

A Änderungen in den Indikatorenlisten

In den Indikatorenlisten der QS-Verfahren werden nunmehr auch die jeweiligen Transparenzkennzahlen dargestellt.

Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

Bislang wurden die kontinuierlichen Zielgrößen der Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt (DFP) bzw. der Kontrastmittelmenge (KMM) je anhand eines Schwellenwertes des Bundesamtes für Strahlenschutz auf Fallebene dichotomisiert und dann als auf Fallebene binäre Zielgröße mit den Ausprägungen „unterhalb des Schwellenwertes“ bzw. „oberhalb des Schwellenwertes“ ausgewertet. Diese Dichotomisierung hatte unerwünschte Konsequenzen, die mit der vorgenommenen Weiterentwicklung adressiert wurden. Zum einen führte sie zu einem Informationsverlust, da dadurch lediglich unterschieden wurde, ob ein beobachteter Wert unterhalb oder oberhalb des Schwellenwertes lag. Dies war insofern problematisch, als dass sowohl für das DFP als auch die KMM kein medizinisch begründeter Grenzwert existiert, ab dem die Dosis als (un)problematisch angesehen werden kann. Vielmehr ist es für Patientinnen und Patienten besser, je niedriger die Dosis ausfällt, weswegen auch das jeweilige Qualitätsziel beider Indikatorgruppen definiert ist als „Möglichst niedriges DFP“ bzw. „Möglichst geringe KMM“. Zum anderen führt bereits eine minimale Erhöhung bzw. Senkung eines Wertes nahe des Schwellenwertes dazu, dass der Wert in die andere Kategorie fällt.

Aufgrund der beschriebenen unerwünschten Konsequenzen der Dichotomisierung werden daher ab dem Erfassungsjahr 2023 die kontinuierlichen Zielgrößen direkt für die Berechnung der Indikatorergebnisse verwendet. Werden dabei keine patientenseitigen Risikofaktoren berücksichtigt (Indikatoren der Gruppe „KMM“), ergibt sich der Indikatorwert als Mittelwert der beobachteten KMM aller Fälle. Bei risikoadjustierten Indikatoren (Gruppe „DFP“) wird die kontinuierliche Zielgröße mit der basierend auf einem Risikoadjustierungsmodell ermittelten erwarteten Zielgröße in Beziehung gesetzt (d. h. mit dem für diesen Fall erwarteten DFP). Dabei wird, im Gegensatz zu O/E-Indikatoren, der beobachtete Wert eines Falles zunächst mit dem für ihn erwarteten Wert in Beziehung gesetzt und anschließend über die Fälle summiert. Dies führt insbesondere dazu, dass ein Leistungserbringer die Überschreitung eines erwarteten DFP um x % für einen Fall durch die Unterschreitung des erwarteten DFP um x % für einen anderen Fall kompensieren können (relative Kompensation). Die quantitative Auffälligkeitseinstufung erfolgt anschließend auf Basis des Referenzbereichs und der Bewertungsart des Qualitätsindikators.

Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

Die Jahresauswertung enthält zukünftig Auswertungen von zwei Erfassungsjahren:

- für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen (QI 58001, 58005, 58006) erfolgt die Auswertung im zweiten Jahr nach dem Indexeingriff (Vor-Vorjahr)
- für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen (QI 58000, 58002, 58003, 58004) erfolgt die Auswertung im ersten Jahr nach dem Indexeingriff (Vorjahr).

Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) - Dialyse

Bei den Indikatoren 572003 „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung“, 572004 "Katheterzugang bei Hämodialyse", 572005 „Dialysefrequenz pro Woche“ und 572006 „Dialysedauer pro Woche“ sowie der entsprechenden Kennzahlen zu Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden nun auch Patientinnen und Patienten mit Hämofiltration und Hämodiafiltration in die Grundgesamtheit der Indikatoren eingeschlossen, da hier die gleichen Behandlungsstandards bzgl. Shuntversorgung, Dialysefrequenz und Dialysedauer relevant sind. Dies wurde entsprechend in der Beschreibung der Indikatoren ergänzt.

Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

Für die Ergebnisindikatoren (QIs 52240, 11704, 51873) wurde präzisiert, dass sowohl ischämische Schlaganfälle als auch symptomatische intrakranielle Blutungen als periprozedurale Komplikation zu werten sind und in den Zähler der Ergebnisindikatoren einzuschließen sind. Im Weiteren ergeben sich Änderungen am Prozessindikator „Postprozedurale fachneurologische Untersuchung“ (QI 161800), da zukünftig überprüft werden soll, ob alle Patientinnen und Patienten nach einer Karotis-Revaskularisation fachneurologisch untersucht wurden.

Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

Für den Indikator QI 2009 wurde die Formulierung angepasst, da gängige Definitionen von antimikrobieller Therapie auch die antivirale Therapie umfassen. Adressiert wird mit dem Indikator ausschließlich die antibiotische Therapie. Aufgrund von vielen COVID-19-Fällen, bei denen früh eine antivirale Therapie initiiert worden ist, kam es zu Hinweisen von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern auf diesen Sachverhalt.

Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

Die Bezeichnung der Indikatoren QI 21200 und 212001 wurde geändert in „Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk **ohne Herdbefund**“ bzw. „Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde **mit Herdbefund**“.

Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

In den Indikatorentiteln, der Beschreibung der Indikatoren sowie deren Qualitätszielbeschreibungen wurde gemäß dem zum Jahr 2021 erfolgten Update des BfArM im ICD-10-GM der Begriff „Grad“ des ICD-10-Kodes L89.- „Dekubitalgeschwür und Druckzone“ durch den Begriff „Stadium“ ersetzt.

Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

Die Änderungen beruhen vorwiegend auf Anpassungen im Zusammenhang mit den neuen ESC-Leitlinien:

- 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy (Glikson et al. 2021)
- 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (McDonagh et al. 2021).

Die Bezeichnung des Indikators 54143 wurde von „Systeme 3. Wahl“ in „Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern“ geändert, da die neue ESC-Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie keine Differenzierung nach Systemen 1., 2. und 3. Wahl mehr enthält und der Indikator entsprechend angepasst wurde.

Des Weiteren wurden die Rechenregeln der Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation und Systemwahl in HSM-IMPL (QIs 101803 und 54140) und DEFI-IMPL (QIs 50055 und 50005) an die neuen, 2021 publizierten ESC-Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz angepasst.

Für das Modul Herzschrittmacher-Implantation wurde in der Indikatorenliste die Transparenzkennzahl Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden (QI 101802) ergänzt; für das Modul Implantierbare Defibrillatoren – Implantation wurde die Transparenzkennzahl Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden (QI 131803) ergänzt.

Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

Geburtshilfe

QI 181800

Hinsichtlich des „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV“ (QI 181800) wurde in einer vom IQTIG durchgeführten systematischen Literaturrecherche das Ziel verfolgt, vom Krankenhaus beeinflussbare Präventivmaßnahmen, die das Auftreten von höhergradigen Dammrissen (Grad III und IV) verhindern können, zu identifizieren. Hierbei wurde festgestellt, dass aufgrund der geringen bzw. sehr geringen methodischen Qualität (AMSTAR 2-Bewertung: low bzw. critically low) der eingeschlossenen systematischen Reviews keine gesicherte Aussage getroffen werden kann, ob das Auftreten von schweren Dammrissen stationär zu beeinflussen ist. Da die Erfassung und Auswertung eines Dammrisses allerdings weiterhin als wichtig angesehen wird, wird der Indikator als eine Transparenzkennzahl ausgewiesen.

QI 331

Die aktuell als Transparenzkennzahl ausgewiesene „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ (QI 331) wird ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder als Sentinel-Event-

Indikator in die DeQS-RL eingeführt. Hierdurch ist vorgesehen, dass die Landesarbeitsgemeinschaften jeden im Rahmen der stationären Geburt aufgetretenen Müttersterbefall innerhalb eines Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 der DeQS-RL aufarbeiten.

