffizienz
Vergleichszeitpunkt	1 Jahr nach ICD-Erstimplantation
Rechenregeln	**Zähler** Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation dokumentierten) aufgrund von Infektion oder Aggregatperforation durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Defibrillator- oder Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt. **Nenner** Alle (im Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation dokumentierten) ICD-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2020), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum **E (expected)** Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 132002

Zensierung der Beobachtungsdauer	Ein Ersteingriff gilt in der Follow-up-Auswertung als nicht mehr unter Beobachtung stehend, sobald eine weitere Implantation oder ein weiterer Folgeeingriff eintritt. Derzeit kann nicht berücksichtigt werden, wenn Patienten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes versterben.
Erläuterung der Rechenregel	Das aktuellste Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen ICD-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr vorliegt, ist 2020. Alle ICD-Erstimplantationen aus dem Erfassungsjahr 2020 (außer Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator) bilden daher die Grundgesamtheit des Indikators.
Teildatensatzbezug	ICD_PAP:FU
Beschreibung Teildatensatz	In der Sprache der relationalen Algebra ist der Datensatz ICD_INF:FU definiert als linker äußerer Verbund (LEFT OUTER JOIN) des Datensatzes a) aller ICD-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen ICD-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr mit vorhandenem Versichertenpseudonym vorliegt, und dem Datensatz b) aller Folgeeingriffe (aufgrund eines prozedurassoziierten Problems, eines Hardwareproblems, einer Infektion bzw. Aggregatperforation oder aufgrund von Batterieerschöpfung) mit vorhandenem Versichertenpseudonym über den kombinierten Schlüssel aus Versichertenpseudonym, Geburtsjahr und Geschlecht. Der Datensatz ICD_INF:FU besteht aus den Spalten: - gebjahr: Geburtsjahr der Versicherten (Exportfeld) - GESCHLECHT: Geschlecht der Versicherten - IKNRKH: Krankenhauspseudonym der erstimplantierenden Einrichtung - STANDORTOPS: Standortnummer des erstimplantierenden Standortes - RegistrierNr: Registriernummer des Index-Behandlungsfalles - Vorgangsnr: Vorgangsnummer des Index-Behandlungsfalles - ENTLGRUND: Entlassungsgrund des Indexeingriffes - OPDATUM: OP-Datum des Indexeingriffes - … : weitere Risikofaktoren zum Indexeingriff - FU_OPDATUM: OP-Datum des Folgeeingriffes - …: Weitere Informationen zum Folgeeingriff - Beobachtungszeit: Zeit zwischen Erst- und Folgeeingriff oder Zensierung (in Tagen), berechnet über das Jahr und Quartal der Eingriffe Das Präfix „FU_“ beschreibt die Assoziation des Datenfeldes mit dem Folgeeingriff.

Formel	`AJ <- VB$Auswertungsjahr[[1]] - 1L`
	
	`follow_up_oe(`
	`dataset = get_dataset_by_name("FUM09N4"),`
	`denominator = to_year(opquartal) %==% AJ &`
	`ENTLGRUND %!=% "07" & Beobachtungszeit %>% 0 &`
	`!fn_SystemumstellungSMzuICD,`
	`numerator = !is.na(FU_opquartal) &`
	`(FU_TASCHENPROBLEM %in% c(2,3) |`
	`FU_DEFIASONVOINDIK %==% 8 |`
	`FU_DEFIASONVEINDIK %==% 8 |`
	`FU_DEFIASONVE2INDIK %==% 8 |`
	`FU_DEFIASONVE3INDIK %==% 8 |`
	`FU_DEFIASONANDINDIK %==% 4`
	`) &`
	`FU_ORTLETZTEOP %in% c(1,2) &`
	`Beobachtungszeit %<=% 365,`
	`expected_events = "expected_events_132002"`
	`)`

Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_132002
	Bezug zu QS-Ergebnissen	132002
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	ICD_INF:FU
	Formel	`result <- import_indicator( module = "09/4", id = "132002") as_o_indicator_result(result)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_132002
	Bezug zu QS-Ergebnissen	132002
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 132002
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	ICD_INF:FU
	Formel	`result <- import_indicator( module = "09/4", id = "132002") as_e_indicator_result(result)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_SystemumstellungSMzuICD`	
Verwendete Listen	`OPS_SystemumstellungSMzuICD`	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

132003: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation

Qualitätsziel	Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
48:B	System	M	1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	ADEFISYSTEM
55:B	Linksventrikuläre Sonde aktiv?	K	0 = nein 1 = ja	LINKSVENTSONDEAKTIVJN

Eigenschaften und Berechnung

ID	132003
Bezeichnung	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase. Eine Prüfung, ob dieser QI mit Referenzbereich eingeführt wird, steht noch aus. Der QI wird ggf. modifiziert.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit aktiver linksventrikulärer Sonde bei Entlassung **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem CRT-System
Erläuterung der Rechenregel	Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase. Eine Prüfung, ob dieser QI mit Referenzbereich eingeführt wird, steht noch aus. Der QI wird ggf. modifiziert.
Teildatensatzbezug	09/4:B
Zähler (Formel)	`LINKSVENTSONDEAKTIVJN %==% 1`
Nenner (Formel)	`ADEFISYSTEM %in% c(4,5)`
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: DefiAsonIndik	
0	Systemumstellung
1	Dislokation
2	Sondenbruch/Isolationsdefekt
3	fehlerhafte Konnektion
4	Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken
5	Oversensing
6	Undersensing
7	Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg
8	Infektion
9	Myokardperforation
10	Rückruf/Sicherheitswarnung
11	wachstumsbedingte Sondenrevision
99	sonstige

Schlüssel: DefiAsonVeIndik	
0	Systemumstellung
1	Dislokation
2	Sondenbruch/Isolationsdefekt
3	fehlerhafte Konnektion
4	Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken
5	Oversensing
6	Undersensing
7	Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg
8	Infektion
9	Myokardperforation
10	ineffektive Defibrillation
11	Rückruf/Sicherheitswarnung
12	wachstumsbedingte Sondenrevision
99	sonstige

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Schlüssel: Herzerkrankung	
0	nein
1	ischämische Kardiomyopathie
2	Dilatative Kardiomyopathie DCM
3	Hypertensive Herzerkrankung
4	erworbener Klappenfehler
5	angeborener Herzfehler
6	Brugada-Syndrom
7	Kurzes QT-Syndrom
8	Langes QT-Syndrom
9	Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM)
10	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)
11	Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)
12	short-coupled torsade de pointes VT
99	sonstige Herzerkrankung

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
OPS_SystemumstellungSMzuCRT	OPS	Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf CRT-D-System	`5-378.bb%, 5-378.bc%, 5-378.d7%, 5-378.d8%`
OPS_SystemumstellungSMzuICD	OPS	Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf Defibrillator	`5-378.b8%, 5-378.b9%, 5-378.ba%, 5-378.bb%, 5-378.bc%, 5-378.bd%, 5-378.d4%, 5-378.d5%, 5-378.d6%, 5-378.d7%, 5-378.d8%, 5-378.d9%`

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2021

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Amplitude_implantierteVE1	boolean	Messung: R-Amplitude der implantierten rechtsventrikulären Sonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus)	`!is.na(ASONVERAMP) | ASONVERAMPNDEFI %==% 9`
fn_Amplitude_implantierteVE1_ge4mV	boolean	Messwerte: R-Amplitude der implantierten rechtsventrikulären Sonde zwischen 4,0 und 30,0 mV	`ASONVERAMP %between% c(4.0, 30.0)`
fn_Amplitude_implantierteVO	boolean	Messung: P-Wellen-Amplitude der implantierten Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)	`!is.na(ASONVOPWEL) | ASONVOPWELN %==% 9`
fn_Amplitude_implantierteVO_ge1_5mV	boolean	Messwerte: P-Wellen-Amplitude der implantierten Vorhofsonde zwischen 1,5 und 15,0 mV	`ASONVOPWEL %between% c(1.5, 15.0)`

fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel	integer	Anzahl der akzeptablen Messwerte für implantierte Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVO_le1_5V,`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVE1_le1V,`
			`fn_Amplitude_implantierteVO_ge1_5mV,`
			`fn_Amplitude_implantierteVE1_ge4mV`
			`)`

fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert	integer	Anzahl der Messungen implantierter Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVO,`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVE1,`
			`fn_Amplitude_implantierteVO,`
			`fn_Amplitude_implantierteVE1`
			`)`

fn_AVBlock_Ablation	boolean	AV-Block (nach Ablation)	`AVBLOCK %==% 7`

fn_CRTIndikation	boolean	Indikation für kardiale Resynchronisationstherapie (CRT-Indikation)	`(fn_PermanentesVorhofflimmern & fn_CRTIndikation_AF)`
			`|`
			`(`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

			`!fn_PermanentesVorhofflimmern &`
			`(fn_CRTIndikation_SIN |`
			`fn_CRTIndikation_SM_UPG |`
			`fn_CRTIndikation_SM_NOV)`
			`)`

fn_CRTIndikation_AF	boolean	Indikation für kardiale Resynchronisationstherapie (CRT-Indikation):
		
		1. Herzinsuffizienz: NYHA III oder IV
		2. LVEF ≤ 35 %
		3. optimierte medikamentöse Therapie
		4. Intraventrikuläre Leitungsstörung ODER AV-Block (nach Ablation) ODER hohe ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit
			`HERZINSUFF %in% c(3,4) &`
			`LVEJEKFRAKTION %<=% 35 &`
			`fn_TherapieIneffektiv &`
			`(`
			`fn_IV_QRS120 |`
			`fn_AVBlock_Ablation |`
			`fn_hoheVentrikulaereStimulation`
			`)`

fn_CRTIndikation_SIN	boolean	Indikation für kardiale Resynchronisationstherapie (CRT-Indikation):
		
		1. Herzinsuffizienz: NYHA II, III oder IV
		2. LVEF ≤ 35 %
		3. optimierte medikamentöse Therapie
		4. Intraventrikuläre Leitungsstörung
			`HERZINSUFF %in% c(2,3,4) &`
			`LVEJEKFRAKTION %<=% 35 &`
			`fn_TherapieIneffektiv &`
			`fn_IV_QRS120`

fn_CRTIndikation_SM_NOV	boolean	Indikation für kardiale Resynchronisationstherapie (CRT-Indikation):
		
		1. Keine Systemumstellung von Schrittmacher- auf CRT-D-System
		3. Herzinsuffizienz: NYHA II, III oder IV
		3. LVEF ≤ 50 %
		4. hohe ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit
			`!fn_SystemumstellungSMzuCRT &`
			`HERZINSUFF %in% c(2,3,4) &`
			`LVEJEKFRAKTION %<=% 50 &`
			`fn_hoheVentrikulaereStimulation`

fn_CRTIndikation_SM_UPG	boolean	Indikation für kardiale Resynchronisationstherapie (CRT-Indikation):
		
		1. Systemumstellung von Schrittmacher- auf CRT-D-System
		2. Herzinsuffizienz: NYHA III oder IV
		3. LVEF ≤ 35 %
			`fn_SystemumstellungSMzuCRT &`
			`HERZINSUFF %in% c(3,4) &`
			`LVEJEKFRAKTION %<=% 35 &`
			`fn_hoheVentrikulaereStimulation &`
			`fn_TherapieIneffektiv`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
		4. hohe ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit 5. optimierte medikamentöse Therapie	
fn_hoheAtrialeStimulation	boolean	Voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit	`VORAUSSTIMBEDUERFATRIAL %==% 1 &` `VORHOFRHYTHMUS %in% c(2,5)`
fn_hoheVentrikulaereStimulation	boolean	Erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation ≥ 40%	`STIMBEDUERFVENTRIKULAER %in% c(1,2)`

fn_Indikation_Brugada	boolean	Prävention bei Brugada-Syndrom mit mindestens einem der folgenden Befunde:
		• Kammerflimmern, anhaltende Kammertachykardie oder Herz-Kreislauf-Stillstand
		• spontanes Brugada-Typ-1-EKG und Synkope
		• Kammerflimmern induzierbar
			`HERZERKRANKUNG %==% 6 &`
			`(`
			`  (`
			`  INDEXARRHYTHMIE %in% c(1,2) |`
			`  FUEHSYMPTINDEXARR %==% 1`
			`  ) |`
			`  (`
			`  BRUG1EKG %==% 1 &`
			`  (INDEXARRHYTHMIE %==% 4 |`
			`  FUEHSYMPTINDEXARR %==% 4)`
			`  ) |`
			`  EPU2 %==% 2`
			`)`

fn_Indikation_CPVT	boolean	Prävention bei katecholaminerger polymorpher ventrikulärer Tachykardie (CPVT):
		1. Gabe von Betablockern
		2. eines der folgenden Befunde:
		• Kammerflimmern
		• Kammertachykardie (anhaltend oder nicht anhaltend)
		• Synkope
			`HERZERKRANKUNG %==% 11 &`
			`(`
			`INDEXARRHYTHMIE %in% c(1,2,3,4) |`
			`FUEHSYMPTINDEXARR %in% c(1,4)`
			`) &`
			`BETABLOCKER %==% 1`

fn_Indikation_DCM	boolean	Prävention bei dilatativer Kardiomyopathie (DCM) mit mindestens einem der folgenden Befunde:
		Sekundärprävention:
		1. Kammerflimmern, anhaltende Kammertachykardie oder nicht anhaltende Kammertachykardie (bei Vorliegen klinischer Symptomatik)
		2. kein WPW-Syndrom
			`HERZERKRANKUNG %==% 2 &`
			`(`
			`  (`
			`  (`
			`  INDEXARRHYTHMIE %in% c(1,2) |`
			`  (INDEXARRHYTHMIE %==% 3 &`
			`  FUEHSYMPTINDEXARR %in% c(1,2,3,4,5,6))`
			`  ) &`
			`  (`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

		3. keine reversiblen oder sicher vermeidbaren Ursachen der Kammertachykardie (und nicht unbekannt)
		4. keine behandelbare idiopathische Kammertachykardie
		oder
		Primärprävention:
		1. NYHA II bzw. III oder NYHA IV (bei CRT-Indikation)
		2. LVEF ≤ 35 %
		3. optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie seit mind. 3 Monaten
			`WPWSYNDROM %!=% 1 |`
			`is.na(WPWSYNDROM)`
			`) &`
			`(`
			`KAMMERTACHYURSACHREVERS %=% 0 |`
			`is.na(KAMMERTACHYURSACHREVERS)`
			`) &`
			`(`
			`KAMMERTACHYURSACHIDIOPATH %!=% 1 |`
			`is.na(KAMMERTACHYURSACHIDIOPATH)`
			`)`
			`) |`
			`(`
			`(`
			`HERZINSUFF %in% c(2,3) |`
			`(HERZINSUFF %==% 4 & fn_CRTIndikation)`
			`) &`
			`LVEJEKFRAKTION %<=% 35 &`
			`fn_TherapieIneffektiv_seit3Monaten`
			`)`
			`)`

fn_Indikation_HCM	boolean	Prävention bei hypertropher Kardiomyopathie (HCM) mit mindestens einem der folgenden Befunde:
		• Kammerflimmern, anhaltende Kammertachykardie oder Herz-Kreislauf-Stillstand (Sekundärprävention)
		• Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten 5 Jahre von ≥ 4 % (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner) oder Risiko nicht berechnet, da Leistungssportler oder Assoziation mit Stoffwechselerkrankung (Primärprävention)
			`HERZERKRANKUNG %==% 9 &`
			`(`
			`(INDEXARRHYTHMIE %in% c(1,2) | FUEHSYMPTINDEXARR %==% 1) |`
			`(RISKHERZTOD %>=% 4.0 | RISKHERZTODNB %in% c(1,2))`
			`)`

fn_Indikation_LQTS	boolean	Prävention bei langem QT-Syndrom (LQTS) mit mindestens einem der folgenden Befunde:
		• Herz-Kreislauf-Stillstand
		• Kammerflimmern
			`HERZERKRANKUNG %==% 8 &`
			`(`
			`(FUEHSYMPTINDEXARR %==% 1 |`
			`INDEXARRHYTHMIE %==% 1) |`
			`(`
			`BETABLOCKER %==% 1 &`
			`(INDEXARRHYTHMIE %in% c(1,2,3,4) |`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

		• Kammertachykardie (anhaltend oder nicht anhaltend) bei Gabe von Betablockern
		• Synkope bei Gabe von Betablockern
			`FUEHSYMPTINDEXARR %==% 4)`
			`)`
			`)`

fn_Indikation_Primaer_ventrDysfkt	boolean	Primärprävention bei Patientinnen und Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion:
		1. NYHA II oder III, NYHA IV (bei CRT-Indikation) oder NYHA I (bei koronarer Herzkrankheit oder ischämischer Kardiomyopathie)
		2. LVEF ≤ 35 % (bzw. LVEF ≤ 30 % bei NYHA I)
		3. optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie seit mind. 3 Monaten
		4. kein Abstand zwischen Myokardinfarkt und ICD-Implantation ≤ 40 Tage
			`(`
			`(`
			`(KHKDEFI %in% c(1, 2) |`
			`HERZERKRANKUNG %==% 1) &`
			`(`
			`(HERZINSUFF %==% 1 &`
			`LVEJEKFRAKTION %<=% 30) |`
			`(`
			`(HERZINSUFF %in% c(2, 3) |`
			`(HERZINSUFF %==% 4 &`
			`fn_CRTIndikation)`
			`) &`
			`LVEJEKFRAKTION %<=% 35`
			`)`
			`)`
			`) |`
			`(`
			`(!KHKDEFI %in% c(1, 2) &`
			`HERZERKRANKUNG %!=% 1) &`
			`(`
			`(`
			`HERZINSUFF %in% c(2, 3) |`
			`(HERZINSUFF %==% 4 &`
			`fn_CRTIndikation)`
			`) &`
			`LVEJEKFRAKTION %<=% 35`
			`)`
			`)`
			`) &`
			`fn_TherapieIneffektiv_seit3Monaten &`
			`!ABSTANDMYOINFDEFI %in% c(1, 2) &`
			`is.na(LVEFUNBEKANNT)`

fn_Indikation_Sekundaer_1	boolean	Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder Kammertachykardie mit klinischer Symptomatik:
		1. Kammerflimmern oder Kammertachykardie (anhaltend oder nicht anhaltend)
			`INDEXARRHYTHMIE %in% c(1,2,3) &`
			`FUEHSYMPTINDEXARR %in% c(1,2,3,4,5,6) &`
			`(INDEXEREIG48H %!=% 1 |`
			`is.na(INDEXEREIG48H)) &`
			`(WPWSYNDROM %!=% 1 |`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

		2. klinische Symptomatik (Herz-Kreislauf-Stillstand, kardiogener Schock, Lungenödem, Synkope, Präsynkope oder sehr niedriger Blutdruck)
		3. das indikationsbegründende klinische Ereignis ist nicht innerhalb von 48 Stunden nach Beginn eines Myokardinfarkts eingetreten
		4. kein WPW-Syndrom
		5. keine reversiblen oder sicher vermeidbaren Ursachen der Kammertachykardie (und nicht unbekannt)
		6. keine behandelbare idiopathische Kammertachykardie
			`is.na(WPWSYNDROM)) &`
			`(KAMMERTACHYURSACHREVERS %=% 0 |`
			`is.na(KAMMERTACHYURSACHREVERS)) &`
			`(KAMMERTACHYURSACHIDIOPATH %!=% 1 |`
			`is.na(KAMMERTACHYURSACHIDIOPATH))`

fn_Indikation_Sekundaer_2	boolean	Sekundärprävention nach Synkope:
		1. Synkope
		2. LVEF ≤ 35 % oder alle folgenden Befunde:
		a. koronare Herzkrankheit mit Myokardinfarkt
		b. das indikationsbegründende klinische Ereignis ist nicht innerhalb von 48 Stunden nach Beginn eines Myokardinfarkts eingetreten
		c. Kammertachykardie induzierbar
			`(INDEXARRHYTHMIE %==% 4 |`
			`FUEHSYMPTINDEXARR %==% 4) &`
			`(`
			` LVEJEKFRAKTION %<=% 35 |`
			` (`
			` KHKDEFI %==% 2 &`
			` (INDEXEREIG48H %!=% 1 |`
			` is.na(INDEXEREIG48H)) &`
			` EPU %==% 2`
			` )`
			`)`

fn_Indikation_Sekundaer_3	boolean	Sekundärprävention bei Kammerflimmern oder anhaltender Kammertachykardie - nicht behandelbar, ohne Symptomatik:
		1. Kammerflimmern oder anhaltende Kammertachykardie
		2. das indikationsbegründende klinische Ereignis ist nicht innerhalb von 48 Stunden nach Beginn eines Myokardinfarkts eingetreten
		3. kein WPW-Syndrom
		4. keine reversiblen oder sicher vermeidbaren Ursachen der Kammertachykardie (und nicht unbekannt)
			`INDEXARRHYTHMIE %in% c(1,2) &`
			`(INDEXEREIG48H %!=% 1 |`
			`is.na(INDEXEREIG48H)) &`
			`(WPWSYNDROM %!=% 1 |`
			`is.na(WPWSYNDROM)) &`
			`(KAMMERTACHYURSACHREVERS %=% 0 |`
			`is.na(KAMMERTACHYURSACHREVERS)) &`
			`(KAMMERTACHYURSACHIDIOPATH %!=% 1 |`
			`is.na(KAMMERTACHYURSACHIDIOPATH))`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
		5. keine behandelbare idiopathische Kammertachykardie	
fn_Indikation_SQTS	boolean	Prävention bei kurzem QT-Syndrom (SQTS) mit mindestens einem der folgenden Befunde: • Kammerflimmern • anhaltende Kammertachykardie • Herz-Kreislauf-Stillstand	`HERZERKRANKUNG %==% 7 &` `(INDEXARRHYTHMIE %in% c(1,2) | FUEHSYMPTINDEXARR %==% 1)`

fn_Indikation_System_CRTmitVorhofsonde	boolean	Indikation zum CRT-System mit Vorhofsonde	`fn_Indikation_System_CRTohneVorhofsonde |`
			`(`
			` !fn_PermanentesVorhofflimmern &`
			` (fn_CRTIndikation_SIN |`
			` fn_CRTIndikation_SM_UPG |`
			` fn_CRTIndikation_SM_NOV)`
			`)`

fn_Indikation_System_CRTohneVorhofsonde	boolean	Indikation zum CRT-System ohne Vorhofsonde	`fn_PermanentesVorhofflimmern &` `(fn_CRTIndikation_AF | fn_CRTIndikation_SM_NOV)`

fn_Indikation_System_DDD	boolean	Indikation zum DDD	`(`
			` !fn_PermanentesVorhofflimmern &`
			` !fn_CRTIndikation_SIN &`
			` !fn_CRTIndikation_SM_UPG`
			`) |`
			`(`
			` !fn_PermanentesVorhofflimmern &`
			` fn_CRTIndikation_SIN &`
			` (!fn_IV_Linksschenkelblock |`
			` QRSKOMPLEX %==% 2)`
			`)`

fn_Indikation_System_SICD	boolean	Indikation zum subkutanen ICD	`!(fn_CRTIndikation_AF |`
			`fn_CRTIndikation_SIN |`
			`fn_CRTIndikation_SM_NOV |`
			`fn_CRTIndikation_SM_UPG) &`
			`!(fn_hoheAtrialeStimulation |`
			`fn_hoheVentrikulaereStimulation)`

fn_Indikation_System_VDD	boolean	Indikation zum VDD	`!fn_hoheAtrialeStimulation & fn_Indikation_System_DDD`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Indikation_System_VVI1	boolean	Indikation zum VVI 1	`fn_PermanentesVorhofflimmern`
fn_Indikation_System_VVI2	boolean	Indikation zum VVI 2	`fn_Indikation_System_VDD`
fn_Indikation_torsade_de_pointes_VT	boolean	Prävention bei short-coupled torsade de pointes VT	`HERZERKRANKUNG %==% 12`
fn_IV_Linksschenkelblock	boolean	Intraventrikuläre Leitungsstörung - Linksschenkelblock	`INTRAVENTRIKLEITSTOERICD %==% 4`
fn_IV_QRS120	boolean	Intraventrikuläre Leitungsstörung	`QRSKOMPLEX %in% c(2,3,4,5)`

fn_LeitlinienkonformeIndikation	boolean	Leitlinienkonforme Indikation: Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status, nicht ASA 5 und eine der Indikationen zur Defibrillator-Implantation	`ASA %!=% 5 & LEBENSERWARTUNG %==% 1 &`
			`(fn_Indikation_Brugada |`
			`fn_Indikation_CPVT |`
			`fn_Indikation_DCM |`
			`fn_Indikation_HCM |`
			`fn_Indikation_LQTS |`
			`fn_Indikation_Primaer_ventrDysfkt |`
			`fn_Indikation_Sekundaer_1 |`
			`fn_Indikation_Sekundaer_2 |`
			`fn_Indikation_Sekundaer_3 |`
			`fn_Indikation_SQTS |`
			`fn_Indikation_torsade_de_pointes_VT)`

fn_LeitlinienkonformeSystemwahl	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl in Abhängigkeit des Systems und einer Angabe zur LVEF	`is.na(LVEFUNBEKANNT) &`
			`(`
			`(ADEFISYSTEM %==% 1 &`
			`(fn_Indikation_System_VVI1 |`
			`fn_Indikation_System_VVI2)) |`
			`(ADEFISYSTEM %==% 2 & fn_Indikation_System_DDD) |`
			`(ADEFISYSTEM %==% 3 & fn_Indikation_System_VDD) |`
			`(ADEFISYSTEM %==% 4 &`
			`fn_Indikation_System_CRTmitVorhofsonde) |`
			`(ADEFISYSTEM %==% 5 &`
			`fn_Indikation_System_CRTohneVorhofsonde) |`
			`(ADEFISYSTEM %==% 6 & fn_Indikation_System_SICD)`
			`)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_M09N4Score_131801	float	Score zur logistischen Regression - ID 131801	`# Funktion fn_M09N4Score_131801`
fn_M09N4Score_51186	float	Score zur logistischen Regression - ID 51186	`# Funktion fn_M09N4Score_51186`
fn_PermanentesVorhofflimmern	boolean	Permanentes Vorhofflimmern	`VORHOFRHYTHMUS %==% 4`
fn_Reizschwelle_implantierteVE1	boolean	Messung: Reizschwelle der implantierten rechtsventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVEREIZ) | !is.na(ASONVEREIZNDEFI)`
fn_Reizschwelle_implantierteVE1_le1V	boolean	Messwerte: Reizschwelle der implantierten rechtsventrikulären Sonde ist > 0,0 V und ≤ 1,0 V	`ASONVEREIZ %>% 0.0 & ASONVEREIZ %<=% 1.0`
fn_Reizschwelle_implantierteVO	boolean	Messung: Reizschwelle der implantierten Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)	`(!is.na(ASONVOREIZ) | ASONVOREIZN %==% 9) & ADEFISYSTEM %!=% 3`
fn_Reizschwelle_implantierteVO_le1_5V	boolean	Messwerte: Reizschwelle der implantierten Vorhofsonde ist > 0,0 V und ≤ 1,5 V (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit VDD-System)	`ASONVOREIZ %>% 0.0 & ASONVOREIZ %<=% 1.5 & ADEFISYSTEM %!=% 3`
fn_SystemumstellungSMzuCRT	boolean	Systemumstellung von Herzschrittmacher auf CRT-D-System	`OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_SystemumstellungSMzuCRT`
fn_SystemumstellungSMzuICD	boolean	Systemumstellung von Herzschrittmacher auf Defibrillator	`OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_SystemumstellungSMzuICD`

fn_TherapieIneffektiv	boolean	Optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie	`row_sums(`
			`BETABLOCKER,`
			`ACEHEMMER,`
			`DIURETIKA,`
			`ALDOSTANTAGONIST) %>=% 2`

fn_TherapieIneffektiv_seit3Monaten	boolean	Optimierte medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (seit 3 Monaten oder länger)	`MEDIKHERZINSUFFTH %==% 2 &`
			`row_sums(`
			`BETABLOCKER,`
			`ACEHEMMER,`
			`DIURETIKA,`
			`ALDOSTANTAGONIST) %>=% 2`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
09/6: fn_Amplitude_implantierteVE1	boolean	Messung: R-Amplitude der ersten implantierten rechtsventrikulären Sonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde oder fehlendem Eigenrhythmus)	`(!is.na(ASONVERAMP) | ASONVERAMPNDEFISONDE %==% 9) & ADEFISONVEARTVO %in% c(1,2,3,4) & DEFIPOSITION %!=% 9`
09/6: fn_Amplitude_implantierteVE1_ge4mV	boolean	Messwerte: R-Amplitude der ersten implantierten rechtsventrikulären Sonde zwischen 4,0 und 30,0 mV	`ASONVERAMP %between% c(4.0, 30.0) & ADEFISONVEARTVO %in% c(1,2,3,4) & DEFIPOSITION %!=% 9`
09/6: fn_Amplitude_implantierteVE2	boolean	Messung: R-Amplitude der zweiten implantierten rechtsventrikulären Sonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus)	`(!is.na(ASONVE2RAMP) | ASONVE2RAMPN %==% 9) & ADEFISONVE2ARTVO %in% c(1,2,3,4) & DEFIPOSITION2 %in% c(1,2)`
09/6: fn_Amplitude_implantierteVE2_ge4mV	boolean	Messwerte: R-Amplitude der zweiten implantierten rechtsventrikulären Sonde zwischen 4,0 und 30,0 mV	`ASONVE2RAMP %between% c(4.0, 30.0) & ADEFISONVE2ARTVO %in% c(1,2,3,4) & DEFIPOSITION2 %in% c(1,2)`
09/6: fn_Amplitude_implantierteVE3	boolean	Messung: R-Amplitude der dritten implantierten rechtsventrikulären Sonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus)	`(!is.na(ASONVE3RAMP) | ASONVE3RAMPN %==% 9) & ADEFISONVE3ARTVO %in% c(1,2,3,4) & DEFIPOSITION3 %in% c(1,2)`
09/6: fn_Amplitude_implantierteVE3_ge4mV	boolean	Messwerte: R-Amplitude der dritten implantierten rechtsventrikulären Sonde zwischen 4,0 und 30,0 mV	`ASONVE3RAMP %between% c(4.0, 30.0) & ADEFISONVE3ARTVO %in% c(1,2,3,4) & DEFIPOSITION3 %in% c(1,2)`
09/6: fn_Amplitude_implantierteVO	boolean	Messung: P-Wellen-Amplitude der implantierten Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)	`(!is.na(ASONVOPWEL) | ASONVOPWELN %==% 9) & ADEFISONVOARTVO %in% c(1,2,3,4)`
09/6: fn_Amplitude_implantierteVO_ge1_5mV	boolean	Messwerte: P-Wellen-Amplitude der implantierten Vorhofsonde zwischen 1,5 und 15,0 mV	`ASONVOPWEL %between% c(1.5, 15.0) & ADEFISONVOARTVO %in% c(1,2,3,4)`
09/6: fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel	integer	Anzahl der akzeptablen Messwerte für implantierte Sonden	`row_sums( fn_Reizschwelle_implantierteVO_le1_5V, fn_Reizschwelle_implantierteVE1_le1V, fn_Reizschwelle_implantierteVE2_le1V,`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

			`fn_Reizschwelle_implantierteVE3_le1V,`
			`fn_Amplitude_implantierteVO_ge1_5mV,`
			`fn_Amplitude_implantierteVE1_ge4mV,`
			`fn_Amplitude_implantierteVE2_ge4mV,`
			`fn_Amplitude_implantierteVE3_ge4mV`
			`)`

09/6: fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert	integer	Anzahl der Messungen implantierter Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVO,`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVE1,`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVE2,`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVE3,`
			`fn_Amplitude_implantierteVO,`
			`fn_Amplitude_implantierteVE1,`
			`fn_Amplitude_implantierteVE2,`
			`fn_Amplitude_implantierteVE3`
			`)`

09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVE1	boolean	Messung: Reizschwelle der ersten implantierten rechtsventrikulären Sonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit separater Pace/Sense-Sonde)	`(!is.na(ASONVEREIZ) |`
			`ASONVEREIZNDEFISONDE %==% 9) &`
			`ADEFISONVEARTVO %in% c(1,2,3,4) &`
			`DEFIPOSITION %!=% 9`

09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVE1_le1V	boolean	Messwerte: Reizschwelle der ersten implantierten rechtsventrikulären Sonde ist > 0,0 V und ≤ 1,0 V	`ASONVEREIZ %>% 0.0 &`
			`ASONVEREIZ %<=% 1.0 &`
			`ADEFISONVEARTVO %in% c(1,2,3,4) &`
			`DEFIPOSITION %!=% 9`

09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVE2	boolean	Messung: Reizschwelle der zweiten implantierten rechtsventrikulären Sonde	`(!is.na(ASONVE2REIZ) |`
			`!is.na(ASONVE2REIZN)) &`
			`ADEFISONVE2ARTVO %in% c(1,2,3,4) &`
			`DEFIPOSITION2 %in% c(1,2)`

09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVE2_le1V	boolean	Messwerte: Reizschwelle der zweiten implantierten rechtsventrikulären Sonde ist > 0,0 V und ≤ 1,0 V	`ASONVE2REIZ %>% 0.0 &`
			`ASONVE2REIZ %<=% 1.0 &`
			`ADEFISONVE2ARTVO %in% c(1,2,3,4) &`
			`DEFIPOSITION2 %in% c(1,2)`

09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVE3	boolean	Messung: Reizschwelle der dritten implantierten rechtsventrikulären Sonde	`(!is.na(ASONVE3REIZ) |`
			`!is.na(ASONVE3REIZN)) &`
			`ADEFISONVE3ARTVO %in% c(1,2,3,4) &`
			`DEFIPOSITION3 %in% c(1,2)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVE3_le1V	boolean	Messwerte: Reizschwelle der dritten implantierten rechtsventrikulären Sonde ist > 0,0 V und ≤ 1,0 V	`ASONVE3REIZ %>% 0.0 &`
			`ASONVE3REIZ %<=% 1.0 &`
			`ADEFISONVE3ARTVO %in% c(1,2,3,4) &`
			`DEFIPOSITION3 %in% c(1,2)`

09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVO	boolean	Messung: Reizschwelle der implantierten Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)	`(!is.na(ASONVOREIZ) |`
			`ASONVOREIZN %==% 9) &`
			`ADEFISONVOARTVO %in% c(1,2,3,4) &`
			`ADEFISYSTEMREV %!=% 3`

09/6: fn_Reizschwelle_implantierteVO_le1_5V	boolean	Messwerte: Reizschwelle der implantierten Vorhofsonde ist > 0,0 V und ≤ 1,5 V (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit VDD-System)	`ASONVOREIZ %>% 0.0 &`
			`ASONVOREIZ %<=% 1.5 &`
			`ADEFISONVOARTVO %in% c(1,2,3,4) &`
			`ADEFISYSTEMREV %!=% 3`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren: Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren: Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts 4

151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) 5

52324: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden 8

51196: Sterblichkeit im Krankenhaus 12

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 16

Anhang II: Listen 17

Anhang III: Vorberechnungen 18

Anhang IV: Funktionen 19

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Bezeichnung Gruppe	Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

151800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
53.1:B	kardiopulmonale Reanimation	K	1 = ja	KARDIOPULREANIMATION
53.2:B	interventionspflichtiger Pneumothorax	K	1 = ja	PNEUMOTHORAX
53.3:B	interventionspflichtiger Hämatothorax	K	1 = ja	HAEMATOTHORA
53.4:B	interventionspflichtiger Perikarderguss	K	1 = ja	PERIOPKOMPPERIKARDERGUSS
53.5:B	interventionspflichtiges Taschenhämatom	K	1 = ja	TASCHHAEMATO
53.8:B	postoperative Wundinfektion	K	1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTIONJL
53.9:B	sonstige interventionspflichtige Komplikation	K	1 = ja	PEROPKOMPSON

