

**Was ändert sich 2023?
Was ist zu beachten?**

**Verfahrenshinweise für
Leistungserbringer*Innen**

Inhalt

- Fristen
- Sanktionen
- Konformitätserklärung
- Änderungen in den QS-Verfahren ab 2023

Fristen

Datenlieferfristen werden wieder auf den Stand der Spezifikation 2021 „zurückgesetzt“

▪ § 16 - Datenlieferfristen¶

(1) → ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten gemäß Anlage II Buchstabe a des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. ~~Mai~~ ~~April~~ (Quartal 1), 15. ~~Juli~~ ~~August~~ (Quartal 2), 15. ~~Oktober~~ ~~November~~ (Quartal 3) und ~~15. 28.~~ Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum ~~15. 28.~~ Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum ~~22. 15.~~ ~~Februar~~ ~~März~~ des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil¹ § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil¹ § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum ~~20. 5.~~ ~~Februar~~ ~~März~~ mit einer Korrekturfrist bis zum ~~25. 18.~~ ~~Februar~~ ~~März~~ an die Vertrauensstelle weiter. ⁶Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum ~~28. 23.~~ ~~Februar~~ ~~März~~ alle Daten zum betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil¹ § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum ~~28. 31.~~ ~~Februar~~ ~~März~~ an die Bundesauswertungsstelle weiter.¶

- die Änderung ist sofort gültig, da sie sich nicht auf ein Erfassungsjahr, sondern auf das Kalenderjahr bezieht
- Spezifikation 2022 und 2023 müssen in einem Update nach dem Beschluss vom 15.12.2022 angepasst werden

Fristen

Abgabe	Erfassungsjahr 2022	Erfassungsjahr 2023
Fallbezogene Dokumentation: QS-Verfahren gemäß DeQS-RL / plan. QI-RL (Harmonisierung der Fristen der plan. QI-RL und der DeQS-RL)	15.04.22 (QI) 15.07.22 (QII) 15.10.22 (QIII) 15.02.23 (QI - QIV) 28.02.23 Korrekturfrist bis 22.02.23 15.03.23	15.05.23 (QI) 15.08.23 (QII) 15.11.23 (QIII) 28.02.24 (QI - QIV) Korrekturfrist bis 15.03.24
Einrichtungsbezogene Dokumentation QS-Verfahren NWIEA/ NWIES	01.01.23 - 28.02.23	01.01.24 - 28.02.24
Sollstatistik und Konformitätserklärung	22.02.23 15.03.23	15.03.24
Risikostatistik	22.02.23 15.03.23	15.03.24



Die Jahresauswertung wird zum 31. Mai 2023 bereitgestellt, sodass das Stellungnahmeverfahren ab dem 01. Juni 2023 startet.

Fristen

Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

- Fristen plan. QI-RL an die Datenübermittlungsfristen gemäß DeQS-RL angepasst
 - wegen der späteren Datenübermittlungen werden alle der Gesamtdatenlieferung nachgelagerten Schritte des plan. QI-Verfahrens um 23 Tage nach hinten verschoben
 - neuer Zeitraum der Datenvalidierung: 04. Mai bis 19. Juni

Sanktionen

- geregelt in den Themenspezifischen Bestimmungen unter: Fehlende Dokumentation der Datensätze
- nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus
- bislang hat er G-BA noch keine konkreten Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze im Rahmen der DeQS-RL beschlossen
- Beschluss des G-BA vom 15.12.2022: der G-BA wird bis zum 31. Dezember 2023 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze beschließen

Konformitätserklärung

- Neben dem Postweg soll es zukünftig möglich sein, die Konformitätserklärung auch per E-Mail zu versenden
- die Konformitätserklärung selbst muss weiterhin von der Geschäftsführung unterschrieben werden
- die E-Mail, mit der die Konformitätserklärung versendet wird, muss mit einer **fortgeschrittenen elektronischen Signatur (FES)** versehen sein

Änderungen in den QS-Verfahren ab 2023

Beschluss	Beschlussdatum	Inkrafttreten
<u>Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den QS-Verfahren PCI, WI und NET</u>	21.07.2022	noch nicht in Kraft
<u>Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15</u>	21.07.2022	noch nicht in Kraft
<u>Änderung der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2023 für die Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET</u>	21.07.2022	mit Beschlussdatum
<u>Änderung der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2023 für die Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET</u>	21.07.2022	mit Beschlussdatum
<u>Teil 1 – Änderungen zum Erfassungsjahr 2023</u>	15.12.2022	noch nicht in Kraft
<u>Teil 2 – weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15</u>	15.12.2022	noch nicht in Kraft
<u>Teil 2 – weitere Änderungen in den QS-Verfahren PCI, WI und NET zum Erfassungsjahr 2023</u>	15.12.2022	noch nicht in Kraft