QIs 182010, 182011, 182014

Die Thematik Regionalisierung der perinatalen Versorgung von Schwangeren, Neugeborenen und insbesondere (extrem unreifen) Frühgeborenen, also die Zuordnung von (Risiko-)Geburten in spezialisierte stationäre Einrichtungen (Perinatalzentren), hat einen wesentlichen Einfluss auf die perinatale Mortalität und Morbidität von Früh- und Neugeborenen. Aufgrund der auftretenden Risiken während eines postnatalen Transports von kranken Reif- bzw. Frühgeborenen sollen Risikoschwangere so früh wie möglich identifiziert und zur Geburt an für die Krankheitsschwere und den Grad der Unreife geeignete Klinik überwiesen werden. Grundlegend sollte zu jeder Zeit der postnatale Transport für Risikokinder vermieden werden und allein in nicht abschätzbaren Notsituationen erfolgen.

Die zum Erfassungsjahr 2021 neu eingeführten Transparenzkennzahlen zur „Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe“ (QIs 182010, 182011, 182014) werden für das Erfassungsjahr 2023 in Qualitätsindikatoren überführt. Mithilfe der Qualitätsindikatoren können so zukünftig im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 DeQS-RL Krankenhäuser ermittelt werden, bei denen Geburten erfolgt sind, die dort gemäß der Krankheitsschwere und dem Grad der Unreife des Kindes nicht hätten stattfinden sollen, sodass die Ursachen für die Nichtverlegung im Einzelfall geklärt werden können.

QI 330:

Vor dem Hintergrund neuer Studien zur antenatalen Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten wurde das IQTIG um fachliche Prüfung dieser Studien sowie etwaiger Auswirkungen auf die Empfehlung des Qualitätsindikators 330 als planungsrelevanter Qualitätsindikator gebeten. Diese ist noch nicht abgeschlossen. Der Nutzen einer antenatalen Kortikosteroidtherapie bei drohender Frühgeburt zur Förderung der Lungenreife wird durch die vorliegenden Studien nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Allerdings könne die optimale Wirksamkeit der Therapie nur eintreten, wenn die Geburt innerhalb von 24 h bis 7 Tagen danach erfolge. Da es keine akkurate Diagnosemöglichkeit für die unmittelbar drohende Frühgeburt gebe, können auch Schwangere eine Kortikosteroidapplikation erhalten, die außerhalb des optimalen therapeutischen Zeitfensters entbinden. Derzeit kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass der Indikator einen Fehlanreiz zur Gabe des Medikaments trotz fehlender Indikation darstellt und so das Risiko einer schädigenden Wirkung erhöht. Gleichzeitig wird der Indikator seit mehreren Jahren mit über 97 % mehr als erfüllt und lässt somit in der vorliegenden Form aktuell keine Qualitätsdefizite erkennen. Vor diesem Hintergrund wird der Qualitätsindikator 330 für das Erfassungsjahr 2023 in eine Kennzahl überführt.

Neonatalogie

Transparenzkennzahl „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ (QI 51079) /
Transparenzkennzahl „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (QI 50053) / Qualitätsindikator
„Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (QI 51901)

Aufgrund einer Anpassung des Datenfeldes zur BPD (Abfrage des Schlüsselwertes „keine oder milde BPD“ in zwei separaten Schlüsselwerten) und der Einführung eines neuen abhängigen Datenfeldes „Status [der BPD] bei Aufnahme“ (Spezifizierung, ob eine BPD erstmalig im

aktuellen Aufenthalt aufgetretenen ist oder bereits bei Aufnahme vorlag) wird die Zählerbeschreibung bzw. -rechenregel dahingehend konkretisiert, dass nur eine moderate oder schwere BPD, die während des aktuellen Aufenthalts erstmalig aufgetreten ist, zu berücksichtigen ist.

Neue Transparenzkennzahl „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus“ (QI 222200)

Da ein posthämorrhagischer Hydrozephalus bei etwa der Hälfte der Kinder mit einer Hirnblutung auftritt, wird eine neue Transparenzkennzahl in die Gruppe zur IVH und PVH (IDs 51076 und 50050) aufgenommen. Diese erfasst zusätzlich zum Auftreten einer Hirnblutung, ob eine Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus stattgefunden hat.