Eigenschaften und Berechnung

ID	151800
Bezeichnung	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 2,90 %
Referenzbereich 2020	≤ 2,90 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Auf Empfehlung der Bundesfachgruppe hin wurde ab dem Erfassungsjahr 2014 der perzentilbasierte Referenzbereich durch einen festen Referenzbereich, wie er bereits im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation angewendet wird, ersetzt, um eine Vereinheitlichung zwischen den Herzschrittmacher- und Defibrillator-Modulen zu erreichen. Nachdem ab dem Erfassungsjahr 2018 nun auch kardiopulmonale Reanimationen und sonstige interventionspflichtige Komplikationen für diesen Indikator berücksichtigt werden, wurde der Referenzbereich angepasst, indem er mit dem Faktor multipliziert wurde, um den sich das Bundesergebnis durch die Erweiterung des Zählers erhöht hat.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/6:B

Zähler (Formel)	`KARDIOPULREANIMATION %==% 1 |`
	`PNEUMOTHORAX %==% 1 |`
	`HAEMATOTHORA %==% 1 |`
	`PERIOPKOMPPERIKARDERGUSS %==% 1 |`
	`TASCHHAEMATO %==% 1 |`
	`POSTOPWUNDINFEKTIONJL %==% 1 |`
	`PEROPKOMPSON %==% 1`

Nenner (Formel)	TRUE
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

52324: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
26:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	ADEFISONVOARTVO
31:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde 8 = Stilllegung des Defibrillationsanteils der Sonde 9 = Stilllegung der gesamten Sonde 99 = sonstiges	ADEFISONVEARTVO
37:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	ADEFISONVE2ARTVO
43:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde	ADEFISONVE3ARTVO

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	
49:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	ADEFISONANDARTVO
54.1:B	Sondendislokation der Vorhofsonde	K	1 = ja	SODISLOKAORTVORHOFDEFI
54.2:B	Sondendislokation der ersten Ventrikel-sonde/Defibrillations-sonde	K	1 = ja	SODISLOKAORTVENTRIKEL-DEFI1
54.3:B	Sondendislokation der zweiten Ventrikel-sonde	K	1 = ja	SODISLOKAORTVENTRIKEL-DEFI2
54.4:B	Sondendislokation der dritten Ventrikelsonde	K	1 = ja	SODISLOKAORTVENTRIKEL-DEFI3
54.5:B	Sondendislokation der anderen Defibrillati-onssonde(n)	K	1 = ja	SODISLOKAORTDEFIAND
55.1:B	Sondendysfunktion der Vorhofsonde	K	1 = ja	SODYSFNKORTVORHOFDEFI
55.2:B	Sondendysfunktion der ersten Ventrikel-sonde/Defibrillations-sonde	K	1 = ja	SODYSFNKORTVENTRIKEL-DEFI1
55.3:B	Sondendysfunktion der zweiten Ventrikel-sonde	K	1 = ja	SODYSFNKORTVENTRIKEL-DEFI2
55.4:B	Sondendysfunktion der dritten Ventrikelsonde	K	1 = ja	SODYSFNKORTVENTRIKEL-DEFI3
55.5:B	Sondendysfunktion der anderen Defibrillati-onssonde(n)	K	1 = ja	SODYSFNKORTDEFIAND

Eigenschaften und Berechnung

ID	52324
Bezeichnung	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 3,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 3,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Auf Empfehlung der Bundesfachgruppe hin wird der perzentilbasierte Referenzbereich durch einen festen Referenzbereich, wie er bereits im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation angewendet wird, ersetzt, um eine Vereinheitlichung zwischen den Herzschrittmacher- und Defibrillator-Modulen zu erreichen.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/6:B

Zähler (Formel)	`(ADEFISONVOARTVO %in% c(1,2,3,4,5,99) &`
	`  (SODISLOKAORTVORHOFDEFI %==% 1 |`
	`  SODYSFNKORTVORHOFDEFI %==% 1)`
	`) |`
	`(ADEFISONVEARTVO %in% c(1,2,3,4,5,7,8,99) &`
	`  (SODISLOKAORTVENTRIKELDEFI1 %==% 1 |`
	`  SODYSFNKORTVENTRIKELDEFI1 %==% 1)`
	`) |`
	`(ADEFISONVE2ARTVO %in% c(1,2,3,4,5,99) &`
	`  (SODISLOKAORTVENTRIKELDEFI2 %==% 1 |`
	`  SODYSFNKORTVENTRIKELDEFI2 %==% 1)`
	`) |`
	`(ADEFISONVE3ARTVO %in% c(1,2,3,4,5,99) &`
	`  (SODISLOKAORTVENTRIKELDEFI3 %==% 1 |`
	`  SODYSFNKORTVENTRIKELDEFI3 %==% 1)`
	`) |`
	`(ADEFISONANDARTVO %in% c(1,2,3,4,5,99) &`
	`  (SODISLOKAORTDEFIAND %==% 1 |`
	`  SODYSFNKORTDEFIAND %==% 1)`
	`)`

Nenner (Formel)	`ADEFISONVOARTVO %in% c(1,2,3,4,5,99) |`
	`ADEFISONVEARTVO %in% c(1,2,3,4,5,7,8,99) |`
	`ADEFISONVE2ARTVO %in% c(1,2,3,4,5,99) |`

	`ADEFISONVE3ARTVO %in% c(1,2,3,4,5,99) |` `ADEFISONANDARTVO %in% c(1,2,3,4,5,99)`
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51196: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
57:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

Eigenschaften und Berechnung

ID	51196	
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Datenquelle	QS-Daten	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung	
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)	
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.	
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	ASA-Klassifikation Indikation zum Folgeeingriff	
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Patientinnen und Patienten **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-REV-Score für ID 51196	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	09/6:B	
Zähler (Formel)	O_51196	
Nenner (Formel)	E_51196	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51196
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51196
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Todesfällen

	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	09/6:B
	Zähler	`ENTLGRUND %==% "07"`
	Nenner	TRUE
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51196
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51196
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem DEFI-REV-Score für ID 51196
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	09/6:B
	Zähler	`fn_M09N6Score_51196`
	Nenner	TRUE
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_M09N6Score_51196`	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_M09N6Score_51196	float	Score zur logistischen Regression - ID 51196	`# Funktion fn_M09N6Score_51196`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

52307: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden 4

111801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) 10

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 13

Anhang II: Listen 14

Anhang III: Vorberechnungen 15

Anhang IV: Funktionen 16

52307: Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

Qualitätsziel	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	System	M	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 9 = sonstiges	ASMSYSTEM
20.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVOREIZ
20.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	ASONVOREIZN
21.1:B	P-Wellen-Amplitude	K	in mV	ASONVOPWEL
21.2:B	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVOPWELN
22.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVEREIZ
22.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVEREIZN
23.1:B	R-Amplitude	K	in mV	ASONVERAMP
23.2:B	R-Amplitude nicht gemessen	K	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVERAMPN
24.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVE2REIZ
24.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVE2REIZN
09/1: 49.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVE2REIZ
09/1: 49.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVE2REIZN
09/3: 23:B	aktives System (nach dem Eingriff)	K	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	ASMSYSTEMPO
09/3: 26:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde	ASONVOARTVO

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	
09/3: 27.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVOREIZ
09/3: 27.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	ASONVOREIZN
09/3: 28.1:B	P-Wellen-Amplitude	K	in mV	ASONVOPWEL
09/3: 28.2:B	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVOPWELN
09/3: 29:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	ASONVEARTVO
09/3: 30.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVEREIZ
09/3: 30.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVEREIZN
09/3: 31.1:B	R-Amplitude	K	in mV	ASONVERAMP
09/3: 31.2:B	R-Amplitude nicht gemessen	K	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVERAMPN
09/3: 33.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVE2REIZ
09/3: 33.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVE2REIZN

Eigenschaften und Berechnung

ID	52307
Bezeichnung	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen **Nenner** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei nicht neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und rechtsventrikulären Sonden aus den Modulen Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3) und bei linksventrikulären Sonden aus den Modulen Herzschrittmacher-Implantation (09/1), Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) und Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3): - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System (nicht in 09/1) - Reizschwellen rechtsventrikulärer oder linksventrikulärer Sonden (in 09/1 ausschließlich linksventrikuläre Sonde) - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus (nicht in 09/1) - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus (nicht in 09/1)
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/2:B; 09/1:B; 09/3:B

Formel	`sum_indicator(`
	`  list(module = "09/1", id = "52312_52307"),`
	`  list(module = "09/2", id = "52313_52307"),`
	`  list(module = "09/3", id = "52314_52307")`
	`)`

Kalkulatorische Kennzahlen		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	52312_52307
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52307
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen im Modul Herzschrittmacher-Implantation (09/1)
	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/1:B
	Zähler	`!is.na(ASONVE2REIZ)`
	Nenner	`!is.na(ASONVE2REIZ) | !is.na(ASONVE2REIZN)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	52313_52307
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52307
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen im Modul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)
	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/2:B
	Zähler	`fn_Anzahl_Index_Messungen WENN fn_Anzahl_Index_Messungen %>% 0`
	Nenner	`fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen WENN fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen %>% 0`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	52314_52307
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52307

	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Durchgeführte Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)
	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/3:B
	Zähler	`fn_Anzahl_Index_Messungen WENN fn_Anzahl_Index_Messungen %>% 0`
	Nenner	`fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen WENN fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen %>% 0`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_Amplitude_belasseneVE1`
	`fn_Amplitude_belasseneVE1_gemessen`
	`fn_Amplitude_belasseneVO`
	`fn_Amplitude_belasseneVO_gemessen`
	`fn_Anzahl_Index_Messungen`
	`fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen`
	`fn_Reizschwelle_belasseneVE1`
	`fn_Reizschwelle_belasseneVE1_gemessen`
	`fn_Reizschwelle_belasseneVE2`
	`fn_Reizschwelle_belasseneVE2_gemessen`
	`fn_Reizschwelle_belasseneVO`
	`fn_Reizschwelle_belasseneVO_gemessen`
	`09/3: fn_Amplitude_belasseneVE1`
	`09/3: fn_Amplitude_belasseneVE1_gemessen`
	`09/3: fn_Amplitude_belasseneVO`
	`09/3: fn_Amplitude_belasseneVO_gemessen`
	`09/3: fn_Anzahl_Index_Messungen`
	`09/3: fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen`
	`09/3: fn_Reizschwelle_belasseneVE1`
	`09/3: fn_Reizschwelle_belasseneVE1_gemessen`
	`09/3: fn_Reizschwelle_belasseneVO`
	`09/3: fn_Reizschwelle_belasseneVO_gemessen`
	`09/3: fn_Reizschwelle_VE2`
	`09/3: fn_Reizschwelle_VE2_gemessen`	

Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

111801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
26.1:B	kardiopulmonale Reanimation	K	1 = ja	KARDIOPULREANIMATION
26.2:B	interventionspflichtiges Taschenhämatom	K	1 = ja	TASCHHAEMATO
26.3:B	postoperative Wundinfektion	K	1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTIONJL
26.4:B	sonstige interventionspflichtige Komplikation	K	1 = ja	PEROPKOMPSON

Eigenschaften und Berechnung

ID	111801
Bezeichnung	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 2,30 %
Referenzbereich 2020	≤ 2,30 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Orientiert am dänischen Schrittmacherregister wurde ursprünglich ≤ 1,00 % als Referenzbereich für die zusammengefasste Rate aller chirurgischen Komplikationen gewählt. Nachdem ab dem Erfassungsjahr 2018 nun auch kardiopulmonale Reanimationen und sonstige interventionspflichtige Komplikationen für diesen Indikator berücksichtigt werden, wurde der Referenzbereich angepasst, indem er mit dem Faktor multipliziert wurde, um den sich das Bundesergebnis durch die Erweiterung des Zählers erhöht hat.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion oder sonstige interventionspflichtige Komplikation **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/2:B
Zähler (Formel)	`KARDIOPULREANIMATION %==% 1 | TASCHHAEMATO %==% 1 | POSTOPWUNDINFEKTIONJL %==% 1 | PEROPKOMPSON %==% 1`
Nenner (Formel)	TRUE
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Amplitude_belasseneVE1	boolean	Messung: R-Amplitude der belassenen rechtsventrikulären Sonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten ohne Eigenrhythmus)	`!is.na(ASONVERAMP) | ASONVERAMPN %==% 9`
fn_Amplitude_belasseneVE1_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: R-Amplitude der belassenen rechtsventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVERAMP)`
fn_Amplitude_belasseneVO	boolean	Messung: P-Wellen-Amplitude der belassenen Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)	`!is.na(ASONVOPWEL) | ASONVOPWELN %==% 9`
fn_Amplitude_belasseneVO_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: P-Wellen-Amplitude der belassenen Vorhofsonde	`!is.na(ASONVOPWEL)`

fn_Anzahl_Index_Messungen	integer	Anzahl durchgeführter Messungen bei belassenen Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVO_gemessen,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE1_gemessen,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE2_gemessen,`
			`fn_Amplitude_belasseneVO_gemessen,`
			`fn_Amplitude_belasseneVE1_gemessen`
			`)`

fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen	integer	Anzahl der Messungen belassener Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVO,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE1,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE2,`
			`fn_Amplitude_belasseneVO,`
			`fn_Amplitude_belasseneVE1`
			`)`

fn_Reizschwelle_belasseneVE1	boolean	Messung: Reizschwelle der belassenen rechtsventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVEREIZ) | !is.na(ASONVEREIZN)`
fn_Reizschwelle_belasseneVE1_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der belassenen rechtsventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVEREIZ)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Reizschwelle_belasseneVE2	boolean	Messung: Reizschwelle der belassenen linksventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVE2REIZ) | !is.na(ASONVE2REIZN)`
fn_Reizschwelle_belasseneVE2_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der belassenen linksventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVE2REIZ)`
fn_Reizschwelle_belasseneVO	boolean	Messung: Reizschwelle der belassenen Vorhofsonde (Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)	`(!is.na(ASONVOREIZ) | ASONVOREIZN %==% 9) & ASMSYSTEM %!=% 4`
fn_Reizschwelle_belasseneVO_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der belassenen Vorhofsonde (Ausschluss von Patienten mit VDD-System)	`!is.na(ASONVOREIZ) & ASMSYSTEM %!=% 4`
09/3: fn_Amplitude_belasseneVE1	boolean	Messung: R-Amplitude der belassenen rechtsventrikulären Sonde (Ausschluss von Patienten ohne Eigenrhythmus)	`(!is.na(ASONVERAMP) | ASONVERAMPN %==% 9) & ASONVEARTVO %in% c(0,4,9)`
09/3: fn_Amplitude_belasseneVE1_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: R-Amplitude der belassenen rechtsventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVERAMP) & ASONVEARTVO %in% c(0,4,9)`
09/3: fn_Amplitude_belasseneVO	boolean	Messung: P-Wellen-Amplitude der belassenen Vorhofsonde (Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)	`(!is.na(ASONVOPWEL) | ASONVOPWELN %==% 9) & ASONVOARTVO %in% c(0,4,9)`
09/3: fn_Amplitude_belasseneVO_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: P-Wellen-Amplitude der belassenen Vorhofsonde	`!is.na(ASONVOPWEL) & ASONVOARTVO %in% c(0,4,9)`

09/3: fn_Anzahl_Index_Messungen	integer	Anzahl durchgeführter Messungen bei belassenen Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVO_gemessen,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE1_gemessen,`
			`fn_Reizschwelle_VE2_gemessen,`
			`fn_Amplitude_belasseneVO_gemessen,`
			`fn_Amplitude_belasseneVE1_gemessen`
			`)`

09/3: fn_Anzahl_Index_Sonden_belassen	integer	Anzahl der Messungen belassener Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVO,`
			`fn_Reizschwelle_belasseneVE1,`
			`fn_Reizschwelle_VE2,`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

			`fn_Amplitude_belasseneVO,`
			`fn_Amplitude_belasseneVE1`
			`)`

09/3: fn_Reizschwelle_belasseneVE1	boolean	Messung: Reizschwelle der belassenen rechtsventrikulären Sonde	`(!is.na(ASONVEREIZ) | !is.na(ASONVEREIZN)) &` `ASONVEARTVO %in% c(0,4,9)`
09/3: fn_Reizschwelle_belasseneVE1_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der belassenen rechtsventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVEREIZ) &` `ASONVEARTVO %in% c(0,4,9)`

09/3: fn_Reizschwelle_belasseneVO	boolean	Messung: Reizschwelle der belassenen Vorhofsonde (Ausschluss von Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)	`(!is.na(ASONVOREIZ) | ASONVOREIZN %==% 9) &`
			`ASONVOARTVO %in% c(0,4,9) &`
			`ASMSYSTEMPO %!=% 4`

09/3: fn_Reizschwelle_belasseneVO_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der belassenen Vorhofsonde (Ausschluss von Patienten mit VDD-System)	`!is.na(ASONVOREIZ) &`
			`ASONVOARTVO %in% c(0,4,9) &`
			`ASMSYSTEMPO %!=% 4`

09/3: fn_Reizschwelle_VE2	boolean	Messung: Reizschwelle der linksventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVE2REIZ) | !is.na(ASONVE2REIZN)`
09/3: fn_Reizschwelle_VE2_gemessen	boolean	Durchgeführte Messung: Reizschwelle der linksventrikulären Sonde	`!is.na(ASONVE2REIZ)`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren: Herzschrittmacher-Implantation

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren: Herzschrittmacher-Implantation. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

101803: Leitlinienkonforme Indikation 4

Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen 10

54140: Leitlinienkonforme Systemwahl 11

54143: Systeme 3. Wahl 15

52139: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln 19

101800: Dosis-Flächen-Produkt 24

52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen 29

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts 35

101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) 36

52311: Sondendislokation oder -dysfunktion 39

51191: Sterblichkeit im Krankenhaus 41

2190: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen 45

2191: Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren 49

2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 54

2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres 59

102001: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation 64

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 67

Anhang II: Listen 69

Anhang III: Vorberechnungen 70

Anhang IV: Funktionen 71

101803: Leitlinienkonforme Indikation

Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17:B	führendes Symptom	M	0 = keines (asymptomatisch) 1 = Präsynkope/Schwindel 2 = Synkope einmalig 3 = Synkope rezidivierend 4 = synkopenbedingte Verletzung 5 = Herzinsuffizienz 8 = Symptome einer Vorhofpfropfung: spontan oder infolge Schrittmachersyndrom 9 = asymptomatisch unter externer Stimulation 99 = sonstiges	FUEHRSYMPTOM
18:B	Herzinsuffizienz	M	0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV	HERZINSUFFIZIENZ
19:B	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation	M	1 = AV-Block I, II oder III 5 = Schenkelblock (mit Zusammenhang zur Bradykardie) 6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern) 7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern 8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) 9 = Vasovagales Syndrom (VVS) 10 = kardiale Resynchronisationstherapie (bei Fällen ohne Bradykardie bzw. bei Upgrade auf CRT-P) 99 = sonstiges	FUEHRINDIKHSM
20:B	Ätiologie	M	1 = angeboren 2 = neuromuskulär 3 = infarktbedingt 4 = AV-Knoten-Ablation durchgeführt/geplant 5 = sonstige Ablationsbehandlung 6 = Zustand nach herzchirurgischem Eingriff 7 = Zustand nach Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) 9 = sonstige/unbekannt	AETIOLOGIE

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
21:B	Persistenz der Bradykardie	K	1 = persistierend 2 = intermittierend 3 = keine Bradykardie	PERSISTENZBRADYKARDIE
22:B	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation	K	1 = >= 95% 2 = >= 40% bis < 95% 3 = < 40%	STIMBEDUERF
25:B	Vorhofrhythmus	M	1 = normofrequenter Sinusrhythmus 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen 3 = paroxysmales/ persistierendes Vorhofflimmern/-flattern 4 = permanentes Vorhofflimmern 5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) 9 = sonstige	VORHOFRHYTHMUS
26:B	AV-Block	M	0 = keiner 1 = AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms 2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms 3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz 5 = AV-Block III. Grades 6 = nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns 7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)	AVBLOCK
27:B	intraventrikuläre Leitungsstörungen	M	0 = keine 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock 5 = alternierender Schenkelblock 6 = kein Eigenrhythmus 9 = sonstige	INTRAVENTRIKLEITSTOER
28:B	QRS-Komplex	K	1 = < 120 ms 2 = 120 bis < 130 ms 3 = 130 bis < 140 ms 4 = 140 bis < 150 ms 5 = >= 150 ms	QRSKOMPLEX
29:B	Pausen außerhalb von Schlafphasen	K	0 = keine Pause 1 = <= 3 s	HERZPAUSE

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			2 = > 3 s bis <= 6 s 3 = > 6 s 4 = nicht bekannt	
30:B	Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen	K	0 = kein Zusammenhang 1 = wahrscheinlicher Zusammenhang 2 = EKG-dokumentierter Zusammenhang 3 = keine Bradykardie / keine Pausen	ZHSYMPBRADYKARDIE
32.1:B	Ejektionsfraktion	K	in %	EJEKTFRAKTION
33:B	AV-Knotendiagnostik	K	0 = nicht durchgeführt 1 = Nachweis spontaner infrahisärer AV-Blockierungen in EPU 2 = HV-Zeit >= 70 ms oder Provokation von infrahisären Blockierungen in EPU 3 = positiver Adenosin-Test 4 = kein pathologischer Befund	AVKNOTENDIAG
34:B	neurokardiogene Diagnostik	K	0 = keine 1 = Karotissinusmassage mit synkopaler Pause > 6 s 2 = Kipptisch positiv 3 = beides	NEUROKARDIODIAG
35:B	chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens	K	0 = nein 1 = ja	CHRONOTRINKOMP
36:B	konservative Therapie ineffektiv/ unzureichend	K	0 = nein 1 = ja	NONDEVICEINEFFEKTIV
38:B	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	101803
Bezeichnung	Leitlinienkonforme Indikation
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Leitlinie beschreibt alle klinischen Konstellationen, die nach aktuellem wissenschaftlichem Stand einen Herzschrittmacher bzw. ein CRT-P-System indizieren können. Der Qualitätsindikator ist nahezu eine 1:1-Abbildung der Leitlinie, wobei die Empfehlungsstufen I bis IIb zu „indiziert“ zusammengefasst werden. Die Bundesfachgruppe ist der Überzeugung, dass für die Summe aller Indikationen gefordert werden kann, dass in ≥ 90,00 % der Fälle eines Krankenhauses Leitlinienkonformität vorliegen sollte.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Indikation zur Herzschrittmacher- bzw. CRT-P-Implantation **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, außer führende Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation "sonstiges"
Erläuterung der Rechenregel	Für „sonstige“ Indikationen als Restekategorie lässt sich die Leitlinienkonformität nicht überprüfen. Diese Fälle sind daher aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	09/1:B
Zähler (Formel)	`fn_Indikation_Leitlinienkonform`
Nenner (Formel)	`FUEHRINDIKHSM %between% c(1,10)`

Verwendete Funktionen	`fn_AVBlock_Ablation`
	`fn_CRTIndikation_AF_HSM`
	`fn_CRTIndikation_SIN_HSM`
	`fn_CRTIndikation_SM_UPG_HSM`
	`fn_hoheVentrikulaereStimulation_HSM`
	`fn_Indikation_Adenosintest`
	`fn_Indikation_AVBlock1`
	`fn_Indikation_AVBlock2_3`
	`fn_Indikation_AVBlock2_Wenckebach`
	`fn_Indikation_Bradykardie`
	`fn_Indikation_CRT`
	`fn_Indikation_KarotisSinusSyndrom`
	`fn_Indikation_Leitlinienkonform`
	`fn_Indikation_Schenkelblock`

	fn_Indikation_SinusknotenSyndrom fn_Indikation_VasovagalesSyndrom fn_IV_QRS120 fn_PermanentesVorhofflimmern fn_SystemumstellungSMICDzuCRTP fn_ZhSymptBradykardie
Verwendete Listen	OPS_Systemumstellung_ICDzuCRTP OPS_Systemumstellung_SMzuCRTP
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen

Bezeichnung Gruppe	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen

54140: Leitlinienkonforme Systemwahl

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17:B	führendes Symptom	M	0 = keines (asymptomatisch) 1 = Präsynkope/Schwindel 2 = Synkope einmalig 3 = Synkope rezidivierend 4 = synkopenbedingte Verletzung 5 = Herzinsuffizienz 8 = Symptome einer Vorhofpfropfung: spontan oder infolge Schrittmachersyndrom 9 = asymptomatisch unter externer Stimulation 99 = sonstiges	FUEHRSYMPTOM
19:B	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation	M	1 = AV-Block I, II oder III 5 = Schenkelblock (mit Zusammenhang zur Bradykardie) 6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern) 7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern 8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) 9 = Vasovagales Syndrom (VVS) 10 = kardiale Resynchronisationstherapie (bei Fällen ohne Bradykardie bzw. bei Upgrade auf CRT-P) 99 = sonstiges	FUEHRINDIKHSM
21:B	Persistenz der Bradykardie	K	1 = persistierend 2 = intermittierend 3 = keine Bradykardie	PERSISTENZBRADYKARDIE
25:B	Vorhofrhythmus	M	1 = normofrequenter Sinusrhythmus 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen 3 = paroxysmales/ persistierendes Vorhofflimmern/-flattern 4 = permanentes Vorhofflimmern 5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) 9 = sonstige	VORHOFRHYTHMUS
26:B	AV-Block	M	0 = keiner 1 = AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms	AVBLOCK

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms 3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz 5 = AV-Block III. Grades 6 = nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns 7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)	
33:B	AV-Knotendiagnostik	K	0 = nicht durchgeführt 1 = Nachweis spontaner infrahisärer AV-Blockierungen in EPU 2 = HV-Zeit >= 70 ms oder Provokation von infrahisären Blockierungen in EPU 3 = positiver Adenosin-Test 4 = kein pathologischer Befund	AVKNOTENDIAG
42:B	System	M	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	ASMSYSTEMPO

Eigenschaften und Berechnung

ID	54140
Bezeichnung	Leitlinienkonforme Systemwahl
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Leitlinie beschreibt alle klinischen Konstellationen, die nach aktuellem wissenschaftlichem Stand die Systemwahl eines Herzschrittmachers beeinflussen. Der Qualitätsindikator ist nahezu eine 1:1-Abbildung der Leitlinie, wobei die Empfehlungsstufen I bis IIb zu „indiziert“ zusammengefasst werden. Die Bundesfachgruppe ist der Überzeugung, dass für die Summe aller EKG-Indikationen gefordert werden kann, dass in ≥ 90,00 % der Fälle eines Krankenhauses Leitlinienkonformität vorliegen sollte.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, außer führende Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation "kardiale Resynchronisationstherapie" oder "sonstiges", mit implantiertem Ein- oder Zweikammersystem
Erläuterung der Rechenregel	Der Qualitätsindikator umfasst nur bradykarde Herzrhythmusstörungen. Für „sonstige“ Indikationen als Restekategorie lässt sich die Leitlinienkonformität nicht überprüfen. Diese Fälle sind daher aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	09/1:B
Zähler (Formel)	`fn_Systemwahl_Leitlinienkonform`
Nenner (Formel)	`FUEHRINDIKHSM %between% c(1,9) & ASMSYSTEMPO %in% c(1,2,3,4,7)`

Verwendete Funktionen	`fn_Indikation_Adenosintest`
	`fn_PermanentesVorhofflimmern`
	`fn_Systemwahl_Adenosintest`
	`fn_Systemwahl_AVBL_DDD`
	`fn_Systemwahl_AVBL_VDD_2`
	`fn_Systemwahl_AVBL_VVI`
	`fn_Systemwahl_AVBL_VVI_3`
	`fn_Systemwahl_Bradykardie_AF`
	`fn_Systemwahl_CSS`
	`fn_Systemwahl_Leitlinienkonform`
	`fn_Systemwahl_Schenkelblock`
	`fn_Systemwahl_SSS_AAI_2`

	fn_Systemwahl_SSS_AAI_3 fn_Systemwahl_SSS_DDD fn_Systemwahl_SSS_VVI fn_Systemwahl_SSS_VVI_3 fn_Systemwahl_VVS
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54143: Systeme 3. Wahl

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation	M	1 = AV-Block I, II oder III 5 = Schenkelblock (mit Zusammenhang zur Bradykardie) 6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern) 7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern 8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) 9 = Vasovagales Syndrom (VVS) 10 = kardiale Resynchronisationstherapie (bei Fällen ohne Bradykardie bzw. bei Upgrade auf CRT-P) 99 = sonstiges	FUEHRINDIKHSM
21:B	Persistenz der Bradykardie	K	1 = persistierend 2 = intermittierend 3 = keine Bradykardie	PERSISTENZBRADYKARDIE
25:B	Vorhofrhythmus	M	1 = normofrequenter Sinusrhythmus 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen 3 = paroxysmales/ persistierendes Vorhofflimmern/-flattern 4 = permanentes Vorhofflimmern 5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) 9 = sonstige	VORHOFRHYTHMUS
26:B	AV-Block	M	0 = keiner 1 = AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms 2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms 3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz 5 = AV-Block III. Grades 6 = nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns 7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)	AVBLOCK
42:B	System	M	1 = VVI 2 = AAI	ASMSYSTEMPO

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	

Eigenschaften und Berechnung

ID	54143
Bezeichnung	Systeme 3. Wahl
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 10,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 10,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Der Referenzbereich orientiert sich an der Empfehlung im Kommentar der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zu den ESC-Leitlinien zur Schrittmacher und kardialen Resynchronisationstherapie, dass Systeme 3. Wahl bei bis zu 5% aller Schrittmacherimplantationen indiziert seien – da jedoch zur Zeit noch keine ausreichende Evidenz für eine gesicherte Einschätzung des zu erwarteten Anteils an Systemen 3. Wahl besteht, wurde ein Referenzbereich von ≤ 10% festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Alle Patientinnen und Patienten mit einem leitlinienkonformen System 3. Wahl **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten, außer führende Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation "kardiale Resynchronisationstherapie" oder "sonstiges", mit implantiertem Ein- oder Zweikammersystem
Erläuterung der Rechenregel	Der Qualitätsindikator umfasst nur bradykarde Herzrhythmusstörungen. Für „sonstige“ Indikationen als Restekategorie lässt sich die Leitlinienkonformität nicht überprüfen. Diese Fälle sind daher aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	09/1:B
Zähler (Formel)	`fn_Systeme_3_Wahl`
Nenner (Formel)	`FUEHRINDIKHSM %between% c(1,9) &` `ASMSYSTEMPO %in% c(1,2,3,4,7)`

Verwendete Funktionen	`fn_PermanentesVorhofflimmern`
	`fn_Systeme_3_Wahl`
	`fn_Systemwahl_AVBL_VVI_3`
	`fn_Systemwahl_SSS_AAI_3`
	`fn_Systemwahl_SSS_VVI_3`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

52139: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

Qualitätsziel	Möglichst kurze Eingriffsdauer

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
40:B	Dauer des Eingriffs	M	in Minuten	OPDAUER
42:B	System	M	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	ASMSYSTEMPO
09/2: 18:B	Dauer des Eingriffs	M	in Minuten	OPDAUER

Eigenschaften und Berechnung

ID	52139
Bezeichnung	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 60,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 60,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Auf Vorschlag der Bundesfachgruppe wird ab 2013 der Schwellenwert für die Eingriffsdauer bei Implantation eines Einkammersystems auf 50 Minuten, bei Implantation eines Zweikammersystems auf 80 Minuten und bei einem Aggregatwechsel auf 45 Minuten reduziert; für die Implantation von CRT-Systemen wird ein Schwellenwert von 180 Minuten eingeführt. Die Grenze des Referenzbereichs wird für alle Eingriffsarten und Systeme auf ≥ 60,00 % festgelegt. Die Festlegung erfolgte vor dem Hintergrund publizierter Ergebnisse zur Dauer von Herzschrittmachereingriffen und der Ergebnisse der Bundesauswertung 2012.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Anwendung systemspezifischer Schwellenwerte
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit einer Eingriffsdauer - bis 50 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) - bis 80 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD) - bis 180 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems - bis 45 Minuten bei Aggregatwechsel **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und implantiertem Einkammersystem (VVI, AAI, Leadless Pacemaker), Zweikammersystem (VDD, DDD) oder CRT-System sowie alle Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)
Erläuterung der Rechenregel	Ab dem Erfassungsjahr 2017 werden die bislang separaten Qualitätsindikatoren zur Eingriffsdauer in den Auswertungsmodulen Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) zusammengefasst. Der neue Qualitätsindikator zur Eingriffsdauer wird im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation (09/1) berichtet.
Teildatensatzbezug	09/1:B; 09/2:B

Formel	`sum_indicator(`
	`  list(module = "09/1", id = "61519_52139"),`
	`  list(module = "09/2", id = "61520_52139")`
	`)`

Kalkulatorische Kennzahlen		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	61519_52139
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52139
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Eingriffsdauer im Modul Herzschrittmacher-Implantation (09/1)
	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/1:B
	Zähler	`(ASMSYSTEMPO %in% c(1,2,7) & OPDAUER %<=% 50) | (ASMSYSTEMPO %in% c(3,4) & OPDAUER %<=% 80) | (ASMSYSTEMPO %in% c(5,6) & OPDAUER %<=% 180)`
	Nenner	`ASMSYSTEMPO %in% c(1,2,3,4,5,6,7)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	61520_52139
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52139
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Eingriffsdauer im Modul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)
	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/2:B
	Zähler	`OPDAUER %<=% 45`
	Nenner	TRUE
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

101800: Dosis-Flächen-Produkt

Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
41.1:B	Dosis-Flächen-Produkt	K	in (cGy)* cm²	FLDOSISSMICD
41.2:B	Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	K	1 = ja	FLDOSISUNB
41.3:B	keine Durchleuchtung durchgeführt	K	1 = ja	KEINEDL
42:B	System	M	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	ASMSYSTEMPO

Eigenschaften und Berechnung

ID	101800
Bezeichnung	Dosis-Flächen-Produkt
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Body-Mass-Index (BMI)
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 1.000 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) oder VDD-System - über 1.500 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.100 cGy x cm² bei CRT-System **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) bzw. VDD-System, Zweikammersystem (DDD) oder CRT-System, bei denen eine Durchleuchtung durchgeführt wurde **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 1.000 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) oder VDD-System - über 1.500 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.100 cGy x cm² bei CRT-System **E (expected)** Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 1.000 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) oder VDD-System - über 1.500 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.100 cGy x cm² bei CRT-System risikoadjustiert nach logistischem HSM-IMPL-Score für ID 101800
Erläuterung der Rechenregel	Die Schwellenwerte wurden nach der Methode des Bundesamts für Strahlenschutz (75. Perzentil der Einrichtungsmittelwerte) auf Basis der Daten der Erfassungsjahre 2015 bis 2018 ermittelt.