Modulübergreifende Änderungen

QS-Dokumentation

- Aktualisierung von Jahreszahlen
- Vereinheitlichung Datenfeld „Körpergröße“ (Ausnahme Modul HTXM, da sich die Angaben zur Körpergröße hierbei auf den Spender beziehen, die Dokumentation des Basisbogens jedoch nicht)
- neues Datenfeld „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“
- neues Datenfeld „nicht spezifizierter Aufnahmegrund“
- Entlassungsgründe 28 und 29: die Schlüsselwerte „28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen“ und „29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt“ werden für alle Module mit dem Datenfeld „Entlassungsgrund“ entfernt
- Formatanweisung KASSEIKNR: immer neun Stellen
- Anpassungen am QS-Filter und an der QS-Dokumentation im Rahmen der Eingliederung DIMDI ins BfArM

Modulbezogene Änderungen

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

PCI

- es wurden lediglich redaktionelle Verbesserungen an den Ausfüllhinweisen vorgenommen

PPCI (Patientenbefragung)

- für das Erfassungsjahr 2023 werden die Auslösebedingungen des Moduls PPCI an eine ganzjährige Datenerfassung angepasst
- Datenfeld „entlassener Standort“ aufgenommen, da es im Rahmen des Soll-Ist-Abgleichs benötigt wird

Modulbezogene Änderungen

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

Fallbezogene QS

- Aufnahme von OPS-Kodes in die Einschlussliste NWI OPS
- Anpassung der Hyperlinks zu den KISS Definitionen in den Ausfüllhinweisen zu den DF 12 und 14

Einrichtungsbezogene QS

- Anpassungen in den Ausfüllhinweisen der Datenfelder 29 (NWIES)/31 (NWIEA), 31.1 (NWIES)/37 (NWIEA), 33 (NWIES)/39 (NWIEA), 42 (NWIES)/48 (NWIEA)

Modulbezogene Änderungen

Cholezystektomie (QS CHE)

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).

QS-Filter

- Streichung einiger Codes aus dem QS-Filter, da diese zu unspezifisch sind und keine typische Cholezystektomie-Komplikation darstellen
- Änderung einiger Codes von einem Einschlusskriterium zu einem Ausschlusskriterium

QS-Dokumentation

- neue Datenfelder zur Berechnung des Body-Mass-Index (BMI), welcher für die noch einzuführende Risikoadjustierung benötigt wird
- neues Datenfeld „Bestand der Leberabszess vor der Cholezystektomie?“
- Streichung einiger Datenfelder
- Konkretisierungen von Datenfeldern, Ausfüllhinweisen und Schlüsselwerten vorgenommen

Aufnahme diverser Codes, die Komorbiditäten kodieren, um eine Risikoadjustierung in diesem Verfahren zu implementieren

Modulbezogene Änderungen

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

Indikatorbezogene Änderungen

Fälle mit Hämofiltration und Hämodiafiltration in die Grundgesamtheit der nachfolgenden Indikatoren (und dazugehöriger Kennzahlen) eingeschlossen, da hier die gleichen Behandlungsstandards bzgl. Shuntversorgung, Dialysefrequenz und Dialysedauer relevant sind:

- 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

QS-Filter

- Streichung der „Hämoperfusion“
- Aufnahme von EBM-Kodes zur Auslösung der Dokumentationspflicht für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren

QS-Dokumentation

- Wiederaufnahme der Datenfelder: „HIV-Infektion“, „mechanische Komplikation“, „Infektion“ und „sonstige Komplikation“
- Anpassungen und Konkretisierungen von Datenfeldern, Ausfüllhinweisen und Schlüsselwerten vorgenommen