Neue Transparenzkennzahl „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK“ (QI 222201)

Da es sich bei der NEK und FIP bzw. SIP um verschiedene, nicht immer eindeutig voneinander abzugrenzende Krankheitsbilder handelt und betroffene Kinder oftmals aufgrund einer Operation weiterverlegt werden, wird eine neue Transparenzkennzahl in die Gruppe zur NEK (QIs 51838 und 51843) aufgenommen. Diese erfasst, ob entweder eine NEK oder eine FIP bzw. SIP mit Operation oder Therapie einer NEK vorgelegen hat.

Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV) und Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

Die Transparenzkennzahl „Treppensteigen bei Entlassung“ ist im Erfassungsjahr 2023 erstmals Bestandteil der Auswertungen der QS-Verfahren HGV und KEP. Um den Aspekt der selbstständigen Mobilität abzubilden, soll die damit einhergehende Entlassungsfähigkeit mit einem neuen Qualitätsmerkmal "Treppensteigen" dargestellt werden. Zur Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen wird das standardisierte Instrument „der Barthel-Index“ empfohlen. Die Fähigkeit Treppen steigen zu können stellt nach Einschätzung des Expertengremiums den anspruchsvollsten mobilitätsbezogenen Tätigkeits-/Mobilitätsbereich des Barthel-Index zur Entlassung dar.

B Änderungen in der QS-Dokumentation ab 2023

Modulübergreifende Änderungen

Vereinheitlichung Datenfeld „Körpergröße“

Zur Vereinheitlichung wird für alle Datenfelder mit der Bezeichnung „Körpergröße“ nur noch das technische Feld KOERPERGROESSE verwendet. Eine Ausnahme besteht für das Modul HTXM, da sich die Angaben zur Körpergröße hierbei auf den Spender beziehen, die Dokumentation des Basisbogens jedoch nicht. Die technischen Felder LAENGE und KGROESSE werden in diesem Zusammenhang gelöscht.

Neues Datenfeld „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“

Für alle Module mit dem Datenfeld „Entlassungsgrund“ wird ein neues Datenfeld „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ aufgenommen, welches befüllt werden kann, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht wahrheitsgemäß im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann. Im Falle einer Aktualisierung der Entlassungsgründe im Rahmen der § 301-Vereinbarung SGB V ist somit sichergestellt, dass der Dokumentationsbogen dennoch abgeschlossen und exportiert werden kann. Eventuell betroffene Plausibilitätsregeln werden in diesem Zusammenhang angepasst.

Für den Minimaldatensatz wird das Datenfeld „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ nicht aufgenommen, da der Entlassungsgrund dort optional zu dokumentieren ist.

Neues Datenfeld „nicht spezifizierter Aufnahmegrund“

Für alle Module mit dem Datenfeld „Aufnahmegrund“ wird ein neues Datenfeld „nicht spezifizierter Aufnahmegrund“ aufgenommen, welches befüllt werden kann, wenn der Aufnahmegrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht wahrheitsgemäß im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann. Im Falle einer Aktualisierung der Aufnahmegründe im Rahmen der § 301-Vereinbarung SGB V ist somit sichergestellt, dass der Dokumentationsbogen dennoch abgeschlossen und exportiert werden kann.

Entlassungsgründe 28 und 29

Aufgrund der Änderung der § 301-Vereinbarung SGB V werden die Schlüsselwerte „28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen“ und „29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt“ für alle Module mit dem Datenfeld „Entlassungsgrund“ entfernt.

Formatanweisung KASSEIKNR

Die Formatanweisung für die Felder KASSEIKNR und KASSEIKNRSP wird dahingehend geändert, dass immer neun Stellen vorliegen müssen. Die Plausibilitätsregeln zur Prüfung von KASSEIKNR und KASSEIKNRSP auf neun Stellen werden in diesem Zusammenhang gelöscht.

Eingliederung DIMDI ins BfArM

Im Rahmen der Eingliederung des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) in das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) ergeben sich Anpassungen an dem QS-Filter und der QS-Dokumentation. (Für die externen Schlüssel ICD10, OPS301 und ICDO3MORPH wird auf die Webadresse <http://www.bfarm.de> verwiesen.)