	Fälle mit nicht bekanntem Dosis-Flächen-Produkt werden wie Fälle gewertet, bei denen der Schwellenwert überschritten wurde.	
Teildatensatzbezug	09/1:B	
Zähler (Formel)	`O_101800`	
Nenner (Formel)	`E_101800`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_101800
	Bezug zu QS-Ergebnissen	101800
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 1.000 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) oder VDD-System - über 1.500 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.100 cGy x cm² bei CRT-System
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	09/1:B
	Zähler	`((ASMSYSTEMPO %in% c(1,2,4,7) & FLDOSISSMICD %>% 1000) | (ASMSYSTEMPO %==% 3 & FLDOSISSMICD %>% 1500) | (ASMSYSTEMPO %in% c(5,6) & FLDOSISSMICD %>% 4100)) | !is.na(FLDOSISUNB)`
	Nenner	`ASMSYSTEMPO %in% c(1,2,3,4,5,6,7) & is.na(KEINEDL)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_101800
	Bezug zu QS-Ergebnissen	101800
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem Dosis-Flächen-Produkt - über 1.000 cGy x cm² bei Einkammer- (VVI, AAI, Leadless Pacemaker) oder VDD-System - über 1.500 cGy x cm² bei Zweikammersystem (DDD) - über 4.100 cGy x cm² bei CRT-System

		risikoadjustiert nach logistischem HSM-IMPL-Score für ID 101800
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	09/1:B
	Zähler	`fn_M09N1Score_101800`
	Nenner	`ASMSYSTEMPO %in% c(1,2,3,4,5,6,7) & is.na(KEINEDL)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_M09N1Score_101800`	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

52305: Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
42:B	System	M	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	ASMSYSTEMPO
44.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVOREIZ
44.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	ASONVOREIZN
45.1:B	P-Wellen-Amplitude	K	in mV	ASONVOPWEL
45.2:B	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVOPWELN
46.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVEREIZ
46.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVEREIZN
47.1:B	R-Amplitude	K	in mV	ASONVERAMP
47.2:B	R-Amplitude nicht gemessen	K	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVERAMPN
09/3: 23:B	aktives System (nach dem Eingriff)	K	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	ASMSYSTEMPO
09/3: 26:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	ASONVOARTVO
09/3: 27.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVOREIZ

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
09/3: 27.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	ASONVOREIZN
09/3: 28.1:B	P-Wellen-Amplitude	K	in mV	ASONVOPWEL
09/3: 28.2:B	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	K	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVOPWELN
09/3: 29:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	ASONVEARTVO
09/3: 30.1:B	Reizschwelle	K	in V	ASONVEREIZ
09/3: 30.2:B	Reizschwelle nicht gemessen	K	1 = ja	ASONVEREIZN
09/3: 31.1:B	R-Amplitude	K	in mV	ASONVERAMP
09/3: 31.2:B	R-Amplitude nicht gemessen	K	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	ASONVERAMPN

Eigenschaften und Berechnung

ID	52305
Bezeichnung	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Anwendung spezifischer Akzeptanzbereiche für Sonden (Vorhof- vs. Ventrikelsonden) resp. Arten von Messungen (Reizschwellen vs. Signalamplituden)
Rechenregeln	**Zähler** Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb der folgenden Akzeptanzbereiche liegen: - Reizschwelle bei Vorhofsonden: über 0,0 V bis 1,5 V - Reizschwelle bei Ventrikelsonden: über 0,0 V bis 1,0 V - P-Wellen-Amplitude bei Vorhofsonden: 1,5 mV bis 15,0 mV - R-Amplitude bei Ventrikelsonden: 4,0 mV bis 30,0 mV **Nenner** Alle erforderlichen Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen bei Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Modul Herzschrittmacher-Implantation (09/1) und bei neu implantierten oder neu platzierten Vorhof- und Ventrikelsonden aus dem Modul Herzschrittmacher- Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3), für die ein akzeptables Ergebnis vorliegen muss: - Reizschwelle der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System - Reizschwelle der rechtsventrikulären Sonde - P-Wellen-Amplitude der Vorhofsonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus - R-Amplitude der rechtsventrikulären Sonde unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit fehlendem Eigenrhythmus

Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Nicht durchgeführte Messungen und Messungen mit unplausiblen Ergebnissen werden als außerhalb des jeweiligen Akzeptanzbereichs liegend bewertet (d. h. sie sind im Nenner, nicht aber im Zähler enthalten)	
Teildatensatzbezug	09/1:B; 09/3:B	

Formel	`sum_indicator(`
	`  list(module = "09/1", id = "52336_52305"),`
	`  list(module = "09/3", id = "52337_52305")`
	`)`	

Kalkulatorische Kennzahlen		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	52336_52305
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52305
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen, im Modul Herzschrittmacher-Implantation (09/1)
	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/1:B

	Zähler	`fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel`
		WENN
		`fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel`
		`%>% 0`

	Nenner	`fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert`
		WENN
		`fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert`
		`%>% 0`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	52337_52305
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52305
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Reizschwellen- und Signalamplitudenmessungen, deren Ergebnisse innerhalb bestimmter Akzeptanzbereiche liegen, im Modul Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/3)

	Operator	-
	Teildatensatzbezug	09/3:B
	Zähler	`fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel WENN fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel %>% 0`
	Nenner	`fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert WENN fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert %>% 0`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_Amplitude_implantierteVE1`
	`fn_Amplitude_implantierteVE1_ge4mV`
	`fn_Amplitude_implantierteVO`
	`fn_Amplitude_implantierteVO_ge1_5mV`
	`fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel`
	`fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert`
	`fn_Reizschwelle_implantierteVE1`
	`fn_Reizschwelle_implantierteVE1_le1V`
	`fn_Reizschwelle_implantierteVO`
	`fn_Reizschwelle_implantierteVO_le1_5V`
	`09/3: fn_Amplitude_implantierteVE1`
	`09/3: fn_Amplitude_implantierteVE1_ge4mV`
	`09/3: fn_Amplitude_implantierteVO`
	`09/3: fn_Amplitude_implantierteVO_ge1_5mV`
	`09/3: fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel`
	`09/3: fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert`
	`09/3: fn_Reizschwelle_implantierteVE1`
	`09/3: fn_Reizschwelle_implantierteVE1_le1V`
	`09/3: fn_Reizschwelle_implantierteVO`
	`09/3: fn_Reizschwelle_implantierteVO_le1_5V`	

Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Bezeichnung Gruppe	Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

101801: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
51.1:B	kardiopulmonale Reanimation	K	1 = ja	KARDIOPULREANIMATION
51.2:B	interventionspflichtiger Pneumothorax	K	1 = ja	PNEUMOTHORAX
51.3:B	interventionspflichtiger Hämatothorax	K	1 = ja	HAEMATOTHORA
51.4:B	interventionspflichtiger Perikarderguss	K	1 = ja	PERIOPKOMPPERIKARDERGUSS
51.5:B	interventionspflichtiges Taschenhämatom	K	1 = ja	TASCHHAEMATO
51.8:B	postoperative Wundinfektion	K	1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTIONJL
51.9:B	interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	K	1 = ja	PEROPKOMPPUST
51.10:B	sonstige interventionspflichtige Komplikation	K	1 = ja	PEROPKOMPSON

Eigenschaften und Berechnung

ID	101801
Bezeichnung	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 2,60 %
Referenzbereich 2020	≤ 2,60 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Orientiert am dänischen Schrittmacherregister wurde ursprünglich ≤ 2,00 % als Referenzbereich für die zusammengefasste Rate aller chirurgischen Komplikationen gewählt. Nachdem ab dem Erfassungsjahr 2018 nun auch kardiopulmonale Reanimationen und sonstige interventionspflichtige Komplikationen für diesen Indikator berücksichtigt werden, wurde der Referenzbereich angepasst, indem er mit dem Faktor multipliziert wurde, um den sich das Bundesergebnis durch die Erweiterung des Zählers erhöht hat.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Bei einem häufigen Auftreten von Pneumothoraces bzw. Hämatothoraces sollte im Rahmen des Strukturierten Dialogs geprüft werden, welche venösen Zugangswege in der Regel für den Sondenvorschub gewählt wurden (siehe Kennzahl „Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden“). Ein Sondenvorschub über die Vena subclavia geht meist mit einem höheren Risiko für einen Pneumothorax bzw. Hämatothorax einher als ein Sondenvorschub über die Vena cephalica. Wird (fast) immer die Vena subclavia in einem Krankenhausstandort zum venösen Sondenvorschub verwendet und liegt zugleich eine relativ hohe Anzahl aufgetretener Pneumothoraces bzw. Hämatothoraces vor, sollte ggf. ein Wechsel des bevorzugten venösen Zugangswegs vorgeschlagen werden. Die Bundesfachgruppe empfiehlt dies insbesondere, wenn der Anteil an Pneumothoraces und Hämatothoraces an allen Schrittmacherimplantationen bei über 1 % und der Anteil der Kennzahl „Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden“ bei über 90 % liegt.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion, interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle oder sonstige interventionspflichtige Komplikation **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/1:B
Zähler (Formel)	`KARDIOPULREANIMATION %==% 1 |` `PNEUMOTHORAX %==% 1 |`

	HAEMATOTHORA %==% 1 | PERIOPKOMPPERIKARDERGUSS %==% 1 | TASCHHAEMATO %==% 1 | POSTOPWUNDINFEKTIONJL %==% 1 | PEROPKOMPPUST %==% 1 | PEROPKOMPSON %==% 1
Nenner (Formel)	TRUE
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

52311: Sondendislokation oder -dysfunktion

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
51.6:B	Sonden- bzw. System-dislokation	K	1 = ja	SONDENDISLOK
51.7:B	Sonden- bzw. Sys-temdysfunktion	K	1 = ja	SONDENDYSFNK

Eigenschaften und Berechnung

ID	52311
Bezeichnung	Sondendislokation oder -dysfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 3,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 3,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Orientiert am dänischen Schrittmacherregister wurde von der Bundesfachgruppe dieser Referenzbereich gewählt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit Sondendislokation oder -dysfunktion **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/1:B
Zähler (Formel)	`SONDENDISLOK %==% 1 | SONDENDYSFNK %==% 1`
Nenner (Formel)	TRUE
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51191: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
55:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

Eigenschaften und Berechnung

ID	51191	
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Datenquelle	QS-Daten	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung	
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)	
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.	
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter ASA-Klassifikation Ätiologie AV-Block Nierenfunktion: Kreatinin	
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Patientinnen und Patienten **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-IMPL-Score für ID 51191	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	09/1:B	
Zähler (Formel)	O_51191	
Nenner (Formel)	E_51191	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51191
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51191
	Bezug zum Verfahren	DeQS

	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Todesfällen
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	09/1:B
	Zähler	`ENTLGRUND %==% "07"`
	Nenner	TRUE
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51191
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51191
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-IMPL-Score für ID 51191
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	09/1:B
	Zähler	`fn_M09N1Score_51191`
	Nenner	TRUE
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_M09N1Score_51191`	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

2190: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen

Qualitätsziel	Die Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats bei Ein- und Zweikammersystemen soll nicht unter vier Jahren betragen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
42:B	System	M	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	ASMSYSTEMPO
55:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
09/2: 14:B	Indikation zum Aggregatwechsel	M	1 = Batterieerschöpfung 2 = Fehlfunktion/Rückruf 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	AGGWECHSIND
09/2: 15:B	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP
09/2: 16:B	OP-Datum	M	-	OPDATUM
09/3: 15:B	Indikation zum Eingriff am Aggregat	M	0 = keine aggregatbezogene Indikation 1 = Batterieerschöpfung 3 = Fehlfunktion/Rückruf 4 = vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	AGGREGATPROBLEM
09/3: 19:B	OP-Datum	M	-	OPDATUM
09/3: 20:B	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP

Eigenschaften und Berechnung

ID	2190
Bezeichnung	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Vergleichszeitpunkt	4 Jahre nach HSM-Erstimplantation
Rechenregeln	**Zähler** Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel oder im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von Batterieerschöpfung durchgeführten Eingriffe mit Aggregatwechsel innerhalb von vier Jahren nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt. **Nenner** Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen von Ein- oder Zweikammersystemen, die im aktuellen Erfassungsjahr unter Beobachtung standen, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind.
Zensierung der Beobachtungsdauer	Ein Ersteingriff gilt in der Follow-up-Auswertung als nicht mehr unter Beobachtung stehend, sobald eine weitere Implantation oder ein weiterer Folgeeingriff eintritt. Derzeit kann nicht berücksichtigt werden, wenn Patientinnen bzw. Patienten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes versterben.
Erläuterung der Rechenregel	Der Follow-up-Indikator wird als Sentinel-Event-Indikator ausgewertet. Grundgesamtheit sind alle HSM-Erstimplantationen von Ein- oder Zweikammersystemen, die im aktuellen Erfassungsjahr unter Beobachtung, d. h. unter Risiko für einen Folgeeingriff aufgrund von Batterieerschöpfung, standen. Die unterschiedlich langen Beobachtungszeiträume der Implantationseingriffe werden nicht berücksichtigt, da es sich um einen Sentinel-Event-Indikator handelt.
Teildatensatzbezug	HSM_AGGW:FU
Beschreibung Teildatensatz	In der Sprache der relationalen Algebra ist der Datensatz HSM_AGGW:FU definiert als linker äußerer Verbund (LEFT OUTER JOIN) des Datensatzes

	a) aller HSM-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen HSM-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr mit vorhandenem Versichertenpseudonym vorliegt, und dem Datensatz b) aller Folgeeingriffe (aufgrund eines prozedurassoziierten Problems, eines Hardwareproblems, einer Infektion bzw. Aggregatperforation oder aufgrund von Batterieerschöpfung) mit vorhandenem Versichertenpseudonym über den kombinierten Schlüssel aus Versichertenpseudonym, Geburtsjahr und Geschlecht. Der Datensatz HSM_AGGW:FU besteht aus den Spalten: - gebjahr: Geburtsjahr der Versicherten (Exportfeld) - GESCHLECHT: Geschlecht der Versicherten - IKNRKH: Krankenhauspseudonym der erstimplantierenden Einrichtung - STANDORTOPS: Standortnummer des erstimplantierenden Standortes - RegistrierNr: Registriernummer des Index-Behandlungsfalles - Vorgangsnr: Vorgangsnummer des Index-Behandlungsfalles - ENTLGRUND: Entlassungsgrund des Indexeingriffes - OPDATUM: OP-Datum des Indexeingriffes - … : weitere Risikofaktoren zum Indexeingriff - FU_OPDATUM: OP-Datum des Folgeeingriffes - …: Weitere Informationen zum Folgeeingriff - Beobachtungszeit: Zeit zwischen Erst- und Folgeeingriff oder Zensierung (in Tagen) Das Präfix „FU_“ beschreibt die Assoziation des Datenfeldes mit dem Folgeeingriff.

Formel	`AJ <- VB$Auswertungsjahr[[1]]`
	
	`follow_up_sentinel(`
	`dataset = get_dataset_by_name("FUM09N1"),`
	` denominator = ENTLGRUND %!=% "07" &`
	`  ASMSYSTEMPO %in% c(1,2,3,4,7) &`
	`  Beobachtungszeit %>% 0,`
	` numerator = to_year(FU_OPDATUM) %==% AJ &`
	` (FU_AGGWECHSIND %==% 1 |`
	` FU_AGGREGATPROBLEM %==% 1) &`
	` FU_ORTLETZTEOP %in% c(1,2) &`
	` Beobachtungszeit %<=% 1460`
	`)`

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

2191: Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren

Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat bzw. Sonde)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
37:B	OP-Datum	M	-	OPDATUM
38:B	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
55:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
09/2: 14:B	Indikation zum Aggregatwechsel	M	1 = Batterieerschöpfung 2 = Fehlfunktion/Rückruf 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	AGGWECHSIND
09/2: 15:B	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP
09/2: 16:B	OP-Datum	M	-	OPDATUM
09/3: 15:B	Indikation zum Eingriff am Aggregat	M	0 = keine aggregatbezogene Indikation 1 = Batterieerschöpfung 3 = Fehlfunktion/Rückruf 4 = vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	AGGREGATPROBLEM
09/3: 18.1:B	Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde	K	s. Anhang: AsonIndik	ASONVOINDIK
09/3: 18.2:B	Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde	K	s. Anhang: AsonIndik	ASONVEINDIK
09/3: 18.3:B	Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde	K	s. Anhang: AsonIndik	ASONVE2INDIK
09/3: 19:B	OP-Datum	M	-	OPDATUM
09/3: 20:B	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP

Eigenschaften und Berechnung

ID	2191
Bezeichnung	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Der Referenzbereich wird ausgesetzt, bis vollständig beobachtete Follow-up-Zeiträume von acht Jahren nach HSM-Erstimplantation vorliegen.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Vergleichszeitpunkt	8 Jahre nach HSM-Erstimplantation
Rechenregeln	**Zähler** Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel oder im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von Hardwareproblemen durchgeführten Eingriffe innerhalb von acht Jahren nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt. **Nenner** Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von acht Jahren beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind.
Zensierung der Beobachtungsdauer	Ein Ersteingriff gilt in der Follow-up-Auswertung als nicht mehr unter Beobachtung stehend, sobald eine weitere Implantation oder ein weiterer Folgeeingriff eintritt. Derzeit kann nicht berücksichtigt werden, wenn Patientinnen bzw. Patienten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes versterben.
Erläuterung der Rechenregel	Die Grundgesamtheit des Indikators bilden alle HSM-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von acht Jahren beobachtet wurde. Da erst seit dem Erfassungsjahr 2015 Daten erhoben werden, die eine Verknüpfung der QS-Daten wiederholter stationärer Aufenthalte einer Patientin bzw. eines Patienten ermöglichen, liegen für das aktuelle Erfassungsjahr keine HSM-Erstimplantationen mit vollständigem Follow-up-Zeitraum von acht Jahren vor. Die Berechnung des Indikators ist daher ausgesetzt, bis Erstimplantationen mit vollständigem Follow-up-Zeitraum vorliegen.

	Da das Datenfeld „Indikation zum Aggregatwechsel“ aus dem Modul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) im Erfassungsjahr 2018 nicht erhoben wurde, werden Folgeeingriffe aufgrund von Aggregatwechseln aus diesem Erfassungsjahr im Indikator nicht als Zähler-Ereignisse bewertet.
Teildatensatzbezug	HSM_HWP:FU
Beschreibung Teildatensatz	In der Sprache der relationalen Algebra ist der Datensatz HSM_HWP:FU definiert als linker äußerer Verbund (LEFT OUTER JOIN) des Datensatzes a) aller HSM-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen HSM-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr mit vorhandenem Versichertenpseudonym vorliegt, und dem Datensatz b) aller Folgeeingriffe (aufgrund eines prozedurassoziierten Problems, eines Hardwareproblems, einer Infektion bzw. Aggregatperforation oder aufgrund von Batterieerschöpfung) mit vorhandenem Versichertenpseudonym über den kombinierten Schlüssel aus Versichertenpseudonym, Geburtsjahr und Geschlecht. Der Datensatz HSM_HWP:FU besteht aus den Spalten: - gebjahr: Geburtsjahr der Versicherten (Exportfeld) - GESCHLECHT: Geschlecht der Versicherten - IKNRKH: Krankenhauspseudonym der erstimplantierenden Einrichtung - STANDORTOPS: Standortnummer des erstimplantierenden Standortes - RegistrierNr: Registriernummer des Index-Behandlungsfalles - Vorgangsnr: Vorgangsnummer des Index-Behandlungsfalles - ENTLGRUND: Entlassungsgrund des Indexeingriffes - OPDATUM: OP-Datum des Indexeingriffes - … : weitere Risikofaktoren zum Indexeingriff - FU_OPDATUM: OP-Datum des Folgeeingriffes - …: Weitere Informationen zum Folgeeingriff - Beobachtungszeit: Zeit zwischen Erst- und Folgeeingriff oder Zensierung (in Tagen) Das Präfix „FU_“ beschreibt die Assoziation des Datenfeldes mit dem Folgeeingriff.

Formel	`AJ <- VB$Auswertungsjahr[[1]] - 1L`
	
	`follow_up_rate(`
	`dataset = get_dataset_by_name("FUM09N1"),`
	` denominator = to_year(OPDATUM) %==% AJ &`
	`  ENTLGRUND %!=% "07" &`
	`  !fn_Systemumstellung_09n1,`
	` numerator = !is.na(FU_OPDATUM) &`
	`  (FU_AGGWECHSIND %in% c(2,9) |`
	`  (FU_AGGREGATPROBLEM %in% c(3,9) |`
	`  FU_ASONVOINDIK %==% 10 |`
	`  FU_ASONVEINDIK %==% 10 |`
	`  FU_ASONVE2INDIK %==% 10 |`
	`  ((FU_ASONVOINDIK %==% 2 |`
	`  FU_ASONVEINDIK %==% 2 |`
	`  FU_ASONVE2INDIK %==% 2) &`
	`  Beobachtungszeit %>% 365)`
	`  )`
	`  ) &`
	`  FU_ORTLETZTEOP %in% c(1,2) &`
	`  Beobachtungszeit %<=% 2920`
	`)`

Verwendete Funktionen	`fn_Systemumstellung_09n1`

Verwendete Listen	`OPS_Systemumstellung_ICDzuCRTP`
	`OPS_Systemumstellung_ICDzuSM`
	`OPS_Systemumstellung_SMzuCRTP`

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

2194: Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
37:B	OP-Datum	M	-	OPDATUM
38:B	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
55:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
09/2: 15:B	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP
09/2: 16:B	OP-Datum	M	-	OPDATUM
09/3: 16:B	Taschenproblem	M	0 = kein Taschenproblem 1 = Taschenhämatom 2 = Aggregatperforation 3 = Infektion 9 = sonstiges Taschenproblem	TASCHENPROBLEM
09/3: 18.1:B	Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde	K	s. Anhang: AsonIndik	ASONVOINDIK
09/3: 18.2:B	Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde	K	s. Anhang: AsonIndik	ASONVEINDIK
09/3: 18.3:B	Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde	K	s. Anhang: AsonIndik	ASONVE2INDIK
09/3: 19:B	OP-Datum	M	-	OPDATUM
09/3: 20:B	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP

Eigenschaften und Berechnung

ID	2194
Bezeichnung	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Art des Systems Geschlecht Alter Body-Mass-Index (BMI) Herzinsuffizienz
Vergleichszeitpunkt	1 Jahr nach HSM-Erstimplantation
Rechenregeln	**Zähler** Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt. **Nenner** Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2020), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind. **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum **E (expected)** Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 2194

Zensierung der Beobachtungsdauer	Ein Ersteingriff gilt in der Follow-up-Auswertung als nicht mehr unter Beobachtung stehend, sobald eine weitere Implantation oder ein weiterer Folgeeingriff eintritt. Derzeit kann nicht berücksichtigt werden, wenn Patientinnen bzw. Patienten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes versterben.
Erläuterung der Rechenregel	Das aktuellste Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen HSM-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr vorliegt, ist 2020. Alle HSM-Erstimplantationen aus dem Erfassungsjahr 2020 (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) bilden daher die Grundgesamtheit des Indikators.
Teildatensatzbezug	HSM_PAP:FU
Beschreibung Teildatensatz	In der Sprache der relationalen Algebra ist der Datensatz HSM_PAP:FU definiert als linker äußerer Verbund (LEFT OUTER JOIN) des Datensatzes a) aller HSM-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen HSM-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr mit vorhandenem Versichertenpseudonym vorliegt, und dem Datensatz b) aller Folgeeingriffe (aufgrund eines prozedurassoziierten Problems, eines Hardwareproblems, einer Infektion bzw. Aggregatperforation oder aufgrund von Batterieerschöpfung) mit vorhandenem Versichertenpseudonym über den kombinierten Schlüssel aus Versichertenpseudonym, Geburtsjahr und Geschlecht. Der Datensatz HSM_PAP:FU besteht aus den Spalten: - gebjahr: Geburtsjahr der Versicherten (Exportfeld) - GESCHLECHT: Geschlecht der Versicherten - IKNRKH: Krankenhauspseudonym der erstimplantierenden Einrichtung - STANDORTOPS: Standortnummer des erstimplantierenden Standortes - RegistrierNr: Registriernummer des Index-Behandlungsfalles - Vorgangsnr: Vorgangsnummer des Index-Behandlungsfalles - ENTLGRUND: Entlassungsgrund des Indexeingriffes - OPDATUM: OP-Datum des Indexeingriffes - … : weitere Risikofaktoren zum Indexeingriff - FU_OPDATUM: OP-Datum des Folgeeingriffes - …: Weitere Informationen zum Folgeeingriff - Beobachtungszeit: Zeit zwischen Erst- und Folgeeingriff oder Zensierung (in Tagen) Das Präfix „FU_“ beschreibt die Assoziation des Datenfeldes mit dem Folgeeingriff.

Formel	`AJ <- VB$Auswertungsjahr[[1]] - 1L`
	
	`follow_up_oe(`
	`dataset = get_dataset_by_name("FUM09N1"),`
	` denominator = to_year(OPDATUM) %==% AJ &`
	`  ENTLGRUND %!=% "07" & !fn_Systemumstellung_09n1,`
	` numerator = !is.na(FU_OPDATUM) &`
	`  (FU_TASCHENPROBLEM %in% c(1,9) |`
	`  FU_ASONVOINDIK %in% c(1,2,3,4,5,6,7,9,99) |`
	`  FU_ASONVEINDIK %in% c(1,2,3,4,5,6,7,9,99) |`
	`  FU_ASONVE2INDIK %in% c(1,2,3,4,5,6,7,9,99)`
	`  ) &`
	`  FU_ORTLETZTEOP %in% c(1,2) &`
	`  Beobachtungszeit %<=% 365,`
	` expected_events = "expected_events_2194"`
	`)`

Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_2194
	Bezug zu QS-Ergebnissen	2194
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	HSM_PAP:FU
	Formel	`result <- import_indicator( module = "09/1", id = "2194") as_o_indicator_result(result)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_2194
	Bezug zu QS-Ergebnissen	2194
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 2194
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	HSM_PAP:FU
	Formel	`result <- import_indicator( module = "09/1", id = "2194") as_e_indicator_result(result)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_Systemumstellung_09n1`	

Verwendete Listen	`OPS_Systemumstellung_ICDzuCRTP`
	`OPS_Systemumstellung_ICDzuSM`
	`OPS_Systemumstellung_SMzuCRTP`	

Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

2195: Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
37:B	OP-Datum	M	-	OPDATUM
38:B	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
55:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
09/2: 15:B	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP
09/2: 16:B	OP-Datum	M	-	OPDATUM
09/3: 16:B	Taschenproblem	M	0 = kein Taschenproblem 1 = Taschenhämatom 2 = Aggregatperforation 3 = Infektion 9 = sonstiges Taschenproblem	TASCHENPROBLEM
09/3: 18.1:B	Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde	K	s. Anhang: AsonIndik	ASONVOINDIK
09/3: 18.2:B	Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde	K	s. Anhang: AsonIndik	ASONVEINDIK
09/3: 18.3:B	Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde	K	s. Anhang: AsonIndik	ASONVE2INDIK
09/3: 19:B	OP-Datum	M	-	OPDATUM
09/3: 20:B	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	M	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	ORTLETZTEOP

Eigenschaften und Berechnung

ID	2195
Bezeichnung	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Diabetes mellitus Geschlecht Art des Systems Alter Body-Mass-Index (BMI) Herzinsuffizienz
Vergleichszeitpunkt	1 Jahr nach HSM-Erstimplantation
Rechenregeln	**Zähler** Als Folgeeingriffe zählen alle (im Modul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation dokumentierten) aufgrund von Infektion oder Aggregatperforation durchgeführten Eingriffe innerhalb von einem Jahr nach Erstimplantation, bei denen kein vorheriger ambulanter Schrittmachereingriff stattgefunden hat. Zu jeder Erstimplantation wird nur der erste Folgeeingriff berücksichtigt. **Nenner** Alle (im Modul Herzschrittmacher-Implantation dokumentierten) HSM-Erstimplantationen (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) aus dem aktuellsten Erfassungsjahr (2020), für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr beobachtet wurde, für die ein eindeutiges Patientenpseudonym vorliegt und die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind. **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum **E (expected)** Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 2195

Zensierung der Beobachtungsdauer	Ein Ersteingriff gilt in der Follow-up-Auswertung als nicht mehr unter Beobachtung stehend, sobald eine weitere Implantation oder ein weiterer Folgeeingriff eintritt. Derzeit kann nicht berücksichtigt werden, wenn Patientinnen bzw. Patienten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes versterben.
Erläuterung der Rechenregel	Das aktuellste Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen HSM-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr vorliegt, ist 2020. Alle HSM-Erstimplantationen aus dem Erfassungsjahr 2020 (außer Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem) bilden daher die Grundgesamtheit des Indikators.
Teildatensatzbezug	HSM_INF:FU
Beschreibung Teildatensatz	In der Sprache der relationalen Algebra ist der Datensatz HSM_INF:FU definiert als linker äußerer Verbund (LEFT OUTER JOIN) des Datensatzes a) aller HSM-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen HSM-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von einem Jahr mit vorhandenem Versichertenpseudonym vorliegt, und dem Datensatz b) aller Folgeeingriffe (aufgrund eines prozedurassoziierten Problems, eines Hardwareproblems, einer Infektion bzw. Aggregatperforation oder aufgrund von Batterieerschöpfung) mit vorhandenem Versichertenpseudonym über den kombinierten Schlüssel aus Versichertenpseudonym, Geburtsjahr und Geschlecht. Der Datensatz HSM_INF:FU besteht aus den Spalten: - gebjahr: Geburtsjahr der Versicherten (Exportfeld) - GESCHLECHT: Geschlecht der Versicherten - IKNRKH: Krankenhauspseudonym der erstimplantierenden Einrichtung - STANDORTOPS: Standortnummer des erstimplantierenden Standortes - RegistrierNr: Registriernummer des Index-Behandlungsfalles - Vorgangsnr: Vorgangsnummer des Index-Behandlungsfalles - ENTLGRUND: Entlassungsgrund des Indexeingriffes - OPDATUM: OP-Datum des Indexeingriffes - … : weitere Risikofaktoren zum Indexeingriff - FU_OPDATUM: OP-Datum des Folgeeingriffes - …: Weitere Informationen zum Folgeeingriff - Beobachtungszeit: Zeit zwischen Erst- und Folgeeingriff oder Zensierung (in Tagen) Das Präfix „FU_“ beschreibt die Assoziation des Datenfeldes mit dem Folgeeingriff.

Formel	`AJ <- VB$Auswertungsjahr[[1]] - 1L`
	
	`follow_up_oe(`
	`dataset = get_dataset_by_name("FUM09N1"),`
	`  denominator = to_year(OPDATUM) %==% AJ &`
	`  ENTLGRUND %!=% "07" & !fn_Systemumstellung_09n1 &`
	`Beobachtungszeit %>% 0,`
	`  numerator = !is.na(FU_OPDATUM) &`
	`  (FU_TASCHENPROBLEM %in% c(2,3) |`
	`  FU_ASONVOINDIK %==% 8 |`
	`  FU_ASONVEINDIK %==% 8 |`
	`  FU_ASONVE2INDIK %==% 8`
	`  ) &`
	`  FU_ORTLETZTEOP %in% c(1,2) &`
	`  Beobachtungszeit %<=% 365,`
	`  expected_events = "expected_events_2195"`
	`)`

Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_2195
	Bezug zu QS-Ergebnissen	2195
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	HSM_INF:FU
	Formel	`result <- import_indicator( module = "09/1", id = "2195") as_o_indicator_result(result)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_2195
	Bezug zu QS-Ergebnissen	2195
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 2195
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	HSM_INF:FU
	Formel	`result <- import_indicator( module = "09/1", id = "2195") as_e_indicator_result(result)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_Systemumstellung_09n1`	

Verwendete Listen	`OPS_Systemumstellung_ICDzuCRTP`
	`OPS_Systemumstellung_ICDzuSM`
	`OPS_Systemumstellung_SMzuCRTP`	

Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

102001: Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation

Qualitätsziel	Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation	M	1 = AV-Block I, II oder III 5 = Schenkelblock (mit Zusammenhang zur Bradykardie) 6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern) 7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern 8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) 9 = Vasovagales Syndrom (VVS) 10 = kardiale Resynchronisationstherapie (bei Fällen ohne Bradykardie bzw. bei Upgrade auf CRT-P) 99 = sonstiges	FUEHRINDIKHSM
42:B	System	M	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	ASMSYSTEMPO
48:B	Linksventrikuläre Sonde aktiv?	K	0 = nein 1 = ja	LINKSVENTSONDEAKTIVJN

Eigenschaften und Berechnung

ID	102001
Bezeichnung	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase. Eine Prüfung, ob dieser QI mit Referenzbereich eingeführt wird, steht noch aus. Der QI wird ggf. modifiziert.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit aktiver linksventrikulärer Sonde bei Entlassung **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem CRT-System und kardialer Resynchronisationstherapie als führender Indikation
Erläuterung der Rechenregel	Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase. Eine Prüfung, ob dieser QI mit Referenzbereich eingeführt wird, steht noch aus. Der QI wird ggf. modifiziert.
Teildatensatzbezug	09/1:B
Zähler (Formel)	`LINKSVENTSONDEAKTIVJN %==% 1`
Nenner (Formel)	`ASMSYSTEMPO %in% c(5,6) & FUEHRINDIKHSM %==% 10`
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: AsonIndik	
1	Dislokation
2	Sondenbruch/Isolationsdefekt
3	fehlerhafte Konnektion
4	Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken
5	Oversensing
6	Undersensing
7	Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg
8	Infektion
9	Myokardperforation
10	Rückruf/Sicherheitswarnung
11	wachstumsbedingte Sondenrevision
99	sonstige

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
OPS_Systemumstellung_ICDzuCRTP	OPS	Systemumstellungen von Defibrillator auf CRT-P-System	`5-378.cc%, 5-378.cd%`
OPS_Systemumstellung_ICDzuSM	OPS	Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher (Ein- oder Zweikammersystem)	`5-378.ca%, 5-378.cb%, 5-378.cm%`
OPS_Systemumstellung_SMzuCRTP	OPS	Systemumstellungen von Herzschrittmacher auf CRT-P-System	`5-378.b1%, 5-378.b2%, 5-378.b4%, 5-378.b5%`

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2021

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Amplitude_implantierteVE1	boolean	Messung: R-Amplitude der implantierten rechtsventrikulären Sonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten ohne Eigenrhythmus)	`!is.na(ASONVERAMP) | ASONVERAMPN %==% 9`
fn_Amplitude_implantierteVE1_ge4mV	boolean	Messwerte: R-Amplitude der implantierten rechtsventrikulären Sonde zwischen 4,0 und 30,0 mV	`ASONVERAMP %between% c(4.0, 30.0)`
fn_Amplitude_implantierteVO	boolean	Messung: P-Wellen-Amplitude der implantierten Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)	`!is.na(ASONVOPWEL) | ASONVOPWELN %==% 9`
fn_Amplitude_implantierteVO_ge1_5mV	boolean	Messwerte: P-Wellen-Amplitude der implantierten Vorhofsonde zwischen 1,5 und 15,0 mV	`ASONVOPWEL %between% c(1.5, 15.0)`

fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel	integer	Anzahl der akzeptablen Messwerte für implantierte Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVO_le1_5V,`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVE1_le1V,`
			`fn_Amplitude_implantierteVO_ge1_5mV,`
			`fn_Amplitude_implantierteVE1_ge4mV`
			`)`

fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert	integer	Anzahl der Messungen implantierter Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVO,`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVE1,`
			`fn_Amplitude_implantierteVO,`
			`fn_Amplitude_implantierteVE1`
			`)`

fn_AVBlock_Ablation	boolean	AV-Block (nach Ablation)	`AVBLOCK %==% 7 | AETIOLOGIE %==% 4`

fn_CRTIndikation_AF_HSM	boolean	Indikation für kardiale Resynchronisationstherapie (CRT-Indikation):
		
		1. Herzinsuffizienz: NYHA III oder IV
			`HERZINSUFFIZIENZ %in% c(3,4) &`
			`EJEKTFRAKTION %<=% 35 &`
			`NONDEVICEINEFFEKTIV %==% 1 &`
			`(`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

		2. LVEF ≤ 35 %
		3. konservative Therapie ineffektiv/unzureichend
		4. Intraventrikuläre Leitungsstörung ODER AV-Block (nach Ablation) ODER hohe ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit
			`fn_IV_QRS120 |`
			`fn_AVBlock_Ablation |`
			`fn_hoheVentrikulaereStimulation_HSM`
			`)`

fn_CRTIndikation_SIN_HSM	boolean	Indikation für kardiale Resynchronisationstherapie (CRT-Indikation):
		
