Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 zu Verfahren 1 (QS PCI) und Verfahren 4 (QS NET) 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 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) (Anlage 1) und Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) (Anlage 2) 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.q-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 17. Dezember 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V Der Vorsitzende

Prof. Hecken



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

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie. 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

56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	4
56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	7
Gruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt1	0
56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt 1	1
56004: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt1	5
Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt	8
56005: Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²1	9
56006: Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²2	2
56007: Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²2	5
56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt2	8
Gruppe: Kontrastmittelmenge	0
56009: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml3	1
56010: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	3
56011: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	5
56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen3	7
Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	1
56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt 4	2
56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	4
Gruppe: MACCE	6
56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie4	7
56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI5	0
56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST- Hebungsinfarkt5	4
Gruppe: Sterblichkeit bei PCI	8
56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)5	9
56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)6	2
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	5
Anhang II: Listen	6
Anhang III: Vorberechnungen	9
Anhang IV: Funktionen	^

56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie

Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten elektiven isolierten Koronarangiographien, bei denen eine an-
	gemessene Indikationsstellung (objektive Ischämiezeichen) vorliegt, soll hoch sein.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
26:PROZ	Angina pectoris	К	 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung) 4 = atypische Angina pectoris 	ANGINAPECTOR
27:PROZ	objektive (apparative) nicht-invasive Ischä- miezeichen	К	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt	ISCHAEMIEZEI
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
32:PROZ	Dringlichkeit der Pro- zedur	М	1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig	DRINGLICHPROZ
37:KORO	führende Indikation für diese Koronarangiographie	M	 1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = Verdacht auf Progression der bekannten KHK 3 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 6 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden) 7 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%) 9 = Vitium bzw. Endokarditis 99 = sonstige 	INDIKKORO

ID	56000
Bezeichnung	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
Indikatortyp	Indikationsstellung
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	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (Belastungs-EKG, Herz-CT, Belastungsszintigraphie, Stress-Echo oder andere Tests) Nenner Alle elektiven, isolierten Koronarangiographien mit führender Indikation: "Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK" oder "Verdacht auf Progression der bekannten KHK" unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit CCS III
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:KORO
Zähler (Formel)	ISCHAEMIEZEI %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	DRINGLICHPROZ %==% 1 & ARTPROZEDUR %==% 1 & INDIKKORO %in% c(1,2) & ANGINAPECTOR %!=% 3
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund

Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten isolierten Koronarangiographien ohne pathologischen Befund
	(mit angiographisch normalen Koronargefäßen) soll niedrig sein.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname
30:PROZ	Art der Prozedur	М	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
37:KORO	führende Indikation für diese Koronarangiogra- phie	M	 1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = Verdacht auf Progression der bekannten KHK 3 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 6 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden) 7 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%) 9 = Vitium bzw. Endokarditis 99 = sonstige 	INDIKKORO
39:KORO	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter	M	 0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50% 2 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 3 = Kardiomyopathie 4 = Herzklappenvitium 5 = Aortenaneurysma 6 = hypertensive Herzerkrankung 9 = andere kardiale Erkrankung 	DIAGNOSE

ID	56001
Bezeichnung	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
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	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler
	Patientinnen und Patienten mit angiographisch normalen Koronargefäßen (Ausschluss KHK)
	Nenner
	Alle isolierten Koronarangiographien mit der Indikation "Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK" (d. h. ohne vorbekannte KHK)
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:KORO
Zähler (Formel)	DIAGNOSE %==% 0
Nenner (Formel)	ARTPROZEDUR %==% 1 & INDIKKORO %==% 1
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst- PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt

Bezeichnung Gruppe	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt
Qualitätsziel	Möglichst niedrige "Door-to-balloon"-Zeit.

56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname
23:PROZ	Datum der Prozedur	М	-	OPDATUM
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
35:PROZ	Fibrinolyse vor der Prozedur	К	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FIBRINOLYSE
40:PCI	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. inner- halb dieses Behand- lungsfalls (ambulant)?	М	-	LFDNRPCI
41:PCI	Indikation zur PCI	М	1 = stabile Angina pectoris (nach CCS)	INDIKPTCA
			2 = akutes Koronarsyndrom (Ruhe- angina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI)	
			3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	
			 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST- Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 	
			5 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptom- beginn und keine anhaltende Beschwerden)	
			6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie	
			7 = Komplikation bei oder nach vo- rangegangener Koronarangio- graphie oder PCI	
			9 = sonstige	
42:PCI	Ist STEMI Hauptdiag- nose?	K	0 = nein 1 = ja	STEMIHD
49:PCI	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt be- kannt?	К	0 = nein 1 = ja	DOORBALLOONBEK

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname
50:PCI	Door-Zeitpunkt (Da- tum)	K	-	DOORDATUM
51:PCI	Door-Zeitpunkt (Uhr- zeit)	K	-	DOORZEIT
52:PCI	Balloon-Zeitpunkt (Da- tum)	K	-	BALLOONDATUM
53:PCI	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)	K	-	BALLOONZEIT

ID	56003
Bezeichnung	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt
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	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten Nenner Alle Erst-PCIs (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei Patientinnen und Patienter mit akutem ST-Hebungsinfarkt bei Aufnahme, bei denen keine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde bzw. bei denen dies unbekannt ist. Be rücksichtigt werden nur Prozeduren mit gültigen Angaben zum "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkt sowie mit Datum des "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkts aus dem Erfassungsjahr bzw. dem Jahr davor
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:PCI
Zähler (Formel)	fn_DoorToBalloon %<=% 60
Nenner (Formel)	<pre>fn_PlausiBalloonDatum & fn_PlausiDoorDatum & fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt & FIBRINOLYSE %in% c(0,9) & DOORBALLOONBEK %==% 1</pre>
Verwendete Funktionen	fn_DoorToBalloon fn_IstErstePCI fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt fn_IstMinOPDATUM_PCI fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM fn_MinLFDNR_PCI fn_OPDATUM_PCI fn_OPDATUM_PCI fn_PlausiBalloonDatum fn_PlausiDoorDatum
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Darstellang	

Anlage 1 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie 56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt

nissen

56004: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
23:PROZ	Datum der Prozedur	М	-	OPDATUM
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
35:PROZ	Fibrinolyse vor der Pro- zedur	К	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FIBRINOLYSE
40:PCI	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. inner- halb dieses Behand- lungsfalls (ambulant)?	М	-	LFDNRPCI
41:PCI	Indikation zur PCI	M	1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 5 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltende Beschwerden) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI	INDIKPTCA
42:PCI	Ist STEMI Hauptdiag- nose?	К	9 = sonstige 0 = nein 1 = ja	STEMIHD
49:PCI	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt be- kannt?	К	0 = nein 1 = ja	DOORBALLOONBEK
50:PCI	Door-Zeitpunkt (Da- tum)	K	-	DOORDATUM

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie 56004: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname
52:PCI	Balloon-Zeitpunkt (Da- tum)	К	-	BALLOONDATUM

ID	56004
Bezeichnung	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt
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	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt Nenner Alle Erst-PCIs (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei Patientinnen und Patienten mit akutem ST-Hebungsinfarkt bei Aufnahme, bei denen keine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde bzw. bei denen dies unbekannt ist. Berücksichtigt werden nur Prozeduren mit Datum des "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkts aus dem Erfassungsjahr bzw. dem Jahr davor oder mit fehlenden Angaben zum "Door"- oder "Balloon"-Zeitpunkt
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:PCI
Zähler (Formel)	DOORBALLOONBEK %==% 0
Nenner (Formel)	<pre>fn_PlausiBalloonDatum & fn_PlausiDoorDatum & fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt & FIBRINOLYSE %in% c(0,9)</pre>
Verwendete Funktionen	fn_IstErstePCI fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt fn_IstMinOPDATUM_PCI fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM fn_MinLFDNR_PCI fn_OPDATUM_PCI fn_OPDATUM_PCI fn_PlausiBalloonDatum fn_PlausiDoorDatum
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Dosis-Flächen-Produkt

Bezeichnung Gruppe	Dosis-Flächen-Produkt
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt.

56005: Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
55:PROZ	Dosis-Flächen-Produkt	K	in (cGy)* cm²	FLDOSISPRODUKT

ID	56005		
Bezeichnung	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²		
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 Erläuterung der Rechenregel	Zähler Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm² Nenner Alle isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGy x cm² O (observed) Beobachtete Anzahl an isolierten Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm² E (expected) Erwartete Anzahl an isolierten Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm², risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56005		
	Der Schwellenwert 2.800 cGy x cm² entspricht dem aktuellen Dosisreferenzwert des Bundesamtes für Strahlenschutz für Koronarangiographien. Für die Berechnung der erwarteten Anzahl an isolierten Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm² wird bei fehlenden Werten das mediane geschätzte Risiko in der Indikatorberechnung verwendet.		
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ		
Zähler (Formel)	0_56005		
Nenner (Formel)	E_56005		
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	

	ID.	0.5005
	ID	O_56005
	Bezug zu QS-Ergebnissen	56005
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an isolierten Koronarangio- graphien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm²
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
	Zähler	FLDOSISPRODUKT %>% 2800
	Nenner	ARTPROZEDUR %==% 1 & FLDOSISPRODUKT %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_56005
	Bezug zu QS-Ergebnissen	56005
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an isolierten Koronarangio- graphien mit Dosis-Flächen-Produkt > 2.800 cGy x cm², risikoadjustiert nach logistischem PCI- Score für ID 56005
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
	Zähler	fn_PCIScore_56005
	Nenner	ARTPROZEDUR %==% 1 & FLDOSISPRODUKT %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_PCIScore_56005	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

56006: Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
55:PROZ	Dosis-Flächen-Produkt	К	in (cGy)* cm²	FLDOSISPRODUKT

ID	56006			
Bezeichnung	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²			
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	Body-Mass-Index (BMI)			
im Risikomodell (nicht abschließend)				
Rechenregeln	Zähler Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm² Nenner Alle isolierten PCI mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGY x cm² O (observed) Beobachtete Anzahl an isolierten PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm² E (expected)			
		ten PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x ogistischem PCI-Score für ID 56006		
Erläuterung der Rechenregel	Der Schwellenwert 4.800 cGy x cm² entspricht dem aktuellen Dosisreferenzwert des Bundesamtes für Strahlenschutz für isolierte PCI. Für die Berechnung der erwarteten Anzahl an isolierten PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm² wird bei fehlenden Werten das mediane geschätzte Risiko in der Indikatorberechnung verwendet.			
Teildatensatzbezug				
Tellaatellaateberah	PCI:PROZ			
Zähler (Formel)	PCI:PROZ 0_56006			
-				
Zähler (Formel)	0_56006			
Zähler (Formel) Nenner (Formel)	O_56006 E_56006	Kalkulatorische Kennzahl		
Zähler (Formel) Nenner (Formel)	O_56006 E_56006 O (observed)	Kalkulatorische Kennzahl O_56006		

	1	1
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an isolierten PCI mit Dosis- Flächen-Produkt > 4.800 cGy x cm²
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
	Zähler	FLDOSISPRODUKT %>% 4800
	Nenner	ARTPROZEDUR %==% 2 & FLDOSISPRODUKT %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_56006
	Bezug zu QS-Ergebnissen	56006
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an isolierten PCI mit Dosis-Flä- chen-Produkt > 4.800 cGy x cm², risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56006
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
	Zähler	fn_PCIScore_56006
	Nenner	ARTPROZEDUR %==% 2 & FLDOSISPRODUKT %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_PCIScore_56006	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

56007: Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
55:PROZ	Dosis-Flächen-Produkt	K	in (cGy)* cm²	FLDOSISPRODUKT

ID	56007		
Bezeichnung	Einzeitig-PCI mit Dosis-Fläch	nen-Produkt über 5.500 cGy x cm²	
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	Body-Mass-Index (BMI)		
im Risikomodell (nicht abschließend)			
Rechenregeln	Zähler Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm² Nenner Alle Einzeitig-PCI mit bekanntem Dosis-Flächen-Produkt > 0 cGY x cm² O (observed) Beobachtete Anzahl an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm² E (expected) Erwartete Anzahl an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x		
Erläuterung der Rechenregel	· ·	gistischem PCI-Score für ID 56007	
	Der Schwellenwert 5.500 cGy x cm² entspricht dem aktuellen Dosisreferenzwert des Bundesamtes für Strahlenschutz für Einzeitig-PCI. Für die Berechnung der erwarteten Anzahl an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm² wird bei fehlenden Werten das mediane geschätzte Risiko in der Indikatorberechnung verwendet.		
	wert des Bundesamtes für S Für die Berechnung der erw chen-Produkt > 5.500 cGy x	Strahlenschutz für Einzeitig-PCI. Varteten Anzahl an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flä- cm² wird bei fehlenden Werten das mediane ge-	
Teildatensatzbezug	wert des Bundesamtes für S Für die Berechnung der erw chen-Produkt > 5.500 cGy x	Strahlenschutz für Einzeitig-PCI. Varteten Anzahl an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flä- cm² wird bei fehlenden Werten das mediane ge-	
	wert des Bundesamtes für S Für die Berechnung der erw chen-Produkt > 5.500 cGy x schätzte Risiko in der Indika	Strahlenschutz für Einzeitig-PCI. Varteten Anzahl an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flä- cm² wird bei fehlenden Werten das mediane ge-	
Teildatensatzbezug	wert des Bundesamtes für S Für die Berechnung der erw chen-Produkt > 5.500 cGy x schätzte Risiko in der Indika PCI:PROZ	Strahlenschutz für Einzeitig-PCI. Varteten Anzahl an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flä- cm² wird bei fehlenden Werten das mediane ge-	
Teildatensatzbezug Zähler (Formel)	wert des Bundesamtes für S Für die Berechnung der erw chen-Produkt > 5.500 cGy x schätzte Risiko in der Indika PCI:PROZ 0_56007	Strahlenschutz für Einzeitig-PCI. Varteten Anzahl an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flä- cm² wird bei fehlenden Werten das mediane ge-	
Teildatensatzbezug Zähler (Formel) Nenner (Formel)	wert des Bundesamtes für S Für die Berechnung der erw chen-Produkt > 5.500 cGy x schätzte Risiko in der Indika PCI:PROZ 0_56007 E_56007	Strahlenschutz für Einzeitig-PCI. Varteten Anzahl an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flä- cm² wird bei fehlenden Werten das mediane ge-	
Teildatensatzbezug Zähler (Formel) Nenner (Formel)	wert des Bundesamtes für S Für die Berechnung der erw chen-Produkt > 5.500 cGy x schätzte Risiko in der Indika PCI:PROZ O_56007 E_56007 O (observed)	Strahlenschutz für Einzeitig-PCI. Franzenter Anzahl an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flä- cm² wird bei fehlenden Werten das mediane ge- torberechnung verwendet.	

	1	1		
	Bezug zum Verfahren	DeQS		
	Sortierung	-		
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Einzeitig-PCI mit Dosis- Flächen-Produkt > 5.500 cGy x cm²		
	Operator	Anzahl		
	Teildatensatzbezug	PCI:PROZ		
	Zähler	FLDOSISPRODUKT %>% 5500		
	Nenner	ARTPROZEDUR %==% 3 & FLDOSISPRODUKT %>% 0		
	Darstellung	-		
	Grafik	-		
	E (expected)			
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl		
	ID	E_56007		
	Bezug zu QS-Ergebnissen	56007		
	Bezug zum Verfahren	DeQS		
	Sortierung	-		
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Einzeitig-PCI mit Dosis-Flä- chen-Produkt > 5.500 cGy x cm², risikoadjustiert nach logistischem PCI-Score für ID 56007		
	Operator	Summe		
	Teildatensatzbezug	PCI:PROZ		
	Zähler	fn_PCIScore_56007		
	Nenner	ARTPROZEDUR %==% 3 & FLDOSISPRODUKT %>% 0		
	Darstellung	-		
	Grafik	-		
Verwendete Funktionen	fn_PCIScore_56007			
Verwendete Listen	-			
Darstellung	-			
Grafik	-			
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen				

56008: Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
54:PROZ	Dosis-Flächen-Produkt bekannt	М	0 = nein 1 = ja	FLDOSISPRODUKTBEKANNT

ID	56008
Bezeichnung	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
Indikatortyp	Prozessindikator
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 Prozeduren mit nicht bekanntem Dosis-Flächen-Produkt Nenner Alle Prozeduren
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
Zähler (Formel)	FLDOSISPRODUKTBEKANNT %==% 0
Nenner (Formel)	TRUE
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Kontrastmittelmenge

Bezeichnung Gruppe	Kontrastmittelmenge
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge.

56009: Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
56:PROZ	applizierte Kontrast- mittelmenge	M	in ml	KMMENGE

ID	56009
Bezeichnung	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml
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	-
Methode der Risikoadjustierung	Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge > 150 ml Nenner Alle isolierten Koronarangiographien
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
Zähler (Formel)	KMMENGE %>% 150
Nenner (Formel)	ARTPROZEDUR %==% 1
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

56010: Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
56:PROZ	applizierte Kontrast- mittelmenge	М	in ml	KMMENGE

ID	56010
Bezeichnung	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml
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	-
Methode der Risikoadjustierung	Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler
	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge > 200 ml
	Nenner
	Alle isolierten PCI
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
Zähler (Formel)	KMMENGE %>% 200
Nenner (Formel)	ARTPROZEDUR %==% 2
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

56011: Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
56:PROZ	applizierte Kontrast- mittelmenge	M	in ml	KMMENGE

ID	56011		
Bezeichnung	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml		
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	-		
Methode der Risikoadjustierung	Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird über- prüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.		
Erläuterung der Risikoadjustierung	-		
Rechenregeln	Zähler		
	Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge > 250 ml		
	Nenner		
	Alle Einzeitig-PCI		
Erläuterung der Rechenregel	-		
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ		
Zähler (Formel)	KMMENGE %>% 250		
Nenner (Formel)	ARTPROZEDUR %==% 3		
Verwendete Funktionen	-		
Verwendete Listen	-		
Darstellung	-		
Grafik	-		
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen			

56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen

Qualitätsziel	Der Anteil therapiebedürftiger Blutungen und der punktionsnaher Komplikationen nach isolierten Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI bis zum 7. postprozeduralen Tag soll
	niedrig sein

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17:B	Aufnahmedatum (stati- onär)	К	-	AUFNDATUM
22:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Auf- enthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (am- bulant)?	M	-	LFDNREINGRIFF
23:PROZ	Datum der Prozedur	М	-	OPDATUM
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
65:B	postprozedurale Trans- fusion	М	0 = nein 1 = ja	POSTPROZTRANSFUSION
66:B	Datum der postproze- duralen Transfusion	K	-	PPTRANSFUSIONDATUM
69:B	Entlassungsdatum	К	-	ENTLDATUM
42:SDAT	Geburtsjahr des Versi- cherten	М	Stamm@gebjahr	sdat_gebjahr
43:SDAT	Sterbedatum des Versicherten	К	Stamm@sterbedatum	sdat_sterbedatum
EF*	Anonymisierte eGK- Versichertennummer	М	anoynm(VERSICHERTENIDNEU)	meta_patientenanonym

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

ID	56012		
Bezeichnung	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen		
Indikatortyp	Ergebnisindikator		
Art des Wertes	Qualitätsindikator		
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten		
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	Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.		
Erläuterung der Risikoadjustierung	-		
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten mit therapiebedürftigen Blutungen oder punktionsnahen Komplikationen (Thrombin-Injektion nach Blutung, Transfusion nach Blutung, chirurgische Intervention nach Blutung oder Aneurysma spurium) bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie, PCI oder Einzeitig-PCI		
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt u. a. anhand von Sozialdaten bei den Krankenkassen.		
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ		
Zähler (Formel)	fn_Aneurysma fn_Thrombininjektion fn_Transfusion fn_chirurgische_Intervention		
Nenner (Formel)	fn_sdat_vorhanden & ARTPROZEDUR %in% c(1,2,3)		
Verwendete Funktionen	fn_Aneurysma fn_chirurgische_Intervention fn_sdat_vorhanden fn_Thrombininjektion fn_Transfusion fn_ZeitpunktKomplpunktionsnah		
Verwendete Listen	GOP_PCI_ChirurgEingriff GOP_PCI_Transfusion ICD_PCI_AneurysmaSpurium OPS_PCI_ChirurgischeIntervention OPS_PCI_Thrombininjektion OPS_PCI_Transfusion PZN_PCI_Thrombininjektion		

Anlage 1 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie 56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

Bezeichnung Gruppe	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.

56014: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
41:PCI	Indikation zur PCI	M	 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 5 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltende Beschwerden) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige 	INDIKPTCA
48:PCI	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß	К	0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III	INTERVENTSTEMI

ID	56014
Bezeichnung	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt
Indikatortyp	Ergebnisindikator
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	-
Methode der Risikoadjustierung	Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird über- prüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten mit TIMI III-Fluss nach PCI Nenner Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) mit der Indikation akuter ST-Hebungsinfarkt
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:PCI
Zähler (Formel)	INTERVENTSTEMI %==% 3
Nenner (Formel)	ARTPROZEDUR %in% c(2,3) & INDIKPTCA %==% 4
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

56016: Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
41:PCI	Indikation zur PCI	M	 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 5 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltende Beschwerden) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige 	INDIKPTCA
47:PCI	wesentliches Interven- tionsziel erreicht	К	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich	INTERVENTIONSZIEL
48:PCI	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß	К	0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III	INTERVENTSTEMI

ID	56016
Bezeichnung	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
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	-
Methode der Risikoadjustierung	Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird über- prüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler PCI mit Erreichen des wesentlichen Interventionsziels: - Indikation subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt: TIMI-III-Fluss - alle anderen Indikationen: nach Einschätzung des Untersuchers (im Allgemeinen angiographische Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%) Nenner Alle PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) unter Ausschluss der Indikation akuter ST-Hebungsinfarkt
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:PCI
Zähler (Formel)	(INDIKPTCA %==% 5 & INTERVENTSTEMI %==% 3) (INDIKPTCA %in% c(1,2,3,5,6,7,9) & INTERVENTIONSZIEL %==% 1)
Nenner (Formel)	ARTPROZEDUR %in% c(2,3) & !INDIKPTCA %==% 4
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: MACCE

Bezeichnung Gruppe	MACCE
Qualitätsziel	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovas- kuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postproze- duralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein

56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname
17:B	Aufnahmedatum (stati- onär)	К	-	AUFNDATUM
22:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Auf- enthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (am- bulant)?	M	-	LFDNREINGRIFF
23:PROZ	Datum der Prozedur	М	-	OPDATUM
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
58.1:PROZ	koronarer Verschluss	К	1 = ja	GEFVERSCHLNR
58.2:PROZ	TIA/Schlaganfall	K	1 = ja	TIA
58.3:PROZ	Exitus im Herzkathe- terlabor	К	1 = ja	EXITUS
59:B	postprozedural neu aufgetretener Herzin- farkt	М	0 = nein 1 = ja, NSTEMI 2 = ja, STEMI	ZEITINFARKT
60:B	Datum des postproze- dural neu aufgetrete- nen Herzinfarkts	К	-	PPINFARKTDATUM
61:B	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall	М	0 = nein 1 = ja, TIA 2 = ja, Schlaganfall	ZEITSCHLAGANFALL
62:B	Datum der/des post- prozedural neu aufge- tretenen TIA/Schlagan- falls	К	-	PPANFALLDATUM
69:B	Entlassungsdatum	K	-	ENTLDATUM
42:SDAT	Geburtsjahr des Versi- cherten	М	Stamm@gebjahr	sdat_gebjahr
43:SDAT	Sterbedatum des Versicherten	К	Stamm@sterbedatum	sdat_sterbedatum
EF*	Anonymisierte eGK- Versichertennummer	М	anoynm(VERSICHERTENIDNEU)	meta_patientenanonym

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

ID	56018		
Bezeichnung	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie		
Indikatortyp	Ergebnisindikator		
Art des Wertes	Qualitätsindikator		
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten		
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	Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird üb prüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Ra als Kennzahl ausgewiesen.		
Erläuterung der Risikoadjustierung	-		
Rechenregeln	 Zähler Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder postprozedural: neu aufgetretener Herzinfarkt, TIA bzw. Schlaganfall Tod Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 		
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt u. a. anhand von Sozialdaten bei den Krankassen.		
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ		
Zähler (Formel)	fn_MACCE_KORO		
Nenner (Formel)	fn_sdat_vorhanden & ARTPROZEDUR %==% 1 & !fn_VorgangHatPCI		
Verwendete Funktionen	fn_InfarktInnerhalb7TageNachOP fn_IstLetztePROZvorVersterben fn_MACCE_KORO fn_OPDATUM_PCI fn_Schlaganfall_TIA_Innerhalb7TageNachOP fn_sdat_vorhanden fn_TodInnerhalb7Tage fn_VorgangHatPCI		
Verwendete Listen	ICD_PCI_MyokardinfarktAkut ICD_PCI_Schlaganfall ICD_PCI_TIA		

Anlage 1 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL
PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie

	OPS_PCI_NeuroKomplexbeh OPS_PCI_Thrombolyse
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17:B	Aufnahmedatum (stati- onär)	К	-	AUFNDATUM
22:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Auf- enthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (am- bulant)?	M	-	LFDNREINGRIFF
23:PROZ	Datum der Prozedur	М	-	OPDATUM
30:PROZ	Art der Prozedur	M	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
32:PROZ	Dringlichkeit der Pro- zedur	М	1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig	DRINGLICHPROZ
41:PCI	Indikation zur PCI	M	 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 5 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltende Beschwerden) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige 	INDIKPTCA
44.1:PCI	PCI an Hauptstamm	К	1 = ja	PCISTAMM
44.2:PCI	PCI an LAD	K	1 = ja	PCILAD

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname
44.3:PCI	PCI an RCX	К	1 = ja	PCIRCX
44.4:PCI	PCI an RCA	K	1 = ja	PCIRCA
58.1:PROZ	koronarer Verschluss	К	1 = ja	GEFVERSCHLNR
58.2:PROZ	TIA/Schlaganfall	К	1 = ja	TIA
58.3:PROZ	Exitus im Herzkathe- terlabor	K	1 = ja	EXITUS
59:B	postprozedural neu aufgetretener Herzin- farkt	М	0 = nein 1 = ja, NSTEMI 2 = ja, STEMI	ZEITINFARKT
60:B	Datum des postproze- dural neu aufgetrete- nen Herzinfarkts	K	-	PPINFARKTDATUM
61:B	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall	М	0 = nein 1 = ja, TIA 2 = ja, Schlaganfall	ZEITSCHLAGANFALL
62:B	Datum der/des post- prozedural neu aufge- tretenen TIA/Schlagan- falls	К	-	PPANFALLDATUM
63:B	postprozedurale Verle- gung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Ope- ration aufgrund von Komplikationen bei ei- ner Koronarangiogra- phie oder PCI	M	0 = nein 1 = ja	POSTPROZCABGOP
64:B	Datum der postproze- duralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall-CABG-Opera- tion	К	-	PPCABGDATUM
69:B	Entlassungsdatum	K	-	ENTLDATUM
42:SDAT	Geburtsjahr des Versi- cherten	М	Stamm@gebjahr	sdat_gebjahr
43:SDAT	Sterbedatum des Versicherten	K	Stamm@sterbedatum	sdat_sterbedatum
EF*	Anonymisierte eGK- Versichertennummer	М	anoynm(VERSICHERTENIDNEU)	meta_patientenanonym

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

ID	56020		
Bezeichnung	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI		
Indikatortyp	Ergebnisindikator		
Art des Wertes	Qualitätsindikator		
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten		
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	Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird übe prüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rat als Kennzahl ausgewiesen.		
Erläuterung der Risikoadjustierung	-		
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder postprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, neu aufgetretener Herzinfarkt/Reinfarkt, Re-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI)		
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt u. a. anhand von Sozialdaten bei den Krankassen.		
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ		
Zähler (Formel)	fn_MACCE_PCI		
Nenner (Formel)	fn_sdat_vorhanden & ARTPROZEDUR %in% c(2,3) & !INDIKPTCA %in% c(4,5)		
Verwendete Funktionen	fn_CABGInnerhalb7TageNachOP fn_erneute_PCI fn_HatFolgePCI fn_InfarktAkutRezidivInnerhalb7TageNachOP fn_IstLetztePROZvorVersterben fn_MACCE_PCI fn_Schlaganfall_TIA_Innerhalb7TageNachOP fn_sdat_vorhanden fn_TodInnerhalb7Tage		
Verwendete Listen	ICD_PCI_MyokardinfarktAkutRezidiv ICD_PCI_Schlaganfall ICD_PCI_TIA		

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI

	OPS_PCI_AortokoronarerBypass OPS_PCI_Erneut OPS_PCI_NeuroKomplexbeh OPS_PCI_Thrombolyse
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17:B	Aufnahmedatum (stati- onär)	К	-	AUFNDATUM
22:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Auf- enthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (am- bulant)?	M	-	LFDNREINGRIFF
23:PROZ	Datum der Prozedur	М	-	OPDATUM
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
32:PROZ	Dringlichkeit der Pro- zedur	М	1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig	DRINGLICHPROZ
41:PCI	Indikation zur PCI	M	 1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 5 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltende Beschwerden) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige 	INDIKPTCA
44.1:PCI	PCI an Hauptstamm	К	1 = ja	PCISTAMM
44.2:PCI	PCI an LAD	K	1 = ja	PCILAD