Modulbezogene Änderungen

In den nachfolgenden Tabellen sind relevante modulbezogene Änderungen aufgeführt:

Modul	neue Datenfelder 2023
PPCI	<ul style="list-style-type: none"> • „entlassener Standort“
CHE	<ul style="list-style-type: none"> • „Körpergröße“, „Körpergewicht“, „Körpergröße unbekannt“ und „Körpergewicht unbekannt“ • „Bestand der Leberabszess vor der Cholezystektomie?“
NET-DIAL	<ul style="list-style-type: none"> • „HIV-Infektion“ • „mechanische Komplikation“, „Infektion“ und „sonstige Komplikation“
KAROTIS	<ul style="list-style-type: none"> • „Kreatininwert i.S. unbekannt“ • „Form der Anästhesie“ • „Erfolgte eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung?“ • „NOAK/DOAK“ und „Vitamin-K-Antagonisten“ • „Neuromonitoring intraprozedural durchgeführt?“; „SEP“, „MEP“, „EEG“, „Oxymetrie“, „Wachmonitoring“ und „sonstige“ • „Datum der postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung“ und „keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erfolgt“ • „TIA“, „Hyperperfusionssyndrom“, „Hirnnervenausfälle“, „ischämischer Schlaganfall“, „symptomatische intrakranielle Blutung“ und „sonstige“ • „lokale Komplikationen“; „OP-pflichtige Nachblutung“, „Nervenläsion als Folge des Eingriffs“, „Karotisverschluss“, „behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle“, „Wundinfektionen“ und „sonstige“
CAP	<ul style="list-style-type: none"> • „erste Sauerstoffsättigung unter Sauerstoffgabe erfasst“ und „erste Sauerstoffsättigung unter nicht-invasiver Beatmung oder CPAP erfasst“
MC	<ul style="list-style-type: none"> • „Klinischer Lymphknotenbefund cN0“ • „Datum prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz“ • „Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat.“ • „Datum postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz“

Modul	neue Datenfelder 2023
DEK	<ul style="list-style-type: none"> • „eingeschränkte Mobilität – Muskelzerrung“ und „eingeschränkte Mobilität – Verhalten“ • „Infektion - Pneumonie“ und „Infektion - ARDS“ • „weitere schwere Erkrankungen anderenorts klassifizierte Pneumonie“
HSM-IMPL	<ul style="list-style-type: none"> • „Zeit zwischen Auftreten des Infarkts und der Schrittmacherimplantation“ • „Datum der TAVI“ und „Datum der TAVI nicht bekannt“; für „Datum der TAVI“ wird Ersatzfeld aufgenommen, welches den Abstand zwischen TAVI und Schrittmacherimplantation (in Tagen) berechnet
DEFI-IMPL	<ul style="list-style-type: none"> • „SGLT2-Inhibitoren“
PM-GEBH	<ul style="list-style-type: none"> • „Geburtsort des Kindes“, „Bundesland des Geburtsortes“, „Geburtsort liegt nicht vor oder Geburt im Ausland“ und „Das Bundesland der Geburt liegt nicht vor oder Geburt im Ausland“
PM-NEO	<ul style="list-style-type: none"> • „Geburtsort des Kindes“, „Bundesland des Geburtsortes“, „Geburtsort liegt nicht vor oder Geburt im Ausland“ und „Das Bundesland der Geburt liegt nicht vor oder Geburt im Ausland“ • „Status bei Aufnahme“ • „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung“
HGV-HEP	<ul style="list-style-type: none"> • „initial/vor dem Eingriff vorliegende Acetabulumfraktur“ • „Femurkopfnekrose“ • „revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion oder Serom“ • „periprothetische Acetabulumfraktur“ • „Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“
HGV-OSFRAK	<ul style="list-style-type: none"> • „revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss“
KEP	<ul style="list-style-type: none"> • „in der Bildgebung nachgewiesene Osteonekrose am Kniegelenk“ • „revisionsbedürftige Instabilität des künstlichen Gelenks (inklusive (Sub)Luxation)“ • „revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss“ • „Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“