		1. Herzinsuffizienz: NYHA II, III oder IV
		2. LVEF ≤ 35 %
		3. konservative Therapie ineffektiv/unzureichend
		4. Intraventrikuläre Leitungsstörung
			`HERZINSUFFIZIENZ %in% c(2,3,4) &`
			`EJEKTFRAKTION %<=% 35 &`
			`NONDEVICEINEFFEKTIV %==% 1 &`
			`fn_IV_QRS120`

fn_CRTIndikation_SM_UPG_HSM	boolean	Indikation für kardiale Resynchronisationstherapie (CRT-Indikation):
		
		1. Systemumstellung von Schrittmacher oder Defi-brillator auf CRT-P-System
		2. Herzinsuffizienz: NYHA III oder IV
		3. LVEF ≤ 35 %
		4. hohe ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit
		5. konservative Therapie ineffektiv/unzureichend
			`fn_SystemumstellungSMICDzuCRTP &`
			`HERZINSUFFIZIENZ %in% c(3,4) &`
			`EJEKTFRAKTION %<=% 35 &`
			`fn_hoheVentrikulaereStimulation_HSM &`
			`NONDEVICEINEFFEKTIV %==% 1`

fn_hoheVentrikulaereStimulation_HSM	boolean	Erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation ≥ 40%	`STIMBEDUERF %in% c(1,2)`
fn_Indikation_Adenosintest	boolean	Leitlinienkonforme Indikation bei positivem Adenosin-Test	`FUEHRSYMPTOM %in% c(3,4) &` `AVKNOTENDIAG %==% 3`

fn_Indikation_AVBlock1	boolean	Leitlinienkonforme Indikation bei AV-Block I. Grades	`FUEHRINDIKHSM %==% 1 &`
			`AVBLOCK %==% 2 &`
			`FUEHRSYMPTOM %==% 8`

fn_Indikation_AVBlock2_3	boolean	Leitlinienkonforme Indikation bei AV-Block II Mobitz oder AV-Block III. Grades	`FUEHRINDIKHSM %==% 1 & AVBLOCK %in% c(4,5,7)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_Indikation_AVBlock2_Wenckebach	boolean	Leitlinienkonforme Indikation bei AV-Block II. Grades Typ Wenckebach	`FUEHRINDIKHSM %==% 1 &`
			`AVBLOCK %==% 3 &`
			`(`
			`FUEHRSYMPTOM %in% c(1,2,3,4,5,8,9) |`
			`AVKNOTENDIAG %in% c(1,2)`
			`)`

fn_Indikation_Bradykardie	boolean	Leitlinienkonforme Indikation bei Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern	`FUEHRINDIKHSM %==% 7 &`
			`fn_PermanentesVorhofflimmern &`
			`(`
			`AETIOLOGIE %==% 4 |`
			`FUEHRSYMPTOM %in% c(1,2,3,4,5) |`
			`INTRAVENTRIKLEITSTOER %in% c(1,2,3,4,5) |`
			`AVKNOTENDIAG %in% c(1,2) |`
			`AVBLOCK %in% c(5,7)`
			`)`

fn_Indikation_CRT	boolean	Leitlinienkonforme Indikation bei kardialer Re-synchronisationstherapie (ohne Bradykardie)	`FUEHRINDIKHSM %==% 10 &`
			`(`
			`(fn_PermanentesVorhofflimmern &`
			`fn_CRTIndikation_AF_HSM) |`
			`(!fn_PermanentesVorhofflimmern &`
			`fn_CRTIndikation_SIN_HSM) |`
			`fn_CRTIndikation_SM_UPG_HSM`
			`)`

fn_Indikation_KarotisSinusSyndrom	boolean	Leitlinienkonforme Indikation bei Karotis-Sinus-Syndrom (CSS)	`FUEHRINDIKHSM %==% 8 &`
			`FUEHRSYMPTOM %in% c(3,4) &`
			`(`
			`NEUROKARDIODIAG %in% c(1,3) |`
			`HERZPAUSE %==% 3`
			`)`

fn_Indikation_Leitlinienkonform	boolean	Leitlinienkonforme Indikation	`fn_Indikation_Adenosintest |`
			`fn_Indikation_AVBlock1 |`
			`fn_Indikation_AVBlock2_Wenckebach |`
			`fn_Indikation_AVBlock2_3 |`
			`fn_Indikation_Bradykardie |`
			`fn_Indikation_KarotisSinusSyndrom |`
			`fn_Indikation_Schenkelblock |`
			`fn_Indikation_SinusknotenSyndrom |`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			fn_Indikation_VasovagalesSyndrom | fn_Indikation_CRT
fn_Indikation_Schenkelblock	boolean	Leitlinienkonforme Indikation bei Schenkelblock	FUEHRINDIKHSM %==% 5 & (INTRAVENTRIKLEITSTOER %==% 5 | (INTRAVENTRIKLEITSTOER %in% c(1,2,3,4) & FUEHRSYMPTOM %in% c(2,3,4)))
fn_Indikation_SinusknotenSyndrom	boolean	Leitlinienkonforme Indikation bei Sinusknoten-syndrom (SSS)	FUEHRINDIKHSM %==% 6 & FUEHRSYMPTOM %in% c(1,2,3,4,5,8,9) & (VORHOFRHYTHMUS %in% c(2,3,5) | CHRONOTRINKOMP %==% 1) & fn_ZhSymptBradykardie
fn_Indikation_VasovagalesSyndrom	boolean	Leitlinienkonforme Indikation bei Vasovagalem Syndrom (VVS)	FUEHRINDIKHSM %==% 9 & FUEHRSYMPTOM %in% c(3,4) & alter %>=% 40 & ((ZHSYMPBRADYKARDIE %==% 2 & HERZPAUSE %==% 3) | (NONDEVICEINEFFEKTIV %==% 1 & NEUROKARDIODIAG %in% c(2,3)))
fn_IV_QRS120	boolean	Intraventrikuläre Leitungsstörung	QRSKOMPLEX %in% c(2,3,4,5)
fn_M09N1Score_101800	float	Score zur logistischen Regression - ID 101800	# Funktion fn_M09N1Score_101800
fn_M09N1Score_51191	float	Score zur logistischen Regression - ID 51191	# Funktion fn_M09N1Score_51191
fn_PermanentesVorhofflimmern	boolean	Permanentes Vorhofflimmern	VORHOFRHYTHMUS %==% 4
fn_Reizschwelle_implantierteVE1	boolean	Messung: Reizschwelle der implantierten rechts-ventrikulären Sonde	!is.na(ASONVEREIZ) | !is.na(ASONVEREIZN)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Reizschwelle_implantierteVE1_le1V	boolean	Messwerte: Reizschwelle der implantierten rechtsventrikulären Sonde ist > 0,0 V und ≤ 1,0 V	`ASONVEREIZ %>% 0.0 & ASONVEREIZ %<=% 1.0`
fn_Reizschwelle_implantierteVO	boolean	Messung: Reizschwelle der implantierten Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)	`(!is.na(ASONVOREIZ) | ASONVOREIZN %==% 9) & ASMSYSTEMPO %!=% 4`
fn_Reizschwelle_implantierteVO_le1_5V	boolean	Messwerte: Reizschwelle der implantierten Vorhofsonde ist > 0,0 V und ≤ 1,5 V (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit VDD-System)	`ASONVOREIZ %>% 0.0 & ASONVOREIZ %<=% 1.5 & ASMSYSTEMPO %!=% 4`
fn_Systeme_3_Wahl	boolean	Systeme 3. Wahl	`fn_Systemwahl_AVBL_VVI_3 | fn_Systemwahl_SSS_AAI_3 | fn_Systemwahl_SSS_VVI_3`
fn_Systemumstellung_09n1	boolean	Systemumstellung von Defibrillator auf Herzschrittmacher oder von Herzschrittmacher (Ein- oder Zweikammersystem) auf CRT-P-System	`OPSCHLUESSEL %any_like% c(LST$OPS_Systemumstellung_ICDzuCRTP, LST$OPS_Systemumstellung_ICDzuSM, LST$OPS_Systemumstellung_SMzuCRTP)`
fn_SystemumstellungSMICDzuCRTP	boolean	Systemumstellung von Herzschrittmacher oder Defibrillator auf CRT-P-System	`OPSCHLUESSEL %any_like% c(LST$OPS_Systemumstellung_ICDzuCRTP, LST$OPS_Systemumstellung_SMzuCRTP)`
fn_Systemwahl_Adenosintest	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl DDD bei positivem Adenosin-Test	`ASMSYSTEMPO %==% 3 & fn_Indikation_Adenosintest`
fn_Systemwahl_AVBL_DDD	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl DDD bei AV-Block I. Grades, II. Grades oder III. Grades	`ASMSYSTEMPO %==% 3 & FUEHRINDIKHSM %==% 1 & VORHOFRHYTHMUS %!=% 4`
fn_Systemwahl_AVBL_VDD_2	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl VDD bei AV-Block I. Grades, II. Grades oder III. Grades	`ASMSYSTEMPO %==% 4 & FUEHRINDIKHSM %==% 1 & PERSISTENZBRADYKARDIE %==% 1 & VORHOFRHYTHMUS %!=% 4`
fn_Systemwahl_AVBL_VVI	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl VVI bei AV-Block I. Grades, II. Grades oder III. Grades (als System 1. Wahl)	`ASMSYSTEMPO %in% c(1,7) & FUEHRINDIKHSM %==% 1 & fn_PermanentesVorhofflimmern`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Systemwahl_AVBL_VVI_3	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl VVI bei AV-Block I. Grades, II. Grades oder III. Grades (als System 3. Wahl)	`ASMSYSTEMPO %in% c(1,7) & FUEHRINDIKHSM %==%1 & !fn_PermanentesVorhofflimmern`
fn_Systemwahl_Bradykardie_AF	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl VVI bei Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern	`ASMSYSTEMPO %in% c(1,7) & FUEHRINDIKHSM %==% 7`
fn_Systemwahl_CSS	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl DDD bei Karotis-Sinus-Syndrom (CSS)	`ASMSYSTEMPO %==% 3 & FUEHRINDIKHSM %==% 8`

fn_Systemwahl_Leitlinienkonform	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl	`fn_Systemwahl_Adenosintest |`
			`fn_Systemwahl_AVBL_DDD |`
			`fn_Systemwahl_AVBL_VVI |`
			`fn_Systemwahl_AVBL_VDD_2 |`
			`fn_Systemwahl_AVBL_VVI_3 |`
			`fn_Systemwahl_Bradykardie_AF |`
			`fn_Systemwahl_CSS |`
			`fn_Systemwahl_Schenkelblock |`
			`fn_Systemwahl_SSS_AAI_2 |`
			`fn_Systemwahl_SSS_AAI_3 |`
			`fn_Systemwahl_SSS_VVI |`
			`fn_Systemwahl_SSS_VVI_3 |`
			`fn_Systemwahl_SSS_DDD |`
			`fn_Systemwahl_VVS`

fn_Systemwahl_Schenkelblock	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl DDD bei Schenkelblock	`ASMSYSTEMPO %==% 3 & FUEHRINDIKHSM %==% 5`

fn_Systemwahl_SSS_AAI_2	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl AAI bei Sinusknotensyndrom ohne AV-Block (als System 2. Wahl)	`ASMSYSTEMPO %==% 2 &`
			`FUEHRINDIKHSM %==% 6 &`
			`PERSISTENZBRADYKARDIE %==% 1 &`
			`AVBLOCK %==% 0`

fn_Systemwahl_SSS_AAI_3	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl AAI bei Sinusknotensyndrom ohne AV-Block (als System 3. Wahl)	`ASMSYSTEMPO %==% 2 &`
			`FUEHRINDIKHSM %==% 6 &`
			`PERSISTENZBRADYKARDIE %in% c(2,3) &`
			`AVBLOCK %==% 0`

fn_Systemwahl_SSS_DDD	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl DDD bei Sinusknotensyndrom	`ASMSYSTEMPO %==% 3 & FUEHRINDIKHSM %==% 6`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_Systemwahl_SSS_VVI	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl VVI bei Sinusknotensyndrom mit AV-Block (als System 1. Wahl)	`ASMSYSTEMPO %in% c(1,7) &`
			`FUEHRINDIKHSM %==% 6 &`
			`AVBLOCK %in%  c(1,2,3,4,5,6,7) &`
			`fn_PermanentesVorhofflimmern`

fn_Systemwahl_SSS_VVI_3	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl VVI bei Sinusknotensyndrom mit AV-Block (als System 3. Wahl)	`ASMSYSTEMPO %in% c(1,7) &`
			`FUEHRINDIKHSM %==% 6 &`
			`AVBLOCK %in%  c(1,2,3,4,5,6,7) &`
			`!fn_PermanentesVorhofflimmern`

fn_Systemwahl_VVS	boolean	Leitlinienkonforme Systemwahl DDD bei Vasovagalem Syndrom (VVS)	`ASMSYSTEMPO %==% 3 &` `FUEHRINDIKHSM %==% 9`

fn_ZhSymptBradykardie	boolean	Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen (unterschieden nach Persistenz der Bradykardie) zur leitlinienkonformen Indikation bei Sinusknotensyndrom (SSS)	`(PERSISTENZBRADYKARDIE %==% 1 &`
			`ZHSYMPBRADYKARDIE %in% c(1,2)) |`
			`(`
			`PERSISTENZBRADYKARDIE %==% 2 &`
			` (`
			` ZHSYMPBRADYKARDIE %==% 2 |`
			`  (ZHSYMPBRADYKARDIE %==% 1 &`
			`  HERZPAUSE %in% c(2,3) &`
			`  FUEHRSYMPTOM %in% c(2,3,4))`
			` )`
			`)`

09/3: fn_Amplitude_implantierteVE1	boolean	Messung: R-Amplitude der implantierten rechtsventrikulären Sonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten ohne Eigenrhythmus)	`(!is.na(ASONVERAMP) | ASONVERAMPN %==% 9) &` `ASONVEARTVO %in% c(1,2)`
09/3: fn_Amplitude_implantierteVE1_ge4mV	boolean	Messwerte: R-Amplitude der implantierten rechtsventrikulären Sonde zwischen 4,0 und 30,0 mV	`ASONVERAMP %between% c(4.0, 30.0) &` `ASONVEARTVO %in% c(1,2)`
09/3: fn_Amplitude_implantierteVO	boolean	Messung: P-Wellen-Amplitude der implantierten Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder fehlendem Vorhofeigenrhythmus)	`(!is.na(ASONVOPWEL) | ASONVOPWELN %==% 9) &` `ASONVOARTVO %in% c(1,2)`
09/3: fn_Amplitude_implantierteVO_ge1_5mV	boolean	Messwerte: P-Wellen-Amplitude der implantierten Vorhofsonde zwischen 1,5 und 15,0 mV	`ASONVOPWEL %between% c(1.5, 15.0) &` `ASONVOARTVO %in% c(1,2)`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

09/3: fn_Anzahl_Index_Messwerte_akzeptabel	integer	Anzahl der akzeptablen Messwerte für implantierte Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVO_le1_5V,`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVE1_le1V,`
			`fn_Amplitude_implantierteVO_ge1_5mV,`
			`fn_Amplitude_implantierteVE1_ge4mV`
			`)`

09/3: fn_Anzahl_Index_Sonden_implantiert	integer	Anzahl der Messungen implantierter Sonden	`row_sums(`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVO,`
			`fn_Reizschwelle_implantierteVE1,`
			`fn_Amplitude_implantierteVO,`
			`fn_Amplitude_implantierteVE1`
			`)`

09/3: fn_Reizschwelle_implantierteVE1	boolean	Messung: Reizschwelle der implantierten rechtsventrikulären Sonde	`(!is.na(ASONVEREIZ) | !is.na(ASONVEREIZN)) &` `ASONVEARTVO %in% c(1,2)`
09/3: fn_Reizschwelle_implantierteVE1_le1V	boolean	Messwerte: Reizschwelle der implantierten rechtsventrikulären Sonde ist > 0,0 V und ≤ 1,0 V	`ASONVEREIZ %>% 0.0 & ASONVEREIZ %<=% 1.0 &` `ASONVEARTVO %in% c(1,2)`

09/3: fn_Reizschwelle_implantierteVO	boolean	Messung: Reizschwelle der implantierten Vorhofsonde (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern oder VDD-System)	`(!is.na(ASONVOREIZ) | ASONVOREIZN %==% 9) &`
			`ASONVOARTVO %in% c(1,2) &`
			`ASMSYSTEMPO %!=% 4`

09/3: fn_Reizschwelle_implantierteVO_le1_5V	boolean	Messwerte: Reizschwelle der implantierten Vorhofsonde ist > 0,0 V und ≤ 1,5 V (Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit VDD-System)	`ASONVOREIZ %>% 0.0 & ASONVOREIZ %<=% 1.5 &`
			`ASONVOARTVO %in% c(1,2) &`
			`ASMSYSTEMPO %!=% 4`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts 4

121800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) 5

52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden 8

51404: Sterblichkeit im Krankenhaus 11

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 15

Anhang II: Listen 16

Anhang III: Vorberechnungen 17

Anhang IV: Funktionen 18

Gruppe: Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

Bezeichnung Gruppe	Peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts

121800: Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
35.1:B	kardiopulmonale Reanimation	K	1 = ja	KARDIOPULREANIMATION
35.2:B	interventionspflichtiger Pneumothorax	K	1 = ja	PNEUMOTHORAX
35.3:B	interventionspflichtiger Hämatothorax	K	1 = ja	HAEMATOTHORA
35.4:B	interventionspflichtiger Perikarderguss	K	1 = ja	PERIOPKOMPPERIKARDERGUSS
35.5:B	interventionspflichtiges Taschenhämatom	K	1 = ja	TASCHHAEMATO
35.8:B	postoperative Wundinfektion	K	1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTIONJL
35.9:B	interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	K	1 = ja	PEROPKOMPPUST
35.10:B	sonstige interventionspflichtige Komplikation	K	1 = ja	PEROPKOMPSON

Eigenschaften und Berechnung

ID	121800
Bezeichnung	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 3,10 %
Referenzbereich 2020	≤ 3,10 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Orientiert am dänischen Schrittmacherregister wurde ursprünglich ≤ 2,00 % als Referenzbereich für die zusammengefasste Rate aller chirurgischen Komplikationen gewählt. Nachdem ab dem Erfassungsjahr 2018 nun auch kardiopulmonale Reanimationen und sonstige interventionspflichtige Komplikationen für diesen Indikator berücksichtigt werden, wurde der Referenzbereich angepasst, indem er mit dem Faktor multipliziert wurde, um den sich das Bundesergebnis durch die Erweiterung des Zählers erhöht hat.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen): kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, postoperative Wundinfektion, interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle oder sonstige interventionspflichtige Komplikation **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/3:B

Zähler (Formel)	`KARDIOPULREANIMATION %==% 1 |`
	`PNEUMOTHORAX %==% 1 |`
	`PERIOPKOMPPERIKARDERGUSS %==% 1 |`
	`TASCHHAEMATO %==% 1 |`
	`HAEMATOTHORA %==% 1 |`
	`POSTOPWUNDINFEKTIONJL %==% 1 |`
	`PEROPKOMPPUST %==% 1 |`
	`PEROPKOMPSON %==% 1`

Nenner (Formel)	TRUE
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
26:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	ASONVOARTVO
29:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	ASONVEARTVO
32:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	ASONVE2ARTVO
36.1:B	Sondendislokation im Vorhof	K	1 = ja	SODISLOKAORTVORHOF
36.2:B	Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel	K	1 = rechter Ventrikel 2 = linker Ventrikel 3 = beide	SODISLOKAORTVENTRIKELPO
37.1:B	Sondendysfunktion im Vorhof	K	1 = ja	SODYSFNKORTVORHOF
37.2:B	Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel	K	1 = rechter Ventrikel 2 = linker Ventrikel 3 = beide	SODYSFNKORTVENTRIKELPO

Eigenschaften und Berechnung

ID	52315
Bezeichnung	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 3,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 3,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Orientiert am dänischen Schrittmacherregister wurde von der Bundesfachgruppe dieser Referenzbereich gewählt. Er ist für Ersteingriffe und für Revisionseingriffe gleich hoch.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit Dislokation oder Dysfunktion an einer revidierten bzw. neu implantierten Sonde **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/3:B

Zähler (Formel)	`(ASONVOARTVO %in% c(1,2,4,9) &`
	`  (SODISLOKAORTVORHOF %==% 1 |`
	`  SODYSFNKORTVORHOF %==% 1)`
	`) |`
	`(ASONVEARTVO %in% c(1,2,4,9) &`
	`  (SODISLOKAORTVENTRIKELPO %in% c(1,3) |`
	`  SODYSFNKORTVENTRIKELPO %in% c(1,3))`
	`) |`
	`(ASONVE2ARTVO %in% c(1,2,4,9) &`
	`  (SODISLOKAORTVENTRIKELPO %in% c(2,3) |`
	`  SODYSFNKORTVENTRIKELPO %in% c(2,3))`
	`)`

Nenner (Formel)	`ASONVOARTVO %in% c(1,2,4,9) |`
	`ASONVEARTVO %in% c(1,2,4,9) |`
	`ASONVE2ARTVO %in% c(1,2,4,9)`

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51404: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
39:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

Eigenschaften und Berechnung

ID	51404	
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Datenquelle	QS-Daten	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung	
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)	
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.	
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	ASA-Klassifikation Indikation zum Folgeeingriff	
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Patientinnen und Patienten **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-REV-Score für ID 51404	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	09/3:B	
Zähler (Formel)	`O_51404`	
Nenner (Formel)	`E_51404`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51404
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51404
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Todesfällen

	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	09/3:B
	Zähler	`ENTLGRUND %==% "07"`
	Nenner	TRUE
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51404
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51404
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Todesfällen, risikoadjustiert nach logistischem HSM-REV-Score für ID 51404
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	09/3:B
	Zähler	`fn_M09N3Score_51404`
	Nenner	TRUE
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_M09N3Score_51404`	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_M09N3Score_51404	float	Score zur logistischen Regression - ID 51404	`# Funktion fn_M09N3Score_51404`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Perinatalmedizin: Geburtshilfe

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Perinatalmedizin: Geburtshilfe. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen 4

50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung 8

52249: Kaiserschnittgeburt 11

1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten 15

Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung 18

51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen 19

318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten 22

51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen 25

51808_51803 - Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern 31

51813_51803 - Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 33

51818_51803 - Ebene 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16 35

51823_51803 - Ebene 4: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00) 37

181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV 39

181801_181800 - Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten 44

181802_181800 - Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten 46

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 48

Anhang II: Listen 51

Anhang III: Vorberechnungen 52

Anhang IV: Funktionen 53

330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

Qualitätsziel	Häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:M	Aufnahmedatum Krankenhaus	K	-	AUFNDATUM
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
31:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
32:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
35:M	Antenatale Kortikosteroidtherapie	M	0 = nein 1 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte in eigener Klinik 2 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern	LUNGENREIF
75:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
93:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	330
Bezeichnung	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Das Ziel ist, wegen der klar belegten Vorteile der Behandlung, in 100 % der Fälle die Lungenreifebehandlung durchzuführen. Basis dieser Forderung sind Angaben in internationalen Leitlinien (ACOG 2016a, ACOG 2016b) und in evidenzbasierten Studien (Roberts et al. 2017). Allerdings ist der Verzicht auf eine Therapie in Einzelfällen begründbar, daher wurde die Grenze auf einen festen Wert von 95,00 % festgelegt. Beispiel: Vorliegen von Kontraindikationen. Durch den Ausschluss von Totgeburten aus der Grundgesamtheit wird der Indikator spezifischer, eine Anpassung des Referenzbereichs aus diesem Grund ist aus Sicht der Bundesfachgruppe nicht erforderlich.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie **Nenner** Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen geboren haben, unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	16/1:M
Zähler (Formel)	`LUNGENREIF %in% c(1,2)`

Nenner (Formel)	`fn_Gestalter %between% c(168,237) &`
	`TOTGEBURT %==% 0 &`
	`round(as.numeric(difftime(GEBDATUMK,`
	`AUFNDATUM, unit="days", tz = "Europe/Berlin"))) %>=%`
	`2`

Verwendete Funktionen	`fn_Gestalter`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
65:K	Entbindungsmodus	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	ENTBINDMODUS
67:K	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	K	0 = nein 1 = ja, prophylaktische Gabe 2 = ja, laufende antibiotische Therapie	ANTIBIOTSECTIO

Eigenschaften und Berechnung

ID	50045
Bezeichnung	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Perioperative Antibiotikaprophylaxe **Nenner** Alle Geburten mit Kaiserschnitt-Entbindung
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	16/1:M
Zähler (Formel)	`ANTIBIOTSECTIO %in% c(1,2)`
Nenner (Formel)	`ENTBINDMODUS %any_like% LST$OPS_Sectio`
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	`OPS_Sectio`
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

52249: Kaiserschnittgeburt

Qualitätsziel	Wenig Kaiserschnittgeburten

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
31:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
32:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
65:K	Entbindungsmodus	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	ENTBINDMODUS
75:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	52249	
Bezeichnung	Kaiserschnittgeburt	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Datenquelle	QS-Daten	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung	
Referenzbereich 2021	≤ x (90. Perzentil)	
Referenzbereich 2020	≤ x (90. Perzentil)	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Vermeidung der Vergabe von Hinweisen, dafür Anforderung von Stellungnahmen (gerade bei Einzelfällen).	
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.	
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Befunde im Mutterpass Geburtsrisiko Mehrlingsschwangerschaft	
Rechenregeln	**Zähler** Kaiserschnittgeburten **Nenner** Alle Mütter, die eine Geburt mindestens eines Kindes (24+0 bis unter 42+0 Wochen) hatten **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kaiserschnittgeburten **E (expected)** Erwartete Anzahl an Kaiserschnittgeburten, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für ID 52249	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	16/1:M	
Zähler (Formel)	O_52249	
Nenner (Formel)	E_52249	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_52249
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52249
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-

	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kaiserschnittgeburten
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:M
	Zähler	`ENTBINDMODUS %any_like% LST$OPS_primaereSectio \| ENTBINDMODUS %any_like% LST$OPS_sekundaereSectio | ENTBINDMODUS %any_like% LST$OPS_sonstigeSectio`
	Nenner	`fn_Gestalter %>=% 168 & fn_Gestalter %<=% 293`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_52249
	Bezug zu QS-Ergebnissen	52249
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kaiserschnittgeburten, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für ID 52249
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:M
	Zähler	`fn_GEBScore_52249`
	Nenner	`fn_Gestalter %>=% 168 & fn_Gestalter %<=% 293`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_GEBScore_52249` `fn_Gestalter`	

Verwendete Listen	`OPS_primaereSectio`
	`OPS_sekundaereSectio`
	`OPS_sonstigeSectio`	

Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

Qualitätsziel	Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
68:K	Notsektio	K	0 = nein 1 = ja	NOTSECTIO
70:K	E-E-Zeit bei Notsektio	K	in Minuten	EEZEIT

Eigenschaften und Berechnung

ID	1058
Bezeichnung	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Bundesfachgruppe hält bei jedem einzelnen kritischen Indikatorereignis „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt größer als 20 Minuten“ eine Analyse für erforderlich. Der Referenzbereich dieses Indikators wird deshalb als „Sentinel Event“ definiert.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Die Bundesfachgruppe empfiehlt, im Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern bei jedem Einzelfall zu berücksichtigen, ob ein kritisches Outcome bei den betroffenen Kindern (5-Minuten-Apgar unter 5 und metabolische Azidose mit pH-Wert unter 7) vorgelegen hat.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** E-E-Zeit > 20 min **Nenner** Alle Kinder, die per Notfallkaiserschnitt entbunden wurden
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler (Formel)	`EEZEIT %>% 20`
Nenner (Formel)	`NOTSECTIO %==% 1`
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Bezeichnung Gruppe	Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
13:M	Anzahl Mehrlinge	M	-	ANZMEHRLINGE
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
31:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
32:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
75:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
86:K	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	-	BGNABELPH
93:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	51831	
Bezeichnung	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Datenquelle	QS-Daten	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung	
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)	
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.	
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Geburtsrisiko Gestationsalter Fehlbildung Adipositas Vorsorgeuntersuchung	
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit Azidose (pH < 7,00) **Nenner** Alle früh- und lebendgeborenen Einlinge (24+0 bis unter 37+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00) **E (expected)** Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für ID 51831	
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind	
Teildatensatzbezug	16/1:K	
Zähler (Formel)	O_51831	
Nenner (Formel)	E_51831	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51831
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51831
	Bezug zum Verfahren	DeQS

	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	`BGNABELPH %<% 7.00`

	Nenner	`ANZMEHRLINGE %==% 1 &`
		`TOTGEBURT %==% 0 &`
		`fn_Gestalter %between%`
		`c(168,258) &`
		`BGNABELPH %>=% 6.50 &`
		`BGNABELPH %<% 8.00`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51831
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51831
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für ID 51831
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	`fn_GEBScore_51831`

	Nenner	`ANZMEHRLINGE %==% 1 &`
		`TOTGEBURT %==% 0 &`
		`fn_Gestalter %between%`
		`c(168,258) &`
		`BGNABELPH %>=% 6.50 &`
		`BGNABELPH %<% 8.00`

	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_GEBScore_51831` `fn_Gestalter`	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
31:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
32:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
33:M	Aufnahmeart	M	1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde 3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	AUFNAHMEART
71:K	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend	M	0 = nein 1 = ja	PAEDVOR
75:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
93:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	318
Bezeichnung	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Idealerweise wäre ein fester Prozentwert von 100 % zu wählen. In seltenen Fällen wie beispielsweise bei einer Sturzgeburt kann jedoch die Anwesenheit des Pädiaters aus zeitlichen Gründen gegebenenfalls nicht verwirklicht werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Keine Anwendung der Einzelfallregelung. Prüfung jeder rechnerischen Auffälligkeit im Strukturierten Dialog.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Pädiater bei Geburt anwesend **Nenner** Alle lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme geboren wurden
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler (Formel)	`PAEDVOR %==% 1`
Nenner (Formel)	`TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(168,244) & AUFNAHMEART %!=% 3`
Verwendete Funktionen	`fn_Gestalter`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Qualitätsziel	Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
31:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
32:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
75:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
79:K	APGAR	K	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	APGAR5
85:K	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	in mmol/l	BGNABELBEXC
86:K	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	-	BGNABELPH
93:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
94:K	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt	K	0 = nein 1 = ja	TOTVORAUFN
101:K	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	M	s. Anhang: EntlGrundK	ENTLGRUNDK
105:K	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage	K	0 = nein 1 = ja	TOD7TAGE
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	51803
Bezeichnung	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ 2,32
Referenzbereich 2020	≤ 2,32
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Arithmetisches Mittel der Referenzbereiche 2014 und 2015
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Ebene 1 (Sterblichkeit): Gestationsalter, Geburtsrisiko, Fehlbildung, Adipositas, Vorsorgeuntersuchung Ebene 2 (Apgar) : Gestationsalter, Geburtsrisiko, Fehlbildung, vorausgegangene Totgeburt, Gestationsdiabetes/Diabetes, Adipositas Ebene 3 (Base Excess): Gestationsalter, Geburtsrisiko, Fehlbildung, vorausgegangene Totgeburt, Gestationsdiabetes/Diabetes, Alter der Mutter Ebene 4 (pH): Gestationsalter, Geburtsrisiko, Fehlbildung, vorausgegangene Totgeburt, Gestationsdiabetes/Diabetes, Adipositas, Alter der Mutter, Vorsorgeuntersuchung
Rechenregeln	**Zähler** Ebene 1: Verstorbene Kinder UND Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00) **Nenner** Ebene 1: Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind UND Ebene 2: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar UND Ebene 3: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess UND Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert **O (observed)**

	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00) **E (expected)** Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind Für die Berechnung von O und E werden die zutreffenden Bedingungen der einzelnen Ebenen summiert. Ein Kind kann somit bis zu vier Mal im Zähler enthalten sein. Die Grundgesamtheit entspricht dagegen der Anzahl an Kindern, die jeweils in mindestens einer der vier Indexebenen eingehen.
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler (Formel)	`O_51803`
Nenner (Formel)	`E_51803`
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**

Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
ID	O_51803
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Sortierung	-
Rechenregel	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
Operator	Anzahl
Teildatensatzbezug	16/1:K

	Zähler	`fn_GEBIndexGesamt_51803_Z WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_Z %>% 0`
	Nenner	`1 WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	`fn_GEBIndexGesamt_51803_E WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0`
	Nenner	`1 WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_GEBIndex1_51803_E`
	`fn_GEBIndex1_51803_GG`
	`fn_GEBIndex1_51803_Z`
	`fn_GEBIndex2_51803_E`
	`fn_GEBIndex2_51803_GG`
	`fn_GEBIndex2_51803_Z`
	`fn_GEBIndex3_51803_E`
	`fn_GEBIndex3_51803_GG`
	`fn_GEBIndex3_51803_Z`
	`fn_GEBIndex4_51803_E`
	`fn_GEBIndex4_51803_GG`	

	fn_GEBIndex4_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_E fn_GEBIndexGesamt_51803_GG fn_GEBIndexGesamt_51803_Z fn_Gestalter
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51808_51803 - Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern

ID	51808_51803	
Bezeichnung Ebene	Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803	
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Kinder **Nenner** Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind **O (observed)** Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern **E (expected)** Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803	
Zähler (Formel)	`O_51808_51803`	
Nenner (Formel)	`E_51808_51803`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51808_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51808_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	`fn_GEBIndex1_51803_Z`
	Nenner	`fn_GEBIndex1_51803_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl

	ID	E_51808_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51808_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	`fn_GEBIndex1_51803_E`
	Nenner	`fn_GEBIndex1_51803_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_GEBIndex1_51803_E`
	`fn_GEBIndex1_51803_GG`
	`fn_GEBIndex1_51803_Z`
	`fn_Gestalter`	

51813_51803 - Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5

ID	51813_51803
Bezeichnung Ebene	Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 **Nenner** Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 **E (expected)** Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
Zähler (Formel)	`O_51813_51803`
Nenner (Formel)	`E_51813_51803`
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**

Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
ID	O_51813_51803
Bezug zu QS-Ergebnissen	51813_51803
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Sortierung	-
Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5
Operator	Anzahl
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler	`fn_GEBIndex2_51803_Z`
Nenner	`fn_GEBIndex2_51803_GG`
Darstellung	-
Grafik	-

	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51813_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51813_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	`fn_GEBIndex2_51803_E`
	Nenner	`fn_GEBIndex2_51803_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_GEBIndex2_51803_E`
	`fn_GEBIndex2_51803_GG`
	`fn_GEBIndex2_51803_Z`
	`fn_Gestalter`	

51818_51803 - Ebene 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16

ID	51818_51803
Bezeichnung Ebene	Ebene 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit Base Excess unter -16 **Nenner** Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 **E (expected)** Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
Zähler (Formel)	`O_51818_51803`
Nenner (Formel)	`E_51818_51803`
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**

Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
ID	O_51818_51803
Bezug zu QS-Ergebnissen	51818_51803
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Sortierung	-
Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16
Operator	Anzahl
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler	`fn_GEBIndex3_51803_Z`
Nenner	`fn_GEBIndex3_51803_GG`
Darstellung	-
Grafik	-

	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51818_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51818_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	`fn_GEBIndex3_51803_E`
	Nenner	`fn_GEBIndex3_51803_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_GEBIndex3_51803_E`
	`fn_GEBIndex3_51803_GG`
	`fn_GEBIndex3_51803_Z`
	`fn_Gestalter`	

51823_51803 - Ebene 4: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)