Modulbezogene Änderungen

Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

- für die Indikatoren **52240**, **11704**, **51873** wurde präzisiert, dass sowohl ischämische Schlaganfälle als auch symptomatische intrakranielle Blutungen als periprozedurale Komplikation zu werten und in den Zähler der Ergebnisindikatoren einzuschließen sind
- Änderungen am Indikator „Postprozedurale fachneurologische Untersuchung“ (QI **161800**), da zukünftig überprüft werden soll, ob alle Patientinnen und Patienten nach einer Karotis-Revaskularisation fachneurologisch untersucht wurden (neue Datenfelder „Datum der postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung“ und „keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erfolgt“)
- neue Datenfelder „Form der Anästhesie“ und „Neuromonitoring intraprozedural durchgeführt?“ für die mögliche Einführung eines **neuen Qualitätsindikators**
- neues Datenfeld „Erfolgte eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung?“, da derartige Eingriffe aufgrund ihres höheren Komplikationsrisikos und fehlender Vergleichbarkeit mit den elektiven Eingriffen aus der QI-Berechnung ausgeschlossen und in einer **separaten Kennzahl** ausgewertet werden sollen
- neue Datenfelder „NOAK/DOAK“ und „Vitamin-K-Antagonisten“ für einen möglichen Einbezug in die Risikoadjustierung
- Aufnahme weiterer lokaler und periprozeduraler Komplikationen
- Anpassungen von Datenfeldern und Ausfüllhinweisen

Modulbezogene Änderungen

Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

neue Datenfelder

- „erste Sauerstoffsättigung unter Sauerstoffgabe erfasst“
- „erste Sauerstoffsättigung unter nicht-invasiver Beatmung oder CPAP erfasst“

angepasste Datenfelder und Ausfüllhinweise

- Anpassung des Wortlautes der Datenfелеigenschaften 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 → Formulierung QI 2009 angepasst
- Aufnahme einer Erklärung der Antwortmöglichkeit „9 - nicht beurteilbar“ für das DF 14 - Desorientierung in dem Ausfüllhinweis

sonstiges

- Dokumentationspflichtige Codes: automatisierte Dokumentation bestimmter Codes von Elixhauser-Komorbiditäten zur Nutzung in der Risikoadjustierung

Ausschlussdiagnosen bei QS CAP Kodierung nosokomiale Pneumonie

ICD-10-GM Version 2022

U69.0-! Anderenorts klassifizierte, **im Krankenhaus erworbene Pneumonie**

Hinw.: Unter einer im Krankenhaus erworbenen Pneumonie versteht man eine Pneumonie, deren Symptome und Befunde die KISS-Definitionen (Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) erfüllen. Die Einstufung als im Krankenhaus erworbene Pneumonie bedeutet nicht automatisch, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen der medizinischen Behandlung und dem Auftreten der Infektion existiert, es ist auch kein Synonym für ärztliches oder pflegerisches Verschulden. Die Schlüsselnummern sind nur von Krankenhäusern, die zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet sind, und nur für vollstationär behandelte, erwachsene Patienten (18 Jahre und älter) anzugeben. Die Schlüsselnummern dienen in der Qualitätssicherung zur Abgrenzung ambulant erworbener Pneumonien von im Krankenhaus erworbenen Pneumonien.

- U69.01! Anderenorts klassifizierte, **im Krankenhaus erworbene Pneumonie**, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt
- ~~U69.02! Anderenorts klassifizierte, **im Krankenhaus erworbene Pneumonie**, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, bis zu 28 Tage zurückliegender Hospitalisierung~~
- ~~U69.03! Anderenorts klassifizierte, **im Krankenhaus erworbene Pneumonie**, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, 29 bis zu 90 Tage zurückliegender Hospitalisierung~~

ICD-10-GM Version 2023

U69.0-! Sekundäre Schlüsselnummern **zur Spezifizierung des zeitlichen Bezugs** einer anderenorts klassifizierten Pneumonie zur stationären Krankenhausaufnahme

Das Vorliegen einer Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftritt, bedeutet nicht automatisch, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen der medizinischen Behandlung und dem Auftreten der Infektion existiert, es ist auch kein Synonym für ärztliches oder pflegerisches Verschulden.

Die Schlüsselnummern sind nur von Krankenhäusern, die zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet sind, und nur für vollstationär behandelte, erwachsene Personen (18 Jahre und älter) anzugeben.

- U69.01! Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftritt
- **U69.04! Anderenorts klassifizierte Pneumonie, die entweder bei Krankenhausaufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Krankenhausaufnahme auftritt → NEU**



U69.04! ist in der aktuellen Spezifikation eine Ausschlussdiagnose, weshalb die QS-Bögen bei entsprechender Kodierung nicht ausgelöst werden

- Anpassung der Spezifikation erforderlich
- Empfehlung: U69.04! bei ambulant erworbenen Pneumonien vorerst nicht kodieren

Modulbezogene Änderungen

Mammachirurgie (QS MC)

- neues Datenfeld „Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat.“
Ab dem Erfassungsjahr 2023 soll erhoben werden, wann der Befund den Betroffenen mitgeteilt und ein Therapie-Planungsgespräch geführt wurde, im Ausfüllhinweis wird die Abgrenzung des Therapie-Planungsgesprächs zur Operationsaufklärung erläutert. Das Datenfeld soll für eine **Kennzahl** genutzt werden, die den Zeitraum bis zur Operation ermisst
- neue Datenfelder „Klinischer Lymphknotenbefund cN0“, „Datum prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz“ und „Datum postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz“
- Anpassungen und Konkretisierungen von Datenfeldern, Ausfüllhinweisen und Schlüsselwerten vorgenommen
- 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**“

Modulbezogene Änderungen

Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

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.