Tabelle 1: neue Datenfelder 2023

Modul	gestrichene Datenfelder 2023
CHE	<ul style="list-style-type: none"> • „Bestand das Erysipel vor der Cholezystektomie?“ • „Bestand die akute hämorrhagische Gastritis vor der Cholezystektomie?“ • „Bestand die sonstige akute Gastritis vor der Cholezystektomie?“
KAROTIS	<ul style="list-style-type: none"> • „Wurde eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?“
DEK	<ul style="list-style-type: none"> • „sonstiger Diabetes Mellitus“
HSM-IMPL	<ul style="list-style-type: none"> • „Persistenz der Bradykardie“
HGV-OSFRAK	<ul style="list-style-type: none"> • „Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)“ • „Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?“ • „Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt“
PM-GEBH	<ul style="list-style-type: none"> • „Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses“ • „Standort des aufnehmenden Krankenhauses“
PM-NEO	<ul style="list-style-type: none"> • „Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses“ • „entlassender Standort des zuverlegenden Krankenhauses“ • „Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes“ • „Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses“ • „Standort des aufnehmenden Krankenhauses“
HEP	<ul style="list-style-type: none"> • „Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?“ • „Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt“ • „Indikation „Posttraumatische Hüftkopfnekrose“ liegt vor“ • „Liegt eine atraumatische Femurkopfnekrose als Indikation vor?“ • "Postoperativer Bewegungsumfang"
KEP	<ul style="list-style-type: none"> • „postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes“ • „postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes“

Tabelle 2: gestrichene Datenfelder 2023

Modul	angepasste Datenfelder 2023
QSWI	<ul style="list-style-type: none"> • fallbezogene QS: Anpassung der Hyperlinks zu den KISS Definitionen in den Ausfüllhinweisen zu den DF 12 und 14 • Einrichtungsbezogene QS: Anpassungen in den Ausfüllhinweisen der DF 29 (NWIES), 31 (NWIEA), 31.1 (NWIES), 37 (NWIEA), 33 (NWIES), 39 (NWIEA) und 42 (NWIES), 48 (NWIEA)
CHE	<ul style="list-style-type: none"> • „Wann – in Bezug auf die Cholezystektomie – wurde der Patient transfundiert?“ wird in „Transfusion/Transfusionen aufgrund eines cholezystektomiebedingten Blutverlustes?“ umbenannt; Schlüsselwerte werden geändert • „Bestand die sonstige Peritonitis vor der Cholezystektomie?“ wird in „Bestand die sonstige oder n.n.bez. Peritonitis vor der Cholezystektomie?“ umbenannt
NET-DIAL	<ul style="list-style-type: none"> • DF „Ferritin“ nun in der Einheit µg/l zu dokumentieren • „essentielle (primäre) Hypertonie“ wird in „arterielle Hypertonie“ umbenannt • „bakterielle Infektion mit Erregern mit besonderen Antibiotikaresistenzen“ wird in „Besiedelung mit multiresistenten Keimen bekannt“ umbenannt; Schlüsselwerte werden geändert • „andere Erkrankungen“ wird in „andere Erkrankungen, die die Dialysebehandlung beeinflussen“ umbenannt • DF zum Körpergewicht werden auf den Basisbogen verschoben und in „Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse“ und „Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse unbekannt“ umbenannt (Körpergewicht nur noch quartalsweise zu dokumentieren) • „Wurde eine Referenzdialyse in diesem Quartal durchgeführt?“ wird in „Wurde eine Dialysebehandlung als Referenzdialyse in diesem Quartal durchgeführt?“ umbenannt
KAROTIS	<ul style="list-style-type: none"> • „präoperative Nierenersatztherapie“ wird in „präprozedurale Nierenersatztherapie“ umbenannt • für die DF „Kreatininwert i.S. in mg/dl“ und „Kreatininwert i.S. in µmol/l“ wird die ergänzende Bezeichnung in „präprozedural (letzter Wert vor der Prozedur)“ geändert • Wort „ischämischer“ wird aus den Schlüsselwerten der Datenfelder „Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)“ und „Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)“ entfernt • für das DF „Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)“ wird die ergänzende Bezeichnung („Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.“) entfernt • „Eingriff ohne Narkose erfolgt“ wird in „ASA-Einstufung liegt nicht vor“ umbenannt