ID	51823_51803
Bezeichnung Ebene	Ebene 4: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit Azidose (pH < 7,00) **Nenner** Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00) **E (expected)** Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
Zähler (Formel)	`O_51823_51803`
Nenner (Formel)	`E_51823_51803`
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**

Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
ID	O_51823_51803
Bezug zu QS-Ergebnissen	51823_51803
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Sortierung	-
Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
Operator	Anzahl
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler	`fn_GEBIndex4_51803_Z`
Nenner	`fn_GEBIndex4_51803_GG`
Darstellung	-
Grafik	-

	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51823_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51823_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	`fn_GEBIndex4_51803_E`
	Nenner	`fn_GEBIndex4_51803_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_GEBIndex4_51803_E`
	`fn_GEBIndex4_51803_GG`
	`fn_GEBIndex4_51803_Z`
	`fn_Gestalter`	

181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV

Qualitätsziel	Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten bzw. bei vaginal-operativen Einlingsgeburten

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
13:M	Anzahl Mehrlinge	M	-	ANZMEHRLINGE
44:M	Dammriss	M	0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV	DAMMRISSGRAD
65:K	Entbindungsmodus	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	ENTBINDMODUS

Eigenschaften und Berechnung

ID	181800
Bezeichnung	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Geburtsrisiko Körpergröße der Mutter Erstgebärend Geburtsgewicht des Kindes
Rechenregeln	**Zähler** Ebene 1: Dammriss Grad IV UND Ebene 2: Dammriss Grad IV **Nenner** Ebene 1: Alle spontanen Einlingsgeburten UND Ebene 2: Alle vaginal-operativen Einlingsgeburten **O (observed)** Ebene 1: Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV **E (expected)** Ebene 1: Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Index mit der ID 181800 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Index mit der ID 181800
Erläuterung der Rechenregel	Für die Berechnung von O, E und N werden die zutreffenden Bedingungen der einzelnen Ebenen summiert.
Teildatensatzbezug	16/1:M
Zähler (Formel)	`O_181800`
Nenner (Formel)	`E_181800`

Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_181800
	Bezug zu QS-Ergebnissen	181800
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:M

	Zähler	`fn_GEBIndexDamGesamt_181800_Z`
		`WENN`
		`fn_GEBIndexDamGesamt_181800_Z`
		`%>% 0`

	Nenner	`fn_GEBIndexDamGesamt_181800_GG`
		`WENN`
		`fn_GEBIndexDamGesamt_181800_GG`
		`%>% 0`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_181800
	Bezug zu QS-Ergebnissen	181800
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Ebene 1: Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburts-hilfe-Score für die 1. Ebene des Index mit der ID 181800 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburts-hilfe-Score für die 2. Ebene des Index mit der ID 181800
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:M

	Zähler	`fn_GEBIndexDamGesamt_181800_E`
		`WENN`
		`fn_GEBIndexDamGesamt_181800_E`

	Nenner	`fn_GEBIndexDamGesamt_181800_GG` `WENN`

		`fn_GEBIndexDamGesamt_181800_GG %>% 0`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_GEBIndexDam1_181800_E`
	`fn_GEBIndexDam1_181800_GG`
	`fn_GEBIndexDam1_181800_Z`
	`fn_GEBIndexDam2_181800_E`
	`fn_GEBIndexDam2_181800_GG`
	`fn_GEBIndexDam2_181800_Z`
	`fn_GEBIndexDamGesamt_181800_E`
	`fn_GEBIndexDamGesamt_181800_GG`
	`fn_GEBIndexDamGesamt_181800_Z`	

Verwendete Listen	`OPS_GEB_SPONTAN_ENTBIND` `OPS_GEB_VAG_OP`	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

181801_181800 - Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten

ID	181801_181800	
Bezeichnung Ebene	Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
Bezug zu QS-Ergebnissen	181800	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Rechenregeln	**Zähler** Dammriss Grad IV **Nenner** Alle spontanen Einlingsgeburten **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV **E (expected)** Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Index mit der ID 181800	
Zähler (Formel)	`O_181801_181800`	
Nenner (Formel)	`E_181801_181800`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_181801_181800
	Bezug zu QS-Ergebnissen	181801_181800
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:M
	Zähler	`fn_GEBIndexDam1_181800_Z`
	Nenner	`fn_GEBIndexDam1_181800_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_181801_181800
	Bezug zu QS-Ergebnissen	181801_181800

	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Index mit der ID 181800
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:M
	Zähler	`fn_GEBIndexDam1_181800_E`
	Nenner	`fn_GEBIndexDam1_181800_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_GEBIndexDam1_181800_E`
	`fn_GEBIndexDam1_181800_GG`
	`fn_GEBIndexDam1_181800_Z`	

181802_181800 - Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten

ID	181802_181800	
Bezeichnung Ebene	Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
Bezug zu QS-Ergebnissen	181800	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Rechenregeln	**Zähler** Dammriss Grad IV **Nenner** Alle vaginal-operativen Einlingsgeburten **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV **E (expected)** Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Index mit der ID 181800	
Zähler (Formel)	`O_181802_181800`	
Nenner (Formel)	`E_181802_181800`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_181802_181800
	Bezug zu QS-Ergebnissen	181802_181800
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:M
	Zähler	`fn_GEBIndexDam2_181800_Z`
	Nenner	`fn_GEBIndexDam2_181800_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_181802_181800
	Bezug zu QS-Ergebnissen	181802_181800

	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Index mit der ID 181800
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:M
	Zähler	`fn_GEBIndexDam2_181800_E`
	Nenner	`fn_GEBIndexDam2_181800_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_GEBIndexDam2_181800_E`
	`fn_GEBIndexDam2_181800_GG`
	`fn_GEBIndexDam2_181800_Z`	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: BefMPass	
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 (bei vorangeg. Schwangersch.)
9	Diabetes mellitus
10	Adipositas
11	Kleinwuchs
12	Skelettanomalien
13	Schwangere unter 18 Jahre
14	Schwangere über 35 Jahre
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

Schlüssel: BefMPass	
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

Schlüssel: EntlGrundK	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11	Entlassung in ein Hospiz
12	interne Verlegung
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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
OPS_GEB_SPONTAN_ENTBIND	OPS	Spontanentbindung	5-727.0%, 8-515%, 9-260%, 9-261%, 9-268%
OPS_GEB_VAG_OP	OPS	Vaginal-operative Entbindung	5-720.0%, 5-720.1%, 5-720.x%, 5-720.y%, 5-724%, 5-725.1%, 5-725.2%, 5-727.2%, 5-727.3%, 5-728.0%, 5-728.1%, 5-728.x%, 5-728.y%, 5-729%, 5-731%, 5-733.0%, 5-733.1%, 5-733.2%, 5-733.3%, 5-733.x%, 5-733.y%, 5-739.0%, 5-739.1%
OPS_primaereSectio	OPS	Sectio (primär)	5-740.0%, 5-741.0%, 5-741.2%, 5-741.4%, 5-742.0%, 5-749.10%
OPS_Sectio	OPS	Sectio (primär, sekundär, n.n.bez)	5-740.0%, 5-740.1%, 5-740.y%, 5-741.0%, 5-741.1%, 5-741.2%, 5-741.3%, 5-741.4%, 5-741.5%, 5-741.x%, 5-741.y%, 5-742.0%, 5-742.1%, 5-742.y%, 5-749.0%, 5-749.10%, 5-749.11%, 5-749.x%, 5-749.y%
OPS_sekundaereSectio	OPS	Sectio (sekundär)	5-740.1%, 5-741.1%, 5-741.3%, 5-741.5%, 5-742.1%, 5-749.11%
OPS_sonstigeSectio	OPS	Sectio (sonstige)	5-740.y%, 5-741.x%, 5-741.y%, 5-742.y%, 5-749.0%, 5-749.x%, 5-749.y%

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndex1_51803_E	float	Index Ebene 1 (E)	`# Funktion fn_GEBIndex1_51803_E`
fn_GEBIndex1_51803_GG	boolean	Index Ebene 1 (GG): Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind	`TOTVORAUFN %!=% 1 &` `fn_Gestalter %between% c(259,293)`
fn_GEBIndex1_51803_Z	boolean	Index Ebene 1 (Z): Verstorbene Kinder	`ENTLGRUNDK %==% "07" |` `TOD7TAGE %==% 1`
fn_GEBIndex2_51803_E	float	Index Ebene 2 (E)	`# Funktion fn_GEBIndex2_51803_E`

fn_GEBIndex2_51803_GG	boolean	Index Ebene 2 (GG):
		Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar
			`TOTGEBURT %==% 0 &`
			`fn_Gestalter %between% c(259,293) &`
			`APGAR5 %between% c(0,10)`

fn_GEBIndex2_51803_Z	boolean	Index Ebene 2 (Z): Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	`APGAR5 %<% 5`
fn_GEBIndex3_51803_E	float	Index Ebene 3 (E)	`# Funktion fn_GEBIndex3_51803_E`

fn_GEBIndex3_51803_GG	boolean	Index Ebene 3 (GG):
		Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess
			`TOTGEBURT %==% 0 &`
			`fn_Gestalter %between% c(259,293) &`
			`BGNABELBEXC %>=% -40 &`
			`BGNABELBEXC %<=% 10`

fn_GEBIndex3_51803_Z	boolean	Index Ebene 3 (Z): Kinder mit Base Excess unter -16	`BGNABELBEXC %<% -16`
fn_GEBIndex4_51803_E	float	Index Ebene 4 (E)	`# Funktion fn_GEBIndex4_51803_E`
fn_GEBIndex4_51803_GG	boolean	Index Ebene 4 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter	`TOTGEBURT %==% 0 &` `fn_Gestalter %between% c(259,293) &`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
		42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert	BGNABELPH %>=% 6.50 & BGNABELPH %<% 8.00
fn_GEBIndex4_51803_Z	boolean	Index Ebene 4 (Z): Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	BGNABELPH %<% 7.00
fn_GEBIndexDam1_181800_E	float	Index Dammriss Ebene 1 (E)	# Funktion fn_GEBIndexDam1_181800_E
fn_GEBIndexDam1_181800_GG	boolean	Index Dammriss Ebene 1 (GG): Alle spontanen Einlingsgeburten	ENTBINDMODUS %any_like% LST$OPS_GEB_SPONTAN_ENTBIND & ANZMEHRLINGE %==% 1
fn_GEBIndexDam1_181800_Z	boolean	Index Dammriss Ebene 1 (Z): Dammriss Grad IV	DAMMRISSGRAD %==% 4
fn_GEBIndexDam2_181800_E	float	Index Dammriss Ebene 2 (E)	# Funktion fn_GEBIndexDam2_181800_E
fn_GEBIndexDam2_181800_GG	boolean	Index Dammriss Ebene 2 (GG): Alle vaginal-operativen Einlingsgeburten	ENTBINDMODUS %any_like% LST$OPS_GEB_VAG_OP & ANZMEHRLINGE %==% 1
fn_GEBIndexDam2_181800_Z	boolean	Index Dammriss Ebene 2 (Z): Dammriss Grad IV	DAMMRISSGRAD %==% 4

fn_GEBIndexDamGesamt_181800_E	float	Index Dammriss Ebene Gesamt (E) Summe	# inits
			result <- 0
			
			# E nach Ebenen
			result <- result +
			(!is.na(fn_GEBIndexDam1_181800_GG)
			& fn_GEBIndexDam1_181800_GG) *
			fn_GEBIndexDam1_181800_E
			
			result <- result +
			(!is.na(fn_GEBIndexDam2_181800_GG) &
			fn_GEBIndexDam2_181800_GG) * fn_GEBIndexDam2_181800_E
			
			# Summe
			replace_na(result, 0)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_GEBIndexDamGesamt_181800_GG	integer	Index Dammriss Gesamt (GG):
		Summe der zutreffenden Nennerbedingungen aus Ebene 1 und Ebene 2
			`row_sums(`
			`fn_GEBIndexDam1_181800_GG,`
			`fn_GEBIndexDam2_181800_GG`
			`)`

fn_GEBIndexDamGesamt_181800_Z	integer	Index Dammriss Gesamt (Z):
		Summe der zutreffenden Zählerbedingungen aus Ebene 1 und Ebene 2
			`row_sums(`
			`fn_GEBIndexDam1_181800_GG &`
			`fn_GEBIndexDam1_181800_Z,`
			`fn_GEBIndexDam2_181800_GG &`
			`fn_GEBIndexDam2_181800_Z`
			`)`

fn_GEBIndexGesamt_51803_E	float	Index Gesamt (E): Summe	`# inits`
			`lExpected <- list()`
			
			`# E nach Ebenen`
			`lExpected$Ebene1 <-`
			`(!is.na(fn_GEBIndex1_51803_GG) &`
			`fn_GEBIndex1_51803_GG) * fn_GEBIndex1_51803_E`
			
			`lExpected$Ebene2 <-`
			`(!is.na(fn_GEBIndex2_51803_GG) &`
			`fn_GEBIndex2_51803_GG) * fn_GEBIndex2_51803_E`
			
			`lExpected$Ebene3 <-`
			`(!is.na(fn_GEBIndex3_51803_GG) &`
			`fn_GEBIndex3_51803_GG) * fn_GEBIndex3_51803_E`
			
			`lExpected$Ebene4 <-`
			`(!is.na(fn_GEBIndex4_51803_GG) &`
			`fn_GEBIndex4_51803_GG) * fn_GEBIndex4_51803_E`
			
			`# Summe`
			`row_sums(`
			`lExpected$Ebene1,`
			`lExpected$Ebene2,`
			`lExpected$Ebene3,`
			`lExpected$Ebene4`
			`)`

fn_GEBIndexGesamt_51803_GG	integer	Index Gesamt (GG): Summe der zutreffenden Nennerbedingungen,	`row_sums(` `fn_GEBIndex1_51803_GG,`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

		d. h. ein Fall kann bis zu 4-mal im Nenner gezählt werden	`fn_GEBIndex2_51803_GG,`
			`fn_GEBIndex3_51803_GG,`
			`fn_GEBIndex4_51803_GG`
			`)`

fn_GEBIndexGesamt_51803_Z	integer	Index Gesamt (Z):
		Summe der zutreffenden Zählerbedingungen, d. h. ein Fall kann bis zu 4-mal im Zähler gezählt werden
			`row_sums(`
			`fn_GEBIndex1_51803_GG &`
			`fn_GEBIndex1_51803_Z,`
			`fn_GEBIndex2_51803_GG &`
			`fn_GEBIndex2_51803_Z,`
			`fn_GEBIndex3_51803_GG &`
			`fn_GEBIndex3_51803_Z,`
			`fn_GEBIndex4_51803_GG &`
			`fn_GEBIndex4_51803_Z`
			`)`

fn_GEBScore_51831	float	Score zur logistischen Regression - ID 51831	`# Funktion fn_GEBScore_51831`
fn_GEBScore_52249	float	Score zur logistischen Regression - ID 52249	`# Funktion fn_GEBScore_52249`

fn_Gestalter	integer	Gestationsalter in Tagen	`nTragzeitkliWo <- TRAGZEITKLIN * 7`
			`nAbstGebterm <- 280 + round(`
			`as.numeric(difftime(GEBDATUMK, GEBTERMIN,`
			`unit="days", tz = "Europe/Berlin"))`
			`)`
			
			`f1 <- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo,`
			`NA_integer_)`
			
			`f2 <- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo,`
			`abstGebterm + 280)`
			
			`f3 <- ifelse(abs(nTragzeitkliWo-nAbstGebterm)%<%14,`
			`nAbstGebterm, nTragzeitkliWo)`
			
			`result <- ifelse(!is.na(GEBTERMIN),`
			`  ifelse(SSBEFUND %any_in% 38, f1,`
			`  ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), f3,`
			`  nAbstGebterm`
			`  )`
			`  ), f2`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			) result

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Perinatalmedizin: Neonatologie

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Perinatalmedizin: Neonatologie. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus 4

51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen 5

51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung 7

51136_51901 - Ebene 1: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen 14

51141_51901 - Ebene 2: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) 16

51146_51901 - Ebene 3: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) 18

51156_51901 - Ebene 4: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) 20

51161_51901 - Ebene 5: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) 22

50060: Nosokomiale Infektion 24

50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung 29

52262: Zunahme des Kopfumfangs 35

50063: Durchführung eines Hörtests 39

Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C 42

50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen 43

50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen 47

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 51

Anhang II: Listen 52

Anhang III: Vorberechnungen 53

Anhang IV: Funktionen 54

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

Bezeichnung Gruppe	Sterblichkeit im Krankenhaus
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit

51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
23:B	Gewicht des Kindes bei Geburt	M	in g	KG
26:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
32:B	Aufnahme ins Krankenhaus von	K	1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = eigener Geburtsklinik am gleichen Standort 7 = eigener Geburtsklinik an anderem Standort 8 = sonstiges	AUFNAHME
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
79:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
83:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	TODESURSACH
84:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	51070
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Bei Sentinel-Event-Indikatoren ist im Rahmen des Strukturierten Dialogs in jedem Fall eine Aufforderung zur Stellungnahme obligatorisch. Die beteiligte Geburtshelferin und der beteiligte Geburtshelfer sollen bei auftretenden Todesfällen in der Neonatologie in den Strukturierten Dialog eingebunden werden.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Kinder **Nenner** Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NEO:B
Zähler (Formel)	`ENTLGRUND %==% "07"`

Nenner (Formel)	`fn_lebendGeboren &`
	`(THERAPIEVERZICHT %==% 0 |`
	`is.na(THERAPIEVERZICHT)) &`
	`ANGEBERKRANK %==% 0 &`
	`!AUFNAHME %in% c(2,3) &`
	`GESTALTER %>=% 32 &`
	`KG %>=% 1500`

Verwendete Funktionen	`fn_lebendGeboren`
Verwendete Listen	`ICD_Fetaltod`
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit, selten Hirnblutung, selten nekrotisierende Enterokolitis, selten bronchopulmonale Dysplasie und selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
20:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)	M	-	GESTALTERTAGE
23:B	Gewicht des Kindes bei Geburt	M	in g	KG
26:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
32:B	Aufnahme ins Krankenhaus von	K	1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = eigener Geburtsklinik am gleichen Standort 7 = eigener Geburtsklinik an anderem Standort 8 = sonstiges	AUFNAHME
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
41:B	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden	K	0 = nein 1 = ja	SONO
42:B	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie	K	0 = nein 1 = IVH Grad I 2 = IVH Grad II 3 = IVH Grad III 4 = periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)	IVHAEM
43:B	Status bei Aufnahme	K	1 = IVH / PVH ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = IVH / PVH lag bereits bei Aufnahme vor	IVHPVHAUFNAHME
46:B	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden	K	0 = nein 1 = ja, im aktuellen Aufenthalt 2 = ja, in einem vorherigen Aufenthalt	AUGENUNT

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
48:B	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)	K	0 = nein 1 = Stadium 1 (Demarkationslinie) 2 = Stadium 2 (Prominente Leiste) 3 = Stadium 3 (Prominente Leiste und extraretinale fibrovaskuläre Proliferationen) 4 = Stadium 4 (Partielle Amotio retinae) 5 = Stadium 5 (Totale Amotio retinae)	ROP
60:B	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	K	0 = keine oder milde BPD 1 = ja, moderate BPD 2 = ja, schwere BPD	BPD
67:B	nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)	K	0 = nein 1 = ja	ENTEROKOLITIS
68:B	Status bei Aufnahme	K	1 = NEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = NEK lag bereits bei Aufnahme vor	NECAUFNAHME
79:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
83:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	TODESURSACH
84:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Alter bei Aufnahme in Stunden	-	AbstandInStunden(GEBDATUM;GEBZEIT;AUFNDATUM;AUFNZEIT)	alterStunden
EF*	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus (in Tagen)	-	(AUFNDATUM - GEBDATUM) + 1	ltAufn
EF*	Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen)	-	(ENTLDATUM - GEBDATUM) + 1	ltEntl

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	51901
Bezeichnung	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Es soll möglichst auf die Vergabe von Hinweisen verzichtet werden, dafür sollen Stellungnahmen angefordert werden.
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Geschlecht Gestationsalter
Rechenregeln	**Zähler** Ebene 1: Verstorbene Kinder ODER Ebene 2: Kinder mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 3: Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 4: Kinder mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) ODER Ebene 5: Kinder mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 **Nenner** Ebene 1: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. ODER Ebene 2: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde, unter Ausschluss des Zählers der 1. Ebene ODER Ebene 3: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt)

	und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., unter Ausschluss des Zählers der 1. und 2. Ebene ODER Ebene 4: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren, unter Ausschluss des Zählers der 1., 2. und 3. Ebene ODER Ebene 5: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Klinik behandelt wurden (Erstaufnahme) oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage haben und bei denen eine ophthalmologische Untersuchung im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde, unter Ausschluss des Zählers der 1., 2., 3. und 4. Ebene **O (observed)** Ebene 1: Beobachtete Anzahl an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeborenen ODER Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) ODER Ebene 5: Beobachtete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP) **E (expected)** Ebene 1: Erwartete Anzahl an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeborenen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 5: Erwartete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 5. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NEO:B

Zähler (Formel)	O_51901	
Nenner (Formel)	E_51901	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51901
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51901
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeborenen ODER Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) ODER Ebene 5: Beobachtete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP)
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	fn_NEOIndexGesamt_51901_Z
	Nenner	fn_NEOIndexGesamt_51901_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51901
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51901
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Ebene 1: Erwartete Anzahl an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeborenen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH), die während

		des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND Ebene 5: Erwartete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 5. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`fn_NEOIndexGesamt_51901_E`
	Nenner	`fn_NEOIndexGesamt_51901_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_entlgestalter`
	`fn_lebendGeboren`
	`fn_NEOIndex1_51901_E`
	`fn_NEOIndex1_51901_GG`
	`fn_NEOIndex1_51901_Z`
	`fn_NEOIndex2_51901_E`
	`fn_NEOIndex2_51901_GG`
	`fn_NEOIndex2_51901_Z`
	`fn_NEOIndex3_51901_E`
	`fn_NEOIndex3_51901_GG`
	`fn_NEOIndex3_51901_Z`
	`fn_NEOIndex4_51901_E`
	`fn_NEOIndex4_51901_GG`
	`fn_NEOIndex4_51901_Z`
	`fn_NEOIndex5_51901_E`
	`fn_NEOIndex5_51901_GG`
	`fn_NEOIndex5_51901_Z`
	`fn_NEOIndexGesamt_51901_E`
	`fn_NEOIndexGesamt_51901_GG`
	`fn_NEOIndexGesamt_51901_Z`	

Verwendete Listen	`ICD_Fetaltod`	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

51136_51901 - Ebene 1: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen

ID	51136_51901
Bezeichnung Ebene	Ebene 1: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
Bezug zu QS-Ergebnissen	51901
Bezug zum Verfahren	DeQS
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Kinder **Nenner** Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeborenen **E (expected)** Erwartete Anzahl an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeborenen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901
Zähler (Formel)	`O_51136_51901`
Nenner (Formel)	`E_51136_51901`
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**

Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
ID	O_51136_51901
Bezug zu QS-Ergebnissen	51136_51901
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	-
Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeborenen
Operator	Anzahl
Teildatensatzbezug	NEO:B
Zähler	`fn_NEOIndex1_51901_Z`
Nenner	`fn_NEOIndex1_51901_GG`
Darstellung	-
Grafik	-

	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51136_51901
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51136_51901
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeborenen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`fn_NEOIndex1_51901_E`
	Nenner	`fn_NEOIndex1_51901_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_lebendGeboren`
	`fn_NEOIndex1_51901_E`
	`fn_NEOIndex1_51901_GG`
	`fn_NEOIndex1_51901_Z`	

51141_51901 - Ebene 2: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)

ID	51141_51901	
Bezeichnung Ebene	Ebene 2: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
Bezug zu QS-Ergebnissen	51901	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH **Nenner** Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde, unter Ausschluss des Zählers der 1. Ebene **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist **E (expected)** Erwartete Anzahl an Kindern mit Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901	
Zähler (Formel)	`O_51141_51901`	
Nenner (Formel)	`E_51141_51901`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51141_51901
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51141_51901
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`fn_NEOIndex2_51901_Z`
	Nenner	`fn_NEOIndex2_51901_GG`
	Darstellung	-

	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51141_51901
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51141_51901
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`fn_NEOIndex2_51901_E`
	Nenner	`fn_NEOIndex2_51901_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_lebendGeboren`
	`fn_NEOIndex1_51901_GG`
	`fn_NEOIndex1_51901_Z`
	`fn_NEOIndex2_51901_E`
	`fn_NEOIndex2_51901_GG`
	`fn_NEOIndex2_51901_Z`	

51146_51901 - Ebene 3: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)

ID	51146_51901	
Bezeichnung Ebene	Ebene 3: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
Bezug zu QS-Ergebnissen	51901	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist **Nenner** Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., unter Ausschluss des Zählers der 1. und 2. Ebene **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist **E (expected)** Erwartete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901	
Zähler (Formel)	`O_51146_51901`	
Nenner (Formel)	`E_51146_51901`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51146_51901
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51146_51901
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`fn_NEOIndex3_51901_Z`
	Nenner	`fn_NEOIndex3_51901_GG`
	Darstellung	-

	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51146_51901
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51146_51901
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`fn_NEOIndex3_51901_E`
	Nenner	`fn_NEOIndex3_51901_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_lebendGeboren`
	`fn_NEOIndex1_51901_GG`
	`fn_NEOIndex1_51901_Z`
	`fn_NEOIndex2_51901_GG`
	`fn_NEOIndex2_51901_Z`
	`fn_NEOIndex3_51901_E`
	`fn_NEOIndex3_51901_GG`
	`fn_NEOIndex3_51901_Z`	

51156_51901 - Ebene 4: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)

ID	51156_51901
Bezeichnung Ebene	Ebene 4: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
Bezug zu QS-Ergebnissen	51901
Bezug zum Verfahren	DeQS
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) **Nenner** Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren, unter Ausschluss des Zählers der 1., 2. und 3. Ebene **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) **E (expected)** Erwartete Anzahl an Kindern mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901
Zähler (Formel)	`O_51156_51901`
Nenner (Formel)	`E_51156_51901`
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**

Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
ID	O_51156_51901
Bezug zu QS-Ergebnissen	51156_51901
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	-
Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD)
Operator	Anzahl
Teildatensatzbezug	NEO:B
Zähler	`fn_NEOIndex4_51901_Z`
Nenner	`fn_NEOIndex4_51901_GG`
Darstellung	-
Grafik	-

	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51156_51901
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51156_51901
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`fn_NEOIndex4_51901_E`
	Nenner	`fn_NEOIndex4_51901_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_entlgestalter`
	`fn_lebendGeboren`
	`fn_NEOIndex1_51901_GG`
	`fn_NEOIndex1_51901_Z`
	`fn_NEOIndex2_51901_GG`
	`fn_NEOIndex2_51901_Z`
	`fn_NEOIndex3_51901_GG`
	`fn_NEOIndex3_51901_Z`
	`fn_NEOIndex4_51901_E`
	`fn_NEOIndex4_51901_GG`
	`fn_NEOIndex4_51901_Z`	

51161_51901 - Ebene 5: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)

ID	51161_51901
Bezeichnung Ebene	Ebene 5: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
Bezug zu QS-Ergebnissen	51901
Bezug zum Verfahren	DeQS
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 **Nenner** Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Klinik behandelt wurden (Erstaufnahme) oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage haben und bei denen eine ophthalmologische Untersuchung im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde, unter Ausschluss des Zählers der 1., 2., 3. und 4. Ebene **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP) **E (expected)** Erwartete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 5. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901
Zähler (Formel)	`O_51161_51901`
Nenner (Formel)	`E_51161_51901`
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**

Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
ID	O_51161_51901
Bezug zu QS-Ergebnissen	51161_51901
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	-
Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Operator	Anzahl
Teildatensatzbezug	NEO:B
Zähler	`fn_NEOIndex5_51901_Z`
Nenner	`fn_NEOIndex5_51901_GG`
Darstellung	-

	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51161_51901
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51161_51901
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 5. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`fn_NEOIndex5_51901_E`
	Nenner	`fn_NEOIndex5_51901_GG`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_entlgestalter`
	`fn_lebendGeboren`
	`fn_NEOIndex1_51901_GG`
	`fn_NEOIndex1_51901_Z`
	`fn_NEOIndex2_51901_GG`
	`fn_NEOIndex2_51901_Z`
	`fn_NEOIndex3_51901_GG`
	`fn_NEOIndex3_51901_Z`
	`fn_NEOIndex4_51901_GG`
	`fn_NEOIndex4_51901_Z`
	`fn_NEOIndex5_51901_E`
	`fn_NEOIndex5_51901_GG`
	`fn_NEOIndex5_51901_Z`	

50060: Nosokomiale Infektion

Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektion

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
21:B	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUM
26:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
32:B	Aufnahme ins Krankenhaus von	K	1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = eigener Geburtsklinik am gleichen Standort 7 = eigener Geburtsklinik an anderem Standort 8 = sonstiges	AUFNAHME
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
64:B	Datum des Sepsis-Beginns	K	-	INFEKTIONDATUM
79:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
83:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	TODESURSACH
84:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Abstand zwischen Geburtsdatum und Pneumonie-Beginn	-	PNEUMONIEBEGINN - GEBDATUM	abstPneuGebdat
EF*	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus (in Tagen)	-	(AUFNDATUM - GEBDATUM) + 1	ltAufn
EF*	Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen)	-	(ENTLDATUM - GEBDATUM) + 1	ltEntl

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	50060	
Bezeichnung	Nosokomiale Infektion	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Datenquelle	QS-Daten	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung	
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)	
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.	
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Geschlecht Gestationsalter	
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit Sepsis später als 3 Tage nach Geburt oder einer Pneumonie später als 3 Tage nach Geburt **Nenner** Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt und nicht von zu Hause aufgenommen wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt sind und am Tag der Geburt aufgenommen wurden **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit nosokomialen Infektionen **E (expected)** Erwartete Anzahl an Kindern mit nosokomialen Infektionen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50060	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	NEO:B	
Zähler (Formel)	`O_50060`	
Nenner (Formel)	`E_50060`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_50060

	Bezug zu QS-Ergebnissen	50060
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit nosokomialen Infektionen
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`fn_infektion %>% 3 |` `fn_pneumonie %>% 3`

	Nenner	`fn_lebendGeboren &`
		`(THERAPIEVERZICHT %==% 0 |`
		`is.na(THERAPIEVERZICHT)) &`
		`ANGEBERKRANK %==% 0 &`
		`GESTALTER %>=% 24 &`
		`!AUFNAHME %in% c(2,3,5) &`
		`ltEntl %>% 3 &`
		`ltAufn %==% 1`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_50060
	Bezug zu QS-Ergebnissen	50060
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit nosokomialen Infektionen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50060
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`fn_NEOScore_50060`

	Nenner	`fn_lebendGeboren &`
		`(THERAPIEVERZICHT %==% 0 |`
		`is.na(THERAPIEVERZICHT)) &`
		`ANGEBERKRANK %==% 0 &`
		`GESTALTER %>=% 24 &`
		`!AUFNAHME %in% c(2,3,5) &`
		`ltEntl %>% 3 &`
		`ltAufn %==% 1`

	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_infektion`
	`fn_lebendGeboren`
	`fn_NEOScore_50060`
	`fn_pneumonie`	

Verwendete Listen	ICD_Fetaltod
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung

Qualitätsziel	Selten Pneumothorax

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
26:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
32:B	Aufnahme ins Krankenhaus von	K	1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = eigener Geburtsklinik am gleichen Standort 7 = eigener Geburtsklinik an anderem Standort 8 = sonstiges	AUFNAHME
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
53:B	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt	K	0 = keine Atemhilfe 1 = nur nasale / pharyngeale Beatmung 2 = nur intratracheale Beatmung 3 = nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	BEATMUNG
57:B	Pneumothorax	K	0 = nein 1 = ja, ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten 2 = ja, nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	PNEUMOATMUNG
58:B	Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax	K	1 = während Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes aufgetreten 2 = bei Aufnahme aus dem Kreißsaal/der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes 3 = bei Verlegung aus der Neonatologie/Kinderklinik eines anderen Standortes schon bestehend	PTORT
79:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
83:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	TODESURSACH
84:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	50062
Bezeichnung	Pneumothorax unter oder nach Beatmung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Geschlecht Gestationsalter
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist **Nenner** Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und mit nasaler/pharyngealer Atemhilfe und/oder intratrachealer Beatmung **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist **E (expected)** Erwartete Anzahl an Kindern mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50062
Erläuterung der Rechenregel	Es soll der Anteil der Pneumothoraces bei den beatmeten Kindern (unter oder nach einer Beatmung ≥ 30 min) erhoben werden.