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname
44.3:PCI	PCI an RCX	К	1 = ja	PCIRCX
44.4:PCI	PCI an RCA	K	1 = ja	PCIRCA
58.1:PROZ	koronarer Verschluss	К	1= ja	GEFVERSCHLNR
58.2:PROZ	TIA/Schlaganfall	K	1 = ja	TIA
58.3:PROZ	Exitus im Herzkathe- terlabor	К	1 = ja	EXITUS
59:B	postprozedural neu aufgetretener Herzin- farkt	М	0 = nein 1 = ja, NSTEMI 2 = ja, STEMI	ZEITINFARKT
60:B	Datum des postproze- dural neu aufgetrete- nen Herzinfarkts	К	-	PPINFARKTDATUM
61:B	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall	М	0 = nein 1 = ja, TIA 2 = ja, Schlaganfall	ZEITSCHLAGANFALL
62:B	Datum der/des post- prozedural neu aufge- tretenen TIA/Schlagan- falls	К	-	PPANFALLDATUM
63:B	postprozedurale Verle- gung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Ope- ration aufgrund von Komplikationen bei ei- ner Koronarangiogra- phie oder PCI	M	0 = nein 1 = ja	POSTPROZCABGOP
64:B	Datum der postproze- duralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall-CABG-Opera- tion	К	-	PPCABGDATUM
69:B	Entlassungsdatum	K	-	ENTLDATUM
42:SDAT	Geburtsjahr des Versi- cherten	М	Stamm@gebjahr	sdat_gebjahr
43:SDAT	Sterbedatum des Versicherten	K	Stamm@sterbedatum	sdat_sterbedatum
EF*	Anonymisierte eGK- Versichertennummer	М	anoynm(VERSICHERTENIDNEU)	meta_patientenanonym

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

ID	56022
Bezeichnung	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	Nicht definiert
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird über prüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten mit folgenden MACCE bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag: intraprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder postprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, neu aufgetretener Herzinfarkt/Reinfarkt, Re-PCI am selben Gefäß, CABG, Tod Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt u. a. anhand von Sozialdaten bei den Krankassen.
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
Zähler (Formel)	fn_MACCE_PCI
Nenner (Formel)	fn_sdat_vorhanden & ARTPROZEDUR %in% c(2,3) & INDIKPTCA %in% c(4,5)
Verwendete Funktionen	fn_CABGInnerhalb7TageNachOP fn_erneute_PCI fn_HatFolgePCI fn_InfarktAkutRezidivInnerhalb7TageNachOP fn_IstLetztePROZvorVersterben fn_MACCE_PCI fn_Schlaganfall_TIA_Innerhalb7TageNachOP fn_sdat_vorhanden fn_TodInnerhalb7Tage

Verwendete Listen	ICD_PCI_MyokardinfarktAkutRezidiv ICD_PCI_Schlaganfall ICD_PCI_TIA OPS_PCI_AortokoronarerBypass OPS_PCI_Erneut OPS_PCI_NeuroKomplexbeh OPS_PCI_Thrombolyse
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

Gruppe: Sterblichkeit bei PCI

Bezeichnung Gruppe	Sterblichkeit bei PCI
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI

56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
22:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Auf- enthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (am- bulant)?	M	-	LFDNREINGRIFF
23:PROZ	Datum der Prozedur	М	-	OPDATUM
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
40:PCI	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. inner- halb dieses Behand- lungsfalls (ambulant)?	М	-	LFDNRPCI
58.3:PROZ	Exitus im Herzkathe- terlabor	К	1 = ja	EXITUS
69:B	Entlassungsdatum	K	-	ENTLDATUM
42:SDAT	Geburtsjahr des Versi- cherten	М	Stamm@gebjahr	sdat_gebjahr
43:SDAT	Sterbedatum des Ver- sicherten	К	Stamm@sterbedatum	sdat_sterbedatum
EF*	Anonymisierte eGK- Versichertennummer	М	anoynm(VERSICHERTENIDNEU)	meta_patientenanonym

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

ID	56024	
Bezeichnung	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Ratenbasiert	
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)	
Referenzbereich 2020	Nicht definiert	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird überprüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.	
Erläuterung der Risikoadjustierung	-	
Rechenregeln	Zähler Verstorbene Patientinnen und Patienten bis zum 30. postprozeduralen Tag Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit PCI, die nicht innerhalb der ersten 7 Tage nach OP verstorben sind	
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt u. a. anhand von Sozialdaten bei den Krankassen. In den Zähler werden alle Verstorbenen zwischen dem 8. und 30. postprozeduralen Tag miteingeschlossen. Nicht mit eingeschlossen werden die Verstorbenen, welche zwischen dem ersten und 7. postprozeduralen Tag verstarben, da diese im QI 56020 bzw. 56022 berichtet werden. Eine doppelte Zählung der Verstorbenen und damit ggf. wegen eines Falles mehrfach auffällig zu werden, wird somit vermieden. Der Anteil Verstorbener zwischen dem ersten und 30. Postprozeduralen Tag wird zusätzlich als Kennzahl zum QI ausgegeben.	
Teildatensatzbezug	PCI:B	
Zähler (Formel)	fn_TodInnerhalb8bis30Tage	
Nenner (Formel)	<pre>fn_sdat_vorhanden & ARTPROZEDUR %in% c(2,3) & fn_IstLetztePCI & !fn_TodInnerhalb7Tage</pre>	
Verwendete Funktionen	fn_IstLetztePCI fn_IstLetztePCIvorVersterben fn_IstLetztePROZvorVersterben fn_IstMaxOPDATUM_PCI fn_LFDNRPCI_MaxOPDATUM fn_MaxLFDNR_PCI fn_OPDATUM_PCI fn_OPDATUM_PCI fn_sdat_vorhanden	

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)

	fn_TodInnerhalb7Tage fn_TodInnerhalb8bis30Tage
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
22:PROZ	Wievielte Prozedur während dieses Auf- enthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (am- bulant)?	M	-	LFDNREINGRIFF
23:PROZ	Datum der Prozedur	М	-	OPDATUM
30:PROZ	Art der Prozedur	М	 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI 	ARTPROZEDUR
40:PCI	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. inner- halb dieses Behand- lungsfalls (ambulant)?	M	-	LFDNRPCI
69:B	Entlassungsdatum	К	-	ENTLDATUM
42:SDAT	Geburtsjahr des Versi- cherten	M	Stamm@gebjahr	sdat_gebjahr
43:SDAT	Sterbedatum des Versicherten	K	Stamm@sterbedatum	sdat_sterbedatum
EF*	Anonymisierte eGK- Versichertennummer	M	anoynm(VERSICHERTENIDNEU)	meta_patientenanonym

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

ID	56026	
Bezeichnung	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Datenquelle	QS-Daten und Sozialdaten	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Ratenbasiert	
Referenzbereich 2021	Nicht definiert	
Referenzbereich 2020	Nicht definiert	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Der Einsatz bzw. die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird über prüft. Wird ein Modell zur Risikoadjustierung angewandt, wird die rohe Rate als Kennzahl ausgewiesen.	
Erläuterung der Risikoadjustierung	-	
Rechenregeln	Zähler Verstorbene Patientinnen und Patienten vom 31. bis zum 365. postprozeduralen Tag Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit PCI, die nicht innerhalb der ersten 30 Tage nach OP verstorben sind	
Erläuterung der Rechenregel	Die Auswertung dieses Indikators erfolgt u. a. anhand von Sozialdaten bei den Krankassen.	
	In den Zähler werden alle Verstorbenen zwischen dem 31. und 365. postprozeduralen Tag miteingeschlossen. Nicht mit eingeschlossen werden die Verstorbenen, welche zwischen dem ersten und 30. postprozeduralen Tag verstarben, da diese im QI 56024 berichtet werden. Eine doppelte Zählung der Verstorbenen und damit ggf. wegen eines Falles mehrfach auffällig zu werden, wird somit vermieden. Der Anteil Verstorbener zwischen dem ersten und 365. postprozeduralen Tag	
	wird zusätzlich als Kennzahl zum QI ausgegeben.	
Teildatensatzbezug	PCI:B	
Zähler (Formel)	fn_TodInnerhalb31TageBis1Jahr	
Nenner (Formel)	<pre>fn_sdat_vorhanden & ARTPROZEDUR %in% c(2,3) & fn_IstLetztePCI & !fn_TodInnerhalb30Tage</pre>	
Verwendete Funktionen	fn_IstLetztePCI fn_IstLetztePCIvorVersterben fn_IstMaxOPDATUM_PCI fn_LFDNRPCI_MaxOPDATUM fn_MaxLFDNR_PCI	

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)

	fn_OPDATUM_PCI fn_sdat_vorhanden fn_TodInnerhalb30Tage fn_TodInnerhalb31TageBis1Jahr
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
GOP_PCI_ChirurgEingriff	GOP	PCI – GOP-Kodes für Chirurgische Interventionen am Gefäßssystem	31201, 31202, 31203, 31204, 31205, 36201, 36202, 36203, 36204, 36205
GOP_PCI_Transfusion	GOP	PCI – GOP-Kodes für Transfusion (Blutkonserve, Blutpräparation, Transfusion von Frischblut)	02110, 02111
ICD_PCI_AneurysmaSpurium	ICD	PCI - ICD-Kodes für Aneurysma Spurium	172.1%, 172.4%
ICD_PCI_MyokardinfarktAkut	ICD	PCI - ICD-Kodes für akuten Myokardinfarkt	I21.0%, I21.1%, I21.2%, I21.3%, I21.4%
ICD_PCI_MyokardinfarktAkutRezidiv	ICD	PCI - ICD-Kodes für akuten oder rezidiven Myokardin- farkt	121%, 122%
ICD_PCI_Schlaganfall	ICD	PCI – ICD-Kodes für Schlaganfall	161%, 163%, 164%
ICD_PCI_TIA	ICD	PCI – ICD-Kodes für TIA (transitorische ischämische Attacke)	G45%, G46%
OPS_PCI_AortokoronarerBypass	OPS	PCI - OPS-Kodes für das Anlegen eines aortokoronaren Bypass	5-361.03%, 5-361.05%, 5-361.06%, 5-361.0x%, 5-361.13%, 5-361.15%, 5-361.16%, 5-361.1x%, 5-361.23%, 5-361.25%, 5-361.26%, 5-361.2x%, 5-361.33%, 5-361.35%, 5-361.36%, 5-361.3x%, 5-361.4x%, 5-361.4x%, 5-361.4x%, 5-361.5x%, 5-361.5x%, 5-361.5x%, 5-361.5x%, 5-361.5x%, 5-361.5x%, 5-362.0x%, 5-362.03%, 5-362.15%, 5-362.06%, 5-362.1x%, 5-362.13%, 5-362.15%, 5-362.16%, 5-362.1x%, 5-362.3x%, 5-362.25%, 5-362.26%, 5-362.2x%, 5-362.3x%, 5-362.35%, 5-362.36%, 5-362.3x%, 5-362.5x%, 5-362.5x%, 5-362.6x%, 5-362.5x%, 5-362.6x%, 5-362.5x%, 5-362.6x%, 5-362.5x%, 5-362.6x%, 5-362.6x%, 5-362.6x%, 5-362.6x%, 5-362.6x%, 5-362.6x%, 5-362.6x%, 5-362.8x%, 5-362.6x%, 5-362.6x%, 5-362.6x%, 5-362.8x%,

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
			5-362.cx%, 5-362.d3%, 5-362.d5%, 5-362.d6%, 5-362.dx%, 5-362.e3%, 5-362.e5%, 5-362.e6%, 5-362.ex%, 5-362.f3%, 5-362.f5%, 5-362.f6%, 5-362.fx%, 5-362.g3%, 5-362.g5%, 5-362.g6%, 5-362.gx%, 5-362.h3%, 5-362.h5%, 5-362.x6%, 5-362.xx%, 5-362.x%, 5-362.x%
OPS_PCI_ChirurgischeIntervention	OPS	PCI - OPS-Kodes für chirurgische Intervention	5-380.24%, 5-380.54%, 5-380.70%, 5-380.71%, 5-381.24%, 5-381.54%, 5-381.70%, 5-381.71%, 5-382.24%, 5-382.54%, 5-382.70%, 5-382.71%, 5-383.24%, 5-383.54%, 5-383.70%, 5-383.71%, 5-386.24%, 5-386.54%, 5-386.70%, 5-386.71%, 5-388.24%, 5-388.54%, 5-388.70%, 5-388.71%, 5-388.24%, 5-388.54%, 5-388.70%, 5-388.71%, 5-389.24%, 5-389.54%, 5-389.71%, 5-389.24%, 5-389.54%, 5-399.71%, 5-395.24%, 5-397.54%, 5-397.70%, 5-395.71%, 5-397.24%, 5-397.54%, 5-397.70%, 5-397.71%, 5-399.1%, 5-382.13%, 5-382.10%, 5-382.23%, 5-382.00%, 5-382.13%, 5-382.10%, 5-382.23%, 5-382.20%, 5-382.13%, 5-382.10%, 5
OPS_PCI_Erneut	OPS	PCI - OPS-Kodes für erneute PCI	8-837.00%, 8-837.01%, 8-837.10%, 8-837.11%, 8-837.20%, 8-837.21%, 8-837.50%, 8-837.51%, 8-837.k%, 8-837.m%, 8-837.p%, 8-837.q%, 8-837.t%, 8-837.u%, 8-837.v%, 8-837.w%, 8-83d.0%, 8-83d.1%, 8-83d.2%

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie Anhang II: Listen

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
OPS_PCI_NeuroKomplexbeh	OPS	PCI - OPS-Kodes für neurologische Komplexbehand- lung	8-981%, 8-98b%
OPS_PCI_Thrombininjektion	OPS	PCI – OPS-Kodes für Thrombininjektion	8-020.c%
OPS_PCI_Thrombolyse	OPS	PCI - OPS-Kodes für Thrombolyse	8-020.8%, 8-837.60%, 8-837.61%, 8-836.70%
OPS_PCI_Transfusion	OPS	PCI - OPS-Kodes für Transfusion	8-800.c0%, 8-800.c1%, 8-800.c2%, 8-800.c3%, 8-800.c4%, 8-800.c5%, 8-800.c6%, 8-800.c7%, 8-800.c8%, 8-800.c9%, 8-800.ca%, 8-800.cb%, 8-800.cc%, 8-800.cd%, 8-800.ce%, 8-800.cf%, 8-800.cg%, 8-800.ch%, 8-800.cj%, 8-800.ch%, 8-800.cp%, 8-800.cp%, 8-800.cq%, 8-800.cr%, 8-800.cr%, 8-800.x%, 8-800.y%
PZN_PCI_Thrombininjektion	PZN	PCI - PZN-Kodes für Arzneimittel zur Thrombininjektion	09006429, 09006435, 09006441, 00239793, 00239801, 00239818, 03101204, 03103841, 03101167, 03101150, 03419627, 03419656, 03419679, 02546648, 02546654

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie Anhang III: Vorberechnungen

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_Aneurysma	boolean	Ermittelt, ob in einem Abstand bis zu 7 Tagen nach einer Prozedur ein Aneurysma Spurium co- diert wurde.	<pre>x <- OPDATUM + ifelse(OPDATUM %==% AUFNDATUM, 1, 0) sdat_list("301_icd", x, OPDATUM + 7, diagnoseart %==% 1) %any_like% LST\$ICD_PCI_AneurysmaSpurium</pre>
fn_CABGInnerhalb7TageNachOP	boolean	Notfall CABG-Operation innerhalb von 7 Tagen	<pre>(POSTPROZCABGOP %==% 1 & ((difftime(PPCABGDATUM, OPDATUM, unit = "days") %>=% 0) & (difftime(PPCABGDATUM, OPDATUM, unit = "days") %<=% 7))) (POSTPROZCABGOP %==% 0 & sdat_list("301_ops", OPDATUM, OPDATUM + 7) %any_like% LST\$OPS_PCI_AortokoronarerBypass)</pre>
fn_chirurgische_Intervention	boolean	Ermittelt, ob in einem Abstand bis zu 7 Tagen nach einer Prozedur eine chirurgische Intervention dokumentiert/abgerechnet wurde.	<pre>{ ENTLDATUM_NA_omit <- as.character(ENTLDATUM) ENTLDATUM_NA_omit[is.na(ENTLDATUM)] <- "0" o <- rev(order(paste0(OPDATUM, "_", LFDNREINGRIFF, "_", ENTLDATUM_NA_omit, "_", VersionNr, "_", Vorgangsnr)) original_order <- order(o) ((sdat_list(sdat_301_ops, OPDATUM[o], OPDATUM[o] + 7) %any_like% LST\$OPS_PCI_ChirurgischeIntervention sdat_list(sdat_301_amb_ebm, OPDATUM[o], OPDATUM[o] + 7) %any_like% LST\$GOP_PCI_ChirurgEingriff sdat_list(sdat_295_ebm, OPDATUM[o], OPDATUM[o] + 7) %any_like% LST\$GOP_PCI_ChirurgEingriff) & !(sdat_list(sdat_301_ops, lag(OPDATUM[o], 1L), OPDATUM[o] + 7) %any_like% LST\$OPS_PCI_ChirurgischeIntervention sdat_list(sdat_301_amb_ebm, lag(OPDATUM[o], 1L), OPDATUM[o] + 7) %any_like% LST\$GOP_PCI_ChirurgEingriff sdat_list(sdat_295_ebm, lag(OPDATUM[o], 1L), OPDATUM[o] + 7) %any_like% LST\$GOP_PCI_ChirurgEingriff sdat_list(sdat_295_ebm, lag(OPDATUM[o], 1L), OPDATUM[o] + 7) %any_like% LST\$GOP_PCI_ChirurgEingriff)</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
)[original_order] } %group_by% meta_patientenanonym
fn_DoorToBalloon	integer	Door-to-Balloon-Zeit in Minuten	BALLOONDATZEIT <- as.POSIXct(paste(BALLOONDATUM, format(BALLOONZEIT, "%H:%M:%S")), format = "%Y-%m-%d %H:%M:%S", tz = "Europe/Berlin") DOORDATZEIT <- as.POSIXct(paste(DOORDATUM, format(DOORZEIT, "%H:%M:%S")), format = "%Y-%m-%d %H:%M:%S", tz = "Europe/Berlin") ifelse (!is.na(BALLOONDATZEIT) & !is.na(DOORDATZEIT), as.numeric(difftime(BALLOONDATZEIT, DOORDATZEIT, units = "mins")), NA_real_)
fn_erneute_PCI	boolean	Überprüft, ob eine Folge-PCI (Re-PCI) am gleichen Gefäß mit entsprechendem OPS-Kode erfolgt ist	{ ENTLDATUM_NA_omit <- as.character(ENTLDATUM) ENTLDATUM_NA_omit[is.na(ENTLDATUM)] <- "0" o <- rev(order(paste0(OPDATUM, "_", LFDNREINGRIFF, "_", ENTLDATUM_NA_omit, "_", VersionNr, "_", Vorgangsnr))) original_order <- order(o) (fn_HatFolgePCI[o] & (sdat_list(sdat_301_ops, lag(OPDATUM[o], 1L), lag(OPDATUM[o], 1L)) %any_like% LST\$OPS_PCI_Erneut))[original_order] } %group_by% meta_patientenanonym
fn_HatFolgePCI	boolean	Überprüft, ob eine Folge-PCI (Re-PCI) am gleichen Gefäß erfolgt ist	<pre>{ ENTLDATUM_NA_omit <- as.character(ENTLDATUM) ENTLDATUM_NA_omit[is.na(ENTLDATUM)] <- "0" o <- rev(order(paste0(OPDATUM, "_", LFDNREINGRIFF, "_", ENTLDATUM_NA_omit, "_", VersionNr, "_", Vorgangsnr))) original_order <- order(o) (as.numeric(difftime(lag(OPDATUM[o], 1L), OPDATUM[o], unit = "days")) %<=% 7 & lag(ARTPROZEDUR[o], 1L) %in% c(2,3) & lag(DRINGLICHPROZ[o], 1L) %in% c(2,3) & (</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre>(PCISTAMM[0] %==% 1 & lag(PCISTAMM[0], 1L) %==% 1) (PCILAD[0] %==% 1 & lag(PCILAD[0], 1L) %==% 1) (PCIRCX[0] %==% 1 & lag(PCIRCX[0], 1L) %==% 1) (PCIRCA[0] %==% 1 & lag(PCIRCA[0], 1L) %==% 1)) (original_order] } %group_by% meta_patientenanonym</pre>
fn_InfarktAkutRezidivInnerhalb7TageNachOP	boolean	neu aufgetretener akuter oder rezidiver postpro- zeduraler Herzinfarkt innerhalb von 7 Tagen	<pre>x <- OPDATUM + ifelse(OPDATUM %==% AUFNDATUM, 1, 0) (ZEITINFARKT %in% c(1,2) & ((difftime(PPINFARKTDATUM, OPDATUM, unit = "days") %>=% 0) & (difftime(PPINFARKTDATUM, OPDATUM, unit = "days") %<=% 7))) (ZEITINFARKT %==% 0 & ((sdat_list("301_icd", x, OPDATUM + 7, diagnoseart %==% 1) %any_like% LST\$ICD_PCI_MyokardinfarktAkutRezidiv & difftime(OPDATUM + 7, x) > 0) sdat_list("301_ops", OPDATUM, OPDATUM + 7) %any_like% LST\$OPS_PCI_Thrombolyse)) (GEFVERSCHLNR %==% 1)</pre>
fn_InfarktInnerhalb7TageNachOP	boolean	neu aufgetretener postprozeduraler Herzinfarkt innerhalb von 7 Tagen	<pre>x <- OPDATUM + ifelse(OPDATUM %==% AUFNDATUM, 1, 0) (ZEITINFARKT %in% c(1,2) & ((difftime(PPINFARKTDATUM, OPDATUM, unit = "days") %>=% 0) & (difftime(PPINFARKTDATUM, OPDATUM, unit = "days") %<=% 7))) (ZEITINFARKT %==% 0 & ((sdat_list("301_icd", x, OPDATUM + 7, diagnoseart %==% 1) %any_like% LST\$ICD_PCI_MyokardinfarktAkut & difftime(OPDATUM + 7, x) > 0) sdat_list("301_ops", OPDATUM, OPDATUM + 7) %any_like% LST\$OPS_PCI_Thrombolyse)) (GEFVERSCHLNR %==% 1)</pre>
fn_IstErstePCI	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der PCI um die PCI des zugehörigen Basisbogens handelt, die als erstes durchgeführt wurde. Finden zwei PCIs am selben	<pre>fn_IstMinOPDATUM_PCI & (LFDNRPCI %==% fn_MinLFDNR_PCI)</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script	
		Tag statt, wird die zeitliche Abfolge über die LFDNR ermittelt.		
fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt	boolean	Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	fn_IstErstePCI & INDIKPTCA %==% 4 & STEMIHD %==% 1	
fn_lstLetztePCI	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der PCI um die PCI der zugehörigen PID handelt, die als letztes durchgeführt wurde. Finden zwei PCIs am selben Tag statt, wird die zeitliche Abfolge über die LFDNR ermittelt.	<pre>fn_IstMaxOPDATUM_PCI & (LFDNRPCI %==% fn_MaxLFDNR_PCI)</pre>	
fn_IstLetztePCIvorVersterben	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der PCI um die PCI der zugehörigen PID handelt, die als letzte vor dem Versterben durchgeführt wurde.	{ o <- rev(order(paste0(fn_OPDATUM_PCI, "_", LFDNREINGRIFF, "_", ENTLDATUM, "_", VersionNr, "_", Vorgangsnr))) original_order <- order(o) (as.Date(fn_OPDATUM_PCI)[o] %<=% as.Date(sdat_sterbedatum)[o] & (is.na(lag(fn_OPDATUM_PCI[o], 1L)) lag(fn_OPDATUM_PCI[o], 1L) %>% as.Date(sdat_sterbedatum)[o]))[original_order] } %group_by% meta_patientenanonym	
fn_lstLetztePROZvorVersterben	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der Prozedur um die Prozedur der zugehörigen PID handelt, die als letzte vor dem Versterben durchgeführt wurde.	{ o <- rev(order(paste0(OPDATUM, "_", LFDNREINGRIFF, "_", ENTLDATUM, "_", VersionNr, "_", Vorgangsnr))) original_order <- order(o) (as.Date(OPDATUM)[o] %<=% as.Date(sdat_sterbedatum)[o] & (is.na(lag(OPDATUM[o], 1L)) lag(OPDATUM[o], 1L) %>% as.Date(sdat_sterbedatum)[o]))[original_order] } %group_by% meta_patientenanonym	
fn_IstMaxOPDATUM_PCI	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der PCI um die letzte (aktuellste) dokumentierte PCI des Versicherten handelt. Handelt es sich bei dem Eingriff nicht	<pre>replace_na (fn_OPDATUM_PCI == (maximum(fn_OPDATUM_PCI) %group_by% meta_patientenanonym), FALSE)</pre>	

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
		um eine PCI, so bekommt der Eingriff für dieses Feld den Wert FALSE zugewiesen.	
fn_lstMinOPDATUM_PCI	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der PCI um eine PCI mit dem ältesten OPDATUM des zugehörigen Basis- bogens handelt. Handelt es sich bei dem Eingriff nicht um eine PCI, so bekommt der Eingriff für dieses Feld den Wert FALSE zugewiesen.	<pre>replace_na (fn_OPDATUM_PCI == (minimum(fn_OPDATUM_PCI) %group_by% TDS_B), FALSE)</pre>
fn_LFDNRPCI_MaxOPDATUM	integer	Ermittelt pro PID die Nummer des laufenden Eingriffs derjenigen PCI mit dem letzten/aktuellsten angegebenen Operationsdatum.	<pre>ifelse (fn_IstMaxOPDATUM_PCI, LFDNRPCI, NA_integer_)</pre>
fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM	integer	Ermittelt pro Basisbogen die Nummer des laufenden Eingriffs derjenigen PCI mit dem frühesten angegebenen Operationsdatum.	<pre>ifelse (fn_IstMinOPDATUM_PCI, LFDNRPCI, NA_integer_)</pre>
fn_MACCE_KORO	boolean	Intraprozedural bei (mindestens) einer der durchgeführten Prozeduren: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss oder Exitus im Herzkatheterlabor und/ oder postprozedural bei (mindestens) einer der durchgeführten Prozeduren: TIA bzw. Schlaganfall, neu aufgetretener Herzinfarkt/Reinfarkt oder Tod bis zum 7. postprozeduralen Tag	fn_InfarktInnerhalb7TageNachOP fn_Schlaganfall_TIA_Innerhalb7TageNachOP fn_TodInnerhalb7Tage
fn_MACCE_PCI	boolean	intraprozedural bei (mindestens) einer der durchgeführten Prozeduren: TIA bzw. Schlagan- fall, koronarer Verschluss oder Exitus im Herzka- theterlabor oder postprozedural: TIA bzw. Schlaganfall, neu auf- getretener Herzinfarkt/Reinfarkt, Re-PCI am sel- ben Gefäß, CABG	fn_InfarktAkutRezidivInnerhalb7TageNachOP fn_Schlaganfall_TIA_Innerhalb7TageNachOP fn_CABGInnerhalb7TageNachOP fn_erneute_PCI fn_TodInnerhalb7Tage
fn_MaxLFDNR_PCI	integer	Ermittelt die höchste laufende Nummer bezüg- lich aller dokumentierter PCIs eines Versicherten	replace_na ((maximum(fn_LFDNRPCI_MaxOPDATUM) %group_by% meta_patientenanonym), -1)
fn_MinLFDNR_PCI	integer	Ermittelt die niedrigste laufende Nummer bezüglich aller PCIs eines Basisbogens.	replace_na ((minimum(fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM) %group_by% TDS_B), -1)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script	
fn_OPDATUM_PCI	date	Ermittelt pro Eingriff das OPDATUM, sofern es sich um eine PCI handelt.	as.Date(ifelse (ARTPROZEDUR %in% c(2, 3), as.character(OPDATUM), NA_character_))	
fn_PClScore_56005	float	PCI-Score zur logistischen Regression - ID 56005	-	
fn_PCIScore_56006	float	PCI-Score zur logistischen Regression - ID 56006	-	
fn_PCIScore_56007	float	PCI-Score zur logistischen Regression - ID 56007	-	
fn_PlausiBalloonDatum	boolean	Einschränkung auf Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1	<pre>substr(BALLOONDATUM, 1, 4) %in% c(VB\$Auswertungsjahr, (VB\$Auswertungsjahr - 1), NA_integer_)</pre>	
fn_PlausiDoorDatum	boolean	Einschränkung auf Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1	<pre>substr(DOORDATUM, 1, 4) %in% c(VB\$Auswertungsjahr, (VB\$Auswertungsjahr - 1), NA_integer_)</pre>	
fn_Schlaganfall_TIA_Innerhalb7TageNachOP	boolean	neu aufgetretene(r) postprozedurale(r) TIA/Schlaganfall innerhalb von 7 Tagen	<pre>x <- OPDATUM + ifelse(OPDATUM %==% AUFNDATUM, 1, 0) (TIA %==% 1 (ZEITSCHLAGANFALL %in% c(1, 2) & ((difftime(PPANFALLDATUM, OPDATUM, units = "days") %>=% 0) & (difftime(PPANFALLDATUM, OPDATUM, units = "days") %<=% 7)))) ((is.na(TIA) ZEITSCHLAGANFALL %==% 0) & ((sdat_list("301_icd", x, OPDATUM + 7, diagnoseart %==% 1) %any_like% c(LST\$ICD_PCI_Schlaganfall, LST\$ICD_PCI_TIA) & difftime(OPDATUM + 7, x) > 0) (sdat_list("301_ops", OPDATUM, OPDATUM + 7) %any_like% LST\$OPS_PCI_NeuroKomplexbeh)))</pre>	
fn_sdat_vorhanden	boolean	Prüft, ob QS-Daten mit Sozialdaten gematched wurden	!is.na(sdat_gebjahr)	
fn_Thrombininjektion	boolean	Ermittelt, ob in einem Abstand bis zu 7 Tagen nach einer Prozedur eine Thrombininjektion dokumentiert/abgerechnet wurde.	<pre>sdat_list("301_ops", OPDATUM, OPDATUM + 7) %any_like% LST\$OPS_PCI_Thrombininjektion sdat_list("300_pzn", OPDATUM, OPDATUM + 7) %any_like% LST\$PZN_PCI_Thrombininjektion</pre>	
fn_TodInnerhalb30Tage	boolean	Patient ist innerhalb von 30 Tagen nach (letzter) Prozedur verstorben	<pre>((difftime(sdat_sterbedatum, OPDATUM, unit = "days") %>=% 0) &</pre>	