Modul	angepasste Datenfelder 2023
	<ul style="list-style-type: none"> • „Erfolgte der Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern?“ wird in „Erfolgte der Eingriff unter Gabe einer gerinnungshemmenden Medikation?“ umbenannt • „neu aufgetretenes neurologisches Defizit“ wird in „neu aufgetretenes zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis“ umbenannt; ergänzende Bezeichnung und die Schlüsselwerte werden angepasst • Plausibilisierung des DF „Schweregrad des neurologischen Defizits“ wird dahingehend geändert, dass das DF dokumentiert werden muss, wenn ein ischämischer Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung aufgetreten ist; Wort „ischämischer“ wird aus den Schlüsselwerten entfernt
CAP	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassung des Wortlautes der Datenfeldeigenschaften von „bei Aufnahme“ zu „im Rahmen der Erstaufnahmeuntersuchung“ bei den Datenfeldern 14 – „Desorientierung“, 15.1 – „spontane Atemfrequenz“, 15.2 – „spontane Atemfrequenz nicht bestimmt“, 16 – „Blutdruck systolisch“ und 17 „Blutdruck diastolisch • „initiale antimikrobielle Therapie“ wird in „initiale antibiotische Therapie“ umbenannt; innerhalb der Schlüsselwerte wird der Begriff „antimikrobiell“ durch „antibiotisch“ ersetzt • Aufnahme einer Erklärung der Antwortmöglichkeit „9 – nicht beurteilbar“ für das DF 14 – Desorientierung in dem Ausfüllhinweis
GYN-OP	<ul style="list-style-type: none"> • Datenfeld „Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?“ Einführung einer Plausibilitätsregel: Wird eine entsprechende Prozedur links und rechts bzw. beidseits codiert, so kann in diesem Feld kein „ja“ dokumentiert werden. • Schlüsselwert 19 des DF „führende Befund“ wird in „Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 02 - 11 nicht erfasst sind“ korrigiert
MC	<ul style="list-style-type: none"> • „Histologie“ wird in „Prätherapeutische Histologie“ umbenannt • „maligne Neoplasie“ wird in „Prätherapeutischer Befund: maligne Neoplasie“ umbenannt; Anpassungen an den Schlüsselwerten für dieses DF • „Ki67-Status“ wird in „Ki67-Status (MIB-1-Index)“ umbenannt • „Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“ wird in „Postoperativer histologischer Befund unter Berücksichtigung der Vorbefunde“ umbenannt • „maligne Neoplasie“ wird in „Postoperativer Befund: maligne Neoplasie“ umbenannt • Plausibilisierung des DF „Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?“ wird dahingehend geändert, dass dieses dokumentiert werden muss, wenn der geringste Abstand des Tumors zum Resektionsrand weniger als 1 mm beträgt
DEK	<ul style="list-style-type: none"> • Ersetzen des Begriffes „Grad“ durch „Stadium“