Teildatensatzbezug	NEO:B	
Zähler (Formel)	`O_50062`	
Nenner (Formel)	`E_50062`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_50062
	Bezug zu QS-Ergebnissen	50062
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`PNEUMOATMUNG %==% 2 &` `PTORT %in% c(1,2)`

	Nenner	`fn_lebendGeboren &`
		`(THERAPIEVERZICHT %==% 0 |`
		`is.na(THERAPIEVERZICHT)) &`
		`ANGEBERKRANK %==% 0 &`
		`GESTALTER %>=% 24 &`
		`!AUFNAHME %in% c(2,3) &`
		`BEATMUNG %in% c(1,2,3)`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_50062
	Bezug zu QS-Ergebnissen	50062
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50062

	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`fn_NEOScore_50062`
	Nenner	`fn_lebendGeboren & (THERAPIEVERZICHT %==% 0 | is.na(THERAPIEVERZICHT)) & ANGEBERKRANK %==% 0 & GESTALTER %>=% 24 & !AUFNAHME %in% c(2,3) & BEATMUNG %in% c(1,2,3)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_lebendGeboren` `fn_NEOScore_50062`	
Verwendete Listen	`ICD_Fetaltod`	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

52262: Zunahme des Kopfumfangs

Qualitätsziel	Möglichst angemessene Zunahme des Kopfumfanges während des stationären Aufenthalts

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
26:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
32:B	Aufnahme ins Krankenhaus von	K	1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = eigener Geburtsklinik am gleichen Standort 7 = eigener Geburtsklinik an anderem Standort 8 = sonstiges	AUFNAHME
37.1:B	Kopfumfang bei Aufnahme	K	in cm	AUFNKU
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
77.1:B	Kopfumfang bei Entlassung	K	in cm	ENTLKU
79:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
83:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	TODESURSACH
84:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	(ENTLDATUM - AUFNDATUM) + 1	vwDauerNeo

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	52262
Bezeichnung	Zunahme des Kopfumfangs
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Es soll möglichst auf die Vergabe von Hinweisen verzichtet werden, dafür sollen Stellungnahmen angefordert werden.
Methode der Risikoadjustierung	Lineare Regression
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Kinder, bei denen die Differenz aus der relativen und der erwarteten relativen Zunahme des Kopfumfangs bei Entlassung (unter Verwendung einer linearen Regression) unterhalb des 10. Perzentils bei Anwendung des Z-Scores liegt **Nenner** Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. bis unter 37+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, sowie mit einer Verweildauer von mindestens 21 Tagen und einem Kopfumfang zwischen 20 cm und 50 cm unter Einschluss von Kindern, deren Kopfumfang zwischen Aufnahme und Entlassung zugenommen hat
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NEO:B
Zähler (Formel)	`fn_KU_Z_Score %<% VB$Perc10_KU_Z_Score`

Nenner (Formel)	`fn_lebendGeboren &`
	`(THERAPIEVERZICHT %==% 0 |`
	`is.na(THERAPIEVERZICHT)) &`
	`ANGEBERKRANK %==% 0 &`
	`GESTALTER %between% c(24,36) &`
	`!AUFNAHME %in% c(2,3) &`
	`vwDauerNeo %>=% 21 &`
	`AUFNKU %between% c(20,50) &`
	`ENTLKU %between% c(20,50) &`
	`(ENTLKU - AUFNKU) %>% 0`

Verwendete Funktionen	`fn_KU_Z_Score`
	`fn_KU_Zunahme_Beobachtet`
	`fn_KU_Zunahme_Differenz`

	fn_KU_Zunahme_Erwartet fn_lebendGeboren
Verwendete Listen	ICD_Fetaltod
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

50063: Durchführung eines Hörtests

Qualitätsziel	Häufig Durchführung eines Hörtests

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
26:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
71:B	Neugeborenen-Hörscreening	K	0 = nein 1 = ja, im aktuellen Aufenthalt 2 = ja, in einem vorherigen Aufenthalt	HOERSCRN
79:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

Eigenschaften und Berechnung

ID	50063
Bezeichnung	Durchführung eines Hörtests
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Es soll möglichst auf die Vergabe von Hinweisen verzichtet werden, dafür sollen Stellungnahmen angefordert werden.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit durchgeführtem Hörtest **Nenner** Alle lebend nach Hause entlassenen Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.
Erläuterung der Rechenregel	Bei lebend nach Hause entlassenen Kindern werden alle Fälle gezählt, bei denen ein Hörtest durchgeführt wurde.
Teildatensatzbezug	NEO:B
Zähler (Formel)	`HOERSCRN %in% c(1,2)`

Nenner (Formel)	`ENTLGRUND %in% c("01","02") &`
	`(THERAPIEVERZICHT %==% 0 |`
	`is.na(THERAPIEVERZICHT)) &`
	`ANGEBERKRANK %==% 0 &`
	`GESTALTER %>=% 24`

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C

Bezeichnung Gruppe	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur

50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
23:B	Gewicht des Kindes bei Geburt	M	in g	KG
26:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
38.1:B	Körpertemperatur bei Aufnahme	K	in °C	AUFNTEMP
38.2:B	Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt	K	1 = ja	AUFNTEMPNB
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
79:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
83:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	TODESURSACH
84:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	50069	
Bezeichnung	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	
Indikatortyp	Prozessindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Datenquelle	QS-Daten	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung	
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)	
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.	
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Aufnahmegewicht	
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C **Nenner** Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p.m. **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C **E (expected)** Erwartete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50069	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	NEO:B	
Zähler (Formel)	`O_50069`	
Nenner (Formel)	`E_50069`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_50069
	Bezug zu QS-Ergebnissen	50069

	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`AUFNTEMP %<% 36.0`
	Nenner	`fn_lebendGeboren & (THERAPIEVERZICHT %==% 0 | is.na(THERAPIEVERZICHT)) & ANGEBERKRANK %==% 0 & GESTALTER %>=% 24 & !AUFNTEMP %>=% 99.0 & is.na(AUFNTEMPNB) & (KG %<% 1500 | GESTALTER %<% 32)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_50069
	Bezug zu QS-Ergebnissen	50069
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50069
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`fn_NEOScore_50069`
	Nenner	`fn_lebendGeboren & (THERAPIEVERZICHT %==% 0 | is.na(THERAPIEVERZICHT)) & ANGEBERKRANK %==% 0 & GESTALTER %>=% 24 & !AUFNTEMP %>=% 99.0 & is.na(AUFNTEMPNB) & (KG %<% 1500 | GESTALTER %<% 32)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_lebendGeboren` `fn_NEOScore_50069`	
Verwendete Listen	`ICD_Fetaltod`	
Darstellung	-	
Grafik	-	

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
23:B	Gewicht des Kindes bei Geburt	M	in g	KG
26:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
38.1:B	Körpertemperatur bei Aufnahme	K	in °C	AUFNTEMP
38.2:B	Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt	K	1 = ja	AUFNTEMPNB
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
61:B	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)	K	0 = nein 1 = ja, ohne therapeutische Hypothermie 2 = ja, mit therapeutischer Hypothermie	ASPHYXIE
79:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
83:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	TODESURSACH
84:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	50074	
Bezeichnung	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	
Indikatortyp	Prozessindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Datenquelle	QS-Daten	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung	
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)	
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Es soll möglichst auf die Vergabe von Hinweisen verzichtet werden, dafür sollen Stellungnahmen angefordert werden.	
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.	
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Aufnahmegewicht	
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C **Nenner** Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen und ohne perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) mit therapeutischer Hypothermie und mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g und einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p.m. **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C **E (expected)** Erwartete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50074	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	NEO:B	
Zähler (Formel)	`O_50074`	
Nenner (Formel)	`E_50074`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_50074
	Bezug zu QS-Ergebnissen	50074

	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`AUFNTEMP %<% 36.0`
	Nenner	`fn_lebendGeboren & (THERAPIEVERZICHT %==% 0 | is.na(THERAPIEVERZICHT)) & ANGEBERKRANK %==% 0 & !AUFNTEMP %>=% 99.0 & is.na(AUFNTEMPNB) & !ASPHYXIE %==% 2 & (KG %>=% 1500 & GESTALTER %>=% 32)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_50074
	Bezug zu QS-Ergebnissen	50074
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50074
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	NEO:B
	Zähler	`fn_NEOScore_50074`
	Nenner	`fn_lebendGeboren & (THERAPIEVERZICHT %==% 0 | is.na(THERAPIEVERZICHT)) & ANGEBERKRANK %==% 0 & !AUFNTEMP %>=% 99.0 & is.na(AUFNTEMPNB) & !ASPHYXIE %==% 2 & (KG %>=% 1500 & GESTALTER %>=% 32)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_lebendGeboren` `fn_NEOScore_50074`	
Verwendete Listen	`ICD_Fetaltod`	
Darstellung	-	

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_Fetaltod	ICD	Fetaltod	P95%

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Perc10_KU_Z_Score	Gesamt	10. Perzentil des Z-Score-Kopfumfangs	x
Standabw_KU	Gesamt	Standardabweichung von der Differenz zwischen der beobachteten relativen und erwarteten relativen Zunahme des Kopfumfangs	# Die Berechnung der Standardabweichung von der Differenz zwischen beobachteter relativer und erwarteter relativer Zunahme des Kopfumfangs kann erst nach Vorliegen der QS-Daten nach neuer Spezifikation endgültig festgelegt werden.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_entlgestalter	float	Gestationsalter in Wochen bei Entlassung	`(((GESTALTER * 7) +` ` GESTALTERTAGE + ltEntl) -1) / 7`
fn_infektion	integer	Lebenstage bei Beginn der Sepsis	`as.integer(INFEKTIONDATUM - GEBDATUM + 1)`
fn_KU_Z_Score	float	Z-Score-Kopfumfang	`fn_KU_Zunahme_Differenz / VB$Standabw_KU`

fn_KU_Zunahme_Beobachtet	float	Beobachtete/Tatsächliche relative Zunahme des Kopfumfangs	`ifelse(`
			` !is.na(ENTLKU) & !is.na(AUFNKU),`
			` ifelse(`
			`  (ENTLKU - AUFNKU) %>% 0 &`
			`  AUFNKU %>% 0,`
			`  (ENTLKU - AUFNKU) / AUFNKU,`
			`  NA_real_`
			` ), NA_real_`
			`)`

fn_KU_Zunahme_Differenz	float	Differenz zwischen der beobachteten relativen und erwarteten relativen Zunahme des Kopfum-fangs	`fn_KU_Zunahme_Beobachtet - fn_KU_Zunahme_Erwartet`
fn_KU_Zunahme_Erwartet	float	Erwartete relative Zunahme des Kopfumfangs	`# Die Berechnung der erwarteten relativen Zunahme des Kopfumfangs kann erst nach Vorliegen der QS-Daten nach neuer Spezifikation endgültig festgelegt werden.`

fn_lebendGeboren	boolean	Lebend geborenes Kind:
		Todesursache und Entlassungsdiagnosen sind nicht ICD P95* (Fetaltod) und Entlassungsgrund ist nicht Tod
			`!((TODESURSACH %any_like% LST$ICD_Fetaltod |`
			`ENTLDIAG %any_like% LST$ICD_Fetaltod) &`
			`ENTLGRUND %==% "07")`

fn_NEOIndex1_51901_E	float	Index Ebene 1 (E): Todesfälle	`# Funktion fn_NEOIndex1_51901_E`

fn_NEOIndex1_51901_GG	boolean	Index Ebene 1 (GG)	`fn_lebendGeboren &`
			`(THERAPIEVERZICHT %==% 0 |`
			`is.na(THERAPIEVERZICHT)) &`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			ANGEBERKRANK %==% 0 & GESTALTER %>=% 24 & !(AUFNAHME %in% c(2,3)) & (KG %<% 1500 | GESTALTER %<% 32)
fn_NEOIndex1_51901_Z	boolean	Index Ebene 1 (Z): Todesfälle	fn_NEOIndex1_51901_GG & ENTLGRUND %==% "07"
fn_NEOIndex2_51901_E	float	Index Ebene 2 (E): Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH	# Funktion fn_NEOIndex2_51901_E
fn_NEOIndex2_51901_GG	boolean	Index Ebene 2 (GG): Ausschluss des Zählers von Ebene 1	fn_lebendGeboren & (THERAPIEVERZICHT %==% 0 | is.na(THERAPIEVERZICHT)) & ANGEBERKRANK %==% 0 & GESTALTER %>=% 24 & !(AUFNAHME %in% c(2,3)) & (KG %<% 1500 | GESTALTER %<% 32) & SONO %==% 1 & !fn_NEOIndex1_51901_Z
fn_NEOIndex2_51901_Z	boolean	Index Ebene 2 (Z): Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH	fn_NEOIndex2_51901_GG & IVHAEM %in% c(3,4) & IVHPVHAUFNAHME %==% 1
fn_NEOIndex3_51901_E	float	Index Ebene 3 (E): Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	# Funktion fn_NEOIndex3_51901_E
fn_NEOIndex3_51901_GG	boolean	Index Ebene 3 (GG): Ausschluss des Zählers von Ebene 1 und 2	fn_lebendGeboren & (THERAPIEVERZICHT %==% 0 | is.na(THERAPIEVERZICHT)) & ANGEBERKRANK %==% 0 & GESTALTER %>=% 24 & (KG %<% 1500 | GESTALTER %<% 32) & !fn_NEOIndex1_51901_Z & !fn_NEOIndex2_51901_Z
fn_NEOIndex3_51901_Z	boolean	Index Ebene 3 (Z): Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	fn_NEOIndex3_51901_GG & ENTEROKOLITIS %==% 1 & NECAUFNAHME %==% 1

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_NEOIndex4_51901_E	float	Index Ebene 4 (E): Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	`# Funktion fn_NEOIndex4_51901_E`

fn_NEOIndex4_51901_GG	boolean	Index Ebene 4 (GG):
		Ausschluss des Zählers von Ebene 1, 2 und 3
			`fn_lebendGeboren &`
			`(THERAPIEVERZICHT %==% 0 |`
			`is.na(THERAPIEVERZICHT)) &`
			`ANGEBERKRANK %==% 0 &`
			`GESTALTER %>=% 24 &`
			`!AUFNAHME %in% c(2,3) &`
			`(KG %<% 1500 | GESTALTER %<% 32) &`
			`fn_entlgestalter %>=% 36 &`
			`!fn_NEOIndex1_51901_Z &`
			`!fn_NEOIndex2_51901_Z &`
			`!fn_NEOIndex3_51901_Z`

fn_NEOIndex4_51901_Z	boolean	Index Ebene 4 (Z): Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	`fn_NEOIndex4_51901_GG & BPD %in% c(1,2)`
fn_NEOIndex5_51901_E	float	Index Ebene 5 (E): Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	`# Funktion fn_NEOIndex5_51901_E`

fn_NEOIndex5_51901_GG	boolean	Index Ebene 5 (GG):
		Ausschluss des Zählers von Ebene 1, 2, 3 und 4
			`fn_lebendGeboren &`
			`(THERAPIEVERZICHT %==% 0 |`
			`is.na(THERAPIEVERZICHT)) &`
			`ANGEBERKRANK %==% 0 &`
			`GESTALTER %>=% 24 &`
			`(`
			`is.na(AUFNAHME) |`
			`(!is.na(AUFNAHME) &`
			`(`
			`(!is.na(alterStunden) &`
			`alterStunden %<=% 48) |`
			`(is.na(alterStunden) &`
			`ltAufn %<=% 2)`
			`)`
			`)`
			`) &`
			`(`
			`GESTALTER %<% 31`
			`&`
			`ltEntl %>=% 36`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			) & AUGENUNT %==% 1 & !fn_NEOIndex1_51901_Z & !fn_NEOIndex2_51901_Z & !fn_NEOIndex3_51901_Z & !fn_NEOIndex4_51901_Z
fn_NEOIndex5_51901_Z	boolean	Index Ebene 5 (Z): Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	fn_NEOIndex5_51901_GG & ROP %in% c(3,4,5)

fn_NEOIndexGesamt_51901_E	float	Index Gesamt (E): Summe	# inits
			result <- 0
			
			# E nach Ebenen
			result <- result +
			(!is.na(fn_NEOIndex1_51901_GG) &
			fn_NEOIndex1_51901_GG) *
			fn_NEOIndex1_51901_E
			result <- result +
			(!is.na(fn_NEOIndex2_51901_GG) &
			fn_NEOIndex2_51901_GG) *
			fn_NEOIndex2_51901_E
			result <- result +
			(!is.na(fn_NEOIndex3_51901_GG) &
			fn_NEOIndex3_51901_GG) *
			fn_NEOIndex3_51901_E
			result <- result +
			(!is.na(fn_NEOIndex4_51901_GG) &
			fn_NEOIndex4_51901_GG) *
			fn_NEOIndex4_51901_E
			result <- result +
			(!is.na(fn_NEOIndex5_51901_GG) &
			fn_NEOIndex5_51901_GG) *
			fn_NEOIndex5_51901_E
			
			# Summe
			replace_na(result, 0)

fn_NEOIndexGesamt_51901_GG	boolean	Index Gesamt (GG): Eine Bedingung von Ebene 1 bis Ebene 5 trifft zu	fn_NEOIndex1_51901_GG | fn_NEOIndex2_51901_GG | fn_NEOIndex3_51901_GG |

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			`fn_NEOIndex4_51901_GG |` `fn_NEOIndex5_51901_GG`

fn_NEOIndexGesamt_51901_Z	boolean	Index Gesamt (Z):
		Eine Bedingung von Ebene 1 bis Ebene 5 trifft zu
			`fn_NEOIndex1_51901_Z |`
			`fn_NEOIndex2_51901_Z |`
			`fn_NEOIndex3_51901_Z |`
			`fn_NEOIndex4_51901_Z |`
			`fn_NEOIndex5_51901_Z`

fn_NEOScore_50060	float	Score zur logistischen Regression - ID 50060	`# Funktion fn_NEOScore_50060`
fn_NEOScore_50062	float	Score zur logistischen Regression - ID 50062	`# Funktion fn_NEOScore_50062`
fn_NEOScore_50069	float	Score zur logistischen Regression - ID 50069	`# Funktion fn_NEOScore_50069`
fn_NEOScore_50074	float	Score zur logistischen Regression - ID 50074	`# Funktion fn_NEOScore_50074`
fn_pneumonie	integer	Lebenstage bei Beginn der Pneumonie	`abstPneuGebdat + 1`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Hüftgelenkversorgung: Hüftendoprothesenversorgung

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Hüftgelenkversorgung: Hüftendoprothesenversorgung. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation 4

54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 10

54003: Präoperative Verweildauer 15

54004: Sturzprophylaxe 19

Gruppe: Allgemeine Komplikationen 22

- 54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 23
- 54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 27
- 54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 30

Gruppe: Spezifische Komplikationen 33

- 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 34
- 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation 37
- 54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 40
  - 191800_54120 - Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen 44
  - 191801_54120 - Ebene 2: Weichteilkomplikationen 46

54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung 48

Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung 53

- 54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 54

10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf 57

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 62

Anhang II: Listen 63

Anhang III: Vorberechnungen 64

Anhang IV: Funktionen 65

54001: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
27:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
42:E	Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	M	0 = nein 1 = ja	VOROPHUEFTEE
43:E	Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" liegt vor	K	0 = nein 1 = ja	EIMPLMECHVERS
44:E	Indikation „Posttraumatische Hüftkopfnekrose“ liegt vor	K	0 = nein 1 = ja	HUEFTNEK
45:E	Schmerzen	M	0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	SCHMERZEN
48:E	Extension/Flexion 2	K	in Grad	PRAEOPEXFLEX2
49:E	Extension/Flexion 3	K	in Grad	PRAEOPEXFLEX3
50:E	Ab-/Adduktion 1	K	in Grad	PRAEABADDUKT1
52:E	Ab-/Adduktion 3	K	in Grad	PRAEABADDUKT3
53:E	Außen-/Innenrotation 1	K	in Grad	PRAEROTATION1
54:E	Außen-/Innenrotation 2	K	in Grad	PRAEROTATION2
55:E	Außen-/Innenrotation 3	K	in Grad	PRAEROTATION3
56:E	Osteophyten	M	0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	OSTEOPHYTENH
57:E	Gelenkspalt	M	0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben	GELENKSPALTH

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
58:E	Sklerose	M	0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten	SKLEROSEH
59:E	Deformierung	M	0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung	DEFORMH
61:E	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	K	0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung 2 = Grad 2 definitive Veränderung 3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung 5 = Grad 5 mutilierende Veränderung	LARSEN
63:E	atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation	K	0 = Stadium 0 1 = Stadium I 2 = Stadium II 3 = Stadium III 4 = Stadium IV	FEMURNEKROARCO
89:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
91:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54001
Bezeichnung	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Eingriffe bei Patientinnen und Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ODER die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und mindestens 5 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ODER die mindestens ein Bewegungseinschränkungskriterium und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen ODER bei denen eine Voroperation und die Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" oder die ICD M87.25 Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma in den Entlassdiagnosen ODER bei denen eine posttraumatische Hüftkopfnekrose vorliegt ODER die das Kriterium Schmerzen und mindestens das Stadium 3 nach ARCO-Klassifikation ODER das Stadium 4 nach ARCO-Klassifikation erfüllen **Nenner** Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Erläuterung der angemessenen Indikationskriterien: Das Kriterium Schmerzen ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen.

	Der modifizierte Kellgren-Lawrence-Score Hüfte berechnet sich wie folgt (AQUA 2012b): Osteophyten 0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große Gelenkspalt 0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben Sklerose 0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten Deformierung 0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung Die Schweregrade der erosiven Gelenkzerstörung bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis nach Larsen-Dale-Eek sind: Grad 0: normal Grad 1: geringe Veränderungen: Weichteilschwellung, gelenknahe Osteoporose oder geringe Gelenkverschmälerung Grad 2: definitive Veränderungen: eine oder mehrere kleine Erosionen, Gelenkspaltverschmälerung nicht obligat Grad 3: deutliche Veränderungen: ausgeprägte Erosionen und Gelenkspaltverschmälerung sind vorhanden Grad 4: schwere Veränderungen: große Erosionen vorhanden, nur Teile der ursprünglichen Gelenkfläche noch erhalten Grad 5: mutilierende Veränderungen, die ursprüngliche Gelenkfläche ist verschwunden, schwere Deformität möglich Für die Bewegungsmaße gelten folgende Wertebereiche als plausibel: Extension/Flexion 0-15/0-140/0-140 Ab-/Adduktion 0-45/0-45/0-45 Außen-/Innenrotation 0-50/0-50/0-50 Als Bewegungseinschränkung wird gewertet, wenn präoperativ: - Extension/Flexion, 2. Wert > 0 oder 3. Wert < 90 oder - Abduktion, 1. Wert < 20 oder 3. Wert < 10 oder - Außen-/Innenrotation: die beiden größten Werte zeigen eine Differenz < 20 Der QI misst die Qualität der Indikationsstellung.
Teildatensatzbezug	HEP:PROZ

Zähler (Formel)	`(SCHMERZEN %in% c(1,2) &`
	`fn_KellgrenLawrence %>=% 5) |`
	`(SCHMERZEN %in% c(1,2) &`
	`LARSEN %>=% 3) |`
	`(fn_Bewegungseinschraenkung &`
	`fn_KellgrenLawrence %>=% 5) |`
	`(fn_Bewegungseinschraenkung &`
	`LARSEN %>=% 3) |`
	`(VOROPHUEFTEE %==% 1 &`
	`(EIMPLMECHVERS %==% 1 |`
	`ENTLDIAG %any_like%`

	`LST$ICD_HEP_Knochennekrose_Trauma)) |`
	`HUEFTNEK %==% 1 |`
	`(SCHMERZEN %in% c(1,2) &`
	`FEMURNEKROARCO %>=% 3) |`
	`FEMURNEKROARCO %==% 4`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 & ARTEINGRIFFHUE %==% 2 &` `VERSORGPOLY %!=% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_Bewegungseinschraenkung`
	`fn_KellgrenLawrence`
	`fn_Rotationseinschraenkung`

Verwendete Listen	`ICD_HEP_Knochennekrose_Trauma`
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54002: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
27:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
65:W	Schmerzen vor der Prothesenexplantation	M	0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	SCHMERZENWECHSEL
66:W	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	M	0 = nein 1 = ja	ENTZZEICHEN
67:W	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation	M	0 = nicht durchgeführt 1 = durchgeführt, negativ 2 = durchgeführt, positiv	MIKROBIOUNTERSUCH
69.1:W	Implantatbruch	K	1 = ja	IMPLANTATBRUCH
69.2:W	Implantatabrieb/-verschleiß	K	1 = ja	ABRIEB
69.3:W	Implantatfehllage der Pfanne	K	1 = ja	IMPLANTATFEHLLAGE-PFANNE
69.4:W	Implantatfehllage des Schafts	K	1 = ja	IMPLANTATFEHLLAGESCHAFT
69.5:W	Lockerung der Pfannenkomponente	K	1 = ja	LOCKERUNGPFANNE
69.6:W	Lockerung der Schaftkomponente	K	1 = ja	LOCKERUNGSCHAFT
69.7:W	periprothetische Fraktur	K	1 = ja	PERIPROTHFRAKTUR
69.8:W	Endoprothesen(sub)luxation	K	1 = ja	PROTHLUXATIO
69.9:W	Knochendefekt Pfanne	K	1 = ja	KNOCHENDEFEKTPFANNE
69.10:W	Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)	K	1 = ja	KNOCHENDEFEKTFEMUR
69.11:W	Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis)	K	1 = ja	GELENKPFANNENENTZUEND

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
	z.B. nach Duokopfpro-thesenimplantation			
69.12:W	periartikuläre Ossifika-tion	K	1 = ja	OSSIFIKATION
91:B	Versorgung bei Poly-trauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Auf-nahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54002
Bezeichnung	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 86,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 86,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Es wurde ab dem EJ 2014 die kaufmännisch gerundete mittlere Rate des 5. Perzentils der besten drei Bundesergebnisse aus den Jahren 2009 bis 2013 des Indikators mit der QI-ID 268 Hüftendoprothesen-Wechsel bei erfüllten Indikationskriterien, basierend auf den rohen Raten der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen, festgelegt. Die Rate beträgt demnach 86,00 % (Durchschnittswert der 5. Perzentile aus 2011, 2012 und 2013 zum Indikator mit der QI-ID 268). Dieser Wert wurde ab dem EJ 2015 für den Indikator mit der QI-ID 54002 übernommen.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit: Endoprothesen(sub)luxation ODER Implantatbruch ODER Periprothetische Fraktur ODER Knochendefekt Pfanne ODER Knochendefekt des Femurs ODER mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens eines der folgenden klinischen/röntgenologischen Kriterien: Implantatabrieb/-verschleiß, Implantatfehllage des Schafts, Implantatfehllage der Pfanne, Lockerung der Pfannenkomponente, Lockerung der Schaftkomponente, Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis), Periartikuläre Ossifikation ODER erfülltem Kriterium Schmerzen und einem positiven mikrobiologischem Kriterium ODER Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium **Nenner** Alle Hüftendoprothesen-Wechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma

Erläuterung der Rechenregel	Das Kriterium Schmerzen ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Das Kriterium Entzündungszeichen ist erfüllt, wenn laborchemische Parameter (BSG, CRP, Leukozyten) auffällig sind. Das mikrobiologische Kriterium ist erfüllt, wenn ein Erregernachweis anhand mikrobiologischer Keimkultur (Punktat, Abstrich) durchgeführt wurde und positiv ist. Der QI misst die Qualität der Indikationsstellung.
Teildatensatzbezug	HEP:PROZ

Zähler (Formel)	`PROTHLUXATIO %==% 1 |`
	`IMPLANTATBRUCH %==% 1 |`
	`PERIPROTHFRAKTUR %==% 1 |`
	`KNOCHENDEFEKTPFANNE %==% 1 |`
	`KNOCHENDEFEKTFEMUR %==% 1 |`
	`(SCHMERZENWECHSEL %in% c(1,2) &`
	`fn_RoentgenKriterium) |`
	`(SCHMERZENWECHSEL %in% c(1,2) &`
	`MIKROBIOUNTERSUCH %==% 2) |`
	`(ENTZZEICHEN %==% 1 &`
	`MIKROBIOUNTERSUCH %==% 2)`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 & ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4) &` `VERSORGPOLY %!=% 1`
Verwendete Funktionen	`fn_RoentgenKriterium`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54003: Präoperative Verweildauer

Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:B	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus	M	-	AUFNZEIT
27:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
28:PROZ	Datum des Eingriffs	M	-	OPDATUM
29:PROZ	Beginn des Eingriffs	M	-	OPZEIT
34:F	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes	M	0 = nein 1 = ja	FRAKTUREREIG
35:F	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	K	-	FRAKTURDATUM
36:F	Zeitpunkt der Fraktur	K	-	ZEITPUNKTFRAKTUR
89:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
91:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	vwDauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54003
Bezeichnung	Präoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 15,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 15,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen, bei denen die Operation später als 48 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte **Nenner** Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit subtrochantärer Fraktur (S72.2), Fraktur des Femurschaftes (S72.3), Distale Fraktur des Femurs (S72.4), Multiple Frakturen des Femurs (S72.7) ohne gleichzeitige pertrochantäre Fraktur (S72.1*) oder Schenkelhalsfraktur (S72.0*) sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Derzeit wird toleriert, dass sich die Vorbereitungszeit in den Krankenhäusern für einen Eingriff mit Endoprothese von der Vorbereitung für einen Eingriff mit Osteosynthese unterscheiden kann. Es wird das Qualitätsziel zur präoperativen Verweildauer von ≤ 48 Stunden verfolgt.
Teildatensatzbezug	HEP:PROZ
Zähler (Formel)	`fn_PraeOPvwDauerUeber48Std`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 &`
	`ARTEINGRIFFHUE %==% 1 &`
	`!(ENTLDIAG %any_like% LST$ICD_HEP_ANDERE_FF_QI54003 &`
	`!ENTLDIAG %any_like% LST$ICD_HEP_SH_PF_QI54003) &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstAufnahmeOPMin`
	`fn_AbstFrakturOPMin`
	`fn_PraeOPvwDauerUeber48Std`

Verwendete Listen	`ICD_HEP_ANDERE_FF_QI54003` `ICD_HEP_SH_PF_QI54003`

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54004: Sturzprophylaxe

Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
78:B	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	K	0 = nein 1 = ja	ERFASSGSTURZRISIKO
79:B	Wurden multimodale individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	K	0 = nein 1 = ja	PRAEVMASSNAHMEN
88:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
91:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54004
Bezeichnung	Sturzprophylaxe
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (=Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind, bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HEP:B
Zähler (Formel)	`ERFASSGSTURZRISIKO %==% 1 & PRAEVMASSNAHMEN %==% 1`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 65 &`
	`!(ERFASSGSTURZRISIKO %==% 1 &`
	`PRAEVMASSNAHMEN %==% 0 &`
	`ENTLGRUND %==% "07") &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1`

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Allgemeine Komplikationen

Bezeichnung Gruppe	Allgemeine Komplikationen
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen

54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
22:PROZ	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
27:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
76.1:B	Pneumonie	K	1 = ja	PNEUMONIE
76.2:B	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	K	1 = ja	KARDVASKKOMP
76.3:B	tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	K	1 = ja	THROMBOSEN
76.4:B	Lungenembolie	K	1 = ja	LUNGEMBOLIE
76.5:B	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	K	1 = ja	HARNWEGSINF
76.6:B	Schlaganfall	K	1 = ja	APOPLEX
76.7:B	akute gastrointestinale Blutung	K	1 = ja	GASTROBLUTUNG
76.8:B	akute Niereninsuffizienz	K	1 = ja	NIERENINSUFFIZIENZJL
76.9:B	Delir, akute delirante Symptomatik	K	1 = ja	DELIRSYMPT
77:B	Demenz	K	0 = nein 1 = ja	DEMENZJN
91:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54015
Bezeichnung	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Antithrombotische Dauertherapie ASA-Klassifikation Frakturlokalisation Gehstrecke Geschlecht Vorbestehende Koxarthrose
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur **E (expected)** Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54015
Erläuterung der Rechenregel	Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: - Pneumonie - behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen - tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose

	- Lungenembolie - katheterassoziierte Harnwegsinfektion - Schlaganfall - akute gastrointestinale Blutung - akute Niereninsuffizienz - Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	
Teildatensatzbezug	HEP:B	
Zähler (Formel)	O_54015	
Nenner (Formel)	E_54015	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_54015
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54015
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	HEP:B

	Zähler	`PNEUMONIE %==% 1 |`
		`KARDVASKKOMP %==% 1 |`
		`THROMBOSEN %==% 1 |`
		`LUNGEMBOLIE %==% 1 |`
		`HARNWEGSINF %==% 1 |`
		`APOPLEX %==% 1 |`
		`GASTROBLUTUNG %==% 1 |`
		`NIERENINSUFFIZIENZJL %==% 1 |`
		`(DELIRSYMPT %==% 1 &`
		`DEMENZJN %!=% 1)`

	Nenner	`alter %>=% 18 &`
		`fn_IstErsteOP &`
		`VERSORGPOLY %!=% 1 &`
		`ARTEINGRIFFHUE %==% 1`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_54015
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54015
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen

		Femurfraktur, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54015
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	HEP:B
	Zähler	`fn_HEPScore_54015`

	Nenner	`alter %>=% 18 &`
		`fn_IstErsteOP &`
		`VERSORGPOLY %!=% 1 &`
		`ARTEINGRIFFHUE %==% 1`

	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_HEPScore_54015`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`	

Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
22:PROZ	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
27:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
76.1:B	Pneumonie	K	1 = ja	PNEUMONIE
76.2:B	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	K	1 = ja	KARDVASKKOMP
76.3:B	tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	K	1 = ja	THROMBOSEN
76.4:B	Lungenembolie	K	1 = ja	LUNGEMBOLIE
76.5:B	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	K	1 = ja	HARNWEGSINF
76.6:B	Schlaganfall	K	1 = ja	APOPLEX
76.7:B	akute gastrointestinale Blutung	K	1 = ja	GASTROBLUTUNG
76.8:B	akute Niereninsuffizienz	K	1 = ja	NIERENINSUFFIZIENZJL
76.9:B	Delir, akute delirante Symptomatik	K	1 = ja	DELIRSYMPT
77:B	Demenz	K	0 = nein 1 = ja	DEMENZJN
91:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54016
Bezeichnung	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: - Pneumonie - behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen - tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose - Lungenembolie - katheterassoziierte Harnwegsinfektion - Schlaganfall - akute gastrointestinale Blutung - akute Niereninsuffizienz - Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz
Teildatensatzbezug	HEP:B

Zähler (Formel)	`PNEUMONIE %==% 1 |`
	`KARDVASKKOMP %==% 1 |`
	`THROMBOSEN %==% 1 |`
	`LUNGEMBOLIE %==% 1 |`
	`HARNWEGSINF %==% 1 |`
	`APOPLEX %==% 1 |`
	`GASTROBLUTUNG %==% 1 |`
	`NIERENINSUFFIZIENZJL %==% 1 |`
	`(DELIRSYMPT %==% 1 &`
	`DEMENZJN %!=% 1)`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 &`
	`fn_IstErsteOP &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1 &`
	`ARTEINGRIFFHUE %==% 2`

Verwendete Funktionen	`fn_IstErsteOP` `fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
22:PROZ	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
27:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
76.1:B	Pneumonie	K	1 = ja	PNEUMONIE
76.2:B	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	K	1 = ja	KARDVASKKOMP
76.3:B	tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	K	1 = ja	THROMBOSEN
76.4:B	Lungenembolie	K	1 = ja	LUNGEMBOLIE
76.5:B	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	K	1 = ja	HARNWEGSINF
76.6:B	Schlaganfall	K	1 = ja	APOPLEX
76.7:B	akute gastrointestinale Blutung	K	1 = ja	GASTROBLUTUNG
76.8:B	akute Niereninsuffizienz	K	1 = ja	NIERENINSUFFIZIENZJL
76.9:B	Delir, akute delirante Symptomatik	K	1 = ja	DELIRSYMPT
77:B	Demenz	K	0 = nein 1 = ja	DEMENZJN
91:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54017
Bezeichnung	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: - Pneumonie - behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen - tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose - Lungenembolie - katheterassoziierte Harnwegsinfektion - Schlaganfall - akute gastrointestinale Blutung - akute Niereninsuffizienz - Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz Durch Einschränkung der Grundgesamtheit des Indikators auf Behandlungsfälle deren erste hüftendoprothetische Prozedur im stationären Aufenthalt eine Wechselprozedur ist, wird vermieden, dass der Behandlungsfall in mehrere Indikatoren aus der Indikatorengruppe „Allgemeine Komplikationen“ einfließt.
Teildatensatzbezug	HEP:B

Zähler (Formel)	`PNEUMONIE %==% 1 |`
	`KARDVASKKOMP %==% 1 |`
	`THROMBOSEN %==% 1 |`
	`LUNGEMBOLIE %==% 1 |`
	`HARNWEGSINF %==% 1 |`

	APOPLEX %==% 1 | GASTROBLUTUNG %==% 1 | NIERENINSUFFIZIENZJL %==% 1 | (DELIRSYMPT %==% 1 & DEMENZJN %!=% 1)
Nenner (Formel)	alter %>=% 18 & fn_IstErsteOP & VERSORGPOLY %!=% 1 & ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4)
Verwendete Funktionen	fn_IstErsteOP fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Spezifische Komplikationen

Bezeichnung Gruppe	Spezifische Komplikationen
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen

54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
27:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
71.1:PROZ	primäre Implantatfehllage	K	1 = ja	IMPLANTATFEHLLAGE
71.2:PROZ	sekundäre Implantatdislokation	K	1 = ja	IMPLANTATDSLOKATION
71.3:PROZ	offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	K	1 = ja	OFFENENDOLUXATION
71.4:PROZ	Nachblutung/Wundhämatom	K	1 = ja	HAEMATBLUTUN
71.5:PROZ	Gefäßläsion	K	1 = ja	GEFAESSLAESION
71.6:PROZ	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	K	1 = ja	NERVENSCHADEN
71.7:PROZ	periprothetische Fraktur	K	1 = ja	PERIFRAKTUR
71.8:PROZ	Wunddehiszenz	K	1 = ja	WUNDDEHISZE
71.9:PROZ	sekundäre Nekrose der Wundränder	K	1 = ja	NEKROSEWUND
73:PROZ	Wundinfektionstiefe	K	1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	POSTOPCDC
91:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54018
Bezeichnung	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat **Nenner** Alle Hüftendoprothesen-Implantationen bei hüftgelenknaher Femurfraktur bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: - primäre Implantatfehllage - sekundäre Implantatdislokalisation - offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation - OP-, oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom - OP-, oder interventionsbedürftige Gefäßläsion - bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden - periprothetische Fraktur - Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion - reoperationspflichtige Wunddehiszenz - reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder
Teildatensatzbezug	HEP:PROZ