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script	
			<pre>(difftime(sdat_sterbedatum, OPDATUM, unit = "days") %<=% 30)) & fn_IstLetztePCIvorVersterben</pre>	
fn_TodInnerhalb31TageBis1Jahr	boolean	Patient ist zwischen dem 31. postprozeduralen und dem 365. postprozeduralen Tag nach (letzter) Prozedur verstorben	<pre>((difftime(sdat_sterbedatum, OPDATUM, unit = "days") %>=% 31) & (difftime(sdat_sterbedatum, OPDATUM, unit = "days") %<=% 365)) & fn_IstLetztePCIvorVersterben</pre>	
fn_TodInnerhalb7Tage	boolean	Patient ist innerhalb von 7 Tagen nach (letzter) Prozedur verstorben	<pre>((difftime(sdat_sterbedatum, OPDATUM, unit = "days") %>=% 0) & (difftime(sdat_sterbedatum, OPDATUM, unit = "days") %<=% 7) & fn_IstLetztePROZvorVersterben EXITUS %==% 1)</pre>	
fn_TodInnerhalb8bis30Tage	boolean	Patient ist zwischen dem 8. postprozeduralen und dem 31. postprozeduralen Tag nach (letzter) Prozedur verstorben	<pre>((difftime(sdat_sterbedatum, OPDATUM, unit = "days") %>=% 8) & (difftime(sdat_sterbedatum, OPDATUM, unit = "days") %<=% 30)) & fn_IstLetztePCIvorVersterben</pre>	
fn_Transfusion	boolean	Ermittelt, ob in einem Abstand bis zu 7 Tagen nach einer Prozedur eine Transfusion dokumentiert/abgerechnet wurde.	{	

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre>sdat_list(sdat_301_amb_ebm, lag(OPDATUM[o], 1L), OPDATUM[o] + 7) %any_like% LST\$GOP_PCI_Transfusion sdat_list(sdat_295_ebm, lag(OPDATUM[o], 1L), OPDATUM[o] + 7) %any_like% LST\$GOP_PCI_Transfusion)))[original_order] } %group_by% meta_patientenanonym</pre>
fn_VorgangHatPCI	boolean	Ein Patient hatte innerhalb von 7 Tagen vor und nach einer dokumentierten Prozedur eine PCI	<pre>has_pid <- !is.na(meta_patientenanonym) pci_dates <- split(fn_OPDATUM_PCI[has_pid], meta_patientenanonym[has_pid]) date_hash <- new.env(size = length(pci_dates), hash = TRUE) pids <- names(pci_dates) for (i in seq_along(pci_dates)) { date_hash[[pids[[i]]]] <- pci_dates[[i]] } vapply(seq_along(OPDATUM), function(i) { if (is.na(meta_patientenanonym[i])) { return(FALSE) } dates <- date_hash[[meta_patientenanonym[i]]] time_diff <- difftime(OPDATUM[[i]], dates[!is.na(dates)], unit = "days") any(abs(time_diff) %<=% 7) }, logical(1))</pre>
fn_ZeitpunktKomplpunktionsnah	boolean	Postprozedurale Komplikationen aus dem Basis- bogen innerhalb von 7 Tagen	<pre>(difftime(PPTRANSFUSIONDATUM, OPDATUM, units = "days") %>=% 0) & (difftime(PPTRANSFUSIONDATUM, OPDATUM, units = "days") %<=% 7)</pre>



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

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Patientenbefragung PCI

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie. Patientenbefragung PCI. 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

Übersicht über die Qualitätsindikatoren	81
56100: Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	82
56101: Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	84
56102: Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	86
56103: Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	88
56104: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	90
56105: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	93
56106: Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	96
56107: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	99
56108: Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	. 101
56109: Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	. 103
56110: Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	. 105
56111: Patienteninformation nach der Prozedur	. 108
56112: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	. 111
56113: Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	. 114
56114: Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	. 116
56115: Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	. 118
56116: Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	. 120
56117: Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur	. 122
56118: Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	. 124
Anhang: Berechnete Felder	. 126

Übersicht über die Qualitätsindikatoren

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator
Indikationsstellung	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI
	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie
	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur
Prozessbegleitende Kontinuität und Koordination der Versorgung	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung
Prozessbegleitende Interaktion und Kom- munikation des Pflege- und Assistenzper- sonals	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals
Prozessbegleitende Interaktion und Kom- munikation der Ärztinnen und Ärzte	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte
Patienteninformation und Aufklärung vor	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur
elektiver Prozedur	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur
Entscheidungsbeteiligung der Patientin- nen und Patienten	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten
Wartezeiten für Patientinnen und Patienten	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur
Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur
Patienteninformation nach der Prozedur	Patienteninformation nach der Prozedur
	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI
	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI
Körperliches Wohlbefinden und Sicherheit	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI
Schmerzen und Beschwerden nach der	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung
Prozedur	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle
	Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur
Veränderung der Symptombelastung	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI

56100: Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI

Bezeichnung	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI
QI-ID	56100
Beschreibung	Der Indikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten vor Durchführung der PCI eine angemessene symptomatische Indikation durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals:
	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zur elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) bekommen und zurückgesendet haben (Fragebogen = 2).
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Qualitätsindikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts "Indikationsstellung":
	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vor der elektiven PCI spürbare Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene symptomatische Indikation aus Patientensicht besteht. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)
Risikoadjustierung	Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells erfolgt auf Basis der Daten des Regelbetriebs.

mögliche Risikofaktoren

- Festgestellte Krankheit: Diabetes (PAdiabetes)
- Festgestellte Krankheit: Herzinfarkt (PAherzinfarkt)
- Festgestellte Krankheit: Herzschwäche (Herzinsuffizienz) (PAherzschwae)
- Festgestellte Krankheit: Herzrhythmusstörungen (PAherzrhyth)
- Festgestellte Krankheit: Schlaganfall (PAschlaganf)
- Festgestellte Krankheit: Arterielle Verschlusskrankheit (PaVK, Schaufensterkrankheit),
 Durchblutungsstörungen in den Beinen (PAdurchblut)
- Festgestellte Krankheit: Chronische Lungenerkrankung (z.B. chronische Bronchitis, Lungenemphysem, COPD, Asthma) (PAasthma)
- Festgestellte Krankheit: chronische Nierenerkrankung (PAnierenerkr)
- Festgestellte Krankheit: Angeborener Herzfehler (PAherzfehler)
- Insulin benötigt (PAinsulin)
- Hatten Sie vor der Prozedur ein Spray, Zerbeißkapseln oder Tabletten, die Ihnen bei plötzlich auftretenden Angina-pectoris-Anfällen (Brustenge) bzw. herzbedingter Luftnot helfen sollten (z.B. Nitrospray)? (PAvornitro)
- Seit der Prozedur durchgeführt oder geplant: Stenteinlage am Herzen (PAnachpci)
- Seit der Prozedur durchgeführt oder geplant: Bypass-Operation (PAnachbypa)
- Seit der Prozedur durchgeführt oder geplant: eine andere Operation oder Eingriff am Herzen (PAnachoperat)
- Body-Mass-Index (Berechnetes Feld: PAgroesse und PAgewicht)
- Wurden sie in den letzten 12 Monaten schon einmal wiederbelebt? (PAwiederbe)
- Wurde bei Ihnen vor der Prozedur bereits eine Bypass-Operation (Operation am offenen Herzen) durchgeführt? (PAvorherbypass)

Rechenregeln

Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) beschrieben.

Datenfelder für die Indikatorberechnung Variablenname Fragentext Antwortoptionen (Skalierung) Fragebogen Zuordnung Fragebogen Elektive Koronarangiografie (1) Elektive PCI (isoliert, einzeitig) (2) Akute, dringende Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig) (3) Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI bf Indikation An-Berechnetes Feld Erfüllt (100) gemessen_PCI Nicht erfüllt (0)

56101: Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie

Bezeichnung	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie		
QI-ID	56101		
Beschreibung	Der Indikator misst, ob die Patientinnen und Patienten darüber informiert wurden, dass mit der Herzkatheteruntersuchung festgestellt werden soll, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird, ob vor der Untersuchung eine Bypass-Opertation oder eine andere Operation oder Eingriff am Herzen geplant war und inwieweit vor der Durchführung der Koronarangiografie eine Belastung durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat.		
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie		
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen zur elektiven Koronarangiografie bekommen und zurückgesendet haben (Fragebogen = 1).		
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre		
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind		
Rationale	Dieser Qualitätsindikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts "Indikationsstellung":		
	 Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie 		
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.		
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen über die Ziele und Folgen der Koronarangiografie informiert werden (Klärung, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird bzw. eine Bypass-Opertation oder eine andere Operation/Eingriff am Herzen geplant ist, die damit verbunden ist). Außerdem sollen Patientinnen und Patienten Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene Indikation aus Patientensicht abgeleitet werden kann. Der Indikatorwert soll hoch sein.		
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer		
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer		
Instrument	Patientenbefragung		
Datenquelle	Patientinnen und Patienten		
Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)		
Risikoadjustierung	Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells erfolgt auf Basis der Daten des Regelbetriebs.		
mögliche Risikofaktoren	 Festgestellte Krankheit: Diabetes (PAdiabetes) Festgestellte Krankheit: Herzinfarkt (PAherzinfarkt) Festgestellte Krankheit: Herzschwäche (Herzinsuffizienz) (PAherzschwae) Festgestellte Krankheit: Herzrhythmusstörungen (PAherzrhyth) Festgestellte Krankheit: Schlaganfall (PAschlaganf) 		

- Festgestellte Krankheit: Arterielle Verschlusskrankheit (PaVK, Schaufensterkrankheit),
 Durchblutungsstörungen in den Beinen (PAdurchblut)
- Festgestellte Krankheit: chronische Nierenerkrankung (PAnierenerkr)
- Festgestellte Krankheit: Chronische Lungenerkrankung (z.B. chronische Bronchitis, Lungenemphysem, COPD, Asthma) (PAasthma)
- Festgestellte Krankheit: Angeborener Herzfehler (PAherzfehler)
- Insulin benötigt (PAinsulin)
- Hatten Sie vor der Prozedur ein Spray, Zerbeißkapseln oder Tabletten, die Ihnen bei plötzlich auftretenden Angina-pectoris-Anfällen (Brustenge) bzw. herzbedingter Luftnot helfen sollten (z.B. Nitrospray)? (PAvornitro)
- Body-Mass-Index (Berechnetes Feld aus: PAgroesse und PAgewicht)
- Wurden sie in den letzten 12 Monaten schon einmal wiederbelebt? (PAwiederbe)
- Wurde bei Ihnen vor der Prozedur bereits eine Bypass-Operation (Operation am offenen Herzen) durchgeführt? (PAvorherbypass)

Rechenregeln

Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) beschrieben.

Datenfelder für die Indikatorberechnung Variablenname **Fragentext** Antwortoptionen (Skalierung) Fragebogen Zuordnung Fragebogen Elektive Koronarangiografie (1) Elektive PCI (isoliert, einzeitig) (2) Akute, dringende Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig) (3) Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie bf_Indikation_An-Berechnetes Feld Erfüllt (100) gemessen_Koro Nicht erfüllt (0)

56102: Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur

Bezeichnung	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur		
QI-ID	56102		
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, ob die Patientinnen und Patienten nach einer elektiven Koronarangiografie bzw. PCI (isoliert, einzeitig) direkt bei Entlassung einen Termin für eine Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten haben.		
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals:		
	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie		
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur elektiven Prozedur (Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig)) bekommen und zurückgesendet haben (Fragebogen = 1 2).		
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre		
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind		
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts "Indikationsstellung":		
	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie		
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.		
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen unmittelbar nach der Prozedur keinen Termin für eine weitere Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.		
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer		
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer		
Instrument	Patientenbefragung		
Datenquelle	Patientinnen und Patienten		
Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)		
Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) beschrieben.		

Datenfelder für die Indikatorberechnung					
	Variablenname	Fragentext ¹	Antwortoptionen (Skalierung) ²		
	Fragebogen	Zuordnung Fragebogen	☐ Elektive Koronarangio- grafie (1)		
			☐ Elektive PCI (isoliert, einzeitig) (2)		
			 Akute, dringende Koro- narangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig) (3) 		
	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie				
	PAkontrollt	Wurde mit Ihnen direkt im Anschluss an die Prozedur ein Termin für eine [wei- tere] Herzkatheteruntersu- chung zur Kontrolle verein- bart?	□ Ja (0)□ Nein (100)□ Weiß nicht mehr (na)		

¹ Im Folgenden wird stets eine neutrale Version der Fragenformulierung dargestellt. Die Formulierungen in den jeweiligen Fragebögen sind an die zutreffende durchgeführte Prozedur angepasst. Im Fragebogen zur elektiven PCI (isoliert, einzeitig) wird stets die Formulierung Eingriff (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis des Eingriffs bei mir ist."), im Fragebogen zur elektiven Koronarangiografie wird die Formulierung Untersuchung (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bei mir ist.") und im Fragebogen zur akuten bzw. dringenden Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert oder einzeitig) wird die Formulierung Untersuchung bzw. Eingriff (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bzw. des Eingriffs bei mir ist.") verwendet.

² Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

56103: Prozessbegleitende Koordination der Versorgung

Bezeichnung	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung
QI-ID	56103
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern die prozessbegleitende Koordination zwischen dem Pflege- und Assistenzpersonal widerspruchsfrei ablief und inwiefern es Patientinnen und Patienten ermöglicht wurde, Vertrauenspersonen zu den Gesprächen mit den Ärztinnen und Ärzten mitzunehmen.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten im Team
	Angebot, Angehörige einzubeziehen
Substichprobe	Alle Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen bekommen und zurückgesendet haben.
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf zwei Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts "Prozessbegleitende Kontinuität und Koordination der Versorgung":
	Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten im Team
	Angebot, Angehörige einzubeziehen
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci) zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten, die mit denen der Ärztinnen und Ärzte übereinstimmen. Außerdem soll Patientinnen und Patienten bei Bedarf ermöglicht werden, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in Gespräche mit einzubeziehen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)
Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen
mögliche Risikofaktoren	
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) beschrieben.

Datenfelder für die Indikatorberechnung					
	Variablenname	Fragentext	Antwortoptionen (Skalierung) ³		
	Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten im Team				
	PPInfwidersp	Wie häufig kam es vor, dass Sie vom Pflege- und Assis- tenzpersonal Informationen erhalten haben, die nicht mit den Informationen von den Ärztinnen und Ärzten übereingestimmt haben?	 □ Immer (0) □ Meistens (33) □ Selten (67) □ Nie (100) □ Weiß nicht mehr (na) 		
	Angebot, Angehörige einzubeziehen				
	ARangehörig	Wenn ich Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit den Ärz- tinnen bzw. Ärzten mitneh- men wollte, wurde mir dies ermöglicht.	□ Immer (100) □ Meistens (67) □ Selten (33) □ Nie (0) □ Wollte ich nicht (neutral) □ Weiß nicht mehr (na)		

³ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

56104: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals

Bezeichnung	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals
QI-ID	56104
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten dazu, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal gemacht haben.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: Höflicher und respektvoller Umgang Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals auf Anliegen der Patientinnen und Patienten ESprach- und Verständigungsbarrieren
Substichprobe	Alle Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgesendet haben.
Ausschlusskriterien	 Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf drei Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts "Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals":
	 Höflicher und respektvoller Umgang Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals auf Anliegen der Patientinnen und Patienten Sprach- und Verständigungsbarrieren
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen, respektvollen und zugewandten Umgang durch das Pflege- und Assistenzpersonal erfahren. Außerdem soll das Pflege- und Assistenzpersonal für die Patientinnen und Patienten bei Bedarf erreichbar sein und so gut Deutsch sprechen, dass eine Verständigung mit den Patientinnen und Patienten möglich ist. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)
Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen
mögliche Risikofaktoren	-
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellie-

rungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci) beschrieben.

Datenfelder für die Indikatorberechnung Variablenname **Fragentext** Antwortoptionen (Skalierung)4 Höflicher und respektvoller Umgang **PPerreichen** Wenn ich ein Anliegen Immer (100) hatte, konnte ich jemanden Meistens (67) vom Pflege- und Assistenz-Selten (33) personal erreichen. Nie (0) Weiß nicht mehr (na) **PPernst** Mit meinen Anliegen wurde Immer (100) ich ernst genommen. Meistens (67) Selten (33) Nie (0) Weiß nicht mehr (na) **PPrespekt** Ich wurde respektvoll be-Immer (100) handelt. Meistens (67) Selten (33) Nie (0) Weiß nicht mehr (na) **PPintim** Meine Intimsphäre wurde Immer (100) gewahrt (z. B. bei Toiletten-Meistens (67) gängen, bei der Körper-Selten (33) pflege oder der Verbandskontrolle). Nie (0) Weiß nicht mehr (na) Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals auf Anliegen der Patientinnen und Patienten PPlangewarten Ich musste lange warten, Immer (0) wenn ich Unterstützung an-Meistens (33) gefordert habe (z. B. bei Toilettengängen, bei der Kör-Selten (67) perpflege, zum Bereitstellen Nie (100) von Getränken). Weiß nicht mehr (na) Sprach- und Verständigungsbarrieren **PPdeutsch** Es kam vor, dass ich mich Immer (0) mit dem Pflege- und Assis-Meistens (33) tenzpersonal nicht verstän-Selten (67) digen konnte, weil es nicht gut Deutsch gesprochen Nie (100) hat.

⁴ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

Anlage 1 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie - Patientenbefragung

		Weiß nicht mehr (na)

56105: Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte

Bezeichnung	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte
QI-ID	56105
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzte gemacht haben.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale:
	Höflicher und respektvoller Umgang
	 Eingehen auf Informationsbedürfnisse der Patientin / des Patienten während des Aufenthalts
	Verwendung einer verständlichen Sprache durch Ärztinnen und Ärzte
	Sprach- und Verständigungsbarrieren
	Direkte Ansprache der Patientin / des Patienten
Substichprobe	Alle Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgesendet haben.
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf fünf Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts "Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte":
	Höflicher und respektvoller Umgang
	 Eingehen auf Informationsbedürfnisse der Patientin / des Patienten während des Aufenthalts
	Verwendung einer verständlichen Sprache durch Ärztinnen und Ärzte
	Sprach- und Verständigungsbarrieren
	Direkte Ansprache der Patientin / des Patienten
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen und respektvollen Umgang durch die Ärztinnen und Ärzte erfahren. Für die Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte bei Fragen erreichbar sein und Informationen sollen verständlich kommuniziert werden. Bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte so gut Deutsch sprechen, dass eine Verständigung möglich ist. In dem Beisein von Patientinnen und Patienten soll nicht über sie gesprochen werden, ohne sie einzubeziehen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)

Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen			
mögliche Risikofaktoren	-			
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) beschrieben.			
Datenfelder für die Indikate	orberechnung			
	Variablenname	Fragentext	Antwortoptionen (Skalierung) ⁵	
	Höflicher und respektvoller U	mgang		
	ARermutigt	In Gesprächen haben die Ärztinnen bzw. Ärzte mich ermutigt, Fragen zu stellen.	□ Immer (100) □ Meistens (67) □ Selten (33) □ Nie (0) □ Weiß nicht mehr (na)	
	ARernst	Mit meinen Anliegen wurde ich ernst genommen.	 Immer (100) Meistens (67) Selten (33) Nie (0) Weiß nicht mehr (na) 	
	ARrespekt	Ich wurde respektvoll be- handelt.	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)	
	Eingehen auf Informationsbedürfnisse der Patientin / des Patienten während des Aufenthalts			
	ARgelegenheit	Ich hatte Gelegenheit, eine Ärztin bzw. einen Arzt zu sprechen, wenn ich Fragen hatte.	 □ Immer (0) □ Meistens (33) □ Selten (67) □ Nie (100) □ Weiß nicht mehr (na) 	
	Verwendung einer verständlich	hen Sprache durch Ärztinnen u	nd Ärzte	
	ARInfverst	Die Informationen, die ich von den Ärztinnen bzw. Ärz- ten erhalten habe, waren für mich verständlich.	 □ Immer (100) □ Meistens (67) □ Selten (33) □ Nie (0) 	

⁵ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

			Weiß nicht mehr (na)
	ARfachwort	Ärztinnen bzw. Ärzte haben in Gesprächen mit mir Fach- wörter verwendet, die ich	Immer (0)
			Meistens (33)
		nicht verstanden habe.	Selten (67)
			Nie (100)
			Weiß nicht mehr (na)
	Sprach- und Verständigungsba	arrieren	
	ARdeutsch	Es kam vor, dass ich mich mit Ärztinnen bzw. Ärzten nicht verständigen konnte, weil sie nicht gut Deutsch gesprochen haben.	Immer (0)
			Meistens (33)
			Selten (67)
			Nie (100)
			Weiß nicht mehr (na)
	Direkte Ansprache der Patien	tin / des Patienten	
	ARgesprochen	In meinem Beisein haben Ärztinnen bzw. Ärzte über mich gesprochen, als ob ich	Immer (0)
			Meistens (33)
		nicht da wäre (z. B. bei der	Selten (67)
		Visite).	Nie (100)
			Weiß nicht mehr (na)

56106: Patienteninformation vor der elektiven Prozedur

Bezeichnung	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur
QI-ID	56106
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hin- reichend über den Hintergrund der geplanten Prozedur sowie möglichen Alternativen und Folgen aufgeklärt wurden, sodass sie bewusst der Behandlung zustimmen können.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale:
	■ Zielsetzung
	Behandlungsalternativen zum Eingriff
	Therapeutische Konsequenz
	Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen
	Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs (nur für elektive Koronarangiografie)
	Möglichkeit, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten
	Ablauf der Nachbeobachtung
	■ Besprechen von Sorgen und Ängsten
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur elektiven Prozedur (Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert oder einzeitig)) bekommen und zurückgesendet haben (Fragebogen = 1 2).
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf acht Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts "Patienteninformation und Aufklärung vor elektiver Prozedur": Zielsetzung
	Behandlungsalternativen zum Eingriff
	Therapeutische Konsequenz
	Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen
	Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs
	Möglichkeit, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten
	Ablauf der Nachbeobachtung
	Besprechen von Sorgen und Ängsten
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassend über die Zielsetzung, Behandlungsalternativen, die therapeutische Konsequenz, den Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen, den Ablauf der Nachbeobachtung, die Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs oder dass es möglich ist, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten, aufgeklärt werden. Patientinnen und Patienten sollen die Gelegenheit haben, über eventuelle Ängste und Sorgen zu sprechen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
	Patientenbefragung

Datenquelle	Patientinnen und Patienten				
Indikatorberechnung					
Referenzbereich	≥ 95 Punkte				
Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen				
mögliche Risikofaktoren	-				
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci) beschrieben.				
Datenfelder für die Indikate	orberechnung				
	Variablenname	Fragentext ⁶	Antwortoptionen (Skalierung) ⁷		
	Fragebogen	Zuordnung Fragebogen	 Elektive Koronarangiografie (1) Elektive PCI (isoliert, einzeitig) (2) Akute, dringende Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig) (3) 		
	Zielsetzung				
	Infvverbes	Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, was sich durch einen Stent verbes- sern soll, wenn er erforder- lich ist (z. B. Verbesserung von Angina-pectoris-Be- schwerden (Brustenge) oder herzbedingter Luftnot).	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)		
	Behandlungsalternativen zum	Eingriff			
	Infvalternat	Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, dass es auch andere Behandlungs- möglichkeiten als eine Sten- teinlage gibt.	□ Ja (100)□ Nein (0)□ Weiß nicht mehr (na)		

⁶ Im Folgenden wird stets eine neutrale Version der Fragenformulierung dargestellt. Die Formulierungen in den jeweiligen Fragebögen sind an die zutreffende durchgeführte Prozedur angepasst. Im Fragebogen zur elektiven PCI (isoliert, einzeitig) wird stets die Formulierung Eingriff (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis des Eingriffs bei mir ist."), im Fragebogen zur elektiven Koronarangiografie wird die Formulierung Untersuchung (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bei mir ist.") und im Fragebogen zur akuten bzw. dringenden Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert oder einzeitig) wird die Formulierung Untersuchung bzw. Eingriff (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bzw. des Eingriffs bei mir ist.") verwendet.

⁷ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

Therapeutische Konsequenz			
Infvmedis	Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, dass ich nach einer Stenteinlage regelmäßig Medikamente einnehmen muss.		Ja (100) Nein (0) Weiß nicht mehr (na)
Ablauf der Prozedur einschlie	ßlich zu erwartender Schmerze	n	
Infvablauf	Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, wie die Prozedur ablaufen wird.		Ja (100) Nein (0) Weiß nicht mehr (na)
Infvschmerz	Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, ob ich Schmerzen während der Prozedur zu erwarten habe.		Ja (100) Nein (0) Weiß nicht mehr (na)
Möglichkeit eines einzeitigen	Eingriffs		
Kinfvstenteing	Ich wurde vor der Untersuchung darüber informiert, dass bereits während der Herzkatheteruntersuchung ein Stent eingesetzt werden kann, falls es nötig ist.		Ja (100) Nein (0) Weiß nicht mehr (na)
Möglichkeit, auf Wunsch eine	e Sedierung zu erhalten		
Infvberuhig	Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, dass es möglich ist, für die Prozedur ein Beruhigungsmittel zu er- halten.		Ja (100) Nein (0) Weiß nicht mehr (na)
Ablauf der Nachbeobachtung			
Infvpassiert	Ich wurde vor der Prozedur darüber informiert, was in den ersten Stunden nach der Prozedur passiert (z. B. Liegezeiten, Essen, Trinken, Toilettengänge).		Ja (100) Nein (0) Weiß nicht mehr (na)
Besprechen von Sorgen und	Ängsten		
PAaengste	Hatten Sie die Möglichkeit, mit einer Ärztin oder einem Arzt über Ängste und Sor- gen zu sprechen, die Sie we- gen der bevorstehenden Prozedur hatten?		Ja (100) Nein (0) Habe ich nicht gebraucht (neutral) Weiß nicht mehr (na)

56107: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur

Bezeichnung	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur
QI-ID	56107
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor der geplanten Prozedur informiert wurden.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals:
	Absetzen oder Umstellen der Medikamente
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur elektiven Prozedur (Koronarangiografie und/oder PCI) bekommen und zurückgesendet haben, sowie bei der Frage PAmedisvor mit "ja" (100) geantwortet haben (Fragebogen = $1 \mid 2$).
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts "Patienteninformation und Aufklärung vor elektiver Prozedur":
	Absetzen oder Umstellen der Medikamente
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über den Umgang mit einer bestehenden Medikation vor der geplanten Prozedur informiert werden (Absetzen oder Umstellen ihrer Medikation). Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen
mögliche Risikofaktoren	-
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) beschrieben.

Datenfelder für die Indikatorberechnung					
	Variablenname	Fragentext ⁸		Antwortoptionen (Skalierung) ⁹	
	Fragebogen	Zuordnung Fragebogen		Elektive Koronarangio- grafie (1)	
				Elektive PCI (isoliert, einzeitig) (2)	
				Akute, dringende Koro- narangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig) (3)	
	Absetzen oder Umstellen der Medikamente				
	PAmedisvor	Haben Sie in den vier Wochen vor der Prozedur regelmäßig Medikamente eingenommen? Damit sind alle Medikamente gemeint. Hierzu gehören auch Medikamente, die nicht von einer Ärztin bzw. einem Arzt verschrieben wurden.		Ja (100)	
				Nein (0)	
				Weiß nicht mehr (na)	
	PAmedisweiter	Wurden Sie darüber infor- miert, wie Sie Ihre Medika- mente bis zum Eingriff ein- nehmen sollen?		Ja (100)	
				Nein (0)	
				Weiß nicht mehr (na)	

⁸ Im Folgenden wird stets eine neutrale Version der Fragenformulierung dargestellt. Die Formulierungen in den jeweiligen Fragebögen sind an die zutreffende durchgeführte Prozedur angepasst. Im Fragebogen zur elektiven PCI (isoliert, einzeitig) wird stets die Formulierung Eingriff (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis des Eingriffs bei mir ist."), im Fragebogen zur elektiven Koronarangiografie wird die Formulierung Untersuchung (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bei mir ist.") und im Fragebogen zur akuten bzw. dringenden Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert oder einzeitig) wird die Formulierung Untersuchung bzw. Eingriff (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bzw. des Eingriffs bei mir ist.") verwendet.

⁹ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

56108: Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten

Bezeichnung	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten			
QI-ID	56108			
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern si in der Vorbereitung einer Koronarangiografie bzw. PCI das Angebot zur Beteiligung am Ent scheidungsprozess erhalten haben.			
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals:			
	Angebot zur Beteiligung am Entscheidungsprozess			
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur elektiven Prozedur (Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert oder einzeitig)) bekommen und zurückgesendet haben (Fragebogen = $1\mid 2$).			
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre			
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind			
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts "Entscheidungsbeteiligung der Patientin / des Patienten vor elektiver Prozedur":			
	Angebot zur Beteiligung am Entscheidungsprozess			
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.			
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen je nach ihrem Bedürfnis in Entscheidungen, die die Prozedur betreffen, einbezogen werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.			
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer			
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer			
Instrument	Patientenbefragung			
Datenquelle	Patientinnen und Patienten			
Indikatorberechnung				
Referenzbereich	≥ 80 Punkte			
Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen			
mögliche Risikofaktoren	-			
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) beschrieben.			

	Variablenname	Fragentext		wortoptionen alierung) ¹⁰
	Fragebogen	Zuordnung Fragebogen		Elektive Koronarangio- grafie (1)
				Elektive PCI (isoliert, einzeitig) (2)
				Akute, dringende Koro- narangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig) (3)
	Angebot zur Beteiligung am Entscheidungsprozess			
	ARentscheidung	Ich wurde so viel in Ent- scheidungen einbezogen, wie ich wollte.		Immer (100)
				Meistens (67)
				Selten (33)
				Nie (0)
				Weiß nicht mehr (na)

¹⁰ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

56109: Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur

55100			
56109			
Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie lange sie vor der Prozedur im OP-Hemd warten mussten.			
Parameter des Qualitätsmerkmals:			
Wartezeit im Patientenhemd			
Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur elektiven Prozedur (Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert oder einzeitig) bekommen und zurückgesendet haben (Fragebogen = 1 2).			
■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre			
Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind			
Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts "Wartezeiten für Patientinnen und Patienten":			
Wartezeit im Patientenhemd			
Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.			
Die Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor soll für die Patientinnen und Patienten niedrig sein. Der Indikatorwert soll hoch sein.			
Stationärer/ambulanter Leistungserbringer			
Stationärer/ambulanter Leistungserbringer			
Patientenbefragung			
Patientinnen und Patienten			
≥ x Punkte (5. Perzentil)			
Ist nicht vorgesehen			
-			
Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) beschrieben.			