Modul	angepasste Datenfelder 2023
	<ul style="list-style-type: none"> • „Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2“ wird in „Diabetes Mellitus“ umbenannt
HSM-IMPL	<ul style="list-style-type: none"> • Schlüsselwerte 6 und 7 des DF „Ätiologie“ in „herzchirurgischer Eingriff“ und „Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)“ umbenannt • Schlüsselwerte 1 und 2 für DF „neurokardiogene Diagnostik“ geändert
HSM-IMPL/ DEFI-IMPL	<ul style="list-style-type: none"> • für „erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation“ werden die Schlüsselwerte geändert • Bezeichnungen der Schlüsselwerte 1 und 2 für das DF „Vorhofrhythmus“ um „(permanent)“ und „(persistierend oder intermittierend)“ ergänzt • Bezeichnungen der Schlüsselwerte 4 und 5 für das Datenfeld „AV-Block“ um „(oder infranodal 2:1)“ und „(oder hochgradiger AV-Block)“ ergänzt
HSM-AGGW/ HSM-REV	<ul style="list-style-type: none"> • „Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff“ in „letzte Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff“ umbenannt; neue Schlüsselwerte für dieses DF hinterlegt
DEFI-IMPL	<ul style="list-style-type: none"> • „Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten?“ in „Besteht (nach Implantation eines ICD bzw. CRT-D und optimierter medikamentöser Therapie) eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten?“ umbenannt; Schlüsselwert „9 = unbekannt“ entfernt • für „KHK“ die Schlüsselwerte 1 und 2 in „ja, ohne ST-Hebungsinfarkt(STEMI)“ und „ja, mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI)“ umbenannt • „Abstand Myokardinfarkt-Implantation ICD“ in „Abstand ST-Hebungsinfarkt (STEMI) zur Implantation ICD“ umbenannt • „Diuretika“ in „Diuretika (außer Aldosteronantagonisten)“ umbenannt
DEFI-AGGW/ DEFI-REV	<ul style="list-style-type: none"> • „Ort der letzten ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff“ in „letzte ICD-(oder Schrittmacher-) OP vor diesem Eingriff“ umbenannt; neue Schlüsselwerte für dieses DF hinterlegt
PM-GEBH	<ul style="list-style-type: none"> • Begriff „Entbindung“ wird in allen betreffenden Abschnittüberschriften, Datenfeldbezeichnungen, Plausibilitätsregeln, Schlüsselwerten und OPS-Listen durch den Begriff „Geburt“ ersetzt • Schlüsselwert 2 für das Datenfeld „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause /bei Verlegung“ wird in „teilweise mit Frauenmilch ernährt“ geändert
PM-NEO	<ul style="list-style-type: none"> • „OP eines Hydrozephalus“ wird in „OP eines posthämorrhagischen Hydrozephalus“ umbenannt • für „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ werden die ergänzende Bezeichnung und die Schlüsselwerte geändert
HEP	<ul style="list-style-type: none"> • „Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)“ in „Treppensteigen vor Aufnahme“ umbenannt; Schlüsselwerte werden umbenannt und der Schlüsselwert „9 = Information liegt nicht vor“ ergänzt

Modul	angepasste Datenfelder 2023
	<ul style="list-style-type: none"> • DF „Knochendefekt Pfanne“ und „Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)“ in „Osteolyse/ Knochenzyste, Substanzverlust Pfanne“ und „Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)“ umbenannt • „offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation“ in „offen und geschlossen reponierte Endoprothesen(sub)luxation“ umbenannt • „periprothetische Fraktur“ in „periprothetische Femurfraktur“ umbenannt
HEP/ OSFRAK/ KEP	<ul style="list-style-type: none"> • „Nachblutung/Wundhämatom“ in „revisionsbedürftige Nachblutung/Wundhämatom“ umbenannt • „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ in „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt“ umbenannt
OSFRAK	<ul style="list-style-type: none"> • „Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?“ in „Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?“ umbenannt; statt Schlüsselwert „1 = ja“ werden die Schlüsselwerte „1= ja, eine Osteosynthese“ und „2 = ja, eine Endoprothese“ aufgenommen
KEP	<ul style="list-style-type: none"> • „Gonarthrose“ in „Gonarthrose vor aktuellem Eingriff“ umbenannt • DF „Knochendefekt Femur“ und „Knochendefekt Tibia“ in „Osteolyse/Knochenzyste, Substanzverlust Femur“ und „Osteolyse/ Knochenzyste, Substanzverlust Tibia“ umbenannt • „Patellafehlstellung“ in „Patellafehlstellung, revisionsbedürftige Subluxation oder Luxation der Patella“ umbenannt • für „Treppensteigen“ Schlüsselwerte umbenannt und Schlüsselwert „9 = Information liegt nicht vor“ ergänzt • für „Treppensteigen bei Entlassung“ Schlüsselwerte umbenannt

Tabelle 3: angepasste Datenfelder 2023

Eine vollständige Übersicht aller modulbezogenen Änderungen auf Bogen-, Feld- und Schlüsselebene inkl. der Änderungen in den bundesbezogenen QS-Verfahren sowie weiterführende Hinweise können dem Dokument „Neues in der Spezifikation - Erfassungsjahr 2023“ entnommen werden: https://iqtig.org/downloads/spezifikation/2023/v04/2023_UebersichtAenderungen_V04.pdf.