Zähler (Formel)	`IMPLANTATFEHLLAGE %==% 1 |`
	`IMPLANTATDSLOKATION %==% 1 |`
	`OFFENENDOLUXATION %==% 1 |`
	`HAEMATBLUTUN %==% 1 |`
	`GEFAESSLAESION %==% 1 |`
	`NERVENSCHADEN %==% 1 |`
	`PERIFRAKTUR %==% 1 |`
	`POSTOPCDC %in% c(2,3) |`
	`WUNDDEHISZE %==% 1 |`
	`NEKROSEWUND %==% 1`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1 &`
	`ARTEINGRIFFHUE %==% 1`

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
27:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
71.1:PROZ	primäre Implantatfehllage	K	1 = ja	IMPLANTATFEHLLAGE
71.2:PROZ	sekundäre Implantatdislokation	K	1 = ja	IMPLANTATDSLOKATION
71.3:PROZ	offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	K	1 = ja	OFFENENDOLUXATION
71.4:PROZ	Nachblutung/Wundhämatom	K	1 = ja	HAEMATBLUTUN
71.5:PROZ	Gefäßläsion	K	1 = ja	GEFAESSLAESION
71.6:PROZ	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	K	1 = ja	NERVENSCHADEN
71.7:PROZ	periprothetische Fraktur	K	1 = ja	PERIFRAKTUR
71.8:PROZ	Wunddehiszenz	K	1 = ja	WUNDDEHISZE
71.9:PROZ	sekundäre Nekrose der Wundränder	K	1 = ja	NEKROSEWUND
73:PROZ	Wundinfektionstiefe	K	1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	POSTOPCDC
91:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54019
Bezeichnung	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat **Nenner** Alle elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: - primäre Implantatfehllage - sekundäre Implantatdislokalisation - offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation - OP-, oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom - OP-, oder interventionsbedürftige Gefäßläsion - bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden - periprothetische Fraktur - Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion - reoperationspflichtige Wunddehiszenz - reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder
Teildatensatzbezug	HEP:PROZ

Zähler (Formel)	`IMPLANTATFEHLLAGE %==% 1 |`
	`IMPLANTATDSLOKATION %==% 1 |`
	`OFFENENDOLUXATION %==% 1 |`
	`HAEMATBLUTUN %==% 1 |`
	`GEFAESSLAESION %==% 1 |`
	`NERVENSCHADEN %==% 1 |`
	`PERIFRAKTUR %==% 1 |`
	`POSTOPCDC %in% c(2,3) |`
	`WUNDDEHISZE %==% 1 |`
	`NEKROSEWUND %==% 1`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1 &`
	`ARTEINGRIFFHUE %==% 2`

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
27:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
71.1:PROZ	primäre Implantatfehllage	K	1 = ja	IMPLANTATFEHLLAGE
71.2:PROZ	sekundäre Implantatdislokation	K	1 = ja	IMPLANTATDSLOKATION
71.3:PROZ	offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	K	1 = ja	OFFENENDOLUXATION
71.4:PROZ	Nachblutung/Wundhämatom	K	1 = ja	HAEMATBLUTUN
71.5:PROZ	Gefäßläsion	K	1 = ja	GEFAESSLAESION
71.6:PROZ	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	K	1 = ja	NERVENSCHADEN
71.7:PROZ	periprothetische Fraktur	K	1 = ja	PERIFRAKTUR
71.8:PROZ	Wunddehiszenz	K	1 = ja	WUNDDEHISZE
71.9:PROZ	sekundäre Nekrose der Wundränder	K	1 = ja	NEKROSEWUND
73:PROZ	Wundinfektionstiefe	K	1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	POSTOPCDC
91:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54120
Bezeichnung	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Art des Eingriffs Gehhilfen Gehstrecke Spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation ASA-Klassifikation Geschlecht Mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation Positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation Präoperative Wundkontaminationsklassifkation nach CDC
Rechenregeln	**Zähler** Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat **Nenner** Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat **E (expected)** Erwartete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54120
Erläuterung der Rechenregel	Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: - primäre Implantatfehllage

	- sekundäre Implantatdislokalisation - offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation - OP-, oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom - OP-, oder interventionsbedürftige Gefäßläsion - bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden - periprothetische Fraktur - Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion - reoperationspflichtige Wunddehiszenz - reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	
Teildatensatzbezug	HEP:PROZ	
Zähler (Formel)	`O_54120`	
Nenner (Formel)	`E_54120`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_54120
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54120
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	HEP:PROZ

	Zähler	`IMPLANTATFEHLLAGE %==% 1 |`
		`IMPLANTATDSLOKATION %==% 1 |`
		`OFFENENDOLUXATION %==% 1 |`
		`HAEMATBLUTUN %==% 1 |`
		`GEFAESSLAESION %==% 1 |`
		`NERVENSCHADEN %==% 1 |`
		`PERIFRAKTUR %==% 1 |`
		`POSTOPCDC %in% c(2,3) |`
		`WUNDDEHISZE %==% 1 |`
		`NEKROSEWUND %==% 1`

	Nenner	`alter %>=% 18 &`
		`VERSORGPOLY %!=% 1 &`
		`ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4)`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_54120
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54120
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige

		Komplikation auftrat, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54120
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	HEP:PROZ
	Zähler	`fn_HEPScore_54120`

	Nenner	`alter %>=% 18 &`
		`VERSORGPOLY %!=% 1 &`
		`ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4)`

	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_HEPScore_54120`
	`fn_HEPScore_54120_ebene1`
	`fn_HEPScore_54120_ebene2`	

Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

191800_54120 - Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen

ID	191800_54120	
Bezeichnung Ebene	Ebene 1: Implantatassoziierte Komplikationen	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
Bezug zu QS-Ergebnissen	54120	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Rechenregeln	**Zähler** Eingriffe, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat **Nenner** Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat **E (expected)** Erwartete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat	
Zähler (Formel)	`O_191800_54120`	
Nenner (Formel)	`E_191800_54120`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_191800_54120
	Bezug zu QS-Ergebnissen	191800_54120
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	HEP:PROZ
	Zähler	`IMPLANTATFEHLLAGE %==% 1 | IMPLANTATDSLOKATION %==% 1 | OFFENENDOLUXATION %==% 1 | PERIFRAKTUR %==% 1`
	Nenner	`alter %>=% 18 & VERSORGPOLY %!=% 1 & ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4)`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_191800_54120
	Bezug zu QS-Ergebnissen	191800_54120
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine Implantatfehllage, -dislokation, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation auftrat
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	HEP:PROZ
	Zähler	`fn_HEPScore_54120_ebene1`
	Nenner	`alter %>=% 18 & VERSORGPOLY %!=% 1 & ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4)`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_HEPScore_54120_ebene1`	

191801_54120 - Ebene 2: Weichteilkomplikationen

ID	191801_54120
Bezeichnung Ebene	Ebene 2: Weichteilkomplikationen
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
Bezug zu QS-Ergebnissen	54120
Bezug zum Verfahren	DeQS
Rechenregeln	**Zähler** Eingriffe, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat **Nenner** Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, bei denen keine Komplikation aus der Gruppe „Implantatassoziierte Komplikationen“ (Ebene 1) auftrat. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat **E (expected)** Erwartete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat
Zähler (Formel)	`O_191801_54120`
Nenner (Formel)	`E_191801_54120`
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**

Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
ID	O_191801_54120
Bezug zu QS-Ergebnissen	191801_54120
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	-
Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat
Operator	Anzahl
Teildatensatzbezug	HEP:PROZ

Zähler	`HAEMATBLUTUN %==% 1 |`
	`GEFAESSLAESION %==% 1 |`
	`NERVENSCHADEN %==% 1 |`
	`POSTOPCDC %in% c(2,3) |`

		`WUNDDEHISZE %==% 1 |` `NEKROSEWUND %==% 1`

	Nenner	`alter %>=% 18 &`
		`VERSORGPOLY %!=% 1 &`
		`ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4) &`
		`!(IMPLANTATFEHLLAGE %==% 1 |`
		`IMPLANTATDSLOKATION %==% 1 |`
		`OFFENENDOLUXATION %==% 1 |`
		`PERIFRAKTUR %==% 1)`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_191801_54120
	Bezug zu QS-Ergebnissen	191801_54120
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Eingriffen, bei denen mindestens eine postoperative Wundinfektion, Wunddehiszenz, sekundäre Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom auftrat
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	HEP:PROZ
	Zähler	`fn_HEPScore_54120_ebene2`

	Nenner	`alter %>=% 18 &`
		`VERSORGPOLY %!=% 1 &`
		`ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4) &`
		`!(IMPLANTATFEHLLAGE %==% 1 |`
		`IMPLANTATDSLOKATION %==% 1 |`
		`OFFENENDOLUXATION %==% 1 |`
		`PERIFRAKTUR %==% 1)`

	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_HEPScore_54120_ebene2`	

54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:B	Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)	M	1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	GEHSTRECKE
17:B	verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)	M	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	GEHHILFEN
22:PROZ	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
84:B	Gehstrecke bei Entlassung	K	1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	GEHSTRECKEENTL
85:B	Gehhilfen bei Entlassung	K	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	GEHHILFEENTL
88:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
91:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54012
Bezeichnung	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Das IQTIG empfiehlt den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung für den strukturierten Dialog, die nicht risikoadjustierte Rate zum Qualitätsindikator zusätzlich nach Art des Eingriffs wie folgt zu stratifizieren: • Gehunfähigkeit bei Entlassung nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknaher Femurfraktur • Gehunfähigkeit bei Entlassung nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation • Gehunfähigkeit bei Entlassung nach einer Hüftendoprothesen-Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Art des Eingriffs ASA-Klassifikation Endoprothesen(sub)luxation Frakturlokalisation Gehhilfen Gehstrecke Geschlecht Periprothetische Fraktur Pflegegrad Positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation Voroperation im OP-Gebiet Zweizeitiger Wechsel
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

	E (expected) Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54012	
Erläuterung der Rechenregel	Gehunfähigkeit bedeutet, dass die Patientin bzw. der Patient nicht in der Lage ist, mindestens 50 Meter zurückzulegen (auch nicht in Begleitung oder mit Gehhilfe) oder sich im Rollstuhl fortbewegt oder bei Entlassung bettlägerig war.	
Teildatensatzbezug	HEP:B	
Zähler (Formel)	`O_54012`	
Nenner (Formel)	`E_54012`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_54012
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54012
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	HEP:B
	Zähler	`GEHHILFEENTL %in% c(3,4) |` `GEHSTRECKEENTL %in% c(4,5)`

	Nenner	`alter %>=% 18 &`
		`GEHHILFEN %in% c(0,1,2) &`
		`GEHSTRECKE %in% c(1,2,3) &`
		`ENTLGRUND %!=% "07" &`
		`fn_IstErsteOP &`
		`VERSORGPOLY %!=% 1`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_54012
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54012
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der ID 54012
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	HEP:B

	Zähler	`fn_HEPScore_54012`

	Nenner	`alter %>=% 18 &`
		`GEHHILFEN %in% c(0,1,2) &`
		`GEHSTRECKE %in% c(1,2,3) &`
		`ENTLGRUND %!=% "07" &`
		`fn_IstErsteOP &`
		`VERSORGPOLY %!=% 1`

	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_HEPScore_54012`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`	

Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

Gruppe: Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung

Bezeichnung Gruppe	Sterblichkeit in der Hüftendoprothesenversorgung
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
22:PROZ	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
27:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
88:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
91:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54013
Bezeichnung	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Der Schwellenwert für geringe Sterbewahrscheinlichkeit wird so bestimmt, dass im Stellungnahmeverfahren 10 % der Todesfälle als Sentinel Event aufgegriffen werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Art des Eingriffs ASA-Klassifikation Frakturlokalisation Gehhilfen Gehstrecke Geschlecht Periprothetische Fraktur Pflegegrad Positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation Präoperative Wundkontaminationsklassifkation nach CDC
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Patientinnen und Patienten **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Hüftendoprothesen-Implantation oder einem Hüftendoprothesen-Wechsel, die nach logistischem HEP-Score für den Indikator mit der QI-ID 54013 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 10. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen). Nicht im Indikator eingeschlossen sind Behandlungsfälle mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur sowie mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Bei mehreren Eingriffen innerhalb eines Krankenhausaufenthaltes fließen in die Berechnung der Sterbewahrscheinlichkeit die Risikofaktoren vor dem ersten Eingriff ein.
Teildatensatzbezug	HEP:B
Zähler (Formel)	`ENTLGRUND %==% "07"`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 &`
	`ARTEINGRIFFHUE %in% c(2,3,4) &`
	`fn_HEPScore_54013_ErsterEingriff %<%`

	`VB$Perc10HEPScore_verstorbene &`
	`fn_IstErsteOP &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_HEPScore_54013`
	`fn_HEPScore_54013_ErsterEingriff`
	`fn_HEPScore_54013_ErsterEingriffValue`
	`fn_IstErsteOP`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf

Qualitätsziel	Selten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
28:PROZ	Datum des Eingriffs	M	-	OPDATUM
91:B	Versorgung bei Poly-trauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY

Eigenschaften und Berechnung

ID	10271
Bezeichnung	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Art des Ersteingriffs
Rechenregeln	**Zähler** Als Folgeeingriffe zählen alle Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation an der gleichen operierten Hüfte. Zu jeder Erstimplantation wird jeweils nur der erste Wechseleingriff berücksichtigt **Nenner** Alle Hüftendoprothesen-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen beobachtet wurde bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind. Ausgeschlossen werden alle Behandlungsfälle mit der Entlassungsdiagnose S32.4 „Fraktur des Acetabulums“ sowie mit Versorgung bei Polytrauma **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum **E (expected)** Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 10271
Zensierung der Beobachtungsdauer	Ein Ersteingriff gilt als nicht mehr unter Beobachtung stehend in der Follow-up-Auswertung, bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse: • Dokumentation einer weiteren Erstimplantation an der gleichen operierten Seite (nur bei Dokumentationsfehlern relevant) Derzeit kann nicht berücksichtigt werden, wenn Patientinnen, bzw. Patienten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes versterben.
Erläuterung der Rechenregel	Das aktuellste Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen Hüftendoprothesen-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von

	90 Tagen vorliegt, ist 2020. Diese bilden daher die Grundgesamtheit des Indikators. Unter Verwendung eines multiplikativen Hazardratenmodells nach Breslow (1975) wird ein Vergleich beobachteter und erwarteter Ereignisse durchgeführt. In jeder Risikogruppe wird dabei die erwartete Zahl an Ereignissen aus einer Ereigniszeitanalyse der jeweiligen Risikogruppe in der Standardpopulation (Bundesdatenpool) bestimmt.
Teildatensatzbezug	HEP:FU
Beschreibung Teildatensatz	In der Sprache der relationalen Algebra ist der Datensatz HEP:FU definiert als linker äußerer Verbund (LEFT OUTER JOIN) des Datensatzes a) aller Hüftendoprothesen-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen (Art des Eingriffs „endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ und Art des Eingriffs „elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation“) mit vorhandenem Versichertenpseudonym vorliegt und dem Datensatz b) aller Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (Art des Eingriffes „Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels“) -außer isolierter Wechsel eines Inlays oder Aufsteckkopfes- innerhalb von 90 Tagen nach Erstimplantation mit vorhandenem Versichertenpseudonym über den kombinierten Schlüssel aus Versichertenpseudonym, Geburtsjahr, Geschlecht und operierter Hüft-Seite. Der Datensatz HEP:FU besteht aus den Spalten - Gebjahr: Geburtsjahr der Versicherten (Exportfeld) - GESCHLECHT: Geschlecht der Versicherten - IKNRKH_IND: Krankenhauspseudonym der erstimplantierenden Einrichtung - STANDORT: Standortnummer des erstimplantierenden Standortes - RegistrierNr: Registriernummer des Index-Behandlungsfalles - Vorgangsnr: Vorgangsnummer des Index-Behandlungsfalles - ENTLGRUND: Entlassungsgrund des Indexeingriffes - OPDATUM: OP-Datum des Indexeingriffes - … : weitere Risikofaktoren zum Indexeingriff - FU_OPDATUM: OP-Datum des Folgeeingriffes - … : Weitere Informationen zum Folgeeingriff - Beobachtungszeit: Zeit zwischen Erst- und Folgeeingriff oder Zensierung (in Tagen) Das Präfix „FU_“ beschreibt die Assoziation des Datenfeldes mit dem Folgeeingriff.

Formel	`AJ <- VB$Auswertungsjahr[[1]] - 1L`
	
	`follow_up_oe(`
	`dataset = get_dataset_by_name("FUMHEP"),`
	` denominator = to_year(OPDATUM) %==% AJ &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1,`
	` numerator = Beobachtungszeit %<=% 90 &`
	`  !is.na(FU_OPDATUM),`

	`expected_events ="expected_events_10271"` `)`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_10271
	Bezug zu QS-Ergebnissen	10271
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	HEP:FU

	Formel	`result <- import_indicator(`
		` module = "HEP", id = "10271")`
		`as_o_indicator_result(result)`

	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_10271
	Bezug zu QS-Ergebnissen	10271
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Ereignissen im Beobachtungszeitraum, berechnet für den Indikator mit der ID 10271
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	HEP:FU

	Formel	`result <- import_indicator(`
		` module = "HEP", id = "10271")`
		`as_e_indicator_result(result)`

	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	-	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_HEP_ANDERE_FF_QI54003	ICD	Subtrochantäre Fraktur, Fraktur des Femurschaftes, Distale Fraktur des Femurs und Multiple Frakturen des Femurs	`S72.2%, S72.3%, S72.4%, S72.7%`
ICD_HEP_Knochennekrose_Trauma	ICD	Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma: Beckenregion und Oberschenkel	`M87.25%`
ICD_HEP_SH_PF_QI54003	ICD	Schenkelhalsfraktur, Pertrochantäre Fraktur	`S72.0%, S72.1%`

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2021
Perc10HEPScore_verstorbene	Gesamt	10. Perzentil der Risikoverteilung nach HEPScore_54013 unter allen verstorbenen Patientinnen und Patienten mit Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation oder Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel auf Basis der Daten des aktuellen Erfassungsjahres.	x

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_AbstAufnahmeOPMin	integer	Abstand zwischen Aufnahme und Operation in Minuten	`praeopVWdauer <- vwDauer-poopvwdauer`
			
			`opzeitpunkt <- as.POSIXct(paste(OPDATUM,`
			` format(OPZEIT, "%H:%M:%S")),`
			` tz = "Europe/Berlin")`
			
			`aufndatum <- as.Date(OPDATUM,`
			` tz = "Europe/Berlin") - praeopVWdauer`
			
			`aufnzeitpunkt <-  as.POSIXct(paste(aufndatum,`
			` format(AUFNZEIT, "%H:%M:%S")),`
			` tz = "Europe/Berlin")`
			
			`as.numeric(difftime(opzeitpunkt,`
			` aufnzeitpunkt, units = "mins",`
			` tz = "Europe/Berlin"))`

fn_AbstFrakturOPMin	integer	Abstand zwischen Fraktur und Operation in Minuten	`praeopVWdauer <- vwDauer-poopvwdauer`
			
			`opzeitpunkt <- as.POSIXct(paste(OPDATUM,`
			` format(OPZEIT, "%H:%M:%S")),`
			` tz = "Europe/Berlin")`
			
			`frakturzeitpunkt <- ifelse(`
			` FRAKTUREREIG %==% 1,`
			` paste(FRAKTURDATUM,`
			` format(ZEITPUNKTFRAKTUR,"%H:%M:%S")),`
			` NA_character_`
			` )`
			
			`frakturzeitpunkt <- as.POSIXct(`
			` frakturzeitpunkt, tz = "Europe/Berlin")`
			
			`as.numeric(difftime(opzeitpunkt,`
			` frakturzeitpunkt, units = "mins",`
			` tz = "Europe/Berlin"))`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_Bewegungseinschraenkung	boolean	Ermittelt Bewegungseinschränkung bei Extension/Flexion, Abduktion/Adduktion oder Außen-/Innenrotation	`PRAEOPEXFLEX2 %>% 0 |`
			`PRAEOPEXFLEX3 %<% 90 |`
			`PRAEABADDUKT1 %<% 20 |`
			`PRAEABADDUKT3 %<% 10 |`
			`fn_Rotationseinschraenkung`

fn_HEPScore_54012	float	Score zur logistischen Regression - ID 54012	`# Funktion fn_HEPScore_54012`
fn_HEPScore_54013	float	Score zur logistischen Regression - ID 54013	`# Funktion fn_HEPScore_54013`
fn_HEPScore_54013_ErsterEingriff	float	Berechnet den logistischen HEPScore_54013 für den ersten Eingriff	`minimum(fn_HEPScore_54013_ErsterEingriffValue)` `%group_by% TDS_B`

fn_HEPScore_54013_ErsterEingriffValue	float	Berechnet den logistischen HEPScore_54013 für den ersten Eingriff	`ifelse(`
			` fn_IstErsteOP,`
			` fn_HEPScore_54013, NA_real_`
			`)`

fn_HEPScore_54015	float	Score zur logistischen Regression - ID 54015	`# Funktion fn_HEPScore_54015`

fn_HEPScore_54120	float	Score zur logistischen Regression - ID 54120	`fn_HEPScore_54120_ebene1 +`
			`(1 - fn_HEPScore_54120_ebene1) /`
			`1 * fn_HEPScore_54120_ebene2`

fn_HEPScore_54120_ebene1	float	Score zur logistischen Regression - ID 541201	`# Funktion fn_HEPScore_54120_ebene1`
fn_HEPScore_54120_ebene2	float	Score zur logistischen Regression - ID 541201	`# Funktion fn_HEPScore_54120_ebene2`

fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==%`
			`(maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by%`
			`TDS_B)`

fn_KellgrenLawrence	integer	Modifizierter Arthrose-Score der Hüfte nach Kellgren-Lawrence	`OSTEOPHYTENH + GELENKSPALTH + SKLEROSEH + DEFORMH`
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	`poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_PraeOPvwDauerUeber48Std	boolean	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden	`ifelse(`
			` FRAKTUREREIG %==% 1,`
			` fn_AbstFrakturOPMin %>% 2880,`
			` fn_AbstAufnahmeOPMin %>% 2880`
			`)`

fn_RoentgenKriterium	boolean	Vorliegen spezifischer röntgenologischer/klinischer Befunde	`ABRIEB %==% 1 |`
			`IMPLANTATFEHLLAGEPFANNE %==% 1 |`
			`IMPLANTATFEHLLAGESCHAFT %==% 1 |`
			`LOCKERUNGPFANNE %==% 1 |`
			`LOCKERUNGSCHAFT %==% 1 |`
			`GELENKPFANNENENTZUEND %==% 1 |`
			`OSSIFIKATION %==% 1`

fn_Rotationseinschraenkung	boolean	Ermittelt Bewegungseinschränkung bei Außen-/Innenrotation (die beiden größten Werte zeigen eine Differenz < 20)	`ifelse(`
			` PRAEROTATION2 %==% 0,`
			` PRAEROTATION1 + PRAEROTATION3,`
			` ifelse(`
			`  PRAEROTATION1 %==% 0,`
			`  PRAEROTATION3 - PRAEROTATION2,`
			`  ifelse(`
			`  PRAEROTATION3 %==% 0,`
			`  PRAEROTATION1 - PRAEROTATION2,`
			`  NA_integer_`
			`  )`
			` )`
			`) %<% 20`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Hüftgelenkversorgung: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Hüftgelenkversorgung: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
30.10.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

54030: Präoperative Verweildauer 4

54050: Sturzprophylaxe 8

54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung 11

54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur .. 16

54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur . 20

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 25

Anhang II: Listen 26

Anhang III: Vorberechnungen 27

Anhang IV: Funktionen 28

54030: Präoperative Verweildauer

Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
8:B	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus	M	-	AUFNZEIT
11:B	Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	M	0 = nein 1 = ja	OSTEOSYN
13:B	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes	M	0 = nein 1 = ja	FRAKTUREREIG
14:B	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	K	-	FRAKTURDATUM
15:B	Zeitpunkt der Fraktur	K	-	ZEITPUNKTFRAKTUR
18:B	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	M	0 = nein 1 = ja	ANTITHROMBMITTELJN
19.3:B	DOAK/NOAK	K	1 = ja	ARTMEDDOAKNOAK
28:B	Beginn des Eingriffs	M	-	OPZEIT
33.1:B	primäre Implantatfehllage	K	1 = ja	IMPLANTATFEHLLAGE
33.2:B	sekundäre Implantatdislokation	K	1 = ja	IMPLANTATDSLOKATION
47:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
49:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	vwDauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54030
Bezeichnung	Präoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 15,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 15,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen ohne antithrombotische Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte ODER Patientinnen und Patienten mit antithrombotischer Dauertherapie durch direkte bzw. neue orale Antikoagulantien (DOAK/NOAK), bei denen die Operation später als 48 Stunden nach Aufnahme oder nach einer Fraktur in der akut-stationären Einrichtung erfolgte **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit mechanischer Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen (Beckenregion und Oberschenkel; ICD 10 T84.14) in Kombination mit der Angabe einer osteosynthetische Voroperation und ohne Angabe einer postoperativen Implantatfehllage oder Implantatdislokation sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	17/1:B
Zähler (Formel)	`fn_PraeOPvwDauer %>% fn_Schwellenwert_praeopminuten`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 &`
	`!(ENTLDIAG %any_like%`
	`LST$ICD_17n1_Komplikation_durch_Osteosythese &`
	`OSTEOSYN %==% 1 &`
	`!IMPLANTATFEHLLAGE %==% 1 &`
	`!IMPLANTATDSLOKATION %==% 1) &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_AbstAufnahmeOPMin` `fn_AbstFrakturOPMin`

	`fn_PraeOPvwDauer` `fn_Schwellenwert_praeopminuten`
Verwendete Listen	`ICD_17n1_Komplikation_durch_Osteosythese`
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54050: Sturzprophylaxe

Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
40:B	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	K	0 = nein 1 = ja	ERFASSGSTURZRISIKO
41:B	Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	K	0 = nein 1 = ja	PRAEVMASSNAHMEN
46:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
49:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54050
Bezeichnung	Sturzprophylaxe
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen die individuellen Sturzrisikofaktoren erfasst und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (= Präventionsmaßnahmen) ergriffen wurden **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit einer osteosynthetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfraktur. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind, bei denen multimodale, individuelle Maßnahmen nicht eingeleitet werden konnten sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	17/1:B
Zähler (Formel)	`ERFASSGSTURZRISIKO %==% 1 & PRAEVMASSNAHMEN %==% 1`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 65 &`
	`!(ERFASSGSTURZRISIKO %==% 1 &`
	`PRAEVMASSNAHMEN %==% 0 &`
	`ENTLGRUND %==% "07") &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1`

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54033: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
20:B	Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)	M	1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	GEHSTRECKE
21:B	verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)	M	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	GEHHILFEN
42:B	Gehstrecke bei Entlassung	K	1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	GEHSTRECKEENTL
43:B	Gehhilfen bei Entlassung	K	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	GEHHILFEENTL
46:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
49:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54033
Bezeichnung	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter ASA-Klassifikation Frakturlokalisation Gehhilfen Gehstrecke Geschlecht Pflegegrad Präoperative Wundkontaminationsklassifkation nach CDC Vorbestehende Koxarthrose Vorbestehende Osteosynthese
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung **E (expected)** Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54033
Erläuterung der Rechenregel	Gehunfähigkeit bedeutet, dass die Patientin bzw. der Patient nicht in der Lage ist, mindestens 50 Meter zurückzulegen (auch nicht in Begleitung oder mit Gehhilfe) oder sich im Rollstuhl fortbewegt oder bei Entlassung bettlägerig war.
Teildatensatzbezug	17/1:B

Zähler (Formel)	O_54033	
Nenner (Formel)	E_54033	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_54033
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54033
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	17/1:B
	Zähler	`GEHHILFEENTL %in% c(3,4) | GEHSTRECKEENTL %in% c(4,5)`
	Nenner	`alter %>=% 18 & GEHHILFEN %in% c(0,1,2) & GEHSTRECKE %in% c(1,2,3) & ENTLGRUND %!=% "07" & VERSORGPOLY %!=% 1`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_54033
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54033
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54033
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	17/1:B
	Zähler	`fn_M17N1Score_54033`
	Nenner	`alter %>=% 18 & GEHHILFEN %in% c(0,1,2) & GEHSTRECKE %in% c(1,2,3) & ENTLGRUND %!=% "07" & VERSORGPOLY %!=% 1`
	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_M17N1Score_54033`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
33.1:B	primäre Implantatfehllage	K	1 = ja	IMPLANTATFEHLLAGE
33.2:B	sekundäre Implantatdislokation	K	1 = ja	IMPLANTATDSLOKATION
33.3:B	Nachblutung/Wundhämatom	K	1 = ja	HAEMATBLUTUN
33.4:B	Gefäßläsion	K	1 = ja	GEFAESSLAESION
33.5:B	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	K	1 = ja	NERVENSCHADEN
33.6:B	Fraktur	K	1 = ja	FRAKTUR
33.7:B	Wunddehiszenz	K	1 = ja	WUNDDEHISZE
33.8:B	sekundäre Nekrose der Wundränder	K	1 = ja	NEKROSEWUND
35:B	Wundinfektionstiefe	K	1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	POSTOPCDC
49:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54029
Bezeichnung	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit mindestens einer spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: - primäre Implantatfehllage - sekundäre Implantatdislokation - OP-, oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom - OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion - bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden - Fraktur - reoperationspflichtige Wunddehiszenz - reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder - Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion
Teildatensatzbezug	17/1:B

Zähler (Formel)	`IMPLANTATFEHLLAGE %==% 1 |`
	`IMPLANTATDSLOKATION %==% 1 |`
	`GEFAESSLAESION %==% 1 |`
	`NERVENSCHADEN %==% 1 |`
	`FRAKTUR %==% 1 |`
	`HAEMATBLUTUN %==% 1 |`
	`POSTOPCDC %in% c(2,3) |`
	`WUNDDEHISZE %==% 1 |`
	`NEKROSEWUND %==% 1`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 &` `VERSORGPOLY %!=% 1`

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54042: Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
38.1:B	Pneumonie	K	1 = ja	PNEUMONIE
38.2:B	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	K	1 = ja	KARDVASKKOMP
38.3:B	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	K	1 = ja	THROMBOSEN
38.4:B	Lungenembolie	K	1 = ja	LUNGEMBOLIE
38.5:B	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	K	1 = ja	HARNWEGSINF
38.6:B	Schlaganfall	K	1 = ja	TIA
38.7:B	akute gastrointestinale Blutung	K	1 = ja	GASTROBLUTUNG
38.8:B	akute Niereninsuffizienz	K	1 = ja	NIERENINSUFFIZIENZJL
38.9:B	Delir, akute delirante Symptomatik	K	1 = ja	DELIRSYMPT
39:B	Demenz	K	0 = nein 1 = ja	DEMENZJN
49:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54042
Bezeichnung	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Antithrombotische Dauertherapie ASA-Klassifikation Frakturlokalisation Gehstrecke Geschlecht Alter Vorbestehende Koxarthrose Vorbestehende Osteosynthese
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma **O (observed)** Beobachtete Anzahl an allgemeinen postoperativen Komplikationen **E (expected)** Erwartete Anzahl an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54042
Erläuterung der Rechenregel	Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: - Pneumonie - behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen - tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose - Lungenembolie - katheterassoziierte Harnwegsinfektion - Schlaganfall

	- akute gastrointestinale Blutung - akute Niereninsuffizienz - Delir oder akute delirante Symptomatik ohne vorbestehende Demenz	
Teildatensatzbezug	17/1:B	
Zähler (Formel)	`O_54042`	
Nenner (Formel)	`E_54042`	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_54042
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54042
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an allgemeinen postoperativen Komplikationen
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	17/1:B

	Zähler	`PNEUMONIE %==%1 |`
		`KARDVASKKOMP %==% 1 |`
		`THROMBOSEN%==% 1 |`
		`LUNGEMBOLIE %==% 1 |`
		`HARNWEGSINF %==% 1 |`
		`TIA %==% 1 |`
		`GASTROBLUTUNG %==% 1 |`
		`NIERENINSUFFIZIENZJL %==% 1 |`
		`(DELIRSYMPT %==% 1 &`
		`DEMENZJN %!=% 1)`

	Nenner	`alter %>=% 18 &` `VERSORGPOLY %!=% 1`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_54042
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54042
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an allgemeinen postoperativen Komplikationen, risikoadjustiert nach logistischem HÜFT-FRAK-Score für den Indikator mit der ID 54042
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	17/1:B
	Zähler	`fn_M17N1Score_54042`

	Nenner	`alter %>=% 18 & VERSORGPOLY %!=% 1`
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	`fn_M17N1Score_54042`	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_17n1_Komplikation_durch_Osteo-sythese	ICD	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteo-synthesevorrichtung an Extremitätenknochen (Be-ckenregion und Oberschenkel)	T84.14%

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_AbstAufnahmeOPMin	integer	Abstand zwischen Aufnahme und Operation in Minuten	`praeopVWdauer <- vwDauer-poopvwdauer`
			
			`opzeitpunkt <- as.POSIXct(paste(OPDATUM,`
			` format(OPZEIT, "%H:%M:%S")),`
			` tz = "Europe/Berlin")`
			
			`aufndatum <- as.Date(OPDATUM,`
			` tz = "Europe/Berlin") - praeopVWdauer`
			
			`aufnzeitpunkt <-  as.POSIXct(paste(aufndatum,`
			` format(AUFNZEIT, "%H:%M:%S")),`
			` tz = "Europe/Berlin")`
			
			`as.numeric(difftime(opzeitpunkt,`
			` aufnzeitpunkt, units = "mins",`
			` tz = "Europe/Berlin"))`

fn_AbstFrakturOPMin	integer	Abstand zwischen Fraktur und Operation in Minuten	`praeopVWdauer <- vwDauer-poopvwdauer`
			
			`opzeitpunkt <- as.POSIXct(paste(OPDATUM,`
			` format(OPZEIT, "%H:%M:%S")),`
			` tz = "Europe/Berlin")`
			
			`frakturzeitpunkt <- ifelse(`
			` FRAKTUREREIG %==% 1,`
			` paste(FRAKTURDATUM,`
			` format(ZEITPUNKTFRAKTUR,"%H:%M:%S")),`
			` NA_character_`
			` )`
			
			`frakturzeitpunkt <- as.POSIXct(`
			` frakturzeitpunkt, tz = "Europe/Berlin")`
			
			`as.numeric(difftime(opzeitpunkt,`
			` frakturzeitpunkt, units = "mins",`
			` tz = "Europe/Berlin"))`

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_M17N1Score_54033	float	Score zur logistischen Regression - ID 54033	`# Funktion fn_M17N1Score_54033`
fn_M17N1Score_54042	float	Score zur logistischen Regression - ID 54042	`# Funktion fn_M17N1Score_54042`

fn_PraeOPvwDauer	integer	Präoperative Verweildauer	`ifelse(`
			` FRAKTUREREIG %==% 1,`
			` fn_AbstFrakturOPMin, fn_AbstAufnahmeOPMin`
			`)`

fn_Schwellenwert_praeopminuten	integer	Schwellenwert für kritische präoperative Verweildauer in Abhängigkeit von Medikation bei antithrombotischer Dauertherapie	`ifelse(`
			` ANTITHROMBMITTELJN %==% 1 &`
			` ARTMEDDOAKNOAK %==% 1, 2880, 1440`
			`)`

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln, Beschlussversion)

Knieendoprothesenversorgung

Erfassungsjahr 2021

Stand: 04.12.2020

Impressum

Thema:
Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Knieendoprothesenversorgung. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
04.12.2020

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrenssupport@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