Variablenname	Fragentext	Antwortoptionen (Skalierung) ¹¹	
Fragebogen	Zuordnung Fragebogen	☐ Elektive Koronarangio- grafie (1)	
		☐ Elektive PCI (isoliert, einzeitig) (2)	
		 Akute, dringende Koro- narangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig) (3) 	
Wartezeit im Patientenhemd			
PAwarte	Bevor Sie ins Herzkatheter- labor gebracht wurden, ha-	☐ Weniger als eine Stunde (100)	
	ben Sie eine spezielle Klei- dung (OP-Hemd) anziehen müssen. Wie lange haben Sie in dieser Kleidung ge-	☐ Eine Stunde bis weniger als zwei Stunden (67)	
	wartet, bis Sie zum Herzka- theterlabor gebracht wur- den?	☐ Zwei Stunden bis weniger als drei Stunden (33)	
		□ Drei Stunden oder län- ger (0)	
		□ Weiß nicht mehr (na)	

¹¹ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

56110: Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur

Bezeichnung	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur
QI-ID	56110
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte während der elektiven Prozedur auf die Patientinnen und Patienten eingegangen sind, wie z. B. durch das persönliche Vorstellen der Ärztinnen und Ärzte oder durch das beruhigende Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals während der Prozedur.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale:
	 Kennenlernen der durchführenden Ärztin / des durchführenden Arztes vor der Prozedur
	 Kennenlernen der durchführenden Ärztin / des durchführenden Arztes vor der Prozedur II
	Erklären des Ablaufs
	Beruhigen der Patientin / des Patienten
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur elektiven Prozedur (Koronarangiografie und/oder PCI) bekommen und zurückgesendet haben, sowie bei der Frage PAlabberuhig mit "nein" (0) geantwortet haben (Fragebogen = 1 2).
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf vier Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts "Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur":
	 Kennenlernen der durchführenden Ärztin / des durchführenden Arztes vor der Prozedur
	 Kennenlernen der durchführenden Ärztin / des durchführenden Arztes vor der Prozedur II
	Erklären des Ablaufs
	Beruhigen der Patientin / des Patienten
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen die durchführende Ärztin / den durchführenden Arzt vor der Prozedur kennenlernen und ihnen soll der Ablauf erklärt werden. Das Pflege- und Assistenzpersonal soll während der Prozedur beruhigend auf die Patientinnen und Patienten eingehen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)

Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen				
mögliche Risikofaktoren	-				
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci) beschrieben.				
Datenfelder für die Indikato	orberechnung				
	Variablenname	Fragentext		wortoptionen lierung) ¹²	
	PAlabberuhig	Haben Sie während der Pro- zedur ein Beruhigungsmittel erhalten?		Ja (100) Nein (0) Weiß nicht mehr (na)	
	Fragebogen	Zuordnung Fragebogen		Elektive Koronarangio- grafie (1) Elektive PCI (isoliert, einzeitig) (2)	
				Akute, dringende Koro- narangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig) (3)	
	Kennenlernen der durchführenden Ärztin / des durchführenden Arztes vor der Prozed				
	ARlabname	Die Ärztin bzw. der Arzt hat sich mir mit Namen vorge- stellt.		Ja (100) Nein (0) Weiß nicht mehr (na)	
	Kennenlernen der durchführenden Ärztin / des durchführenden Arztes vor der Prozedur II				
	ARlabmundsch	Ich habe die Ärztin bzw. den Arzt ohne Mundschutz ge- sehen.		Ja (100) Nein (0) Weiß nicht mehr (na)	
	Erklären des Ablaufs				
	PAlaberklaer	Wurde Ihnen während der Prozedur erklärt, was pas- siert, z. B. was die Ärztin bzw. der Arzt gerade tut?		Ja (100) Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) Nein, ich wollte das nicht wissen (neutral) Weiß nicht mehr (na)	

¹² Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

Beruhigen der Patientin / des Patienten			
PPlabberuhig	Das Pflege- und Assistenz- personal ist beruhigend auf mich eingegangen.		Ja (100) Nein (0)
		Ш	Weiß nicht mehr (na)

56111: Patienteninformation nach der Prozedur

Bezeichnung	Patienteninformation nach der Prozedur
QI-ID	56111
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen nach der Prozedur die wesentlichen Informationen zur weiteren Versorgung gegeben wurden.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale:
	Besprechung des Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisses
	Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen
	Sportliche Betätigung
	Erkennen von und Umgang mit Komplikationen und Beschwerden nach Entlassung
	Weiterbehandlung durch einen Arzt oder Facharzt
	Sekundärprävention und Lebensstil
	Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente
Substichprobe	Alle Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgesendet haben.
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf sieben Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts "Patienteninformation nach der Prozedur":
	Besprechung des Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisses
	Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen
	Sportliche Betätigung
	Erkennen von und Umgang mit Komplikationen und Beschwerden nach Entlassung
	Weiterbehandlung durch einen Arzt oder Facharzt
	Sekundärprävention und Lebensstil
	Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur umfassend über das Untersuchungsbzw. Behandlungsergebnis, die Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen, das Erkennen von und den Umgang mit Komplikationen und Beschwerden, den Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente, sowie über die Notwendigkeit der weiteren medizinischen Betreuung informiert werden. Außerdem soll Patientinnen und Patienten bei Bedarf über Möglichkeiten der sportlichen Betätigung und der Sekundärprävention informiert werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten

Referenzbereich	≥ 95 Punkte			
Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen			
mögliche Risikofaktoren	-			
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci) beschrieben.			
Datenfelder für die Indikate	orberechnung			
	Variablenname	Fragentext ¹³	Antwortoptionen (Skalierung) ¹⁴	
	Besprechung des Untersuchu	ngs- oder Behandlungsergebnis	ses	
	Infnergeb	Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat	□ Ja (100)	
		mich darüber informiert, was das Ergebnis der Proze-	□ Nein (0)	
		dur bei mir ist.	☐ Weiß nicht mehr (na)	
	Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen			
	Infnverhalt	Wurden Sie darüber informiert, wie Sie sich in den ersten Tagen nach der Prozedur verhalten sollen (z. B. Hinweise zum Tragen von Lasten, Baden, Saunabesuche)?	☐ Ja, informiert, dass ich etwas beachten muss (100)	
			☐ Ja, ich wurde infor- miert, dass ich nichts beachten muss (100)	
			☐ Nein, ich erhielt keine Informationen (0)	
			☐ Weiß nicht mehr (na)	
	Infnverhaltdau	Wurden Sie darüber infor- miert, wie lange Sie diese	□ Ja (100)	
		Hinweise zu den Verhaltens-	☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)	
		maßnahmen einhalten sollen?	wens ment men (na)	
	Sportliche Betätigung			
	bf_Infnsportn_bei_PCI	Berechnetes Feld	□ Erfüllt (100)	
			□ Nicht erfüllt (0)	
	Erkennen von und Umgang m	it Komplikationen und Beschwe	erden nach Entlassung	

¹³ Im Folgenden wird stets eine neutrale Version der Frageformulierung dargestellt. Die Formulierungen in den jeweiligen Fragebögen sind an die zutreffende durchgeführte Prozedur angepasst. Im Fragebogen zur elektiven PCI (isoliert, einzeitig) wird stets die Formulierung Eingriff (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis des Eingriffs bei mir ist."), im Fragebogen zur elektiven Koronarangiografie wird die Formulierung *Untersuchung* (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bei mir ist.") und im Fragebogen zur akuten bzw. dringenden Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert oder einzeitig) wird die Formulierung *Untersuchung bzw. Eingriff* (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bzw. des Eingriffs bei mir ist.") verwendet.

¹⁴ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

Infnmedhilf	Ich wurde darüber infor- miert, bei welchen Be- schwerden ich sofort medi-		Ja (100)
			Nein (0)
	zinische Hilfe brauche (z. B.		Weiß nicht mehr (na)
	Nachblutungen, erneute Herzbeschwerden).		
	Herzbeschwerden.		
Weiterbehandlung durch ei	en Arzt oder Facharzt		
Infnbetreu	Ich wurde darüber infor-		Ja (100)
	miert, dass ich zur weiteren medizinischen Betreuung		Nein (0)
	eine Ärztin bzw. einen Arzt		Weiß nicht mehr (na)
	aufsuchen soll.		
Sekundärprävention und Lebensstil			
bf_Infnlebenssn_bei_PCI	Berechnetes Feld		Erfüllt (100)
			Nicht erfüllt (0)
Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente			
PAmedisnach	Wurden Sie darüber infor-		Ja (100)
	miert, wie Sie Ihre Medika- mente nach der Prozedur einnehmen sollen?		Nein (0)
			Weiß nicht mehr (na)

56112: Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI

Bezeichnung	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI
QI-ID	56112
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend und umfangreich über die Einnahme von Medikamenten nach der Prozedur informiert wurden.
Definition	Mittelwert der Parameter des Qualitätsmerkmals:
	Dauer der Einnahme von Medikamenten
	Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten
	Verhalten bei geplanter und ungeplanter Therapieunterbrechung der Medikation
	Art und Dosierung von Medikamenten
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) oder akuten bzw. dringenden Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert oder einzeitig) bekommen und zurückgesendet haben, bei denen eine PCI (isoliert oder einzeitig) durchgeführt wurde, sowie bei der Frage PAmedstent mit "ja" (100) geantwortet haben ((Proz_Art = 2 3) & (Fragebogen = 2 3)).
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf vier Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts "Patienteninformation und Aufklärung vor elektiver Prozedur":
	Dauer der Einnahme von Medikamenten
	Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten
	Verhalten bei geplanter und ungeplanter Therapieunterbrechung der Medikation
	Art und Dosierung von Medikamenten
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über die notwendige Medikation nach der Prozedur informiert werden (Dauer der Einnahme, Neben- und Wechselwirkungen, Verhalten bei geplanter oder ungeplanter Unterbrechung, sowie Art und Dosierung der Medikation). Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen
mögliche Risikofaktoren	-

Rechenregeln

Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) beschrieben.

Datenfelder für die Indikatorberechnung					
	Variablenname	Fragentext	Antwortoptionen (Skalierung) ¹⁵		
	PAmedstent	Nehmen Sie seit dem Ein- griff Medikamente wegen des Stents bzw. der Ballo- nerweiterung ein?	☐ Ja (100)☐ Nein (0)☐ Weiß nicht mehr (na)		
	Fragebogen	Zuordnung Fragebogen	 Elektive Koronarangiografie (1) Elektive PCI (isoliert, einzeitig) (2) Akute, dringende Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig) (3) 		
	Proz_Art	Art der durchgeführten Pro- zedur	□ Isolierte Koronarangio- grafie (1) □ Isolierte PCI (2) □ Einzeitig Koronarangio- grafie und PCI (3)		
	Dauer der Einnahme von Medikamenten				
	Infmedlange	Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, wie lange ich die Medika- mente einnehmen soll (z.B. ein Jahr, ein Leben lang).	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)		
	Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten				
	Infmedneben	Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die	□ Ja (100)□ Nein (0)□ Weiß nicht mehr (na)		

¹⁵ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

		Medikamente haben kön- nen.			
	Verhalten bei geplanter und ungeplanter Therapieunterbrechung der Medikation				
	Infmedverges	Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was ich tun soll, wenn ich vergessen habe, die Medi- kamente einzunehmen.	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)		
	Infmedunterb	Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was ich tun soll, wenn ich die Einnahme unterbrechen muss (z. B. wegen einer Operation).	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)		
	Art und Dosierung von Medikamenten				
	Infmedwelche	Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, welche Medikamente ich nach dem Eingriff einneh- men soll.	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)		
	Infmedwie	Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, wie ich die Medikamente einnehmen soll (z. B. zur Mahlzeit, zu einer bestimm- ten Tageszeit).	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)		

56113: Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI

Bezeichnung	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI
QI-ID	56113
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert wurden.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale:
	Rehabilitationsmöglichkeiten
	Psychische Belastung und Unterstützung
Substichprobe	Patientinnen und Patienten bei denen eine PCI (isoliert oder einzeitig) durchgeführt wurde und die einen Fragebogen zu einer dringenden bzw. akuten Prozedur (Koronarangiografie und/oder PCI) bekommen sowie zurückgesendet haben ((Proz_Art = 2 3) & (Fragebogen = 3)).
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf zwei Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts "Patienteninformation und Aufklärung vor elektiver Prozedur":
	Rehabilitationsmöglichkeiten
	Psychische Belastung und Unterstützung
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen
mögliche Risikofaktoren	-
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur

Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci) beschrieben.

giographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci) beschrieben. Datenfelder für die Indikatorberechnung Variablenname Antwortoptionen **Fragentext** (Skalierung)16 Fragebogen Zuordnung Fragebogen Elektive Koronarangiografie (1) Elektive PCI (isoliert, einzeitig) (2) Akute, dringende Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig) (3) Proz_Art Art der durchgeführten Pro-Isolierte Koronarangiozedur grafie (1) Isolierte PCI (2) Einzeitig Koronarangiografie und PCI (3) Rehabilitationsmöglichkeiten Ainfnreha Ich wurde über die Möglich-Ja (100) keiten einer Rehabilitation Nein (0) informiert. Weiß nicht mehr (na) Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten Ainfnnieder Ich wurde darüber infor-Ja (100) miert, an wen ich mich wen-Nein (0) den kann, wenn ich mich Weiß nicht mehr (na) niedergeschlagen oder traurig fühle oder mich heftige Ängste plagen (z. B. an eine Ärztin oder einen Arzt, Selbsthilfegruppen oder eine Therapeutin bzw. einen Therapeuten).

¹⁶ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

56114: Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI

Bezeichnung	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI		
QI-ID	56114		
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angabe der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie nach einer PCI bei Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen die benötigte Medikation bzw. ein Rezept bei Bedarf mitbekommen haben.		
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals:		
	Mitgabe der Entlassmedikation		
Substichprobe	Patientinnen und Patienten bei denen eine PCI (isoliert oder einzeitig) durchgeführt wurde, die einen Fragebogen zur elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) oder zur akuten bzw. dringenden Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert oder einzeitig) bekommen und zurückgesendet haben sowie die Fragen PAmedstent und PAentlass jeweils mit "ja" (100) beantwortet haben ((Proz_Art = 2 3) & (Fragebogen = 2 3)).		
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre		
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind		
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts "Körperliches Wohlbefinden und Sicherheit":		
	Mitgabe der Entlassmedikation		
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.		
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten, die vor einem Wochenende oder vor einem Feiertag entlassen worden sind, sollen bei Bedarf die benötigte Medikation oder ein Rezept von dem entlassenden Leistungserbringer mitbekommen. Der Indikatorwert soll hoch sein.		
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer		
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer		
Instrument	Patientenbefragung		
Datenquelle	Patientinnen und Patienten		
Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ 95 Punkte		
Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen		
mögliche Risikofaktoren			
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellie-		

rungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci) beschrieben.

Datenfelder für die Indikatorberechnung Variablenname Antwortoptionen **Fragentext** (Skalierung)17 Elektive Koronarangio-Fragebogen Zuordnung Fragebogen grafie (1) Elektive PCI (isoliert, einzeitig) (2) Akute, dringende Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig) (3) Proz_Art Art der durchgeführten Pro-Isolierte Koronarangiozedur grafie (1) Isolierte PCI (2) Einzeitig Koronarangiografie und PCI (3) **PAmedstent** Nehmen Sie seit dem Ein-Ja (100) griff Medikamente wegen Nein (0) des Stents bzw. der Ballo-Weiß nicht mehr (na) nerweiterung ein? Hierzu gehören auch Medikamente, die Sie nur in bestimmten Situationen einnehmen sollen, z. B. Nitrospray. **PAentlass** Sind Sie an einem Freitag, Ja (100) am Wochenende oder vor Nein (0) einem gesetzlichen Feiertag Weiß nicht mehr (na) nach Hause gegangen bzw. entlassen worden? Mitgabe der Entlassmedikation bf Mitgabe Medikamente Berechnetes Feld Erfüllt (100) Nicht erfüllt (0)

¹⁷ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

56115: Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung

Bezeichnung	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung		
QI-ID	56115		
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Beurteilung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie in der Nachbeobachtung regelmäßig gefragt wurden, ob sie Schmerzen haben und ob sie bei Bedarf Schmerzmittel erhalten haben.		
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals:		
	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung		
Substichprobe	Alle Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen bekommen und zurückgesendet haben.		
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre		
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind		
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts "Schmerzen und Beschwerden nach der Prozedur":		
	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung		
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.		
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen in der Nachbeobachtung nach Schmerzen gefragt werden und bei Bedarf Schmerzmittel erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.		
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer		
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer		
Instrument	Patientenbefragung		
Datenquelle	Patientinnen und Patienten		
Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)		
Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci) beschrieben.		

Datenfelder für die Indikatorberechnung				
	Variablenname	Fragentext	Antwortoptionen (Skalierung) ¹⁸	
	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung			
	PPnschmerz	Wurden Sie wiederholt vom Pflege- oder Assistenzperso- nal gefragt, ob Sie Schmer- zen haben (z. B. Rücken-, Gliederschmerzen oder Schmerzen durch den Druckverband)?	□ Ja (100)□ Nein (0)□ Weiß nicht mehr (na)	
	PAnschmerz	Haben Sie Schmerzmittel erhalten (z. B. gegen Rücken- und Gliederschmerzen oder bei Schmerzen durch den Druckverband)?	 Ja (100) Nein, ich hätte aber welche gebraucht (0) Nein, habe ich nicht gebraucht (neutral) Weiß nicht mehr (na) 	

¹⁸ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

56116: Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle

Bezeichnung	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle		
QI-ID	56116		
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie zum Zeitpunkt der Befragung noch Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle hatten.		
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals:		
	 Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle 		
Substichprobe	Alle Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen bekommen und zurückgesendet haben.		
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre		
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind		
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts "Schmerzen und Beschwerden nach der Prozedur":		
	 Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle 		
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.		
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur keine längerfristigen Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle haben. Der Indikatorwert soll hoch sein.		
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer		
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer		
Instrument	Patientenbefragung		
Datenquelle	Patientinnen und Patienten		
Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)		
Risikoadjustierung	Ist nicht vorgesehen		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) beschrieben.		

Variablenname	Fragentext ¹⁹	Antwortoptionen (Skalierung)
Sensibilitätsstörungen an den	Gliedmaßen der Punktionsstell	e
PAkribbeln	Ich habe heute noch Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an der Einstichstelle der Prozedur (Arm oder Leiste).	□ Ja (0) □ Nein (100)

¹⁹ Im Folgenden wird stets eine neutrale Version der Fragenformulierung dargestellt. Die Formulierungen in den jeweiligen Fragebögen sind an die zutreffende durchgeführte Prozedur angepasst. Im Fragebogen zur elektiven PCI (isoliert, einzeitig) wird stets die Formulierung Eingriff (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis des Eingriffs bei mir ist."), im Fragebogen zur elektiven Koronarangiografie wird die Formulierung *Untersuchung* (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bei mir ist.") und im Fragebogen zur akuten bzw. dringenden Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert oder einzeitig) wird die Formulierung *Untersuchung bzw. Eingriff* (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bzw. des Eingriffs bei mir ist.") verwendet.

56117: Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur

Bezeichnung	Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur
QI-ID	56117
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten nach der elektiven Prozedur keine behandlungsbedürftigen Hämatome aufweisen.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals:
	Nicht behandlungsbedürftige flächige Hämatombildung
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur elektiven Prozedur (Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert oder einzeitig) bekommen und zurückgesendet haben (Fragebogen = $1 2$).
Ausschlusskriterien	■ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts "Schmerzen und Beschwerden nach der Prozedur":
	Nicht behandlungsbedürftige flächige Hämatombildung
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven Prozedur keine behandlungsbedürftigen Hämatome aufweisen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)
Risikoadjustierung	Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells erfolgt auf Basis der Daten des Regelbetriebs.
mögliche Risikofaktoren	 Haben Sie vor der Prozedur Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen, eingenommen? (PAvormarcumar)
	Festgestellte Krankheit: chronische Nierenerkrankung (PAnierenerkr)
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) beschrieben.

Datenfelder für die Indikat	Datenfelder für die Indikatorberechnung						
	Variablenname	Fragentext ²⁰		wortoptionen alierung) ²¹			
	Fragebogen	Zuordnung Fragebogen		Elektive Koronarangio- grafie (1)			
				Elektive PCI (isoliert, einzeitig) (2)			
				Akute, dringende Koro- narangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig) (3)			
	Nicht behandlungsbedürftige flächige Hämatombildung						
	PAbluteschm	Ich hatte nach einer Woche immer noch Blutergüsse von der Prozedur, die sehr schmerzhaft waren.		Ja (0) Nein (100) Weiß nicht mehr (na)			
	PAbluteeinsc	Ich hatte nach einer Woche immer noch Blutergüsse von der Prozedur, die meine Bewegung einschränkten (z. B. Beugung des Handgelenks, Laufen).		Ja (0) Nein (100) Weiß nicht mehr (na)			
	PAblutearzt	Ich musste wegen der Blut- ergüsse eine Ärztin bzw. ei- nen Arzt aufsuchen.		Ja (0) Nein (100) Weiß nicht mehr (na)			

²⁰ Im Folgenden wird stets eine neutrale Version der Fragenformulierung dargestellt. Die Formulierungen in den jeweiligen Fragebögen sind an die zutreffende durchgeführte Prozedur angepasst. Im Fragebogen zur elektiven PCI (isoliert, einzeitig) wird stets die Formulierung Eingriff (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis des Eingriffs bei mir ist."), im Fragebogen zur elektiven Koronarangiografie wird die Formulierung *Untersuchung* (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bei mir ist.") und im Fragebogen zur akuten bzw. dringenden Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert oder einzeitig) wird die Formulierung *Untersuchung bzw. Eingriff* (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bzw. des Eingriffs bei mir ist.") verwendet.

²¹ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortotionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

56118: Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI

Bezeichnung	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI
QI-ID	56118
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten durch die elektive PCI eine Verbesserung der Symptomschwere erreicht wurde.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: • Verbesserung der Symptomschwere
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) bekommen und zurückgesendet haben, sowie die Frage PAvorangina mit "ja" (100) beantwortet haben (Fragebogen = 2).
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre
	Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts "Veränderung der Symptombelastung":
	"Verbesserung der Symptomschwere"
	Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie"</i> (https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci/) zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) eine Verbesserung der Symptomschwere spüren. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indi- katorergebnis	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnis- rückmeldung	Stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)
Risikoadjustierung	Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells erfolgt auf Basis der Daten des Regelbetriebs.
mögliche Risikofaktoren	 Seit Prozedur durchgeführt oder geplant: Stenteinlage am Herzen (PAnachpci) Festgestellte Krankheit: Diabetes (PAdiabetes) Insulin benötigt (PAinsulin) Hatten Sie vor der Prozedur ein Spray, Zerbeißkapseln oder Tabletten, die Ihnen bei plötzlich auftretenden Angina-pectoris-Anfällen (Brustenge) bzw. herzbedingter Luftnot helfen sollten (z.B. Nitrospray)? (PAvornitro)
Rechenregeln	Es wird für jeden Qualitätsindikator, der durch verschiedene Fragen operationalisiert ist, ein Punktwert (0 - 100 Punkte) basierend auf den Antworten der Patientinnen und Patienten vergeben. Um das bestmögliche Ergebnis zu erhalten, müssen alle Fragen positiv (im Sinne des Qualitätsziels) beantwortet werden. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Zur Berechnung des Indikators für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellie-

Keine Verbesserung (0)

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL PCI - Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie - Patientenbefragung

rungsansatz verwendet, welcher die hierarchische Struktur der Fragen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird ausführlich im Abschlussbericht "Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie" (Kapitel 12, https://iqtig.org/qs-berichte/patientenbefragung-pci) beschrieben. Datenfelder für die Indikatorberechnung Variablenname Antwortoptionen **Fragentext** (Skalierung)²² ☐ Elektive Koronar-Fragebogen Zuordnung Fragebogen angiografie (1) ☐ Elektive PCI (isoliert, einzeitig) (2) ☐ Akute, dringende Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert, einzeitig) (3) Verbesserung der Symptomschwere **PAvorangina** Hatten Sie vor dem Eingriff □ Ja (100) Angina-pectoris-Beschwer-□ Nein (0) den (Brustenge) bzw. herz-□ Weiß nicht mehr (na) bedingte Luftnot (z. B. bei bestimmten Belastungen, aber auch in Ruhe)? bf_PAnachbeeintrangina Berechnetes Feld Sehr stark (100) Eher stark (75) Eher leicht (50) Überhaupt nicht (25) Keine Beschwerden (0) bf Symptomverbesserung Berechnetes Feld Größte Verbesserung (100)(83)(67)(50)(33)(17)

²² Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

Anhang: Berechnete Felder

In Folgenden werden die in den Qualitätsindikatoren verwendeten berechneten Felder dargestellt. Neben der Berechnung werden auch die zugehörigen Items samt Antwortoptionen und -skalierung dargestellt. Die Items sind nach ihren zugehörigen Qualitätsmerkmalen sortiert.

Qualitätsindikator	Berechnetes Feld	R-Code	Variablenname	Fragentext ²³	Antwortoptionen (Ska- lierung) ²⁴
56100 "Symptomatische Indi- kation aus Patientensicht bei elektiver PCI"	bf_Indikation_Angemessen_PCI	100 * ((PAvorangina == 100) & (((Anginaruhe == 100 Anginaleicht == 100 Anginaschwer == 100) & (PAvorbeeintr >= 50))		Indikation aus Patienten Hatten Sie vor dem	
		(Anginaleicht == 50 Anginaschwer == 50 Anginaschwer == 50 (PAvorbeeintr >= 75)))	PAvorangina	Eingriff Angina-pectoris-Beschwerden (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot (z. B. bei bestimmten Belastungen, aber auch in Ruhe)?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
			Anginaausserg	Bei außergewöhnli- chen Belastungen (z. B. bei plötzlich hoher Belastung bei der Ar- beit oder wenn ich über eine längere	□ Ja (100) □ Nein (0)

²³ Im Folgenden wird stets eine neutrale Version der Fragenformulierung dargestellt. Die Formulierungen in den jeweiligen Fragebögen sind an die zutreffende durchgeführte Prozedur angepasst. Im Fragebogen zur elektiven PCI (isoliert, einzeitig) wird stets die Formulierung *Eingriff* (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis des Eingriffs bei mir ist."), im Fragebogen zur elektiven Koronarangiografie wird die Formulierung *Untersuchung* (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bei mir ist.") und im Fragebogen zur akuten bzw. dringenden Koronarangiografie und/oder PCI (isoliert oder einzeitig) wird die Formulierung *Untersuchung bzw. Eingriff* (z. B: "Eine Ärztin bzw. ein Arzt hat mich darüber informiert, was das Ergebnis der Untersuchung bzw. des Eingriffs bei mir ist.") verwendet.

²⁴ Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit (na) dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit (neutral) dargestellt.