54020: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation 4

54021: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese 10

54022: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 14

Gruppe: Allgemeine Komplikationen 19

54123: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation 20

50481: Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 23

Gruppe: Spezifische Komplikationen 26

54124: Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation 27

54125: Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel 31

54028: Gehunfähigkeit bei Entlassung 35

54127: Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel 40

54128: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf 44

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 48

Anhang II: Listen 49

Anhang III: Vorberechnungen 51

Anhang IV: Funktionen 52

54020: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = elektive Knieendoprothesen-Erstimplantation 2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	ARTEINGRIFFKNIE
28:PROZ	Prozedur(en)	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
30:E	Wurde eine Voroperation am betroffenen Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?	M	0 = nein 1 = ja	VOROPKNIE
31:E	Schmerzen	M	0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	SCHMERZEN
32:E	Osteophyten	M	0 = keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1 = eindeutig	OSTEOPHYTENK
33:E	Gelenkspalt	M	0 = nicht oder mäßig verschmälert 1 = hälftig verschmälert 2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben	GELENKSPALTK
34:E	Sklerose	M	0 = keine Sklerose 1 = mäßige subchondrale Sklerose 2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose 3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella	SKLEROSEK
35:E	Deformierung	M	0 = keine Deformierung 1 = Entrundung der Femurkondylen 2 = ausgeprägte Destruktion, Deformierung	DEFORMK
36:E	Wurde die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?	M	0 = nein 1 = ja	KNIESCHLITTEN
39:E	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	K	0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung 2 = Grad 2 definitive Veränderung 3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung	LARSEN

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			5 = Grad 5 mutilierende Veränderung	
62:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
64:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54020
Bezeichnung	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Fälle, bei denen aufgrund eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses (insbesondere Frakturen der kniebildenden Gelenkflächen bzw. der kniennahen Anteile von Ober- und/oder Unterschenkel) eine Erstimplantation einer Endoprothese erfolgt, sind im Dokumentationsbogen nicht abbildbar und daher im Strukturierten Dialog entsprechend zu bewerten.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Eingriffe bei Patientinnen und Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 4 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score ODER die das Kriterium Schmerzen und bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis mindestens Grad 3 nach Larsen-Dale-Eek erfüllen ODER die eine Voroperation mit osteosynthetischer Versorgung einer kniegelenksnahen Fraktur (S82.1* Fraktur des proximalen Endes der Tibia; S72.4 distale Fraktur des Femurs) hatten und bei denen nach Metallentfernung des Osteosynthesematerials eine Endoprothese am Kniegelenk implantiert wird **Nenner** Alle Erstimplantationen von Endoprothesen am Kniegelenk bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Erstimplantationen mit Fraktur des proximalen Endes der Tibia (S82.1*) oder einer distalen Fraktur des Femurs (S72.4) im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses, die nicht nach Einsetzen der Prothese bzw. des Implantates (M96.6) entstanden sind und die nicht bereits osteosynthetisch ("Voroperation") versorgt wurden. Ausgeschlossen wird auch die Implantation einer unikondylären Knieschlittenprothese sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Das Kriterium Schmerz ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Zur angemessenen Abbildung der Indikationsstellung bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis wird die Klassifikation nach Larsen-Dale-Eek (Rau und Wassenberg, 2007) ergänzend zum modifizierten Kellgren-Lawrence-Score angewandt. Die Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren-Lawrence-Score (AQUA

	2012b) für das Kniegelenk sind: Osteophyten 0 = keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1 = eindeutig Gelenkspalt 0 = nicht oder mäßig verschmälert 1 = hälftig verschmälert 2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben Sklerose 0 = keine Sklerose 1 = mäßige subchondrale Sklerose 2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose 3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella Deformierung 0 = keine Deformierung 1 = Entrundung der Femurkondylen 2 = ausgeprägte Destruktion, Deformierung Zur angemessenen Abbildung der Indikationsstellung bei Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis wird die Klassifikation nach Larsen-Dale-Eek (Rau und Wassenberg, 2007) angewandt: Grad 0: normal Grad 1: geringe Veränderungen: Weichteilschwellung, gelenknahe Osteoporose oder geringe Gelenkverschmälerung Grad 2: definitive Veränderungen: eine oder mehrere kleine Erosionen, Gelenkspaltverschmälerung nicht obligat Grad 3: deutliche Veränderungen: ausgeprägte Erosionen und Gelenkspaltverschmälerung sind vorhanden Grad 4: schwere Veränderungen: große Erosionen vorhanden, nur Teile der ursprünglichen Gelenkfläche noch erhalten Grad 5: mutilierende Veränderungen, die ursprüngliche Gelenkfläche ist verschwunden, schwere Deformität möglich Der QI misst die Qualität der Indikationsstellung.
Teildatensatzbezug	KEP:PROZ

Zähler (Formel)	`(SCHMERZEN %in% c(1,2) &`
	`(fn_KellgrenLawrenceKnie %>=% 4 |`
	`LARSEN %in% c(3,4,5))) |`
	`(ENTLDIAG %any_like%`
	`LST$ICD_KEP_kniegelenksnah_Frakturen &`
	`OPSCHLUESSEL %any_like%`
	`LST$OPS_Metallentfernung &`
	`VOROPKNIE %==% 1)`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 &`
	`ARTEINGRIFFKNIE %==% 1 &`
	`KNIESCHLITTEN %==% 0 &`
	`!(ENTLDIAG %any_like%`
	`LST$ICD_KEP_kniegelenksnah_Frakturen &`
	`!ENTLDIAG %any_like%`
	`LST$ICD_KEP_Knochenfrak_nach_Einsetzen_Proth &`
	`!OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_Metallentfernung) &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_KellgrenLawrenceKnie`

Verwendete Listen	ICD_KEP_kniegelenksnah_Frakturen ICD_KEP_Knochenfrak_nach_Einsetzen_Proth OPS_Metallentfernung
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54021: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese

Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = elektive Knieendoprothesen-Erstimplantation 2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	ARTEINGRIFFKNIE
31:E	Schmerzen	M	0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	SCHMERZEN
32:E	Osteophyten	M	0 = keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1 = eindeutig	OSTEOPHYTENK
33:E	Gelenkspalt	M	0 = nicht oder mäßig verschmälert 1 = hälftig verschmälert 2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben	GELENKSPALTK
34:E	Sklerose	M	0 = keine Sklerose 1 = mäßige subchondrale Sklerose 2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose 3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella	SKLEROSEK
35:E	Deformierung	M	0 = keine Deformierung 1 = Entrundung der Femurkondylen 2 = ausgeprägte Destruktion, Deformierung	DEFORMK
36:E	Wurde die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?	M	0 = nein 1 = ja	KNIESCHLITTEN
37:E	Sind die übrigen Gelenkkompartimente intakt?	K	0 = nein 1 = ja	GELENKINTAKT
62:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
64:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54021
Bezeichnung	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Eingriffe bei Patientinnen und Patienten, die das Kriterium Schmerzen und mindestens 3 Punkte im modifizierten Kellgren-Lawrence-Score bezogen auf das betroffene Kompartiment erfüllen und mit intakten übrigen Gelenkkompartimenten **Nenner** Alle Erstimplantationen von unikondylären Schlittenprothesen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Erstimplantationen mit Fraktur des proximalen Endes der Tibia (S82.1*) oder einer distalen Fraktur des Femurs (S72.4) im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses, die nicht nach Einsetzen der Prothese bzw. des Implantats (M96.6) entstanden sind sowie Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Das Kriterium Schmerz ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Die Punktwerte nach dem modifizierten Kellgren-Lawrence-Score sind: Osteophyten 0 = keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1 = eindeutig Gelenkspalt 0 = nicht oder mäßig verschmälert 1 = hälftig verschmälert 2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben Sklerose 0 = keine Sklerose 1 = mäßige subchondrale Sklerose 2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose 3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella

	Deformierung 0 = keine Deformierung 1 = Entrundung der Femurkondylen 2 = ausgeprägte Destruktion, Deformierung Der QI misst die Qualität der Indikationsstellung.
Teildatensatzbezug	KEP:PROZ

Zähler (Formel)	`SCHMERZEN %in% c(1,2) &`
	`fn_KellgrenLawrenceKnie %>=% 3 &`
	`GELENKINTAKT %==% 1`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 &`
	`ARTEINGRIFFKNIE %==% 1 &`
	`KNIESCHLITTEN %==% 1 &`
	`!(ENTLDIAG %any_like%`
	`LST$ICD_KEP_kniegelenksnah_Frakturen &`
	`!ENTLDIAG %any_like%`
	`LST$ICD_KEP_Knochenfrak_nach_Einsetzen_Proth) &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_KellgrenLawrenceKnie`
Verwendete Listen	`ICD_KEP_kniegelenksnah_Frakturen` `ICD_KEP_Knochenfrak_nach_Einsetzen_Proth`
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54022: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = elektive Knieendoprothesen-Erstimplantation 2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	ARTEINGRIFFKNIE
41:W	Schmerzen vor der Prothesenexplantation	M	0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	SCHMERZENWECHSEL
42:W	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	M	0 = nein 1 = ja	ENTZZEICHEN
43:W	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation	M	0 = nicht durchgeführt 1 = durchgeführt, negativ 2 = durchgeführt, positiv	MIKROBIOUNTERSUCH
45.1:W	Implantatbruch	K	1 = ja	IMPLANTATBRUCH
45.2:W	Implantatfehllage/Malrotation	K	1 = ja	IMPLANTATFEHLLAGE
45.3:W	Implantatwanderung	K	1 = ja	IMPLANTATWANDJL
45.4:W	Lockerung der Femur-Komponente	K	1 = septisch 2 = aseptisch	LOCKERFEMUR
45.5:W	Lockerung der Tibia-Komponente	K	1 = septisch 2 = aseptisch	LOCKERTIBIA
45.6:W	Lockerung der Patella-Komponente	K	1 = septisch 2 = aseptisch	LOCKERPATELLA
45.7:W	Knochendefekt Femur	K	1 = ja	SUBSTANZVERLFEMURJL
45.8:W	Knochendefekt Tibia	K	1 = ja	SUBSTANZVERLTIBIAJL
45.9:W	periprothetische Fraktur	K	1 = ja	PERIFRAKTUR
45.10:W	Endoprothesen(sub)luxation	K	1 = ja	PROTHLUXATIO
45.11:W	Instabilität des Gelenks	K	1 = ja	INSTABSEITENBAENDER
45.12:W	bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose	K	1 = ja	ZUNARTHRSCHLPROTHJL
45.13:W	Patellanekrose	K	1 = ja	PATELLANEKROSE

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
45.14:W	Patellaluxation	K	1 = ja	PATELLALUXATION
45.15:W	Patellaschmerz	K	1 = ja	PATELLASCHMERZ
64:B	Versorgung bei Poly-trauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Auf-nahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54022
Bezeichnung	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 86,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 86,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Es wurde ab 2014 die kaufmännisch gerundete mittlere Rate des 5. Perzentils der besten drei Bundesergebnisse aus den Jahren 2009 bis 2013, basierend auf den rohen Raten der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen, festgelegt. Die Rate beträgt demnach 86,00 % (Durchschnittswert der 5. Perzentile aus 2009, 2011, 2012).
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Eingriffe bei Patientinnen und Patienten mit: Endoprothesen(sub)luxation ODER Implantatbruch ODER Periprothetische Fraktur ODER Knochendefekt Femur ODER Knochendefekt Tibia ODER mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens eines der folgenden spezifischen klinischen/röntgenologischen Kriterien: Implantatfehllage/Malrotation, Implantatwanderung, Lockerung der Femur-Komponente, Lockerung der Tibia-Komponente, Lockerung der Patella-Komponente, Instabilität des Gelenks, bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose, Patellanekrose, Patellaluxation, Patellaschmerz ODER mindestens einem Schmerzkriterium und einem positiven mikrobiologischem Kriterium ODER Entzündungszeichen im Labor und einem positiven mikrobiologischem Kriterium **Nenner** Alle Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma

Erläuterung der Rechenregel	Das Kriterium Schmerzen ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Das Kriterium Entzündungszeichen ist erfüllt, wenn laborchemische Parameter (BSG, CRP, Leukozyten) auffällig sind. Das mikrobiologische Kriterium ist erfüllt, wenn ein Erregernachweis anhand mikrobiologischer Keimkultur (Punktat, Abstrich) durchgeführt wurde und positiv ist. Der QI misst die Qualität der Indikationsstellung.
Teildatensatzbezug	KEP:PROZ

Zähler (Formel)	`PROTHLUXATIO %==% 1 |`
	`IMPLANTATBRUCH %==% 1 |`
	`SUBSTANZVERLFEMURJL %==% 1 |`
	`SUBSTANZVERLTIBIAJL %==% 1 |`
	`PERIFRAKTUR %==% 1 |`
	`(`
	`SCHMERZENWECHSEL %in% c(1,2) &`
	`(fn_RoentgenKriteriumKnie |`
	`MIKROBIOUNTERSUCH %==% 2)`
	`) |`
	`(ENTZZEICHEN %==% 1 &`
	`MIKROBIOUNTERSUCH %==% 2)`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 & ARTEINGRIFFKNIE %in% c(2,3) &` `VERSORGPOLY %!=% 1`
Verwendete Funktionen	`fn_RoentgenKriteriumKnie`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Allgemeine Komplikationen

Bezeichnung Gruppe	Allgemeine Komplikationen
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen

54123: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:PROZ	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
25:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = elektive Knieendoprothesen-Erstimplantation 2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	ARTEINGRIFFKNIE
52.1:B	Pneumonie	K	1 = ja	PNEUMONIE
52.2:B	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	K	1 = ja	KARDVASKKOMP
52.3:B	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	K	1 = ja	THROMBOSEN
52.4:B	Lungenembolie	K	1 = ja	LUNGEMBOLIE
52.5:B	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	K	1 = ja	HARNWEGSINF
52.6:B	Schlaganfall	K	1 = ja	APOPLEX
52.7:B	akute gastrointestinale Blutung	K	1 = ja	GASTROBLUTUNG
52.8:B	akute Niereninsuffizienz	K	1 = ja	NIERENINSUFFIZIENZJL
64:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54123
Bezeichnung	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: - Pneumonie - behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) - tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose - Lungenembolie - katheterassoziierte Harnwegsinfektion - Schlaganfall - akute gastrointestinale Blutung - akute Niereninsuffizienz
Teildatensatzbezug	KEP:B

Zähler (Formel)	`PNEUMONIE %==% 1 |`
	`KARDVASKKOMP %==% 1 |`
	`THROMBOSEN %==% 1 |`
	`LUNGEMBOLIE %==% 1 |`
	`HARNWEGSINF %==% 1 |`
	`APOPLEX %==% 1 |`
	`GASTROBLUTUNG %==% 1 |`
	`NIERENINSUFFIZIENZJL %==% 1`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 &`
	`fn_IstErsteOP &`
	`ARTEINGRIFFKNIE %==% 1 &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_IstErsteOP` `fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

50481: Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:PROZ	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
25:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = elektive Knieendoprothesen-Erstimplantation 2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	ARTEINGRIFFKNIE
52.1:B	Pneumonie	K	1 = ja	PNEUMONIE
52.2:B	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	K	1 = ja	KARDVASKKOMP
52.3:B	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	K	1 = ja	THROMBOSEN
52.4:B	Lungenembolie	K	1 = ja	LUNGEMBOLIE
52.5:B	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	K	1 = ja	HARNWEGSINF
52.6:B	Schlaganfall	K	1 = ja	APOPLEX
52.7:B	akute gastrointestinale Blutung	K	1 = ja	GASTROBLUTUNG
52.8:B	akute Niereninsuffizienz	K	1 = ja	NIERENINSUFFIZIENZJL
64:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	50481
Bezeichnung	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine allgemeine behandlungsbedürftige Komplikation auftrat **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit ein- oder zweizeitigem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Die folgenden allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: - Pneumonie - behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) - tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose - Lungenembolie - katheterassoziierte Harnwegsinfektion - Schlaganfall - akute gastrointestinale Blutung - akute Niereninsuffizienz Durch Einschränkung der Grundgesamtheit des Indikators auf Behandlungsfälle deren erste knieendoprothetische Prozedur im stationären Aufenthalt eine Wechselprozedur ist, wird vermieden, dass der Behandlungsfall in mehrere Indikatoren aus der Indikatorengruppe „Allgemeine Komplikationen“ einfließt.
Teildatensatzbezug	KEP:B

Zähler (Formel)	`PNEUMONIE %==% 1 |`
	`KARDVASKKOMP %==% 1 |`
	`THROMBOSEN %==% 1 |`
	`LUNGEMBOLIE %==% 1 |`
	`HARNWEGSINF %==% 1 |`
	`APOPLEX %==% 1 |`

	GASTROBLUTUNG %==% 1 | NIERENINSUFFIZIENZJL %==% 1
Nenner (Formel)	alter %>=% 18 & fn_IstErsteOP & ARTEINGRIFFKNIE %in% c(2,3) & VERSORGPOLY %!=% 1
Verwendete Funktionen	fn_IstErsteOP fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Spezifische Komplikationen

Bezeichnung Gruppe	Spezifische Komplikationen
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen

54124: Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = elektive Knieendoprothesen-Erstimplantation 2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	ARTEINGRIFFKNIE
47.1:PROZ	primäre Implantatfehllage	K	1 = Femur-Komponente 2 = Tibia-Komponente	IMPLANTATFEHLLAGEKNIE
47.2:PROZ	sekundäre Implantatdislokation	K	1 = ja	IMPLANTATDSLOKATION
47.3:PROZ	postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes	K	1 = ja	LUXKUENSTGELENK
47.4:PROZ	Patellafehlstellung	K	1 = ja	PATELLAFEHLSTELLUNGJL
47.5:PROZ	Nachblutung/Wundhämatom	K	1 = ja	HAEMATBLUTUN
47.6:PROZ	Gefäßläsion	K	1 = ja	OPINTGEFAESSLAESION
47.7:PROZ	bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden	K	1 = ja	NERVENTL
47.8:PROZ	periprothetische Fraktur	K	1 = ja	ENTSTANDFRAKTUR
47.9:PROZ	Wunddehiszenz	K	1 = ja	WUNDDEHISZE
47.10:PROZ	sekundäre Nekrose der Wundränder	K	1 = ja	NEKROSEWUND
47.11:PROZ	postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes	K	1 = ja	KOMPLIKKUENSTGELENK
47.12:PROZ	Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae	K	1 = ja	RUPTURQUASEHNE
47.13:PROZ	Fraktur der Patella	K	1 = ja	PATELLAFRAKTUR
49:PROZ	Wundinfektionstiefe	K	1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	POSTOPCDC

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	
64:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54124
Bezeichnung	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat **Nenner** Alle elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: - primäre Implantatfehllage - sekundäre Implantatdislokation - postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes - Patellafehlstellung - OP-, oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom - OP-, oder interventionsbedürftige Gefäßläsion - bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden - periprothetische Fraktur - reoperationspflichtige Wunddehiszenz - Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion - reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder - postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes - Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae - Fraktur der Patella
Teildatensatzbezug	KEP:PROZ

Zähler (Formel)	`IMPLANTATFEHLLAGEKNIE %in% c(1,2) |`
	`IMPLANTATDSLOKATION %==% 1 |`
	`LUXKUENSTGELENK %==% 1 |`
	`PATELLAFEHLSTELLUNGJL %==% 1 |`
	`HAEMATBLUTUN %==% 1 |`
	`OPINTGEFAESSLAESION %==% 1 |`

	NERVENTL %==% 1 | ENTSTANDFRAKTUR %==% 1 | WUNDDEHISZE %==% 1 | NEKROSEWUND %==% 1 | KOMPLIKKUENSTGELENK %==% 1 | RUPTURQUASEHNE %==% 1 | PATELLAFRAKTUR %==% 1 | POSTOPCDC %in% c(2,3)
Nenner (Formel)	alter %>=% 18 & ARTEINGRIFFKNIE %==% 1 & VERSORGPOLY %!=% 1
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54125: Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = elektive Knieendoprothesen-Erstimplantation 2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	ARTEINGRIFFKNIE
47.1:PROZ	primäre Implantatfehllage	K	1 = Femur-Komponente 2 = Tibia-Komponente	IMPLANTATFEHLLAGEKNIE
47.2:PROZ	sekundäre Implantatdislokation	K	1 = ja	IMPLANTATDSLOKATION
47.3:PROZ	postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes	K	1 = ja	LUXKUENSTGELENK
47.4:PROZ	Patellafehlstellung	K	1 = ja	PATELLAFEHLSTELLUNGJL
47.5:PROZ	Nachblutung/Wundhämatom	K	1 = ja	HAEMATBLUTUN
47.6:PROZ	Gefäßläsion	K	1 = ja	OPINTGEFAESSLAESION
47.7:PROZ	bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden	K	1 = ja	NERVENTL
47.8:PROZ	periprothetische Fraktur	K	1 = ja	ENTSTANDFRAKTUR
47.9:PROZ	Wunddehiszenz	K	1 = ja	WUNDDEHISZE
47.10:PROZ	sekundäre Nekrose der Wundränder	K	1 = ja	NEKROSEWUND
47.11:PROZ	postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes	K	1 = ja	KOMPLIKKUENSTGELENK
47.12:PROZ	Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae	K	1 = ja	RUPTURQUASEHNE
47.13:PROZ	Fraktur der Patella	K	1 = ja	PATELLAFRAKTUR
49:PROZ	Wundinfektionstiefe	K	1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion	POSTOPCDC

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	
64:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54125
Bezeichnung	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Eingriffe, bei denen mindestens eine spezifische behandlungsbedürftige Komplikation auftrat **Nenner** Alle Reimplantationen im Rahmen eines einzeitigen oder zweizeitigen Wechsels bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Die folgenden spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen werden berücksichtigt: - primäre Implantatfehllage - sekundäre Implantatdislokation - postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes - Patellafehlstellung - OP oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom - OP-, oder interventionsbedürftige Gefäßläsion - bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden - periprothetische Fraktur - Wundinfektionstiefe (2,3) bei vorliegender Wundinfektion - reoperationspflichtige Wunddehiszenz - reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder - postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes - Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae - Fraktur der Patella
Teildatensatzbezug	KEP:PROZ

Zähler (Formel)	`IMPLANTATFEHLLAGEKNIE %in% c(1,2) |`
	`IMPLANTATDSLOKATION %==% 1 |`
	`LUXKUENSTGELENK %==% 1 |`
	`PATELLAFEHLSTELLUNGJL %==% 1 |`
	`HAEMATBLUTUN %==% 1 |`
	`OPINTGEFAESSLAESION %==% 1 |`

	NERVENTL %==% 1 | ENTSTANDFRAKTUR %==% 1 | WUNDDEHISZE %==% 1 | NEKROSEWUND %==% 1 | KOMPLIKKUENSTGELENK %==% 1 | RUPTURQUASEHNE %==% 1 | PATELLAFRAKTUR %==% 1 | POSTOPCDC %in% c(2,3)
Nenner (Formel)	alter %>=% 18 & ARTEINGRIFFKNIE %in% c(2,3) & VERSORGPOLY %!=% 1
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54028: Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
15:B	Gehstrecke	M	1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	GEHSTRECKE
16:B	verwendete Gehhilfen	M	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	GEHHILFEN
19:PROZ	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
57:B	Gehstrecke bei Entlassung	K	1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	GEHSTRECKEENTL
58:B	Gehhilfen bei Entlassung	K	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	GEHHILFEENTL
61:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
64:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54028
Bezeichnung	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2021	≤ x (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Art des Eingriffs ASA-Klassifikation Gehhilfen Gehstrecke Implantation einer Knieschlittenprothese Periprothetische Fraktur Positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation Präoperative Wundkontaminationsklassifkation nach CDC Zweizeitiger Wechsel
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig waren **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation oder einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die bei der Aufnahme gehfähig waren und lebend entlassen wurden. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung **E (expected)** Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der ID 54028
Erläuterung der Rechenregel	Gehunfähigkeit bedeutet, dass die Patientin oder der Patient nicht in der Lage ist, mindestens 50 Meter zurückzulegen (auch nicht in Begleitung oder mit Gehhilfe) oder sich im Rollstuhl fortbewegt oder bei Entlassung bettlägerig ist.

Teildatensatzbezug	KEP:B	
Zähler (Formel)	O_54028	
Nenner (Formel)	E_54028	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_54028
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54028
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	KEP:B
	Zähler	`GEHSTRECKEENTL %in% c(4,5) | GEHHILFEENTL %in% c(3,4)`
	Nenner	`alter %>=% 18 & GEHSTRECKE %in% c(1,2,3) & GEHHILFEN %in% c(0,1,2) & ENTLGRUND %!=% "07" & fn_IstErsteOP & VERSORGPOLY %!=% 1`
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_54028
	Bezug zu QS-Ergebnissen	54028
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung, risikoadjustiert nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der ID 54028
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	KEP:B
	Zähler	`fn_KEPScore_54028`
	Nenner	`alter %>=% 18 & GEHSTRECKE %in% c(1,2,3) & GEHHILFEN %in% c(0,1,2) & ENTLGRUND %!=% "07" & fn_IstErsteOP & VERSORGPOLY %!=% 1`

	Darstellung	-
	Grafik	-

Verwendete Funktionen	`fn_IstErsteOP`
	`fn_KEPScore_54028`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`	

Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

54127: Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel

Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:PROZ	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
61:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
64:B	Versorgung bei Polytrauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	54127
Bezeichnung	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Referenzbereich 2020	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Der Schwellenwert für geringe Sterbewahrscheinlichkeit wird so bestimmt, dass im Stellungnahmeverfahren 30 % der Todesfälle als Sentinel Event aufgegriffen werden.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Alter Art des Eingriffs ASA-Klassifikation Gehhilfen Gehstrecke Geschlecht Implantation einer Knieschlittenprothese Mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation Periprothetische Fraktur Präoperative Wundkontaminationsklassifkation nach CDC
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Patientinnen und Patienten **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahre, die nach logistischem KEP-Score für den Indikator mit der ID 54127 eine geringe Sterbewahrscheinlichkeit aufweisen (< 30. Perzentil der Risikoverteilung unter den Todesfällen). Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Erläuterung der Rechenregel	Bei mehreren Eingriffen innerhalb eines Krankenhausaufenthaltes fließen in die Berechnung der Sterbewahrscheinlichkeit die Risikofaktoren vor dem ersten Eingriff ein.
Teildatensatzbezug	KEP:B
Zähler (Formel)	`ENTLGRUND %==% "07"`

Nenner (Formel)	`alter %>=% 18 &`
	`fn_KEPScore_54127_ErsterEingriff %<%`
	`VB$Perc30KEPScore_verstorbene &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1`

Verwendete Funktionen	`fn_IstErsteOP` `fn_KEPScore_54127`

	`fn_KEPScore_54127_ErsterEingriff`
	`fn_KEPScore_54127_ErsterEingriff_Value`
	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff`

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

54128: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf

Qualitätsziel	Häufig Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Knieendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
26:PROZ	Datum des Eingriffs	M	-	OPDATUM
64:B	Versorgung bei Poly-trauma	K	1 = ja	VERSORGPOLY

Eigenschaften und Berechnung

ID	54128
Bezeichnung	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≥ x % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Vergleichszeitpunkt	90 Tage nach der Knieendoprothesen-Erstimplantation
Rechenregeln	**Zähler** Als Folgeeingriffe zählen alle Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel - außer isolierter Wechsel eines Inlays - innerhalb von 90 Tagen nach Knieendoprothesen-Erstimplantation am gleichen operierten Knie. Zu jeder Erstimplantation wird jeweils nur der erste Wechseleingriff berücksichtigt **Nenner** Alle Knieendoprothesen-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, für welches ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen beobachtet wurde bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die nicht im gleichen Krankenhausaufenthalt verstorben sind. Ausgeschlossen werden Behandlungsfälle mit Versorgung bei Polytrauma
Zensierung der Beobachtungsdauer	Ein Ersteingriff gilt als nicht mehr unter Beobachtung stehend in der Follow-up-Auswertung, bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse: • Dokumentation einer weiteren Erstimplantation an der gleichen operierten Seite (nur bei Dokumentationsfehlern relevant) Derzeit kann nicht berücksichtigt werden, wenn Patientinnen oder Patienten außerhalb des Krankenhausaufenthaltes versterben.
Erläuterung der Rechenregel	Das aktuellste Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen Knieendoprothesen-Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen vorliegt, ist 2020. Diese bilden daher die Grundgesamtheit des Indikators.
Teildatensatzbezug	KEP:FU
Beschreibung Teildatensatz	In der Sprache der relationalen Algebra ist der Datensatz KEP:FU definiert als linker äußerer Verbund (LEFT OUTER JOIN) des Datensatzes

	a) aller Knieendoprothesen-Erstimplantationen aus dem aktuellsten Erfassungsjahr, in welchem für alle vorgenommenen Erstimplantationen ein vollständiger Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen mit vorhandenem Versichertenpseudonym vorliegt und dem Datensatz b) aller Knieendoprothesen-Wechsel außer isolierte Inlay-Kopfwechsel mit vorhandenem Versichertenpseudonym über den kombinierten Schlüssel aus Versichertenpseudonym, Geburtsjahr, Geschlecht und operierter Knie-Seite. Der Datensatz KEP:FU besteht aus den Spalten - Gebjahr: Geburtsjahr der Versicherten (Exportfeld) - GESCHLECHT: Geschlecht der Versicherten - IKNRKH_IND: Krankenhauspseudonym der erstimplantierenden Einrichtung - STANDORT: Standortnummer des erstimplantierenden Standortes - RegistrierNr: Registriernummer des Index-Behandlungsfalles - Vorgangsnr: Vorgangsnummer des Index-Behandlungsfalles - ENTLGRUND: Entlassungsgrund des Indexeingriffes - OPDATUM: OP-Datum des Indexeingriffes - … : weitere Risikofaktoren zum Indexeingriff - FU_OPDATUM: OP-Datum des Folgeeingriffes - … : Weitere Informationen zum Folgeeingriff - Beobachtungszeit: Zeit zwischen Erst- und Folgeeingriff oder Zensierung (in Tagen) Das Präfix „FU_“ beschreibt die Assoziation des Datenfeldes mit dem Folgeeingriff.

Formel	`AJ <- VB$Auswertungsjahr[[1]] - 1L`
	
	`follow_up_rate(`
	`dataset = get_dataset_by_name("FU2020MKEP"),`
	` denominator = to_year(OPDATUM) %==% AJ &`
	`VERSORGPOLY %!=% 1,`
	` numerator = Beobachtungszeit %<=% 90 &`
	`  !is.na(FU_OPDATUM)`
	`)`

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_KEP_kniegelenksnah_Frakturen	ICD	Ausschluss-Entlassungsdiagnosen für QI_54020 und QI_54021	S82.1%, S72.4%
ICD_KEP_Knochenfrak_nach_Einset-zen_Proth	ICD	Ausschluss-Entlassungsdiagnosen für QI_54020 und QI_54021	M96.6%
OPS_Metallentfernung	OPS	Entfernung von Osteosynthesematerial	5-787.0h%, 5-787.0j%, 5-787.0k%, 5-787.0m%, 5-787.0n%, 5-787.0p%, 5-787.0q%, 5-787.0r%, 5-787.1h%, 5-787.1j%, 5-787.1k%, 5-787.1m%, 5-787.1n%, 5-787.1p%, 5-787.1q%, 5-787.1r%, 5-787.2j%, 5-787.2k%, 5-787.2m%, 5-787.2n%, 5-787.2p%, 5-787.2q%, 5-787.2r%, 5-787.3h%, 5-787.3j%, 5-787.3k%, 5-787.3m%, 5-787.3n%, 5-787.3p%, 5-787.3q%, 5-787.3r%, 5-787.4h%, 5-787.4j%, 5-787.4k%, 5-787.4m%, 5-787.4n%, 5-787.4p%, 5-787.4q%, 5-787.4r%, 5-787.5h%, 5-787.5j%, 5-787.5k%, 5-787.5m%, 5-787.5n%, 5-787.5p%, 5-787.5q%, 5-787.5r%, 5-787.6h%, 5-787.6j%, 5-787.6k%, 5-787.6m%, 5-787.6n%, 5-787.6p%, 5-787.6q%, 5-787.6r%, 5-787.7h%, 5-787.7j%, 5-787.7k%, 5-787.7m%, 5-787.7n%, 5-787.7p%, 5-787.7q%, 5-787.7r%, 5-787.8h%, 5-787.8j%, 5-787.8k%, 5-787.8m%, 5-787.8n%, 5-787.8p%, 5-787.8q%, 5-787.8r%, 5-787.9h%, 5-787.9j%, 5-787.9k%, 5-787.9m%, 5-787.9n%, 5-787.9p%, 5-787.9q%, 5-787.9r%, 5-787.ch%, 5-787.cj%, 5-787.ck%, 5-787.cm%, 5-787.cn%, 5-787.cp%, 5-787.cq%, 5-787.cr%, 5-787.eh%, 5-787.ej%, 5-787.ek%, 5-787.em%, 5-787.en%, 5-787.ep%, 5-787.eq%, 5-787.er%, 5-787.gh%, 5-787.gj%, 5-787.gk%, 5-787.gm%, 5-787.gn%, 5-787.gp%, 5-787.gq%, 5-787.gr%, 5-787.kg%, 5-787.kh%, 5-787.kj%, 5-787.kk%, 5-787.km%, 5-787.kn%, 5-787.kp%, 5-787.kq%, 5-787.kr%, 5-787.mh%, 5-787.mj%, 5-787.mk%, 5-787.mm%, 5-787.mn%, 5-787.mp%, 5-787.mq%, 5-787.mr%, 5-787.nh%, 5-787.nj%, 5-787.nk%, 5-787.nm%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-787.nn%, 5-787.np%, 5-787.nq%, 5-787.nr%, 5-787.xh%, 5-787.xj%, 5-787.xk%, 5-787.xm%, 5-787.xn%, 5-787.xp%, 5-787.xq%, 5-787.xr%

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2021
Perc30KEPScore_verstorbene	Gesamt	30. Perzentil der Risikoverteilung unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten nach KEPScore_54127 auf Basis der Daten des aktuellen Erfassungsjahres.	x

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	`fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)`
fn_KellgrenLawrenceKnie	integer	Modifizierter Arthrose-Score des Knies nach Kellgren-Lawrence	`OSTEOPHYTENK + GELENKSPALTK + SKLEROSEK + DEFORMK`
fn_KEPScore_54028	float	Score zur logistischen Regression - ID 54028	`# Funktion fn_KEPScore_54028`
fn_KEPScore_54127	float	Score zur logistischen Regression - ID 54127	`# Funktion fn_KEPScore_54127`
fn_KEPScore_54127_ErsterEingriff	float	Berechnet den logistischen KEPScore_54127 für den ersten Eingriff	`minimum(fn_KEPScore_54127_ErsterEingriff_Value) %group_by% TDS_B`
fn_KEPScore_54127_ErsterEingriff_Value	float	Berechnet den logistischen KEPScore_54127 für den ersten Eingriff	`ifelse( fn_IstErsteOP, fn_KEPScore_54127, NA_real_ )`
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	`poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF`
fn_RoentgenKriteriumKnie	boolean	Vorliegen spezifischer röntgenologischer/klinischer Befunde	`IMPLANTATFEHLLAGE %==% 1 | IMPLANTATWANDJL %==% 1 | LOCKERFEMUR %in% c(1,2) | LOCKERTIBIA %in% c(1,2) | LOCKERPATELLA %in% c(1,2) | PROTHLUXATIO %==% 1 | INSTABSEITENBAENDER %==% 1 | ZUNARTHRSCHLPROTHJL %==% 1 | PATELLANEKROSE %==% 1 | PATELLALUXATION %==% 1 | PATELLASCHMERZ %==% 1`