Qualitätsindikator	Berechnetes Feld	R-Code	Variablenname	Fragentext ²³	Antwortoptionen (Skalierung) ²⁴
				Distanz schnell gehe oder laufe).	☐ Habe ich wegen der Angina pectoris bzw. herzbedingten Luftnot vermieden (100) ☐ Konnte/machte ich aus anderen Gründen nicht (neutral)
			Anginaschwer	Bei schweren Alltagstätigkeiten (z. B. beim Tragen von schweren Gegenständen, wie Einkaufstüten oder Wasserkisten, bei der Gartenarbeit).	□ Ja (100) □ Nein (0) □ Habe ich wegen der Angina pectoris bzw. herzbedingten Luftnot vermieden (100) □ Konnte/machte ich aus anderen Gründen nicht (neutral)
			Anginaleicht	Bei leichten Alltagstätigkeiten (z. B. beim Gehen einer geraden Strecke, beim Anoder Ausziehen, beim Waschen oder Duschen).	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Habe ich wegen der Angina pecto-

Qualitätsindikator	Berechnetes Feld	R-Code	Variablenname	Fragentext ²³	Antwortoptionen (Ska- lierung) ²⁴
					ris bzw. herzbedingten Luftnot vermieden (100) Konnte/machte ich aus anderen Gründen nicht (neutral)
			Anginaruhe	In Ruhe (z. B. beim Sitzen auf einem Stuhl oder Sessel, beim Schlafen).	☐ Ja (100) ☐ Nein (0)
			PAvorbeeintr	Wie beeinträchtigt waren Sie in Ihrem Alltag vor dem Ein- griff durch Angina pectoris (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot?	□ Sehr stark (100) □ Eher stark (75) □ Eher leicht (50) □ Überhaupt nicht (25) □ Weiß nicht mehr (na)
56101 "Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie"	bf_Indikation_Angemes- sen_Koro	bf_Indikation_Angemessen_Koro = 100 * ((PAvoroperation == 100) (PAvorbypass == 100) ((PAvorangina == 100) & (Kinfvstentbyp == 100) &	Indikation aus Pa	tientensicht bei elektive	r Koronarangiografie
			PAvorangina	Hatten Sie vor der Untersuchung An- gina-pectoris-Be-	☐ Ja (100) ☐ Nein (0)

Qualitätsindikator	Berechnetes Feld	R-Code	Variablenname	Fragentext ²³	Antwortoptionen (Ska- lierung) ²⁴
		(((Anginaruhe == 100 Anginaleicht == 100 Anginaschwer == 100) & (PAvorbeeintr >= 50)) (Anginaleicht == 50 Anginaschwer == 50 Anginaausserg == 50) (PAvorbeeintr >= 75))))		schwerden (Brust- enge) bzw. herzbe- dingte Luftnot (z. B. bei bestimmten Be- lastungen, aber auch in Ruhe)?	□ Weiß nicht mehr (na)
			Anginaausserg	Bei außergewöhnlichen Belastungen (z. B. bei plötzlich hoher Belastung bei der Arbeit oder wenn ich über eine längere Distanz schnell gehe oder laufe).	□ Ja (100) □ Nein (0) □ Habe ich wegen der Angina pectoris bzw. herzbedingten Luftnot vermieden (100) □ Konnte/machte ich aus anderen Gründen nicht (neutral)
			Anginaschwer	Bei schweren Alltagstätigkeiten (z. B. beim Tragen von schweren Gegenständen, wie Einkaufstüten oder Wasserkisten, bei der Gartenarbeit).	□ Ja (100) □ Nein (0) □ Habe ich wegen der Angina pecto- ris bzw. herzbe- dingten Luftnot vermieden (100) □ Konnte/machte ich aus anderen

Qualitätsindikator	Berechnetes Feld	R-Code	Variablenname	Fragentext ²³	Antwortoptionen (Ska- lierung) ²⁴
					Gründen nicht (neutral)
			Anginaleicht	Bei leichten Alltagstätigkeiten (z.B. beim Gehen einer geraden Strecke, beim An- oder Ausziehen, beim Waschen oder Du- schen).	□ Ja (100) □ Nein (0) □ Habe ich wegen der Angina pectoris bzw. herzbedingten Luftnot vermieden (100) □ Konnte/machte ich aus anderen Gründen nicht (neutral)
			Anginaruhe	In Ruhe (z. B. beim Sitzen auf einem Stuhl oder Sessel, beim Schlafen).	□ Ja (100) □ Nein (0)
			PAvorbeeintr	Wie beeinträchtigt waren Sie in Ihrem Alltag vor der Unter- suchung durch An- gina pectoris (Brust- enge) bzw. herzbe- dingte Luftnot?	□ Sehr stark (100) □ Eher stark (75) □ Eher leicht (50) □ Überhaupt nicht (25) □ Weiß nicht (na)

Qualitätsindikator	Berechnetes Feld	R-Code	Variablenname	Fragentext ²³	Antwortoptionen (Ska- lierung) ²⁴
			Kinfvstentbyp	Ich wurde vor der Untersuchung dar- über informiert, dass mit der Herzkatheter- untersuchung festge- stellt werden soll, ob ich einen Stent oder eine Bypass-Opera- tion brauche	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
			PAvorbypass	Vor der Untersu- chung geplant: By- pass-Operation	□ Ja (100) □ Nein (0)
			PAvoroperation	Vor der Untersu- chung geplant: Eine andere Operation oder Eingriff am Her- zen	□ Ja (100) □ Nein (0)
56114 "Angebot der	bf_Mitgabe_Medikamente	bf_Mitgabe_Medikamente =	Mitgabe der Entl	assmedikation	
Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI"		100 * ((PAmedmitb == 100)	PArezept	Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause ge- gangen sind, ein Re- zept für Medika- mente mitbekom- men?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
			PAmedmitb	Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause ge-	□ Ja (100)

Qualitätsindikator	Berechnetes Feld	R-Code	Variablenname	Fragentext ²³	Antwortoptionen (Ska- lierung) ²⁴
				gangen sind, Medika- mente mitbekom- men?	□ Nein, ich habe keine Medika- mente bekommen (0)
					☐ Nein, ich wollte keine Medika- mente mitnehmen (neutral)
					☐ Nein, ich musste keine Medika- mente einnehmen (neutral)
					☐ Weiß nicht mehr (na)
56111 "Patienteninformation	bf_Infnlebenssn_bei_PCI	bf_Infnlebenssn_bei_PCI =	Sekundärprävent	ion und Lebensstil	
nach der Prozedur"		ifelse ((Proz_Art %in% c(2,3) & Infnlebenss ==100), 100, ifelse ((Proz_Art %in% c(2,3) & Infnlebenss ==0), 0, NA))	Infnlebenss	Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Herzerkrankung durch meinen Lebensstil beeinflussen kann (z. B. durch körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, Reduktion bzw. Halten des Körpergewichts, Rauchentwöhnung).	□ Ja (100) □ Nein (0) □ Weiß nicht mehr (na)

Qualitätsindikator	Berechnetes Feld	R-Code	Variablenname	Fragentext ²³	Antwortoptionen (Ska- lierung) ²⁴	
			Proz_Art	Art der durchgeführ- ten Prozedur	 Isolierte Koronarangiografie (1) Isolierte PCI (2) Einzeitig Koronarangiografie und PCI (3) 	
	bf_Infnsportn_bei_PCI	bf_Infnsportn_bei_PCI =	Sportliche Betäti	gung		
		ifelse ((Proz_Art %in% c(2,3) & Infnsport ==100), 100, ifelse ((Proz_Art %in% c(2,3) & Infnsport ==0), 0, NA))	Infnsportn Proz_Art	Mir wurden Empfehlungen zu Bewegung oder Sport gegeben, die zu mir passen. Art der durchgeführten Prozedur	□ Ja (100) □ Nein (0) □ Weiß nicht mehr (na) □ Isolierte Koronarangiografie (1) □ Isolierte PCI (2) □ Einzeitig Koronarangiografie und PCI (3)	
56118 "Verbesserung der	Symptomschwere bei elekti-	bf_PAnachbeeintrangina =	Verbesserung der Symptomschwere			
Symptomschwere bei elekti- ver PCI"		ifelse ((PAnachangina == 0), 0, PAnachbeeintr)	PAnachangina	Hatten Sie nach dem Eingriff Angina-pec- toris-Beschwerden (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot (z. B. bei bestimmten	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)	

Qualitätsindikator	Berechnetes Feld	R-Code	Variablenname	Fragentext ²³	Antwortoptionen (Skalierung) ²⁴
				Belastungen, aber auch in Ruhe)?	
			PAnachbeeintr	Wie beeinträchtigt sind Sie seit dem Ein- griff durch Angina pectoris (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot?	□ Sehr stark (100) □ Eher stark (75) □ Eher leicht (50) □ Überhaupt nicht (25)
	bf_Symptomverbesserung	bf_Symptomverbesserung =	Verbesserung de	r Symptomschwere	'
		round(100 * ((PAvorbeeintr - bf_PAnachbeeintrangina) + 50)/150, 0)	PAvorbeeintr	Wie beeinträchtigt waren Sie in Ihrem Alltag vor dem Ein- griff durch Angina pectoris (Brustenge) bzw. herzbedingte Luftnot?	□ Sehr stark (100) □ Eher stark (75) □ Eher leicht (50) □ Überhaupt nicht (25)
			bf_PAnachbe- eintrangina	bf_PAnachbeeintran- gina	Sehr stark (100) Eher stark (75) Eher leicht (50) Überhaupt nicht (25) Keine Beschwerden (0)



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

Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen: Dialyse

Erfassungsjahr 2021

Stand: 18.11.2020

Impressum

Thema:

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen: Dialyse. 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

© IQTIG 2020 Stand: 18.11.2020 2

Inhaltsverzeichnis

Gruppe: Aufklärung über Behandlungsoptionen	5
572001: Aufklärung über Behandlungsoptionen	6
572048: Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	8
Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	10
572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	11
572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	13
Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	15
572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	16
572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	18
Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse	20
572004: Katheterzugang bei Hämodialyse	21
572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	23
Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche	25
572005: Dialysefrequenz pro Woche	26
572052: Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	28
Gruppe: Dialysedauer pro Woche	30
572006: Dialysedauer pro Woche	31
572053: Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	33
Gruppe: Ernährungsstatus	35
572007: Ernährungsstatus	36
572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	38
Gruppe: Anämiemanagement	40
572008: Anämiemanagement	41
572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	43
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse	45
572009: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse	46
572056: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	48
Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	50
572010: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	51
572057: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und	53

Gruppe: 1-Jahres-Überleben	55
572011: 1-Jahres-Überleben	56
572058: 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	58
Gruppe: 2-Jahres-Überleben	60
572012: 2-Jahres-Überleben	61
572059: 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	63
Gruppe: 3-Jahres-Überleben	65
572013: 3-Jahres-Überleben	66
572060: 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	68
Gruppe: 5-Jahres-Überleben	70
572014: 5-Jahres-Überleben	71
572061: 5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	73
Gruppe: 10-Jahres-Überleben	75
572015: 10-Jahres-Überleben	76
572062: 10-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	78
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	80
Anhang II: Listen	81
Anhang III: Vorberechnungen	82
Anhang IV: Funktionen	83

Gruppe: Aufklärung über Behandlungsoptionen

Bezeichnung Gruppe	Aufklärung über Behandlungsoptionen	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden	

© IQTIG 2020 Stand: 18.11.2020 5

572001: Aufklärung über Behandlungsoptionen

Eigenschaften und Berechnung

ID	572001
Bezeichnung	Aufklärung über Behandlungsoptionen
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
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, die nicht über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden
	Nenner
	Alle Patientinnen und Patienten, die mit einer chronischen Dialysebehand- lung begonnen haben
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen.
	Als Patientinnen und Patienten, die eine chronische Dialyse erhalten, werden alle Patientinnen und Patienten gezählt, die seit mindestens 13 Wochen eine Dialyse erhalten. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patientinnen bzw. Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieses Indikators eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben.
	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	

© IQTIG 2020 Stand: 18.11.2020 6

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse 572001: Aufklärung über Behandlungsoptionen

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

© IQTIG 2020 7 Stand: 18.11.2020

572048: Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

ID	572048
Bezeichnung	Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die (bzw. deren Sorgeberechtigten) nicht über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Erläuterung der Rechenregel	Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Als Patientinnen und Patienten, die eine chronische Dialyse erhalten, werder alle Patientinnen und Patienten gezählt, die seit mindestens 13 Wochen eine Dialyse erhalten. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patientinnen bzw. Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berech nung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl 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 diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	

© IQTIG 2020 Stand: 18.11.2020 8

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL

NET-DIAL - Dialyse 572048: Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

© IQTIG 2020 Stand: 18.11.2020 9

Gruppe: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt

Bezeichnung Gruppe	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, bei denen keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde

572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt

Eigenschaften und Berechnung

ID	572002
Bezeichnung	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen. Der Indikator kann erstmals im dritten Jahr des Regelbetriebs ausgewertet werden. Dabei sind dann alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.01.2020 bis zum 30.09.2020 mit einer Dialysetherapie begonnen haben, in der Grundgesamtheit des Indikators eingeschlossen. Als Patientinnen und Patienten, die eine chronische Dialyse erhalten, werden alle Patientinnen und Patienten gezählt, die seit mindestens 13 Wochen eine Dialyse erhalten. 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	-

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse 572002: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

ID	572049
Bezeichnung	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
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 unter 18 Jahren, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die mit einer chronischen Dialysebehandlung begonnen haben
Erläuterung der Rechenregel	Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Die Kennzahl kann erstmals im dritten Jahr des Regelbetriebs ausgewertet werden. Dabei sind dann alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.01.2020 bis zum 30.09.2020 mit einer Dialysetherapie begonnen haben, in der Grundgesamtheit der Kennzahl eingeschlossen. Als Patientinnen und Patienten, die eine chronische Dialyse erhalten, werden alle Patientinnen und Patienten gezählt, die seit mindestens 13 Wochen eine Dialyse erhalten. Die Auswertung dieser Kennzahl 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 diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL

NET-DIAL - Dialyse

572049: Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

Gruppe: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung

Bezeichnung Gruppe	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind	

572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung

Eigenschaften und Berechnung

ID	572003
Bezeichnung	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehand- lung
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung über einen funktionsfähigen Shunt dialysiert werden Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die seit mindestens 180 Tagen eine Hämodialyse wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen. Innerhalb von 180 Tagen nach Dialysebeginn muss mindestens einmal angegeben werden, dass die Patientin bzw. der Patient über einen Shunt (Prothesenshunt oder Fistel) dialysiert wird. Ist dies nicht der Fall, wird die Patientin bzw. der Patient im Zähler erfasst. Die Grundgesamtheit umfasst die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.07. des Jahres vor dem Erfassungsjahr und dem 30.06. des Erfassungsjahres mit der Hämodialysebehandlung begonnen haben. 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)	

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse

572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung

Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

ID	572050
Bezeichnung	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
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 im Alter von 10 bis 17 Jahren, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der chronischen Dialysebehandlung über einen funktionsfähigen Shunt dialysiert werden Nenner Alle Patientinnen und Patienten im Alter von 10 bis 17 Jahren, die seit mindestens 180 Tagen eine Hämodialyse wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten
Erläuterung der Rechenregel	Es werden nur Patientinnen und Patienten im Alter von 10 bis 17 Jahren eingeschlossen.
	Innerhalb von 180 Tagen nach Dialysebeginn muss mindestens einmal angegeben werden, dass die Patientin bzw. der Patient über einen Shunt (Prothesenshunt oder Fistel) dialysiert wird. Ist dies nicht der Fall, wird die Patientin bzw. der Patient im Zähler erfasst.
	Die Grundgesamtheit umfasst die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.07. des Jahres vor dem Erfassungsjahr und dem 30.06. des Erfassungsjahres mit der Hämodialysebehandlung begonnen haben.
	Die Auswertung dieser Kennzahl 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 diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse

572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

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

Gruppe: Katheterzugang bei Hämodialyse

Bezeichnung Gruppe	Katheterzugang bei Hämodialyse
Qualitätsziel	Möglichst wenige Hämodialysepatientinnen und -patienten, die über einen Katheter dialysiert werden

572004: Katheterzugang bei Hämodialyse

Eigenschaften und Berechnung

ID	572004
Bezeichnung	Katheterzugang bei Hämodialyse
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (90. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (90. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
	Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 überwiegend über einen Katheter dialysiert werden Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die eine Hämodialyse wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen. "Überwiegend" bedeutet, dass mehr als 50 % der im Beobachtungszeitraum erhaltenen Dialysen über einen Katheter erfolgt sind. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieses Indikators eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. 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)	
, ,	

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse

Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

ID	572051
Bezeichnung	Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
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 unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 überwiegend über einen Katheter dialysiert werden Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die eine Hämodialyse wegen chronischer Niereninsuffizienz erhalten
Erläuterung der Rechenregel	Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. "Überwiegend" bedeutet, dass mehr als 50 % der im Beobachtungszeitraum erhaltenen Dialysen über einen Katheter erfolgt sind. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl 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 diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse

572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

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

Gruppe: Dialysefrequenz pro Woche

Bezeichnung Gruppe	Dialysefrequenz pro Woche	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten	

572005: Dialysefrequenz pro Woche

Eigenschaften und Berechnung

ID	572005
Bezeichnung	Dialysefrequenz pro Woche
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten, die in mehr als 10 % der Wochen im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten haben Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren und Patientinnen und Patienten, die mittels einer Heimdialyse behandelt werden, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieses Indikators eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Es werden alle Dialysen einer Patientin bzw. eines Patienten innerhalb von vollen Wochen zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 berücksichtigt. Als volle Wochen gelten alle Kalenderwochen mit 7 Tagen, in denen kein
	vollen Wochen zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 berücksich-

572005: Dialysefrequenz pro Woche

	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 Vorjahresergeb- nissen	

572052: Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

ID	572052
Bezeichnung	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
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 unter 18 Jahren, die in mehr als 10 % der Wochen im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten haben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 eine chronische Hämodialyse erhalten
Erläuterung der Rechenregel	Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die mittels einer Heimdialyse behandelt werden, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Es werden alle Dialysen einer Patientin bzw. eines Patienten innerhalb von vollen Wochen zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 berücksichtigt. Als volle Wochen gelten alle Kalenderwochen mit 7 Tagen, in denen kein wesentliches Ereignis (Transplantation, Zentrumswechsel, Krankenhauseinweisung, sonstige Beendigung, Tod) aufgetreten ist. Der Beobachtungszeitraum umfasst alle vollen Kalenderwochen zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 und dem 30.09.2021.

572052: Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	Die Auswertung dieser Kennzahl 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 diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

Gruppe: Dialysedauer pro Woche

Bezeichnung Gruppe	Dialysedauer pro Woche	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt	

572006: Dialysedauer pro Woche

Eigenschaften und Berechnung

ID	572006
Bezeichnung	Dialysedauer pro Woche
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	
	≤ 15,00 %
Referenzbereich 2020	\(\leq 15,00 \% \)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
	Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 eine chronische Hämodialyse erhalten
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren und Patientinnen und Patienten, die mittels einer Heimdialyse behandelt werden, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieses Indikators eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Es werden alle Dialysen einer Patientin bzw. eines Patienten innerhalb von vollen Wochen zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 berücksichtigt. Als volle Wochen gelten alle Kalenderwochen mit 7 Tagen, in denen kein wesentliches Ereignis (Transplantation, Zentrumswechsel, Krankenhauseinweisung, sonstige Beendigung, Tod) aufgetreten ist. Der Beobachtungszeitraum umfasst alle vollen Kalenderwochen zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021. Bei der Berechnung wird die Dialysedauer aller Dialysen einer vollen Woche

572006: Dialysedauer pro Woche

	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 Vorjahresergeb- nissen	

572053: Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

ID	572053
Bezeichnung	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
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 unter 18 Jahren, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 eine chronische Hämodialyse erhalten
Erläuterung der Rechenregel	Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die mittels einer Heimdialyse behandelt werden, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Es werden alle Dialysen einer Patientin bzw. eines Patienten innerhalb von vollen Wochen zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 berücksichtigt. Als volle Wochen gelten alle Kalenderwochen mit 7 Tagen, in denen kein wesentliches Ereignis (Transplantation, Zentrumswechsel, Krankenhauseinweisung, sonstige Beendigung, Tod) aufgetreten ist. Der Beobachtungszeitraum umfasst alle vollen Kalenderwochen zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021.

	aufsummiert und durch die Gesamtzahl der vollen Wochen geteilt.
	Die Auswertung dieser Kennzahl 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 diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

Gruppe: Ernährungsstatus

Bezeichnung Gruppe	Ernährungsstatus
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden

572007: Ernährungsstatus

Eigenschaften und Berechnung

ID	572007
Bezeichnung	Ernährungsstatus
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Einführung eines Referenzbereichs wird auf Basis der Erfahrungen des Regelbetriebs geprüft.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Patientinnen und Patienten, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen sowohl einen niedrigen Albuminwert als auch einen hohen Gewichtsverlust hatten Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 eine chronische Dialyse erhalten
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekantt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieses Indikators eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Grundgesamtheit umfasst nur Patientinnen und Patienten, für die Angaben zu Referenzdialysen aus mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen vorliegen. Für die Erfassung im Zähler müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: - Albumin < 35 g/l (In den Referenzdialysen zweier aufeinanderfolgende Quartale) UND - Gewichtsverlust > 5 % in 3 Monaten oder Gewichtsverlust > 10 % in 6 Monaten (ödemfreies Körpergewicht bei HD-Patienten nach der Dialyse und bei PD-Patienten nach Entleeren des Dialysats.)"

	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 Vorjahresergeb- nissen	

572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

ID	572054
Bezeichnung	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen sowohl einen niedrigen Albuminwert als auch einen hohen Gewichtsverlust hatten Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.09.2021 eine chronische Dialyse erhalten
Erläuterung der Rechenregel	Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Grundgesamtheit umfasst nur Patientinnen und Patienten, für die Angaben zu Referenzdialysen aus mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen vorliegen. Für die Erfassung im Zähler müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: - Albumin < 35 g/l (In den Referenzdialysen zweier aufeinanderfolgende Quartale) UND - Gewichtsverlust > 5 % in 3 Monaten oder Gewichtsverlust > 10 % in 6 Monaten (ödemfreies Körpergewicht bei HD-Patienten nach der Dialyse und bei

	Die Auswertung dieser Kennzahl 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 diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

Gruppe: Anämiemanagement

Bezeichnung Gruppe	Anämiemanagement
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie

572008: Anämiemanagement

Eigenschaften und Berechnung

ID	572008
Bezeichnung	Anämiemanagement
Indikatortyp	_
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Ratenbasiert
Berechnungsart	Nateribasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Einführung eines Referenzbereichs wird auf Basis der Erfahrungen des Regelbetriebs geprüft.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler
	Patientinnen und Patienten, bei denen die Werte von Hämoglobin, Ferritin oder Transferrin-Sättigung und CRP in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen im Beobachtungszeitraum außerhalb der jeweils definierten Grenzwerte liegen.
	Nenner
	Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialyse erhalten
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieses Indikators eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben.
	Die Grundgesamtheit umfasst nur Patientinnen und Patienten, für die Angaben zu Referenzdialysen aus mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen vorliegen. Für die Erfassung im Zähler müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: - Hämoglobin< 9,0 g/l (In den Referenzdialysen zweier aufeinanderfolgende Quartale) UND - Ferritin < 100 ng/ml oder Transferrin-Sättigung < 20 % (In den Referenzdia-

	UND - CRP < 1 mg/dl (In den Referenzdialysen zweier aufeinanderfolgende Quartale). 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 Vorjahresergeb- nissen	

572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

ID	572055
Bezeichnung	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
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 unter 18 Jahren, bei denen die Werte von Hämoglobin, Ferritin oder Transferrin-Sättigung und CRP in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen im Beobachtungszeitraum außerhalb der jeweils definierten Grenzwerte liegen Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialyse erhalten
Erläuterung der Rechenregel	Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Grundgesamtheit umfasst nur Patientinnen und Patienten, für die Angaben zu Referenzdialysen aus mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen vorliegen. Für die Erfassung im Zähler müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: - Hämoglobin < 9,0 g/l (In den Referenzdialysen zweier aufeinanderfolgende Quartale) UND - Ferritin < 100 ng/ml oder Transferrin-Sättigung < 20 % (In den Referenzdialysen zweier aufeinanderfolgende Quartale)

572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

	UND
	- CRP < 1 mg/dl (In den Referenzdialysen zweier aufeinanderfolgende Quartale).
	Die Auswertung dieser Kennzahl 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 diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse

Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse

Bezeichnung Gruppe	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse
Qualitätsziel	Möglichst wenige Hämodialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer zugangsassoziierten Komplikation stationär behandelt werden müssen

572009: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse

Eigenschaften und Berechnung

ID	572009
Bezeichnung	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Hämodialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am Zugang aufgetretenen Komplikation im Beobachtungszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Hämodialyse erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieses Indikators eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über 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)	

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse

572009: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse

Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

572056: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

572056: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

ID	572056
Bezeichnung	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hä- modialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Hämodialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die aufgrund eine am Zugang aufgetretenen Komplikation im Beobachtungszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Hämodialyse erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL

NET-DIAL - Dialyse

572056: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

Gruppe: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen

Bezeichnung Gruppe	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD- Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen	

572010: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen

Eigenschaften und Berechnung

ID	572010
Bezeichnung	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion im Beobachtungszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Peritonealdialyse erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieses Indikators eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über 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	

572057: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

572057: Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

ID	572057
Bezeichnung	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Peritonealdialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion im Beobachtungszeitraum mindestens einmal stationär behandelt werden mussten Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Peritonealdialyse erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse

 $572057: Hospitalisierung \ aufgrund \ von \ PD-Katheter-assoziierten \ Infektionen \ bei \ Patientinnen \ und \ Patienten \ unter \ 18 \ Jahren$

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

Gruppe: 1-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	1-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben

572011: 1-Jahres-Überleben

Eigenschaften und Berechnung

ID	572011
Bezeichnung	1-Jahres-Überleben
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Einführung eines Referenzbereichs wird auf Basis der Erfahrungen des Regelbetriebs geprüft.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen sowie Patientinnen und Patienten, die im Verlauf des ersten Jahres nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	-

572011: 1-Jahres-Überleben

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572058: 1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über 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.		
Indikatortyp Art des Wertes Transparenzkennzahl Bezug zum Verfahren DeQS Berechnungsart Referenzbereich 2021 Referenzbereich 2020 Efläuterung zum Referenzbereich 2021 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 unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Erläuterung der Rechenregel Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf des ersten Jahres nach Beginn der Dialysebehandlung ein Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung in 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, oh die Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, oh die Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, oh die Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, oh die Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, oh die Dialysebehandlung im 6. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst beständigenden frässungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die um Stellten Patienten, der Brätentinnen und Patienten, die um Stellten Patienten und Patienten, die zwischen dem O1.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Reinzahl umfasst daher die Patientinnen	ID	572058
Art des Wertes Transparenzkennzahl Bezug zum Verfahren DeQS Berechnungsart Referenzbereich 2021	Bezeichnung	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Bezug zum Verfahren DeQS Berechnungsart Ratenbasiert Referenzbereich 2021 - Referenzbereich 2020 - Erläuterung zum Referenzbereich 2021 - Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 - Bethode der Risikoadjustierung Keine weitere Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung - Rechenregeln Zähler Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Erläuterung der Rechenregel Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf des ersten Jahres nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 3 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluse eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Frassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten, Da dem 107116 zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formei) entwickelt und angewendet werden.	Indikatortyp	-
Referenzbereich 2021	Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Referenzbereich 2020 - Erläuterung zum Referenzbereich 2021 - Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 - Methode der Risikoadjustierung Keine weitere Risikoadjustierung Frläuterung der Risikoadjustierung - Rechenregeln Zähler Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Erläuterung der Rechenregel Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Erläuterung der Rechenregel Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung in 4. Quartal eines Erfassungsjahre beginnt, bekenn bis einer Schung der Rechen Dialysebehandlung in 4. Quartal eines Erfassungsjahre beginnt, bekenn bis eine Schung der Rechen Britassungsjahre soll mit der Patienten, deren Dialysebehandlung mit 3 aufeinanderfolgenden Patienten und Patienten, deren Dialysebehandlung mit 3 aufeinanderfolgenden Britassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 0.1.0.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über 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.	Bezug zum Verfahren	DeQS
Referenzbereich 2020 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 unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Erläuterung der Rechenregel Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysebauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung in 4. Quartal eines Erfassungsjahre beginnt, bekenn bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsiahres beginnt, bekenn Dialysebehandlung er Augurtal eines Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 0.1.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über 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.	Berechnungsart	Ratenbasiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2021 Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 Methode der Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung Rechenregeln Zähler Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Erläuterung der Rechenregel Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf des ersten Jahres nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines patientligen gebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem O1.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über 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.	Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 Methode der Risikoadjustierung Friäuterung der Risikoadjustierung Rechenregeln Zähler Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Erläuterung der Rechenregel Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf des ersten Jahres nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienting gebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über 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.	Referenzbereich 2020	-
Methode der Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung Zähler Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Erläuterung der Rechenregel Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf des ersten Jahres nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientennen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über 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.		-
Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben Nenner		-
Zähler Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben Nenner	Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf des ersten Jahres nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.	Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Patientinnen und Patienten, die im Verlauf des ersten Jahres nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über 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.	Rechenregeln	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten ha-
	Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten, die im Verlauf des ersten Jahres nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet
Zähler (Formel)	Teildatensatzbezug	
	Zähler (Formel)	

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

Gruppe: 2-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	2-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben

572012: 2-Jahres-Überleben

Eigenschaften und Berechnung

ID	572012
Bezeichnung	2-Jahres-Überleben
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Einführung eines Referenzbereichs wird auf Basis der Erfahrungen des Regelbetriebs geprüft.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen sowie Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von zwei Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	-

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse 572012: 2-Jahres-Überleben

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572059: 2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

ID	572059
Bezeichnung	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
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 unter 18 Jahren, die zwei Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von zwei Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	

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

Gruppe: 3-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	3-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben

572013: 3-Jahres-Überleben

Eigenschaften und Berechnung

ID	572013
Bezeichnung	3-Jahres-Überleben
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Einführung eines Referenzbereichs wird auf Basis der Erfahrungen des Regelbetriebs geprüft.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen sowie Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von drei Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	-

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse 572013: 3-Jahres-Überleben

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572060: 3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

ID	572060
Bezeichnung	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
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 unter 18 Jahren, die drei Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von drei Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	

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

Gruppe: 5-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	5-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben

572014: 5-Jahres-Überleben

Eigenschaften und Berechnung

ID	572014
Bezeichnung	5-Jahres-Überleben
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Einführung eines Referenzbereichs wird auf Basis der Erfahrungen des Regelbetriebs geprüft.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen sowie Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von fünf Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	-

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse 572014: 5-Jahres-Überleben

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572061: 5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren Indikatortyp S-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten Indikatort	Ligenschaften und Berechnung	
Indikatortyp Art des Wertes Transparenzkennzahl Bezug zum Verfahren DeQS Berechnungsart Referenzbereich 2021 Referenzbereich 2020 Erläuterung zum Referenzbereich Erläuterung zum Referenzbereich Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 Keine weitere Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung Keine weitere Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung Rechenregein Zähler Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom On1.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Erläuterung der Rechenregel Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von fünf Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahren ohn einten für alle Patientinnen und Patienten, die verden diese Patienten piece keiner gegebenenfalls erst im draardfolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten, die verkischen dem Ol.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erlogt über Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl dere Etipunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl dere Etipunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl dere Etipunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl dere Etipunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl dere Etipunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl dere Etipunkt noch keine Sozialda	ID	572061
Bezug zum Verfahren DeQS	Bezeichnung	5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Bezug zum Verfahren DeOS	Indikatortyp	-
Referenzbereich 2021	Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Referenzbereich 2020 Erläuterung zum Referenzbereich 2021 Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 Methode der Risikoadjustierung Rechenregeln Zähler Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Erläuterung der Rechenregel Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahre beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahre beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahre beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahre beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahre beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahre heit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem O1.10.2020 und das mind auf dieser Kennzahl eines Erfassungsjahre heit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem O1.10.2020 und das mind auf dieser Kennzahl eines Erfassungsjahre heit dieser Kennzahl umfasst daher di	Bezug zum Verfahren	DeQS
Referenzbereich 2020 Erläuterung zum Referenzbereich 2021 Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 Methode der Risikoadjustierung Keine weitere Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung - Zähler Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Erläuterung der Rechenregel Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von fünf Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahre in die Berechnung dieser Kennzahl im 4. Quartal eines Erfassungsjahre se bejinnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eines Erfassungsjahre in Berechnung dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronischen Dialysehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.	Berechnungsart	Ratenbasiert
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 Methode der Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung Rechenregeln Zähler Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01:10:2020 bis 30:09:2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Erläuterung der Rechenregel Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von fünf Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekant ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01:10:2020 und dem 30:09:2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.	Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 Methode der Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung Rechenregeln Zähler Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Erläuterung der Rechenregel Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von fünf Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem O1.10.2000 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.	Referenzbereich 2020	-
Methode der Risikoadjustierung Keine weitere Risikoadjustierung	_	-
Erläuterung der Risikoadjustierung Zähler		-
Zähler Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner	Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von fünf Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.	Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von fünf Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.	Rechenregeln	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten ha-
	Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von fünf Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet
Zähler (Formel)	Teildatensatzbezug	
	Zähler (Formel)	

572061: 5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

Gruppe: 10-Jahres-Überleben

Bezeichnung Gruppe	10-Jahres-Überleben
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben

572015: 10-Jahres-Überleben

Eigenschaften und Berechnung

ID	572015
Bezeichnung	10-Jahres-Überleben
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Einführung eines Referenzbereichs wird auf Basis der Erfahrungen des Regelbetriebs geprüft.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
	Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen sowie Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von zehn Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	-

572015: 10-Jahres-Überleben

Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

572062: 10-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Eigenschaften und Berechnung

ID	572062
Bezeichnung	10-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
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 unter 18 Jahren, die zehn Jahre nach Dialysebeginn leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben
Erläuterung der Rechenregel	Es werden nur Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren eingeschlossen. Patientinnen und Patienten, die im Verlauf von zehn Jahren nach Beginn der Dialysebehandlung eine Nierentransplantation erhalten haben, werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d.h. einer Dialysedauer von mind. 13 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenannahmeschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialysedauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieser Kennzahl eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieser Kennzahl umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10.2020 und dem 30.09.2021 eine chronische Dialysebehandlung erhalten haben. Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Sozialdaten. Da dem IQTIG zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Sozialdaten geliefert wurden, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	

Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse Anhang II: Listen

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse Anhang III: Vorberechnungen

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

© IQTIG 2020 Stand: 18.11.2020 82

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-DIAL - Dialyse Anhang IV: Funktionen

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

© IQTIG 2020 Stand: 18.11.2020 83



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

Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen: Nierentransplantation

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen: Nierentransplantation. 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

572016: Intra- oder postoperative Komplikationen	4
572017: Sterblichkeit im Krankenhaus	7
572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	10
572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	14
572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	18
572021: 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	22
Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung	25
572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	26
572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	29
Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation	32
572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	33
572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	35
572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	37
572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation	42
572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation	47
572029: Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation	52
Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen	55
572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	56
572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	58
572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	60
572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation	64
572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation	68
572035: Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation	72
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	75
Anhang II: Listen	76
Anhang III: Vorberechnungen	77
Anhang IV: Funktionen	78

572016: Intra- oder postoperative Komplikationen

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra-
	oder postoperativen Komplikationen nach isolierter Nierentransplantation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
PNTX: 26:T	durchgeführte Trans- plantation	М	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 	KOMBTRANSNIERE
			5 = Kombination Niere mit anderen Organen6 = Kombination Pankreas mit anderen ren Organen	
PNTX: 47:T	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation	К	 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
PNTX: 55:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	К	-	ENTLDATUM

Eigenschaften und Berechnung

ID	572016			
Bezeichnung	Intra- oder postoperative Komplikationen			
Indikatortyp	Ergebnisindikator			
Art des Wertes	Qualitätsindikator			
Bezug zum Verfahren	DeQS			
Berechnungsart	Ratenbasiert			
Referenzbereich 2021	≤ 25,00 %			
Referenzbereich 2020	≤ 25,00 %			
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens und beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung.			
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-			
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung			
Erläuterung der Risikoadjustierung	-			
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten mit mindestens einer intra- oder postoperativen Komplikation (Grad 3 oder 4 nach Clavien-Dindo) während des stationären Aufenthaltes Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation			
Erläuterung der Rechenregel	Die Erfassung der aufgetretenen Komplikationen erfolgt nach der Clavien- Dindo-Klassifikation.			
Teildatensatzbezug	NTX:P			
Zähler (Formel)	CLAVIENDINDO %in% c(3,4)			
Nenner (Formel)	fn_EntlassungInAJ & fn_txIsolierteNiere			
Verwendete Funktionen	fn_AJ fn_EntlassungInAJ fn_EntlassungJahr fn_txIsolierteNiere			
Verwendete Listen	-			
Darstellung	-			
Grafik	-			
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen				

572017: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus versterben
---------------	--

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname
PNTX: 25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
PNTX: 26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
PNTX: 55:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	К	-	ENTLDATUM
PNTX: 57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
PNTX: EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	572017		
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus		
Indikatortyp	Ergebnisindikator		
Art des Wertes	Qualitätsindikator		
Bezug zum Verfahren	DeQS		
Berechnungsart	Ratenbasiert		
Referenzbereich 2021	≤ 5,00 %		
Referenzbereich 2020	<u>'</u>		
	≤ 5,00 %		
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens und beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung.		
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 Nierentransplantationen 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.		
	Patientinnen und Patienten mit einer Pankreastransplantation im gleichen Aufenthalt werden in diesem Indikator nicht berücksichtigt.		
Teildatensatzbezug	NTX:T		
Zähler (Formel)	ENTLGRUND %==% "07"		
Nenner (Formel)	<pre>fn_EntlassungInAJ & fn_nurIsoNiereTxInAufenthalt & fn_IstErsteTxInAufenthalt</pre>		
Verwendete Funktionen	fn_AJ fn_EntlassungInAJ fn_EntlassungJahr fn_IstErsteTxInAufenthalt fn_nurIsoNiereTxInAufenthalt fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff fn_txIsolierteNiere		
Verwendete Listen	-		
Darstellung	-		
Grafik	-		
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb-			

572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname▼
PNTX: 25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
PNTX: 26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
PNTX: 37:T	OP-Datum	К	-	OPDATUM
PNTX: 57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
PNTX: EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
PNTX: FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
PNTX: FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
PNTX: FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	572018			
Bezeichnung	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status			
Indikatortyp	Ergebnisindikator			
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)			
Bezug zum Verfahren	DeQS			
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status			
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %			
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %			
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens und beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung.			
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 isolierter Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Ret ransplantation 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	NTX:P			
Zähler (Formel)	!fn_TodInnerhalb1Jahr			
Nenner (Formel)	<pre>fn_FUlJFaelligInAJ & fn_txIsolierteNiere & fn_IstLetzteTransplantation & fn_StatusBekanntlJ</pre>			
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU1J fn_FU1JFaelligInAJ fn_IstLetzteTransplantation fn_MaxAbstTageFUErhebung fn_MinAbstTageBisTod fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff fn_StatusBekannt1J fn_TodInnerhalb1Jahr fn_txIsolierteNiere fn_ZeitbisTod			
Verwendete Listen	-			

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-NTX - Nierentransplantation 572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach der Nierentransplantation leben

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
PNTX: 25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
PNTX: 26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
PNTX: 37:T	OP-Datum	К	-	OPDATUM
PNTX: 57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
PNTX: EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
PNTX: FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
PNTX: FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
PNTX: FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	572019		
Bezeichnung	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status		
Indikatortyp	Ergebnisindikator		
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)		
Bezug zum Verfahren	DeQS		
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status		
Referenzbereich 2021	≥ 85,00 %		
Referenzbereich 2020	≥ 85,00 %		
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereichs beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung.		
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 isolierter Nierentransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Rete		
Erläuterung der Rechenregel	ransplantation werden ausgeschlossen 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. Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich dieser Indikator jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2019 bezieht zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen.		
Teildatensatzbezug	NTX:P		
Zähler (Formel)	!fn_TodInnerhalb2Jahr		
Nenner (Formel)	<pre>fn_FU2JFaelligInAJ & fn_txIsolierteNiere & fn_IstLetzteTransplantation & fn_StatusBekannt2J</pre>		
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU2J fn_FU2JFaelligInAJ fn_IstLetzteTransplantation fn_MaxAbstTageFUErhebung fn_MinAbstTageBisTod fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff fn_StatusBekannt2J		

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-NTX - Nierentransplantation 572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	fn_TodInnerhalb2Jahr fn_txIsolierteNiere fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Nierentransplantation leben
	Qualitätsziel

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
PNTX: 25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
PNTX: 26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
PNTX: 37:T	OP-Datum	К	-	OPDATUM
PNTX: 57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
PNTX: EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
PNTX: FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
PNTX: FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
PNTX: FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

Eigenschaften und Bereenhang			
ID	572020		
Bezeichnung	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status		
Indikatortyp	Ergebnisindikator		
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)		
Bezug zum Verfahren	DeQS		
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status		
Referenzbereich 2021	≥ 80,00 %		
Referenzbereich 2020	≥ 80,00 %		
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung.		
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 isolierter Nierentransplantation, 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. Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich dieser Indikator jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2018 bezieht zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen.		
Teildatensatzbezug	NTX:P		
Zähler (Formel)	!fn_TodInnerhalb3Jahr		
Nenner (Formel)	<pre>fn_FU3JFaelligInAJ & fn_txIsolierteNiere & fn_IstLetzteTransplantation & fn_StatusBekannt3J</pre>		
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU3J fn_FU3JFaelligInAJ fn_IstLetzteTransplantation fn_MaxAbstTageFUErhebung fn_MinAbstTageBisTod fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff fn_StatusBekannt3J		

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-NTX - Nierentransplantation 572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	fn_TodInnerhalb3Jahr fn_txIsolierteNiere fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

572021: 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Eigenschaften und Berechnung

8			
ID	572021		
Bezeichnung	5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status		
Indikatortyp	Ergebnisindikator		
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)		
Bezug zum Verfahren	DeQS		
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status		
Referenzbereich 2021	≥ x % (5. Perzentil)		
Referenzbereich 2020	≥ x % (5. Perzentil)		
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens.		
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-		
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung		
Erläuterung der Risikoadjustierung	-		
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten, die 5 Jahre nach der Transplantation leben Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 5-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 5-Jahres-Follow-up ist fünf Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In diesem Indikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich dieser Indikator jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2016 bezieht zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen. 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 ak-		
Teildatensatzbezug	tuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.		
Zähler (Formel)			
Nenner (Formel)			
Verwendete Funktionen			
Verwendete Listen	-		
Darstellung			

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-NTX - Nierentransplantation 572021: 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung

Bezeichnung Gruppe	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung		
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme		

572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung

572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
PNTX: 26:T	durchgeführte Trans- plantation	М	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
PNTX: 31:T	Spendertyp	М	1 = hirntot 2 = lebend	SPENDERTYP
PNTX: 43:T	funktionierendes Nie- rentransplantat bei Entlassung	К	0 = nein 1 = ja	FUNKTAUFNTRANSENTL
PNTX: 45:T	Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme	К	-	ANZPOSTOPDIALYSE
PNTX: 46:T	Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme	К	in Stunden	DAUERDIALYSE
PNTX: 55:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	К	-	ENTLDATUM
PNTX: 57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

 $572022: So fortige\ Funktions aufnahme\ des\ Transplantats\ nach\ postmortaler\ Organspende\ bis\ zur\ Entlassung$

Eigenschaften und Berechnung

ID	572022	
Bezeichnung	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Ratenbasiert	
Referenzbereich 2021	≥ 60,00 %	
Referenzbereich 2020	≥ 60,00 %	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens und beruh auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung.	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	Das dazugehörige Stratum wird durch den Qualitätsindikator "Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Elassung" abgebildet.	
Rechenregeln	Zähler Aufenthalte mit jeweils sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats (d.h. eine kontinuierliche Dialyse mit einer Dauer von maximal 23 Stunden bis Funktionsaufnahme und maximal eine postoperative intermittierende Dialyse bis Funktionsaufnahme) Nenner Alle Aufenthalte von bei Entlassung lebenden Patientinnen und Patienten mit isolierten Nierentransplantationen nach postmortaler Spende	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	NTX:B	
Zähler (Formel)	fn_ImmerSofortFunktionsAufnahme	
Nenner (Formel)	<pre>fn_EntlassungInAJ & fn_txIsolierteNiere & ENTLGRUND %!=% "07" & SPENDERTYP %==% 1</pre>	
Verwendete Funktionen	<pre>fn_AJ fn_EntlassungInAJ fn_EntlassungJahr fn_ImmerSofortFunktionsAufnahme fn_SofortFunktionsAufnahme fn_txIsolierteNiere fn_txNiere</pre>	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-NTX - Nierentransplantation

572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen
--

572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung

572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
PNTX: 26:T	durchgeführte Trans- plantation	М	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
PNTX: 31:T	Spendertyp	М	1 = hirntot 2 = lebend	SPENDERTYP
PNTX: 43:T	funktionierendes Nie- rentransplantat bei Entlassung	К	0 = nein 1 = ja	FUNKTAUFNTRANSENTL
PNTX: 45:T	Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme	К	-	ANZPOSTOPDIALYSE
PNTX: 46:T	Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme	К	in Stunden	DAUERDIALYSE
PNTX: 55:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	К	-	ENTLDATUM
PNTX: 57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

 $572023: So fortige\ Funktions aufnahme\ des\ Transplantats\ nach\ Lebendorganspende\ bis\ zur\ Entlassung$

Eigenschaften und Berechnung

ID	572023	
Bezeichnung	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Ratenbasiert	
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %	
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens und beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung.	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	Das dazugehörige Stratum wird durch den Qualitätsindikator "Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung" abgebildet.	
Rechenregeln	Zähler Aufenthalte mit jeweils sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats (d.h. eine kontinuierliche Dialyse mit einer Dauer von maximal 23 Stunden bis Funktionsaufnahme und maximal eine postoperative intermittierende Dialyse bis Funktionsaufnahme) Nenner Alle Aufenthalte von bei Entlassung lebenden Patientinnen und Patienten	
	mit isolierten Nierentransplantationen nach Lebendorganspende	
Erläuterung der Rechenregel	-	
Teildatensatzbezug	NTX:B	
Zähler (Formel)	fn_ImmerSofortFunktionsAufnahme	
Nenner (Formel)	<pre>fn_EntlassungInAJ & fn_txIsolierteNiere & ENTLGRUND %!=% "07" & SPENDERTYP %==% 2</pre>	
Verwendete Funktionen	fn_AJ fn_EntlassungInAJ fn_EntlassungJahr fn_ImmerSofortFunktionsAufnahme fn_SofortFunktionsAufnahme fn_txIsolierteNiere fn_txNiere	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-NTX - Nierentransplantation

572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen
--

Gruppe: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation

Bezeichnung Gruppe	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion	

572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)

572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)

Eigenschaften und Berechnung

ID	572024	
Bezeichnung	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Ratenbasiert	
Referenzbereich 2021	≥ x % (5. Perzentil)	
Referenzbereich 2020	≥ x % (5. Perzentil)	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens.	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	-	
Rechenregeln	Zähler	
	Patientinnen und Patienten, die dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden	
	Nenner	
	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation aus einer postmortalen Organspende im Zeitraum 01.10.2020 bis 30.09.2021 ohne Retransplantation innerhalb von 90 Tagen, mit bekanntem Follow-up-Status ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen	
Erläuterung der Rechenregel	Um die Indikatoren zum 90-Tage-Follow-up gemeinsam mit den Indikatoren zum stationären Aufenthalt auswerten zu können, muss der Beobachtungszeitraum geändert werden. Die Grundgesamtheit der Indikatoren umfasst nicht die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.01. und 31.12. des Erfassungsjahres transplantiert wurden, sondern diejenigen, die zwischen dem 01.10. des Jahres vor dem Erfassungsjahr und dem 30.09. des Erfassungsjahres transplantiert wurden.	
	Maßgeblich für die Follow-up-Auswertung ist immer die zuletzt durchgeführte Transplantation.	
	Für die Zuordnung zu einem Stadium der chronischen Niereninsuffizienz erfolgt die Abschätzung der Nierenfunktion mit Hilfe der glomerulären Filtrationsrate (GFR). Dafür soll die aktuell gültige Berechnungsformel verwendet werden. Der aktuelle Dialysestandard empfiehlt die Verwendung der CKD-EPI-Formel (Weinreich et al. 2020). Über diese wird die GFR in ml/min/1,73 m² Körperoberfläche näherungsweise ermittelt werden (dann eGFR). In die CKD-EPI-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. Die Berechnung erfolgt nur für gültige Angaben zum Kreatinin i. S. (in mg/dl oder μmol/l).	

572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)

	Die Stadienzuordnung erfolgt in Anlehnung an die KDIGO-Empfehlungen (Kidney Disease: Improving Global Outcomes, KDIGO 2013): Patientinnen und Patienten mit einer eGFR von ≥ 90 ml/min/1.73 m² werden dem Stadium 1 zugeordnet. Bei einer eGFR von 60-89 ml/min/1.73 m² bzw. 30-59 ml/min/1.73 m² erfolgt die Zuordnung zum Stadium 2 bzw. Stadium 3. Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen und Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Kreatinin (Ausschluss von Werten ≥ 99 (mg/dl) bzw. ≥ 9999 (µmol/l)). 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 Vorjahresergeb- nissen	

572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)

572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)

Eigenschaften und Berechnung

ID	572025
Bezeichnung	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2020	≥ x % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler
	Patienten, die dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
	Nenner
	Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation aus einer Lebendorganspende im Zeitraum 01.10.2020 bis 30.09.2021 ohne Retransplantation innerhalb von 90 Tagen, mit bekanntem Follow-up-Status ohne dokumentierten Tod oder Transplantatversagen
Erläuterung der Rechenregel	Um die Indikatoren zum 90-Tage-Follow-up gemeinsam mit den Indikatoren zum stationären Aufenthalt auswerten zu können, muss der Beobachtungszeitraum geändert werden. Die Grundgesamtheit der Indikatoren umfasst nicht die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.01. und 31.12. des Erfassungsjahres transplantiert wurden, sondern diejenigen, die zwischen dem 01.10. des Jahres vor dem Erfassungsjahr und dem 30.09. des Erfassungsjahres transplantiert wurden.
	Maßgeblich für die Follow-up-Auswertung ist immer die zuletzt durchgeführte Transplantation.
	Für die Zuordnung zu einem Stadium der chronischen Niereninsuffizienz erfolgt die Abschätzung der Nierenfunktion mit Hilfe der glomerulären Filtrationsrate (GFR). Dafür soll die aktuell gültige Berechnungsformel verwendet werden. Der aktuelle Dialysestandard empfiehlt die Verwendung der CKD-EPI-Formel (Weinreich et al. 2020). Über diese wird die GFR in ml/min/1,73 m² Körperoberfläche näherungsweise ermittelt werden (dann eGFR). In die CKD-EPI-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. Die Berechnung erfolgt nur für gültige Angaben zum Kreatinin i. S. (in mg/dl oder μmol/l).

572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)

Teildatensatzbezug Zähler (Formel) Nenner (Formel)	tuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
---------------	---

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname▼
PNTX: 15:B	Geschlecht	М	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	GESCHLECHT
PNTX: 25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
PNTX: 26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
PNTX: 37:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
PNTX: 57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
PNTX: EF*	Patientenalter am Auf- nahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
PNTX: EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
PNTX: FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
PNTX: FU: 23:B	Transplantatversagen Niere	К	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FU_TRANSPLANTATVERS
PNTX: FU: 26.1:B	Kreatininwert i.S. in mg/dl	K	in mg/dl	FU_KREATININWERTMGDL
PNTX: FU: 26.2:B	Kreatininwert i.S. in μmol/l	К	in μmol/l	FU_KREATININWERTMOLL
PNTX: FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
PNTX: FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	572026
Bezeichnung	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl (Follow-up)
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufskennzahl bekannter Status
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
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 ein Jahr nach der Transplantation dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
	Nenner
	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von einem Jahr nach der Transplantation verstorben sind und ohne dokumentiertes Transplantatversagen. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen.
Erläuterung der Rechenregel	Für die Zuordnung zu einem Stadium der chronischen Niereninsuffizienz erfolgt die Abschätzung der Nierenfunktion mit Hilfe der glomerulären Filtrationsrate (GFR). Dafür soll die aktuell gültige Berechnungsformel verwendet werden. Der aktuelle Dialysestandard empfiehlt die Verwendung der CKD-EPI-Formel (Weinreich et al. 2020). Über diese wird die GFR in ml/min/1,73 m² Körperoberfläche näherungsweise ermittelt werden (dann eGFR). In die CKD-EPI-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. Die Berechnung erfolgt nur für gültige Angaben zum Kreatinin i. S. (in mg/dl oder μmol/l).
	Die Stadienzuordnung erfolgt in Anlehnung an die KDIGO-Empfehlungen (Kidney Disease: Improving Global Outcomes, KDIGO 2013): Patientinnen und Patienten mit einer eGFR von ≥ 90 ml/min/1.73 m² werden dem Stadium 1 zugeordnet. Bei einer eGFR von 60-89 ml/min/1.73 m² bzw. 30-59 ml/min/1.73 m² erfolgt die Zuordnung zum Stadium 2 bzw. Stadium 3. Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen und Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Kreatinin (Ausschluss von Werten
	≥ 99 (mg/dl) bzw. ≥ 9999 (µmol/l)). 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.

	Eine Prüfung, ob diese Kennzahl mit Referenzbereich eingeführt werden soll steht noch aus. Die Kennzahl wird ggf. modifiziert.
Teildatensatzbezug	NTX:P
Zähler (Formel)	fn_MDRDFU %>=% 30
Nenner (Formel)	<pre>fn_FU1JFaelligInAJ & fn_txIsolierteNiere & fn_IstLetzteNierenTransplantation & fn_FollowUp1Dokumentiert & (fn_IstErsterFUBogen1Jahr & !is.na(fn_MDRDFU) & FU_TRANSPLANTATVERS %==% 0 & FU_FUVERSTORBEN %==% 0)</pre>
Verwendete Funktionen	<pre>fn_AbstTageFUErhebungUeberMind1FU fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFUlJ fn_FollowUp1Dokumentiert fn_FUlJFaelligInAJ fn_IstErsterFUBogenlJahr fn_IstLetzteNierenTransplantation fn_KreatininFUMGDL fn_LfdNrEingriff_NTX fn_MDRDFU fn_MinAbstTageBisTod fn_MinMindestAbstTagelFU fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff_NTX fn_Poopvwdauer_NTX fn_TodInnerhalb1Jahr fn_txIsolierteNiere fn_ZeitbisTod</pre>
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
---------------	---

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname▼
PNTX: 15:B	Geschlecht	М	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	GESCHLECHT
PNTX: 25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
PNTX: 26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
PNTX: 37:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
PNTX: 57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
PNTX: EF*	Patientenalter am Auf- nahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
PNTX: EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
PNTX: FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
PNTX: FU: 23:B	Transplantatversagen Niere	К	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FU_TRANSPLANTATVERS
PNTX: FU: 26.1:B	Kreatininwert i.S. in mg/dl	K	in mg/dl	FU_KREATININWERTMGDL
PNTX: FU: 26.2:B	Kreatininwert i.S. in μmol/l	К	in μmol/l	FU_KREATININWERTMOLL
PNTX: FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
PNTX: FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	572027
Bezeichnung	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl (Follow-up)
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufskennzahl bekannter Status
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
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 zwei Jahre nach der Transplantation dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden Nenner
	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von zwei Jahren nach der Transplantation verstorben sind und ohne dokumentiertes Transplantatversagen. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Für die Zuordnung zu einem Stadium der chronischen Niereninsuffizienz erfolgt die Abschätzung der Nierenfunktion mit Hilfe der glomerulären Filtrationsrate (GFR). Dafür soll die aktuell gültige Berechnungsformel verwendet werden. Der aktuelle Dialysestandard empfiehlt die Verwendung der CKD-EPI-Formel (Weinreich et al. 2020). Über diese wird die GFR in ml/min/1,73 m² Körperoberfläche näherungsweise ermittelt werden (dann eGFR). In die CKD-EPI-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. Die Berechnung erfolgt nur für gültige Angaben zum Kreatinin i. S. (in mg/dl oder μmol/l).
	Die Stadienzuordnung erfolgt in Anlehnung an die KDIGO-Empfehlungen (Kidney Disease: Improving Global Outcomes, KDIGO 2013): Patientinnen und Patienten mit einer eGFR von ≥ 90 ml/min/1.73 m² werden dem Stadium 1 zugeordnet. Bei einer eGFR von 60-89 ml/min/1.73 m² bzw. 30-59 ml/min/1.73 m² erfolgt die Zuordnung zum Stadium 2 bzw. Stadium 3. Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen und Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Kreatinin (Ausschluss von Werten ≥ 99 (mg/dl) bzw. ≥ 9999 (μmol/l)).
	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maß- gebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 2-Jahres-Follow-up ist zwei Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig.

	Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich diese Kennzahl jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2019 bezieht, zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen. Eine Prüfung, ob diese Kennzahl mit Referenzbereich eingeführt werden soll, steht noch aus. Die Kennzahl wird ggf. modifiziert.
Teildatensatzbezug	NTX:P
Zähler (Formel)	fn_MDRDFU %>=% 30
Nenner (Formel)	<pre>fn_FU2JFaelligInAJ & fn_txIsolierteNiere & fn_IstLetzteNierenTransplantation & fn_FollowUp2Dokumentiert & (fn_IstErsterFUBogen2Jahr & !is.na(fn_MDRDFU) & FU_TRANSPLANTATVERS %==% 0 & FU_FUVERSTORBEN %==% 0)</pre>
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungUeberMind2FU fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU2J fn_FollowUp2Dokumentiert fn_FU2JFaelligInAJ fn_IstErsterFUBogen2Jahr fn_IstLetzteNierenTransplantation fn_KreatininFUMGDL fn_LfdNrEingriff_NTX fn_MDRDFU fn_MinAbstTageBisTod fn_MinMindestAbstTage2FU fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff_NTX fn_Poopvwdauer_NTX fn_TodInnerhalb2Jahr fn_txIsolierteNiere fn_txNiere fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
---------------	---

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname▼
PNTX: 15:B	Geschlecht	М	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	GESCHLECHT
PNTX: 25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
PNTX: 26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
PNTX: 37:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
PNTX: 57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
PNTX: EF*	Patientenalter am Auf- nahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
PNTX: EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
PNTX: FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
PNTX: FU: 23:B	Transplantatversagen Niere	К	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FU_TRANSPLANTATVERS
PNTX: FU: 26.1:B	Kreatininwert i.S. in mg/dl	K	in mg/dl	FU_KREATININWERTMGDL
PNTX: FU: 26.2:B	Kreatininwert i.S. in μmol/l	К	in μmol/l	FU_KREATININWERTMOLL
PNTX: FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname▼
PNTX: FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	572028
Bezeichnung	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl (Follow-up)
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufskennzahl bekannter Status
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
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 drei Jahre nach der Transplantation dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
	Nenner
	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von drei Jahren nach der Transplantation verstorben sind und ohne dokumentiertes Transplantatversagen. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Für die Zuordnung zu einem Stadium der chronischen Niereninsuffizienz erfolgt die Abschätzung der Nierenfunktion mit Hilfe der glomerulären Filtrationsrate (GFR). Dafür soll die aktuell gültige Berechnungsformel verwendet werden. Der aktuelle Dialysestandard empfiehlt die Verwendung der CKD-EPI-Formel (Weinreich et al. 2020). Über diese wird die GFR in ml/min/1,73 m² Körperoberfläche näherungsweise ermittelt werden (dann eGFR). In die CKD-EPI-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. Die Berechnung erfolgt nur für gültige Angaben zum Kreatinin i. S. (in mg/dl oder μmol/l).
	Die Stadienzuordnung erfolgt in Anlehnung an die KDIGO-Empfehlungen (Kidney Disease: Improving Global Outcomes, KDIGO 2013): Patientinnen und Patienten mit einer eGFR von ≥ 90 ml/min/1.73 m² werden dem Stadium 1 zugeordnet. Bei einer eGFR von 60-89 ml/min/1.73 m² bzw. 30-59 ml/min/1.73 m² erfolgt die Zuordnung zum Stadium 2 bzw. Stadium 3. Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen und Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Kreatinin (Ausschluss von Werten
	≥ 99 (mg/dl) bzw. ≥ 9999 (µmol/l)). 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.

	Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich diese Kennzahl jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2018 bezieht, zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen. Eine Prüfung, ob diese Kennzahl mit Referenzbereich eingeführt werden soll, steht noch aus. Die Kennzahl wird ggf. modifiziert.
Teildatensatzbezug	NTX:P
Zähler (Formel)	fn_MDRDFU %>=% 30
Nenner (Formel)	<pre>fn_FU3JFaelligInAJ & fn_txIsolierteNiere & fn_IstLetzteNierenTransplantation & fn_FollowUp3Dokumentiert & (fn_IstErsterFUBogen3Jahr & !is.na(fn_MDRDFU) & FU_TRANSPLANTATVERS %==% 0 & FU_FUVERSTORBEN %==% 0)</pre>
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungUeberMind3FU fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU3J fn_FollowUp3Dokumentiert fn_FU3JFaelligInAJ fn_IstErsterFUBogen3Jahr fn_IstLetzteNierenTransplantation fn_KreatininFUMGDL fn_LfdNrEingriff_NTX fn_MDRDFU fn_MinAbstTageBisTod fn_MinMindestAbstTage3FU fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff_NTX fn_Poopvwdauer_NTX fn_TodInnerhalb3Jahr fn_txIsolierteNiere fn_txNiere fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572029: Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
---------------	---

Eigenschaften und Berechnung

ID	572029
Bezeichnung	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl (Follow-up)
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufskennzahl bekannter Status
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	
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 fünf Jahre nach der Transplantation dem Stadium 1, 2 oder 3 der chronischen Niereninsuffizienz zugeordnet werden
	Nenner
	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 5-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von fünf Jahren nach der Transplantation verstorben sind und ohne dokumentiertes Transplantatversagen. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Für die Zuordnung zu einem Stadium der chronischen Niereninsuffizienz erfolgt die Abschätzung der Nierenfunktion mit Hilfe der glomerulären Filtrationsrate (GFR). Dafür soll die aktuell gültige Berechnungsformel verwendet werden. Der aktuelle Dialysestandard empfiehlt die Verwendung der CKD-EPI-Formel (Weinreich et al. 2020). Über diese wird die GFR in ml/min/1,73 m² Körperoberfläche näherungsweise ermittelt werden (dann eGFR). In die CKD-EPI-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. Die Berechnung erfolgt nur für gültige Angaben zum Kreatinin i. S. (in mg/dl oder μmol/l).
	Die Stadienzuordnung erfolgt in Anlehnung an die KDIGO-Empfehlungen (Kidney Disease: Improving Global Outcomes, KDIGO 2013): Patientinnen und Patienten mit einer eGFR von ≥ 90 ml/min/1.73 m² werden dem Stadium 1 zugeordnet. Bei einer eGFR von 60-89 ml/min/1.73 m² bzw. 30-59 ml/min/1.73 m² erfolgt die Zuordnung zum Stadium 2 bzw. Stadium 3. Berechnung eingeschränkt auf Patientinnen und Patienten mit bekannten, plausiblen und zeitgerechten Angaben zum Kreatinin (Ausschluss von Werten ≥ 99 (mg/dl) bzw. ≥ 9999 (µmol/l)).
	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maß- gebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 5-Jahres-Follow-up ist fünf Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig.

	Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich diese Kennzahl jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2016 bezieht, zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen. Eine Prüfung, ob diese Kennzahl mit Referenzbereich eingeführt werden soll, steht noch aus. Der QI wird ggf. modifiziert. Die Auswertung dieser Kennzahl 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 diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
. ,	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen

Bezeichnung Gruppe	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen
Qualitätsziel	Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte weder zu hoch noch zu niedrig sein

572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

Indikatortyp Ergebnisindikator	r Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp Ergebnisindikator	r Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen
2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
Art des Wertes Qualitätsindikator (Follow-up)	
Bezug zum Verfahren DeQS	
Berechnungsart Verlaufsindikator bekannter Status	
Referenzbereich 2021 ≥ x % (10. Perzentil)	
Referenzbereich 2020 Qualitätsindikator im Vorjahr nicht be	erechnet
Erläuterung zum Referenzbereich - 2021	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog - bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	
Methode der Risikoadjustierung Keine weitere Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung -	
bis 30.09.2021 eine isolierte Nierentra	ach OP-Datum nten, die im Zeitraum vom 01.10.2020
zum stationären Aufenthalt auswerte zeitraum geändert werden. Die Grund nicht die Patientinnen und Patienten, des Erfassungsjahres transplantiert w schen dem 01.10. des Jahres vor dem fassungsjahres transplantiert wurden. Die Auswertung dieses Indikators erfo tion der Leistungserbringer, die auf Gockelten Spezifikation erhoben werden	die zwischen dem 01.01. und 31.12. urden, sondern diejenigen, die zwi-Erfassungsjahr und dem 30.09. des Er- blgt über Daten aus der QS-Dokumentarundlage einer neu- bzw. weiterentwin. Da die entsprechenden Daten zum akn, kann für diesen Indikator derzeit noch
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen –	

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-NTX - Nierentransplantation 572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

Eigenschaften und Berechnung

Indikatortyp	
Indikatortyp Ergebnisindikator Art des Wertes Qualitätsindikator (Follow-up) Bezug zum Verfahren DeQS Berechnungsart Verlaufsindikator bekannter Status \$ x % (90. Perzentil) Referenzbereich 2020 Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet Erläuterung zum Referenzbereich 2021 Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 Methode der Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung - Zähler Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürft Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum Nenner Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10. bis 30.09.2021 eine isollierte Nierentransplantation erhalten haben und die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tage Abstoßung dokumentiert wurde Erläuterung der Rechenregel Um die Indikatoren zum 90-Tage-Follow-up gemeinsam mit den Indikat zum stationären Aufenthalt auswerten zu können, muss der Beobacht zeitraum geändert werden. Die Grundgesamtheit der Indikatoren umfer	
Art des Wertes Qualitätsindikator (Follow-up) Bezug zum Verfahren DeQS Berechnungsart Verlaufsindikator bekannter Status Referenzbereich 2021 ≤ x % (90. Perzentil) Referenzbereich 2020 Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet 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 behandlungsbedürft Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum Nenner Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10. bis 30.09.2021 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tage Abstoßung dokumentiert wurde Erläuterung der Rechenregel Um die Indikatoren zum 90-Tage-Follow-up gemeinsam mit den Indika zum stationären Aufenthalt auswerten zu können, muss der Beobacht zeitraum geändert werden. Die Grundgesamtheit der Indikatoren umfenten verden.	en
Bezug zum Verfahren DeQS Berechnungsart Verlaufsindikator bekannter Status Referenzbereich 2021 ≤ x % (90. Perzentil) Referenzbereich 2020 Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet 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 behandlungsbedürft Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum Nenner Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10. bis 30.09.2021 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und ein ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tage Abstoßung dokumentiert wurde Erläuterung der Rechenregel Um die Indikatoren zum 90-Tage-Follow-up gemeinsam mit den Indika zum stationären Aufenthalt auswerten zu können, muss der Beobacht zeitraum geändert werden. Die Grundgesamtheit der Indikatoren umfer	
Berechnungsart Verlaufsindikator bekannter Status Referenzbereich 2021 ≤ x % (90. Perzentil) Referenzbereich 2020 Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet Erläuterung zum Referenzbereich 2021 - Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 - Methode der Risikoadjustierung Keine weitere Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung - Rechenregeln Zähler	
Referenzbereich 2020 Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet Erläuterung zum Referenzbereich 2021 Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 Methode der Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung Friäuterung der Risikoadjustierung Zähler Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürft Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum Nenner Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10. bis 30.09.2021 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tage Abstoßung dokumentiert wurde Erläuterung der Rechenregel Um die Indikatoren zum 90-Tage-Follow-up gemeinsam mit den Indikatoren zum stationären Aufenthalt auswerten zu können, muss der Beobacht zeitraum geändert werden. Die Grundgesamtheit der Indikatoren umfa	
Referenzbereich 2020 Cualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021 Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 Methode der Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung - Zähler Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürft Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum Nenner Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10. bis 30.09.2021 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tage Abstoßung dokumentiert wurde Erläuterung der Rechenregel Um die Indikatoren zum 90-Tage-Follow-up gemeinsam mit den Indikat zum stationären Aufenthalt auswerten zu können, muss der Beobacht zeitraum geändert werden. Die Grundgesamtheit der Indikatoren umfa	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021 Methode der Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung - Zähler Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürft Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum Nenner Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10. bis 30.09.2021 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tage Abstoßung dokumentiert wurde Erläuterung der Rechenregel Um die Indikatoren zum 90-Tage-Follow-up gemeinsam mit den Indika zum stationären Aufenthalt auswerten zu können, muss der Beobachte zeitraum geändert werden. Die Grundgesamtheit der Indikatoren umfo	
Methode der Risikoadjustierung Erläuterung der Risikoadjustierung - Zähler Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürft Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum Nenner Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10. bis 30.09.2021 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tage Abstoßung dokumentiert wurde Erläuterung der Rechenregel Um die Indikatoren zum 90-Tage-Follow-up gemeinsam mit den Indikat zum stationären Aufenthalt auswerten zu können, muss der Beobachte zeitraum geändert werden. Die Grundgesamtheit der Indikatoren umfo	
Erläuterung der Risikoadjustierung Zähler Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürft Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum Nenner Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10. bis 30.09.2021 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tage Abstoßung dokumentiert wurde Erläuterung der Rechenregel Um die Indikatoren zum 90-Tage-Follow-up gemeinsam mit den Indika zum stationären Aufenthalt auswerten zu können, muss der Beobachte zeitraum geändert werden. Die Grundgesamtheit der Indikatoren umfo	
Rechenregeln Zähler Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürft Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum Nenner Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10. bis 30.09.2021 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tage Abstoßung dokumentiert wurde Erläuterung der Rechenregel Um die Indikatoren zum 90-Tage-Follow-up gemeinsam mit den Indika zum stationären Aufenthalt auswerten zu können, muss der Beobachte zeitraum geändert werden. Die Grundgesamtheit der Indikatoren umfo	
Patientinnen und Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürft Abstoßung innerhalb von 90 Tagen nach OP-Datum Nenner Alle lebenden Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 01.10. bis 30.09.2021 eine isolierte Nierentransplantation erhalten haben und die ein 90-Tages-Follow-up vorliegt oder für die innerhalb von 90 Tage Abstoßung dokumentiert wurde Erläuterung der Rechenregel Um die Indikatoren zum 90-Tage-Follow-up gemeinsam mit den Indika zum stationären Aufenthalt auswerten zu können, muss der Beobachtizeitraum geändert werden. Die Grundgesamtheit der Indikatoren umfa	
zum stationären Aufenthalt auswerten zu können, muss der Beobachti zeitraum geändert werden. Die Grundgesamtheit der Indikatoren umfa	2020 für
nicht die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.01. und 31. des Erfassungsjahres transplantiert wurden, sondern diejenigen, die zwischen dem 01.10. des Jahres vor dem Erfassungsjahr und dem 30.09. die fassungsjahres transplantiert wurden. Die Auswertung dieses Indikators erfolgt über Daten aus der QS-Dokurtion der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weitere ckelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zutellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diesen Indikator derze kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.	ings- sst 12. vi- es Er- nenta- ntwi- um ak-
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen –	

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-NTX - Nierentransplantation 572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nieren-
	transplantation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname ▼
PNTX: 26:T	durchgeführte Trans- plantation	М	1 = isolierte Nierentransplantation	KOMBTRANSNIERE
			2 = simultane Pankreas-Nierentrans- plantation (SPK)	
			3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	
			4 = isolierte Pankreastransplanta- tion	
			5 = Kombination Niere mit anderen Organen	
			6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen	
PNTX: 37:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
PNTX: 57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
PNTX: EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
PNTX: FU:	Patient verstorben	М	0 = nein	FU_FUVERSTORBEN
19:B			1 = ja	
			9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	
PNTX: FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
PNTX: FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum
PNTX: FU: EF*	Abstand zwischen Datum des Transplantatversagens und Datum der letzten Transplanatation in Tagen	-	TRANSPLANTATVERSDATUM - TXDA- TUM	FU_abstTransplantatVersDa- tum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	572032		
Bezeichnung	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation		
Indikatortyp	Ergebnisindikator		
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)		
Bezug zum Verfahren	DeQS		
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status		
Referenzbereich 2021	≤ x % (90. Perzentil)		
Referenzbereich 2020	≤ x % (90. Perzentil)		
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung.		
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-		
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung		
Erläuterung der Risikoadjustierung	-		
Rechenregeln	Zähler		
	Transplantationen, bei denen innerhalb des 1. Jahres nach der Transplantation ein Transplantatversagen auftrat oder eine Retransplantation notwendig wurde		
	Nenner		
	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von einem Jahr nach der Transplantation verstorben sind		
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	NTX:T		
Zähler (Formel)	fn_txVersagenNiereInnerhalb1Jahr fn_NierenReTXInnerhalb1Jahr		
Nenner (Formel)	<pre>fn_FUlJFaelligInAJ & fn_txIsolierteNiere & (fn_txVersagenNiereStatusBekanntlJ !is.na(fn_ZeitbisNierenReTX)) & !(fn_TodInnerhalblJahr)</pre>		
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU1J fn_FU1JFaelligInAJ fn_MaxAbstTageFUErhebung fn_MinAbstTageBisTod fn_NierenReTXInnerhalb1Jahr fn_TodInnerhalb1Jahr fn_txIsolierteNiere fn_txNiere fn_txNiere_OPDatumValue		

572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation

	fn_txVersagenNiereInnerhalblJahr fn_txVersagenNiereStatusBekanntlJ fn_ZeitbisNierenReTX fn_ZeitbisTod fn_ZeitbisTxVersagenNiere
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nieren-
	transplantation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname▼
PNTX: 26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
PNTX: 37:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
PNTX: 57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
PNTX: EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
PNTX: FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein1 = ja9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
PNTX: FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
PNTX: FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum
PNTX: FU: EF*	Abstand zwischen Datum des Transplantatversagens und Datum der letzten Transplanatation in Tagen	-	TRANSPLANTATVERSDATUM - TXDA- TUM	FU_abstTransplantatVersDa- tum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	572033
Bezeichnung	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl (Follow-up)
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufskennzahl bekannter Status
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln Erläuterung der Rechenregel	Transplantationen, bei denen innerhalb von 2 Jahren nach der Transplantation ein Transplantatversagen auftrat oder eine Retransplantation notwendig wurde Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von zwei Jahren nach der Transplantation verstorben sind 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 dieser Kennzahl werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich diese Kennzahl jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2019 bezieht, zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen.
	Eine Prüfung, ob diese Kennzahl mit Referenzbereich eingeführt werden soll, steht noch aus. Die Kennzahl wird ggf. modifiziert.
Teildatensatzbezug	NTX:T
Zähler (Formel)	fn_txVersagenNiereInnerhalb2Jahr fn_NierenReTXInnerhalb2Jahr
Nenner (Formel)	<pre>fn_FU2JFaelligInAJ & fn_txIsolierteNiere & (fn_txVersagenNiereStatusBekannt2J !is.na(fn_ZeitbisNierenReTX)) & !(fn_TodInnerhalb2Jahr)</pre>
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ

572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation

	fn_DatumFaelligkeitFU2J fn_FU2JFaelligInAJ fn_MaxAbstTageFUErhebung fn_MinAbstTageBisTod fn_NierenReTXInnerhalb2Jahr fn_TodInnerhalb2Jahr fn_txIsolierteNiere fn_txNiere fn_txNiere_OPDatumValue fn_txVersagenNiereInnerhalb2Jahr fn_txVersagenNiereStatusBekannt2J fn_ZeitbisNierenReTX fn_ZeitbisTod fn_ZeitbisTxVersagenNiere
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nieren-
	transplantation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
PNTX: 26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
PNTX: 37:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
PNTX: 57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
PNTX: EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
PNTX: FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
PNTX: FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
PNTX: FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum
PNTX: FU: EF*	Abstand zwischen Datum des Transplantatversagens und Datum der letzten Transplanatation in Tagen	-	TRANSPLANTATVERSDATUM - TXDA- TUM	FU_abstTransplantatVersDa- tum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	572034
Bezeichnung	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl (Follow-up)
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufskennzahl bekannter Status
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln Erläuterung der Rechenregel	Transplantationen, bei denen innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation ein Transplantatversagen auftrat oder eine Retransplantation notwendig wurde Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von drei Jahren nach der Transplantation verstorben sind 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 dieser Kennzahl werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden. Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich diese Kennzahl jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2018 bezieht, zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen.
	Eine Prüfung, ob diese Kennzahl mit Referenzbereich eingeführt werden soll, steht noch aus. Die Kennzahl wird ggf. modifiziert.
Teildatensatzbezug	NTX:T
Zähler (Formel)	fn_txVersagenNiereInnerhalb3Jahr fn_NierenReTXInnerhalb3Jahr
Nenner (Formel)	<pre>fn_FU3JFaelligInAJ & fn_txIsolierteNiere & (fn_txVersagenNiereStatusBekannt3J !is.na(fn_ZeitbisNierenReTX)) & !(fn_TodInnerhalb3Jahr)</pre>
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ

572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation

	fn_DatumFaelligkeitFU3J
	fn_FU3JFaelligInAJ
	fn_MaxAbstTageFUErhebung
	fn_MinAbstTageBisTod
	fn_NierenReTXInnerhalb3Jahr
	fn_TodInnerhalb3Jahr
	fn_txIsolierteNiere
	fn_txNiere
	fn_txNiere_OPDatumValue
	fn_txVersagenNiereInnerhalb3Jahr
	fn txVersagenNiereStatusBekannt3J
	fn_ZeitbisNierenReTX
	fn ZeitbisTod
	fn_ZeitbisTxVersagenNiere
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vanish takka akate aate Vantaka aanaa	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb-	
nissen	

572035: Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nieren-
	transplantation

Eigenschaften und Berechnung

ID	572035
Bezeichnung	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl (Follow-up)
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufskennzahl bekannter Status
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler
	Transplantationen, bei denen innerhalb von 5 Jahren nach der Transplantation ein Transplantatversagen auftrat oder eine Retransplantation notwendig wurde
	Nenner
	Alle Patientinnen und Patienten mit isolierter Nierentransplantation, für die das 5-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status, die nicht innerhalb von fünf Jahren nach der Transplantation verstorben sind
Erläuterung der Rechenregel	Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 5-Jahres-Follow-up ist fünf Jahre und 90 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In dieser Kennzahl werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
	Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich diese Kennzahl jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2016 bezieht, zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen. Eine Prüfung, ob diese Kennzahl mit Referenzbereich eingeführt werden soll,
	steht noch aus. Die Kennzahl wird ggf. modifiziert.
	Die Auswertung dieser Kennzahl erfolgt über Daten aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die auf Grundlage einer neu- bzw. weiterentwickelten Spezifikation erhoben werden. Da die entsprechenden Daten zum ak tuellen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann für diese Kennzahl derzeit noch kein Algorithmus (Formel) entwickelt und angewendet werden.
Teildatensatzbezug	
Zähler (Formel)	
Nenner (Formel)	

Anlage 2 zum Beschluss

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-NTX - Nierentransplantation

 $572035: Transplantatversagen\ innerhalb\ von\ 5\ Jahren\ nach\ Nierentransplantation$

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGru	und
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

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-NTX - Nierentransplantation Anhang II: Listen

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 so- fern der Status im Follow-up bekannt ist	<pre>ifelse(FU_FUVERSTORBEN %in% c(0,1), FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum, NA_integer_)</pre>
fn_AbstTageFUErhebungUeberMind1FU	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des 1 Jahres Follow-ups sofern dieser über dem Mindestab- stand in Tagen liegt	<pre>ifelse(FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum %>=% VB\$MinAbstand1JFU, FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum, NA_real_)</pre>
fn_AbstTageFUErhebungUeberMind2FU	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des 2 Jahres Follow-ups sofern dieser über dem Mindestabstand in Tagen liegt	<pre>ifelse(FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum %>=% VB\$MinAbstand2JFU, FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum, NA_real_)</pre>
fn_AbstTageFUErhebungUeberMind3FU	integer	Abstand Tage bis zur Erhebung des 3 Jahres Follow-ups sofern dieser über dem Mindestab- stand in Tagen liegt	<pre>ifelse(FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum %>=% VB\$MinAbstand3JFU, FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum, NA_real_)</pre>
fn_AJ	integer	Auswertungsjahr	VB\$Auswertungsjahr
fn_DatumFaelligkeitFU1J	date	Fälligkeitsdatum für die 1-Jahres-Follow-up-Er- hebung	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-Er- hebung	as.Date(OPDATUM + 1095 + VB\$ToleranzFU3J)
fn_EntlassungInAJ	boolean	Entlassung in Auswertungsjahr	fn_EntlassungJahr %==% fn_AJ

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_EntlassungJahr	integer	Entlassungsjahr	to_year(ENTLDATUM)
fn_FollowUp1Dokumentiert	boolean	1-Jahres-Follow-up dokumentiert	(FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum %>=% VB\$MinAbstand1JFU & (FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum %<=% (VB\$MinAbstand1JFU + 90))) fn_TodInnerhalb1Jahr (poopvwdauer %>=% VB\$MinAbstand1JFU)
fn_FollowUp2Dokumentiert	boolean	2-Jahres-Follow-up dokumentiert	(FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum %>=% VB\$MinAbstand2JFU & (FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum %<=% (VB\$MinAbstand2JFU + 120))) fn_TodInnerhalb2Jahr
fn_FollowUp3Dokumentiert	boolean	3-Jahres-Follow-up dokumentiert	(FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum %>=% VB\$MinAbstand3JFU & (FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum %<=% (VB\$MinAbstand3JFU + 120))) fn_TodInnerhalb3Jahr
fn_FU1JFaelligInAJ	boolean	1-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	to_year(fn_DatumFaelligkeitFUlJ) %==% 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_ImmerSofortFunktionsAufnahme	boolean	Sofortige Funktionsaufnahme der Niere nach jeder Nierentransplantation im Aufenthalt	all(fn_SofortFunktionsAufnahme[fn_txNiere & fn_EntlassungInAJ]) %group_by% TDS_B

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_lstErsterFUBogen1Jahr	boolean	FU-Bogen ist der erste FU-Bogen der zu einem 1- Jahres-Follow-up gehört	replace_na(FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum, -1) %==% fn_MinMindestAbstTage1FU
fn_IstErsterFUBogen2Jahr	boolean	FU-Bogen ist der erste FU-Bogen der zu einem 2- Jahres-Follow-up gehört	<pre>replace_na(FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum, -1) %==% fn_MinMindestAbstTage2FU</pre>
fn_IstErsterFUBogen3Jahr	boolean	FU-Bogen ist der erste FU-Bogen der zu einem 3- Jahres-Follow-up gehört	replace_na(FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum, -1) %==% fn_MinMindestAbstTage3FU
fn_lstErsteTxInAufenthalt	boolean	Erste Transplantation innerhalb des stationären Aufenthalts	<pre>fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)</pre>
fn_lstLetzteNierenTransplantation	boolean	Transplantation ist die letzte Nierentransplantation des Patienten	<pre>fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff_NTX %==% (minimum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff_NTX) %group_by% TDS_P)</pre>
fn_lstLetzteTransplantation	boolean	Transplantation ist die letzte Transplantation des Patienten	<pre>fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (minimum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_P)</pre>
fn_KreatininFUMGDL	float	Kreatininwert in MGDL	<pre>ifelse(FU_KREATININWERTMOLL %>% 0 & FU_KREATININWERTMOLL %<% 9999, FU_KREATININWERTMOLL / 88.4, ifelse(FU_KREATININWERTMGDL %>% 0 & FU_KREATININWERTMGDL %<% 99, FU_KREATININWERTMGDL, NA_real_))</pre>
fn_LfdNrEingriff_NTX	integer	Liefert die LFDNREINGRIFF von Nierentransplantationen	<pre>ifelse(fn_txNiere, LFDNREINGRIFF, NA_integer_)</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_MaxAbstTageFUErhebung	integer	Maximum Abstand Tage bis zur Erhebung des Follow-up sofern der Status im Follow-up be- kannt ist	<pre>maximum(fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt) %group_by% TDS_Tx</pre>
fn_MDRDFU	float	GFR nach vereinfachter MDRD-Formel FU Bogen	<pre>fGeschlWeiblich <- ifelse(GESCHLECHT %==% 2, 0.742, 1) ifelse(!is.na(fn_KreatininFUMGDL), 175 * (fn_KreatininFUMGDL)^-1.154 * (alter + (FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum / 365))^- 0.203 * fGeschlWeiblich, NA_real_)</pre>
fn_MinAbstTageBisTod	integer	Minimum Abstand Tage von der Operation bis zum Tod des Patienten (Feld: abstTodTxDatum; Follow-up) gruppiert nach Patient (TDS_P)	minimum(FU_abstTodTxDatum) %group_by% TDS_P
fn_MinMindestAbstTage1FU	integer	Minimum Abstand Tage bis zur Erhebung des 1 Jahres Follow-ups über alle Follow-ups die über dem Mindestabstand liegen gruppiert nach Pati- ent	<pre>minimum(fn_AbstTageFUErhebungUeberMind1FU) %group_by% TDS_Tx</pre>
fn_MinMindestAbstTage2FU	integer	Minimum Abstand Tage bis zur Erhebung des 2 Jahres Follow-ups über alle Follow-ups die über dem Mindestabstand liegen gruppiert nach Pati- ent	<pre>minimum(fn_AbstTageFUErhebungUeberMind2FU) %group_by% TDS_Tx</pre>
fn_MinMindestAbstTage3FU	integer	Minimum Abstand Tage bis zur Erhebung des 3 Jahres Follow-ups über alle Follow-ups die über dem Mindestabstand liegen gruppiert nach Pati- ent	<pre>minimum(fn_AbstTageFUErhebungUeberMind3FU) %group_by% TDS_Tx</pre>
fn_NierenReTXInnerhalb1Jahr	boolean	Nierenretransplantation innerhalb von 1 Jahr	fn_ZeitbisNierenReTX%<=% 365
fn_NierenReTXInnerhalb2Jahr	boolean	Nierenretransplantation innerhalb von 2 Jahren	fn_ZeitbisNierenReTX%<=% 730
fn_NierenReTXInnerhalb3Jahr	boolean	Nierenretransplantation innerhalb von 3 Jahren	fn_ZeitbisNierenReTX%<=% 1095

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_nurlsoNiereTxInAufenthalt	boolean	Patient hatte ausschließlich isolierte Nieren- transplantationen im Aufenthalt	all(fn_txIsolierteNiere) %group_by% TDS_B
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_Poopvwdauer_LfdNrEingriff_NTX	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren (Niere)	fn_Poopvwdauer_NTX * 100 - fn_LfdNrEingriff_NTX
fn_Poopvwdauer_NTX	integer	Liefert die poopvwdauer von Nierentransplanta- tionen	<pre>ifelse(fn_txNiere, poopvwdauer, NA_integer_)</pre>
fn_SofortFunktionsAufnahme	boolean	Sofortige Funktionsaufnahme der Niere nach Transplantation	FUNKTAUFNTRANSENTL %==% 1 & ANZPOSTOPDIALYSE %in% c(0,1) & DAUERDIALYSE %<% 24
fn_StatusBekannt1J	boolean	Status nach einem Jahr ist bekannt	<pre>fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB\$MinAbstand1JFU fn_TodInnerhalb1Jahr poopvwdauer %>=% VB\$MinAbstand1JFU</pre>
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

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_TodInnerhalb3Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von 3 Jahren verstorben	fn_ZeitbisTod %<=% 1095
fn_TodInnerhalb90Tage	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von 90 Tagen verstorben	fn_ZeitbisTod %<=% 90
fn_TxinAJm90Tage	boolean	Transplantation im Auswertungsjahr - 90 Tage	<pre>as.numeric(difftime(OPDATUM, as.Date(paste0(fn_AJ-1, "-10-01")))) %>=% 0 & as.numeric(difftime(OPDATUM, as.Date(paste0(fn_AJ, "- 09-30")))) %<=% 0</pre>
fn_txlsolierteNiere	boolean	Isolierte Nierentransplantation	KOMBTRANSNIERE %==% 1
fn_txNiere	boolean	Isolierte Nierentransplantation oder kombinierte Pankreas-Nierentransplantation	KOMBTRANSNIERE %in% c(1,2,5)
fn_txNiere_OPDatumValue	date	Nierentransplantation: OPDatum - Eintrag im Datensatz sofern Nierentransplantation (sonst NA)	OPDATUM[!fn_txNiere] <- as.Date(NA)
			OPDATUM
fn_txVersagenNiereInnerhalb1Jahr	boolean	Nieren-Transplantat hat innerhalb eines Jahres versagt	fn_ZeitbisTxVersagenNiere %<=% 365
fn_txVersagenNiereInnerhalb2Jahr	boolean	Nieren-Transplantat hat innerhalb von 2 Jahren versagt	fn_ZeitbisTxVersagenNiere %<=% 730
fn_txVersagenNiereInnerhalb3Jahr	boolean	Nieren-Transplantat hat innerhalb von drei Jahren versagt	fn_ZeitbisTxVersagenNiere %<=% 1095
fn_txVersagenNiereStatusBekannt1J	boolean	Nieren-Transplantatversagen nach einem Jahr bekannt	fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB\$MinAbstandlJFU fn_txVersagenNiereInnerhalblJahr
fn_txVersagenNiereStatusBekannt2J	boolean	Nieren-Transplantatversagen nach zwei Jahren bekannt	fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB\$MinAbstand2JFU fn_txVersagenNiereInnerhalb2Jahr
fn_txVersagenNiereStatusBekannt3J	boolean	Nieren-Transplantatversagen nach drei Jahren bekannt	fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB\$MinAbstand3JFU fn_txVersagenNiereInnerhalb3Jahr
fn_ZeitbisNierenReTX	integer	Gegebenenfalls Dauer bis zur darauffolgenden Retransplantation der Niere (in Tagen)	<pre>abstand_bis_retx <- function(opdatum_vektor){ lapply(opdatum_vektor, function(datum){ if(is.na(datum)){</pre>

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-NTX - Nierentransplantation Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre>return(NA_integer_) } opdatum_diffs <- as.numeric(difftime(opdatum_vektor, datum, units = "days")) opdatum_diffs <- opdatum_diffs[!is.na(opdatum_diffs) & opdatum_diffs > 0] if(length(opdatum_diffs) == 0){ return(NA_integer_) } return(min(opdatum_diffs, na.rm = T)) }) %>% unlist } abstand_bis_retx(fn_txNiere_OPDatumValue) %group_by% TDS_P</pre>
fn_ZeitbisTod	integer	Anzahl Tage nach der Transplantation bis der Patient verstorben ist	<pre>ifelse(ENTLGRUND %==% "07", poopvwdauer, fn_MinAbstTageBisTod)</pre>
fn_ZeitbisTxVersagenNiere	integer	Anzahl Tage nach der Transplantation bis das Nieren-Transplantat versagt hat	minimum(FU_abstTransplantatVersDatum) %group_by% TDS_Tx



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

Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen: Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Erfassungsjahr 2021

Stand: 30.10.2020

Impressum

Thema:

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen: Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation. 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

572036: Sterblichkeit im Krankenhaus	4
Gruppe: 1-Jahres-Überleben	7
572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	8
572038: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	11
Gruppe: 2-Jahres-Überleben	14
572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	15
572040: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	18
Gruppe: 3-Jahres-Überleben	21
572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	22
572042: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	25
572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	28
572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	31
572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	35
572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	39
572047: Entfernung des Pankreastransplantats	43
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	46
Anhang II: Listen	47
Anhang III: Vorberechnungen	48
Anhang IV: Funktionen	49

572036: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
---------------	--

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
55:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	К	-	ENTLDATUM
57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	572036
Bezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2020	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses und beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung. Er wurde zudem unter der Voraussetzung einer über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung festgelegt.
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 im Krankenhaus verstarb Nenner Die jeweils ersten Transplantationen aller Aufenthalte mit Pankreastransplantationen im Erfassungsjahr 2020 oder 2021
Erläuterung der Rechenregel	Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen ist für die Indikatoren zu Pankreastransplantationen vorgesehen, dass die Daten über zwei Erfassungsjahre kumuliert ausgewiesen werden (Erfassungsjahr und Erfassungsjahr - 1).
Teildatensatzbezug	PNTX:T
Zähler (Formel)	ENTLGRUND %==% "07"
Nenner (Formel)	<pre>(fn_EntlassungInAJ fn_EntlassungInAJml) & fn_PankreasTxInAufenthalt & fn_IstErsteTxInAufenthalt</pre>
Verwendete Funktionen	fn_AJ fn_EntlassungInAJ fn_EntlassungInAJm1 fn_EntlassungJahr fn_IstErsteTxInAufenthalt fn_PankreasTxInAufenthalt fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff fn_txPankreas
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: 1-Jahres-Überleben

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

572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname▼
25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
26:T	durchgeführte Trans- plantation	М	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
37:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	572037	
Bezeichnung	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status	
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %	
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses und beruht auf Erfahrungen aus der externen stationärer Qualitätssicherung. Er wurde zudem unter der Voraussetzung einer über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung festgelegt.	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Bei 2-Jahres-Aggregation der Auswertung wird der Strukturierte Dialog jährlich geführt. So wird die Reaktionszeit bei Hinweisen auf vorliegende qualitative Auffälligkeiten beschleunigt und damit auch den anderen Transplantationsverfahren angepasst. Aufgrund dieser Aggregation kann es zur einer wiederholten Anfrage von Fällen kommen, was jedoch entsprechend im Strukturierten Dialog berücksichtigt wird.	
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 Pankreastransplantation, für die das 1- Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Ret ransplantation werden ausgeschlossen	
Erläuterung der Rechenregel	Dieser Indikator bezieht sich auf 1-Jahres-Follow-up-Erhebungen im Jahr 2020 oder 2021. Da die Datenerfassung für das Verfahren Nierenersatzthera pie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation erst im Jahr 2020 begann, liegen keine Informationen zu Fällen der Vorjahre vor. Im Jahr 2020 sind daher nur sehr wenige 1-Jahres-Follow-up-Erhebungen fällig, sodass sich die Anzahl im Nenner entsprechend verringert. 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 In dikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.	
Teildatensatzbezug	PNTX:P	
Zähler (Formel)	!fn_TodInnerhalblJahr	
Nenner (Formel)	<pre>(((fn_FU1JFaelligInAJ fn_FU1JFaelligInAJm1) & fn_txPankreas) & fn_IstLetzteTransplantation) & fn_StatusBekannt1J</pre>	

	fn_DatumFaelligkeitFU1J
	fn_FU1JFaelligInAJ
	fn_FU1JFaelligInAJm1
	fn_IstLetzteTransplantation
	fn_MaxAbstTageFUErhebung
	fn_MinAbstTageBisTod
	fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff
	fn_StatusBekannt1J
	fn_TodInnerhalb1Jahr
	fn_txPankreas
	fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen	

572038: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
37:T	OP-Datum	К	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	572038
Bezeichnung	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator Worst-Case
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses und beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung. Er wurde zudem unter der Voraussetzung einer über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Bei 2-Jahres-Aggregation der Auswertung wird der Strukturierte Dialog jährlich geführt. So wird die Reaktionszeit bei Hinweisen auf vorliegende qualitative Auffälligkeiten beschleunigt und damit auch den anderen Transplantationsverfahren angepasst. Aufgrund dieser Aggregation kann es zur einer wiederholten Anfrage von Fällen kommen, was jedoch entsprechend im Strukturierten Dialog berücksichtigt wird.
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 Pankreastransplantation, für die das 1- Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Dieser Indikator bezieht sich auf 1-Jahres-Follow-up-Erhebungen im Jahr 2020 oder 2021. Da die Datenerfassung für das Verfahren Nierenersatzthera pie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation erst im Jahr 2020 begann, liegen keine Informationen zu Fällen der Vorjahre vor. Im Jahr 2020 sind daher nur sehr wenige 1-Jahres-Follow-up-Erhebungen fällig, sodass sich die Anzahl im Nenner entsprechend verringert.
	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 In dikator werden auch Follow-up-Informationen berücksichtigt, die nach dem Fälligkeitsdatum erhoben wurden.
	Es werden nur Patientinnen und Patienten im Zähler erfasst, wenn der Follow-Up-Status als lebend dokumentiert wurde. Patientinnen und Patienten mit unbekanntem Überlebensstatus werden folglich als verstorben be-
	trachtet.

Zähler (Formel)	fn_StatusBekanntlJ & !fn_TodInnerhalb1Jahr	
Nenner (Formel)	((fn_FU1JFaelligInAJ fn_FU1JFaelligInAJm1) & fn_txPankreas) & fn_IstLetzteTransplantation	
Verwendete Funktionen	<pre>fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU1J fn_FU1JFaelligInAJ fn_FU1JFaelligInAJm1 fn_IstLetzteTransplantation fn_MaxAbstTageFUErhebung fn_MinAbstTageBisTod fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff fn_StatusBekannt1J fn_TodInnerhalb1Jahr fn_txPankreas fn_ZeitbisTod</pre>	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

Gruppe: 2-Jahres-Überleben

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

572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname▼
25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
37:T	OP-Datum	К	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	572039		
Bezeichnung	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status		
Indikatortyp	Ergebnisindikator		
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)		
Bezug zum Verfahren	DeQS		
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status		
Referenzbereich 2021			
	≥ 80,00 %		
Referenzbereich 2020	≥ 80,00 %		
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses und beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung. Er wurde zudem unter der Voraussetzung einer über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung festgelegt.		
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Bei 2-Jahres-Aggregation der Auswertung wird der Strukturierte Dialog jährlich geführt. So wird die Reaktionszeit bei Hinweisen auf vorliegende qualitative Auffälligkeiten beschleunigt und damit auch den anderen Transplantationsverfahren angepasst. Aufgrund dieser Aggregation kann es zur einer wiederholten Anfrage von Fällen kommen, was jedoch entsprechend im Strukturierten Dialog berücksichtigt wird.		
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 Pankreastransplantation, für die das 2- Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen		
Erläuterung der Rechenregel	Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich dieser Indikator jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2018 bzw. 2019 bezieht, zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen. 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	PNTX:P		
Zähler (Formel)	!fn_TodInnerhalb2Jahr		
Nenner (Formel)	<pre>(((fn_FU2JFaelligInAJ fn_FU2JFaelligInAJm1) & fn_txPankreas) & fn_IstLetzteTransplantation) & fn_StatusBekannt2J</pre>		
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU2J		

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-PNTX - Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation 572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

	fn_FU2JFaelligInAJ
	fn_FU2JFaelligInAJm1
	fn_IstLetzteTransplantation
	fn_MaxAbstTageFUErhebung
	fn_MinAbstTageBisTod
	fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff
	fn_StatusBekannt2J
	fn_TodInnerhalb2Jahr
	fn_txPankreas
	fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572040: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
37:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	572040		
Bezeichnung	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)		
Indikatortyp	Ergebnisindikator		
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)		
Bezug zum Verfahren	DeQS		
Berechnungsart	Verlaufsindikator Worst-Case		
Referenzbereich 2021	≥ 80,00 %		
Referenzbereich 2020	≥ 80,00 %		
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses und beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung. Er wurde zudem unter der Voraussetzung einer über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung festgelegt.		
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Bei 2-Jahres-Aggregation der Auswertung wird der Strukturierte Dialog jährlich geführt. So wird die Reaktionszeit bei Hinweisen auf vorliegende qualitative Auffälligkeiten beschleunigt und damit auch den anderen Transplantationsverfahren angepasst. Aufgrund dieser Aggregation kann es zur einer wiederholten Anfrage von Fällen kommen, was jedoch entsprechend im Strukturierten Dialog berücksichtigt wird.		
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 Pankreastransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen		
Erläuterung der Rechenregel	Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich dieser Indikator jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2018 bzw. 2019 bezieht, zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen. 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 und Patienten im Zähler erfasst, wenn der Follow-up Status als lebend dokumentiert wurde. Patientinnen und Patienten mit unbekanntem Überlebensstatus werden folglich als verstorben betrachtet.		
Teildatensatzbezug	PNTX:P		

Nenner (Formel)	<pre>((fn_FU2JFaelligInAJ fn_FU2JFaelligInAJml) & fn_txPankreas) & fn_IstLetzteTransplantation</pre>	
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU2J fn_FU2JFaelligInAJ fn_FU2JFaelligInAJm1 fn_IstLetzteTransplantation fn_MaxAbstTageFUErhebung fn_MinAbstTageBisTod fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff fn_StatusBekannt2J fn_TodInnerhalb2Jahr fn_txPankreas fn_ZeitbisTod	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

Gruppe: 3-Jahres-Überleben

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

572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname▼
25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
37:T	OP-Datum	К	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

ID	572041	
Bezeichnung	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Verlaufsindikator bekannter Status	
Referenzbereich 2021	≥ 75,00 %	
Referenzbereich 2020	≥ 75,00 %	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses und beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung. Er wurde zudem unter der Voraussetzung einer über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung festgelegt.	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Bei 2-Jahres-Aggregation der Auswertung wird der Strukturierte Dialog jährlich geführt. So wird die Reaktionszeit bei Hinweisen auf vorliegende qualitative Auffälligkeiten beschleunigt und damit auch den anderen Transplantationsverfahren angepasst. Aufgrund dieser Aggregation kann es zur einer wiederholten Anfrage von Fällen kommen, was jedoch entsprechend im Strukturierten Dialog berücksichtigt wird.	
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 Pankreastransplantation, für die das 3- Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen	
Erläuterung der Rechenregel	Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich dieser Indiktor jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2017 bzw. 2018 bezieht, zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen. Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 3-Jahres-Follow-up is 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	PNTX:P	
Zähler (Formel)	!fn_TodInnerhalb3Jahr	
Nenner (Formel)	<pre>(((fn_FU3JFaelligInAJ fn_FU3JFaelligInAJm1) & fn_txPankreas) & fn_IstLetzteTransplantation) & fn_StatusBekannt3J</pre>	
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU3J	

	fn_FU3JFaelligInAJ
	fn_FU3JFaelligInAJm1
	fn_IstLetzteTransplantation
	fn_MaxAbstTageFUErhebung
	fn_MinAbstTageBisTod
	fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff
	fn_StatusBekannt3J
	fn_TodInnerhalb3Jahr
	fn_txPankreas
	fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572042: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname▼
25:T	Wievielte Transplanta- tion während dieses Aufenthaltes?	М	-	LFDNREINGRIFF
26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
37:T	OP-Datum	К	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	FU_FUVERSTORBEN
FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

ID	572042
Bezeichnung	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator (Follow-up)
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufsindikator Worst-Case
Referenzbereich 2021	≥ 75,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 75,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses und beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung. Er wurde zudem unter der Voraussetzung einer über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Bei 2-Jahres-Aggregation der Auswertung wird der Strukturierte Dialog jährlich geführt. So wird die Reaktionszeit bei Hinweisen auf vorliegende qualitative Auffälligkeiten beschleunigt und damit auch den anderen Transplantationsverfahren angepasst. Aufgrund dieser Aggregation kann es zur einer wiederholten Anfrage von Fällen kommen, was jedoch entsprechend im Strukturierten Dialog berücksichtigt wird.
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 Pankreastransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig ist, mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status. Patientinnen und Patienten mit einer darauffolgenden Retransplantation werden ausgeschlossen
Erläuterung der Rechenregel	Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich dieser Indiktor jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2017 bzw. 2018 bezieht, zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen. 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 und Patienten im Zähler erfasst, wenn der Follow-Up-Status als lebend dokumentiert wurde. Patientinnen und Patienten mit unbekanntem Überlebensstatus werden folglich als verstorben betrachtet.
	tracitet.
Teildatensatzbezug	PNTX:P

Nenner (Formel)	<pre>((fn_FU3JFaelligInAJ fn_FU3JFaelligInAJm1) & fn_txPankreas) & fn_IstLetzteTransplantation</pre>	
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFU3J fn_FU3JFaelligInAJ fn_FU3JFaelligInAJm1 fn_IstLetzteTransplantation fn_MaxAbstTageFUErhebung fn_MinAbstTageBisTod fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff fn_StatusBekannt3J fn_TodInnerhalb3Jahr fn_txPankreas fn_ZeitbisTod	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen		

572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung

Qualitätsziel	Selten Insulintherapie bei Entlassung erforderlich
---------------	--

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
26:T	durchgeführte Trans- plantation	M	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen 	KOMBTRANSNIERE
54:B	Patient bei Entlassung insulinfrei?	K	0 = nein 1 = ja	ENTLINSULINFREI
55:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	К	-	ENTLDATUM
57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND

ID	572043	
Bezeichnung	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Ratenbasiert	
Referenzbereich 2021	≥ 75,00 %	
Referenzbereich 2020	≥ 75,00 %	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses und beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung. Er wurde zudem unter der Voraussetzung einer über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung festgelegt.	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	-	
Rechenregeln	Zähler Aufenthalte von Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung insulinfrei sind Nenner Alle Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 und lebend entlassen	
Erläuterung der Rechenregel	Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen ist für die Indikatoren zu Pankreastransplantationen vorgesehen, dass die Daten über zwei Erfassungsjahre kumuliert ausgewiesen werden (Erfassungsjahr und Erfassungsjahr - 1).	
Teildatensatzbezug	PNTX:B	
Zähler (Formel)	ENTLINSULINFREI %==% 1	
Nenner (Formel)	(fn_EntlassungInAJ fn_EntlassungInAJm1) & fn_txPankreas & !fn_TodInHospital	
Verwendete Funktionen	fn_AJ fn_EntlassungInAJ fn_EntlassungInAJm1 fn_EntlassungJahr fn_TodInHospital fn_txPankreas	
Verwendete Listen	-	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)

Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb des ersten Jahres nach Pankreastransplantation erforderlich
Quantatorici	Seiter insumitive apie innerhab des ersten sames haen i anni castransplantation error dernen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname▼
26:T	durchgeführte Trans- plantation	М	1 = isolierte Nierentransplantation2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	KOMBTRANSNIERE
			3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	
			4 = isolierte Pankreastransplanta- tion	
			5 = Kombination Niere mit anderen Organen	
			6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen	
37:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein	FU_FUVERSTORBEN
			1 = ja	
			9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	
FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

ID	572044
Bezeichnung	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)
Indikatortyp	-
Art des Wertes	Transparenzkennzahl (Follow-up)
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Verlaufskennzahl bekannter Status
Referenzbereich 2021	-
Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
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 1 Jahr nach der Transplantation insulinfrei ist und bis dahin keine Retransplantation erhalter hat Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 1-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status
Erläuterung der Rechenregel	Diese Kennzahl bezieht sich auf 1-Jahres-Follow-up-Erhebungen im Jahr 202 oder 2021. Da die Datenerfassung für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation erst im Jahr 2020 begann, liegen keine Informationen zu Fällen der Vorjahre vor. Im Jahr 2020 sind daher nur sehr wenige 1-Jahres-Follow-up-Erhebungen fäl lig, sodass sich die Anzahl im Nenner entsprechend verringert. Bei Retransplantationen ist die zuletzt durchgeführte Transplantation maßgebend für die Follow-up-Erhebung. Die Erhebung des 1-Jahres-Follow-up is ein Jahr und 60 Tage nach der Transplantation spätestens fällig. In dieser Kennzahl werden sowohl isolierte Pankreastransplantationen als auch kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantationen berücksichtigt.
	Eine Prüfung, ob diese Kennzahl mit Referenzbereich eingeführt werden soll steht noch aus. Die Kennzahl wird ggf. modifiziert.
Teildatensatzbezug	PNTX:T
Zähler (Formel)	!(fn_txVersagenPankreasInnerhalb1Jahr fn_PankreasReTXInnerhalb1Jahr)
Nenner (Formel)	<pre>((fn_FUlJFaelligInAJ fn_FUlJFaelligInAJml) & fn_txPankreas) & (fn_txVersagenPankreasStatusBekanntlJ !is.na(fn_ZeitbisPankreasReTX)) & !(fn_TodInnerhalblJahr)</pre>

Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ fn_DatumFaelligkeitFUlJ fn_FUlJFaelligInAJ fn_FUlJFaelligInAJml fn_MaxAbstTageFUErhebung fn_MinAbstTageBisTod fn_PankreasReTXInnerhalblJahr fn_TodInnerhalblJahr fn_txPankreas fn_txPankreas_OPDatumValue fn_txVersagenPankreasInnerhalblJahr fn_txVersagenPankreasStatusBekanntlJ fn_ZeitbisPankreasReTX fn_ZeitbisTod fn_ZeitbisTxVersagenPankreas
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)

Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten zwei Jahre nach Pankreastransplantation erfor-
	derlich

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname▼
26:T	durchgeführte Trans- plantation	М	1 = isolierte Nierentransplantation2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK)	KOMBTRANSNIERE
			3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	
			4 = isolierte Pankreastransplanta- tion	
			5 = Kombination Niere mit anderen Organen	
			6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen	
37:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 19:B	Patient verstorben	М	0 = nein	FU_FUVERSTORBEN
			1 = ja	
			9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	
FU: EF*	Abstand Erhebungsda- tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta- gen	-	FUERHEBDATUM - TXDATUM	FU_abstFUErhebungsdatum- TxDatum
FU: EF*	Abstand zwischen To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

ID	572045	
Bezeichnung	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	
Indikatortyp	-	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl (Follow-up)	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Verlaufskennzahl bekannter Status	
Referenzbereich 2021	-	
Referenzbereich 2020	-	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	-	
Rechenregeln Erläuterung der Rechenregel	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient 2 Jahre nach der Transplantation insulinfrei ist und bis dahin keine Retransplantation erhalten hat Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 2-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich diese Kennzahl jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2018 bzw. 2019 bezieht, zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen.	
	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 dieser Kennzahl werden sowohl isolierte Pankreastransplantationen als auch kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantationen berücksichtigt. Eine Prüfung, ob diese Kennzahl mit Referenzbereich eingeführt werden soll, steht noch aus. Die Kennzahl wird ggf. modifiziert.	
Teildatensatzbezug	PNTX:T	
Zähler (Formel)	!(fn_txVersagenPankreasInnerhalb2Jahr fn_PankreasReTXInnerhalb2Jahr)	
Nenner (Formel)	<pre>((fn_FU2JFaelligInAJ fn_FU2JFaelligInAJm1) & fn_txPankreas) & (fn_txVersagenPankreasStatusBekannt2J !is.na(fn_ZeitbisPankreasReTX)) & !(fn_TodInnerhalb2Jahr)</pre>	
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ	

	fn_DatumFaelligkeitFU2J
	fn_FU2JFaelligInAJ
	fn_FU2JFaelligInAJm1
	fn_MaxAbstTageFUErhebung
	fn_MinAbstTageBisTod
	fn_PankreasReTXInnerhalb2Jahr
	fn_TodInnerhalb2Jahr
	fn_txPankreas
	fn_txPankreas_OPDatumValue
	fn_txVersagenPankreasInnerhalb2Jahr
	fn_txVersagenPankreasStatusBekannt2J
	fn ZeitbisPankreasReTX
	fn ZeitbisTod
	fn_ZeitbisTxVersagenPankreas
Verwendete Listen	_
Darstellung	-
Grafik	-
2.3	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb-	
nissen	

572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)

Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten drei Jahre nach Pankreastransplantation erforder-
	lich

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	м/к	Schlüssel/Formel	Feldname▼
26:T	durchgeführte Trans- plantation	М	1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentrans- plantation (SPK)	KOMBTRANSNIERE
			3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)	
			4 = isolierte Pankreastransplanta- tion	
			5 = Kombination Niere mit anderen Organen	
			6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen	
37:T	OP-Datum	K	-	OPDATUM
57:B	Entlassungsgrund	М	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweil- dauer: Differenz in Ta- gen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: 19:B	Patient verstorben	М	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 To- desdatum und Datum der letzten Transplan- tation	-	TODESDATUM - TXDATUM	FU_abstTodTxDatum

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

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

ID	572046	
Bezeichnung	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	
Indikatortyp	-	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl (Follow-up)	
Bezug zum Verfahren	DeQS	
Berechnungsart	Verlaufskennzahl bekannter Status	
Referenzbereich 2021	-	
Referenzbereich 2020	-	
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-	
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung	
Erläuterung der Risikoadjustierung	-	
Rechenregeln Erläuterung der Rechenregel	Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient 3 Jahre nach der Transplantation insulinfrei ist und bis dahin keine Retransplantation erhalten hat Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation, für die das 3-Jahres-Follow-up im Erfassungsjahr 2020 oder 2021 fällig ist, mit bekanntem Follow-up-Status Für das Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation beginnt die Datenerfassung im Jahr 2020. Da sich diese Kennzahl jedoch auf Indexeingriffe aus dem Jahr 2017 bzw. 2018 bezieht, zu denen noch keine Daten vorliegen, kann für das Erfassungsjahr 2021 noch keine Auswertung erfolgen.	
	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 dieser Kennzahl werden sowohl isolierte Pankreastransplantationen als auch kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantationen berücksichtigt. Eine Prüfung, ob diese Kennzahl mit Referenzbereich eingeführt werden soll, steht noch aus. Die Kennzahl wird ggf. modifiziert.	
Teildatensatzbezug	PNTX:T	
Zähler (Formel)	!(fn_txVersagenPankreasInnerhalb3Jahr fn_PankreasReTXInnerhalb3Jahr)	
Nenner (Formel)	<pre>((fn_FU3JFaelligInAJ fn_FU3JFaelligInAJm1) & fn_txPankreas) & (fn_txVersagenPankreasStatusBekannt3J !is.na(fn_ZeitbisPankreasReTX)) & !(fn_TodInnerhalb3Jahr)</pre>	
Verwendete Funktionen	fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt fn_AJ	

	fn_DatumFaelligkeitFU3J
	fn_FU3JFaelligInAJ
	fn_FU3JFaelligInAJm1
	fn_MaxAbstTageFUErhebung
	fn_MinAbstTageBisTod
	fn_PankreasReTXInnerhalb3Jahr
	fn_TodInnerhalb3Jahr
	fn_txPankreas
	fn_txPankreas_OPDatumValue
	fn_txVersagenPankreasInnerhalb3Jahr
	fn_txVersagenPankreasStatusBekannt3J
	fn_ZeitbisPankreasReTX
	fn_ZeitbisTod
	fn_ZeitbisTxVersagenPankreas
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

572047: Entfernung des Pankreastransplantats

Qualitätsziel	Selten Entfernung des Pankreastransplantats erforderlich
---------------	--

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
26:T	durchgeführte Trans- plantation	М	 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = isolierte Pankreastransplantation 	KOMBTRANSNIERE
			 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen ren Organen 	
49:T	Entnahme des Pan- kreastransplantats er- forderlich	K	0 = nein 1 = ja	ENTNTRANSPLERFJN
55:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM

ID	572047		
Bezeichnung	Entfernung des Pankreastransplantats		
Indikatortyp	Ergebnisindikator		
Art des Wertes	Qualitätsindikator		
Bezug zum Verfahren	DeQS		
Berechnungsart	Ratenbasiert		
Referenzbereich 2021	≤ 20,00 %		
Referenzbereich 2020	≤ 20,00 %		
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses und beruht auf Erfahrungen aus der externen stationären Qualitätssicherung. Er wurde zudem unter der Voraussetzung einer über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung festgelegt.		
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	Bei 2-Jahres-Aggregation der Auswertung wird der Strukturierte Dialog jährlich geführt. So wird die Reaktionszeit bei Hinweisen auf vorliegende qualitative Auffälligkeiten beschleunigt und damit auch den anderen Transplantationsverfahren angepasst. Aufgrund dieser Aggreggation kann es zur einer wiederholten Anfrage von Fällen kommen, was jedoch entsprechend im Strukturierten Dialog berücksichtigt wird.		
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung		
Erläuterung der Risikoadjustierung	-		
Rechenregeln	Zähler Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit erfolgter Entfernung des Pankreastransplantats Nenner Alle Aufenthalte von Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr 2020 oder 2021		
Erläuterung der Rechenregel	Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen ist für die Indikatoren zu Pankreastransplantationen vorgesehen, dass die Daten über zwei Erfassungsjahre kumuliert ausgewiesen werden (Erfassungsjahr und Erfassungsjahr - 1).		
Teildatensatzbezug	PNTX:B		
Zähler (Formel)	ENTNTRANSPLERFJN %==% 1		
Nenner (Formel)	(fn_EntlassungInAJ fn_EntlassungInAJm1) & fn_txPankreas		
Verwendete Funktionen	fn_AJ fn_EntlassungInAJ fn_EntlassungInAJm1 fn_EntlassungJahr fn_txPankreas		
Verwendete Listen	-		
Darstellung	-		
Grafik	-		
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergeb- nissen			

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	

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-PNTX - Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation Anhang II: Listen

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr_PNTX	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmungen 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 so- fern der Status im Follow-up bekannt ist	<pre>ifelse(FU_FUVERSTORBEN %in% c(0,1), FU_abstFUErhebungsdatumTxDatum, NA_integer_)</pre>
fn_AJ	integer	Auswertungsjahr	VB\$Auswertungsjahr_PNTX
fn_DatumFaelligkeitFU1J	date	Fälligkeitsdatum für die 1-Jahres-Follow-up-Er- hebung	as.Date(OPDATUM + 365 + VB\$ToleranzFUlJ)
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_EntlassungInAJm1	boolean	Entlassung in Auswertungsjahr - 1	fn_EntlassungJahr %==% (fn_AJ - 1)
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_FU1JFaelligInAJm1	boolean	1-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr - 1	to_year(fn_DatumFaelligkeitFU1J) %==% (fn_AJ - 1)
fn_FU2JFaelligInAJ	boolean	2-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	to_year(fn_DatumFaelligkeitFU2J) %==% fn_AJ
fn_FU2JFaelligInAJm1	boolean	2-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr - 1	to_year(fn_DatumFaelligkeitFU2J) %==% (fn_AJ - 1)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_FU3JFaelligInAJ	boolean	3-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr	to_year(fn_DatumFaelligkeitFU3J) %==% fn_AJ
fn_FU3JFaelligInAJm1	boolean	3-Jahres-Follow-up-Erhebung ist fällig im Auswertungsjahr - 1	to_year(fn_DatumFaelligkeitFU3J) %==% (fn_AJ - 1)
fn_lstErsteTxInAufenthalt	boolean	Erste Transplantation innerhalb des stationären Aufenthalts	<pre>fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)</pre>
fn_lstLetzteTransplantation	boolean	Transplantation ist die letzte Transplantation des Patienten	<pre>fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (minimum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_P)</pre>
fn_MaxAbstTageFUErhebung	integer	Maximum Abstand Tage bis zur Erhebung des Follow-up sofern der Status im Follow-up be- kannt ist	<pre>maximum(fn_AbstTageFUErhebungStatusBekannt) %group_by% TDS_Tx</pre>
fn_MinAbstTageBisTod	integer	Minimum Abstand Tage von der Operation bis zum Tod des Patienten (Feld: abstTodTxDatum; Follow-up) gruppiert nach Patient (TDS_P)	minimum(FU_abstTodTxDatum) %group_by% TDS_P
fn_PankreasReTXInnerhalb1Jahr	boolean	Pankreasretransplantation innerhalb von 1 Jahr	fn_ZeitbisPankreasReTX %<=% 365
fn_PankreasReTXInnerhalb2Jahr	boolean	Pankreasretransplantation innerhalb von 2 Jahren	fn_ZeitbisPankreasReTX %<=% 730
fn_PankreasReTXInnerhalb3Jahr	boolean	Pankreasretransplantation innerhalb von 3 Jahren	fn_ZeitbisPankreasReTX %<=% 1095
fn_PankreasTxInAufenthalt	boolean	Patient hatte mindestens eine isolierte oder kombinierte Pankreas(-Nieren)transplantationen im Aufenthalt	any(fn_txPankreas) %group_by% TDS_B
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_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	<pre>fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB\$MinAbstand3JFU fn_TodInnerhalb3Jahr poopvwdauer %>=% VB\$MinAbstand3JFU</pre>
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_txPankreas	boolean	Isolierte Pankreastransplantation oder kombinierte Nieren-Pankreastransplantation	KOMBTRANSNIERE %in% c(2,3,4,6)
fn_txPankreas_OPDatumValue	date	Pankreastransplantation: OPDatum - Eintrag im Datensatz sofern Pankreastransplantation (sonst NA)	OPDATUM[!fn_txPankreas] <- as.Date(NA) OPDATUM
fn_txVersagenPankreasInnerhalb1Jahr	boolean	Pankreas-Transplantat hat innerhalb eines Jahres versagt	fn_ZeitbisTxVersagenPankreas %<=% 365
fn_txVersagenPankreasInnerhalb2Jahr	boolean	Pankreas-Transplantat hat innerhalb von 2 Jahren versagt	fn_ZeitbisTxVersagenPankreas %<=% 730
fn_txVersagenPankreasInnerhalb3Jahr	boolean	Pankreas-Transplantat hat innerhalb von drei Jahren versagt	fn_ZeitbisTxVersagenPankreas %<=% 1095
fn_txVersagenPankreasStatusBekannt1J	boolean	Transplantatversagen nach einem Jahr bekannt	fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB\$MinAbstand1JFU fn_txVersagenPankreasInnerhalb1Jahr

Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 nach DeQS-RL NET-PNTX - Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation Anhang V: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_txVersagenPankreasStatusBekannt2J	boolean	Transplantatversagen nach zwei Jahren bekannt	fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB\$MinAbstand2JFU fn_txVersagenPankreasInnerhalb2Jahr
fn_txVersagenPankreasStatusBekannt3J	boolean	Transplantatversagen nach drei Jahren bekannt	fn_MaxAbstTageFUErhebung %>=% VB\$MinAbstand3JFU fn_txVersagenPankreasInnerhalb3Jahr
fn_ZeitbisPankreasReTX	integer	Gegebenenfalls Dauer bis zur darauffolgenden Retransplantation der Pankreas (in Tagen)	<pre>abstand_bis_retx <- function(opdatum_vektor){ result <- lapply(opdatum_vektor, function(datum){ if(is.na(datum)){ return(NA_integer_) } opdatum_diffs <- as.numeric(difftime(opdatum_vektor, datum, units = "days")) opdatum_diffs <- opdatum_diffs[!is.na(opdatum_diffs) & opdatum_diffs > 0] if(length(opdatum_diffs) == 0){ return(NA_integer_) } return(min(opdatum_diffs, na.rm = T)) }) as.integer(unlist(result)) } abstand_bis_retx(fn_txPankreas_OPDatumValue) %group_by% TDS_P</pre>
fn_ZeitbisTod	integer	Anzahl Tage nach der Transplantation bis der Patient verstorben ist	<pre>ifelse(ENTLGRUND %==% "07", poopvwdauer, fn_MinAbstTageBisTod)</pre>
fn_ZeitbisTxVersagenPankreas	integer	Anzahl Tage nach der Transplantation bis das Pankreas-Transplantat versagt hat	minimum(FU_abstTransplantatVersDatumPankreas) %group_by% TDS_Tx