Schlüssel 1 „Histologie“

Schlüsselwert 19 des Datenfeldes „führender Befund“ wird in „Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 02 - 11 nicht erfasst sind“ korrigiert, da der bislang aufgeführte Schlüssel 01 „Adnexe: Normalbefund“ inhaltlich nicht hier her gehört

Modulbezogene Änderungen

Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

Ersetzen des Begriffes „Grad“ durch „Stadium“

Im Zuge des Updates des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zum Jahr 2021 wurde der Begriff „Grad“ des ICD-10-Kodes L89.- „Dekubitalgeschwür und Druckzone“ angepasst und durch den in der wissenschaftlichen Literatur gängigeren Begriff „Stadium“ ersetzt

neue Datenfelder im Rahmen der Anpassung der Risikostatistik

- „eingeschränkte Mobilität – Muskelzerrung“ und „eingeschränkte Mobilität – Verhalten“
- „Infektion - Pneumonie“ und „Infektion - ARDS“
- „weitere schwere Erkrankungen anderenorts klassifizierte Pneumonie“

angepasste Datenfelder

- „Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2“ wird in „Diabetes Mellitus“ umbenannt

gestrichene Datenfelder

- „sonstiger Diabetes Mellitus“

Modulbezogene Änderungen

Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

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)

Indikatorbezogene Änderungen

- Bezeichnung des Indikators **54143** wurde von „Systeme 3. Wahl“ in „Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern“ geändert
- 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 ESC-Leitlinien angepasst
- neue Transparenzkennzahlen: Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden (HSM-IMPL_101802; DEFI-IMPL_131803)

Modulbezogene Änderungen

Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

QS-Filter

- Streichung einiger Codes aus den Einschluss- und Ausschlusslisten

QS-Dokumentation

- HSM-IMPL:
 - neue Datenfelder „Zeit zwischen Auftreten des Infarkts und der Schrittmacherimplantation“, „Datum der TAVI“ und „Datum der TAVI nicht bekannt“
 - Streichung des Datenfeldes „Persistenz der Bradykardie“
- DEFI-IMPL: neues Datenfeld „SGLT2-Inhibitoren“
- Anpassungen und Konkretisierungen von Datenfeldern, Ausfüllhinweisen, Schlüsselwerten und Änderungen von Plausibilitätsregeln vorgenommen

Modulbezogene Änderungen

Perinatalmedizin (QS PM) - Geburtshilfe

QS-Dokumentation

- Begriff „Entbindung“ wird in allen betreffenden Abschnittüberschriften, Datenfeldbezeichnungen, Plausibilitätsregeln, Schlüsselwerten und OPS-Listen durch den Begriff „Geburt“ ersetzt
- neue Datenfelder „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“
- Streichung einiger Datenfelder
- Anpassungen von Datenfeldern, Ausfüllhinweisen und Schlüsselwerten vorgenommen

Modulbezogene Änderungen

Perinatalmedizin (QS PM) - Geburtshilfe

Indikatorbezogene Änderungen

- bisherige Indikatoren „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV“ (QI **181800**) und „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI **330**) werden jeweils als Transparenzkennzahlen weitergeführt
- die aktuell als Transparenzkennzahl ausgewiesene „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ (KN **331**) wird ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder als Sentinel-Event-Indikator eingeführt
- die zum Erfassungsjahr 2021 neu eingeführten Transparenzkennzahlen zur „Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe“ (KN **182010**, **182011**, **182014**) werden für das Erfassungsjahr 2023 in Qualitätsindikatoren überführt, um die Ursachen für die Nichtverlegung im Stellungnahmeverfahren aufzuklären

Modulbezogene Änderungen

Perinatalmedizin (QS PM) - Neonatologie

QS-Dokumentation

- neue Datenfelder „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 [der BPD] bei Aufnahme“
- neues Datenfeld „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung“:
Gemäß nationaler und internationaler klinischer Leitlinien sollen Neugeborene gestillt nach Hause entlassen werden. Aus diesem Grund soll analog zum QS-Verfahren Geburtshilfe ein neues Datenfeld „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung“ mit den Schlüsselwerten „1 = ausschließlich mit Frauenmilch ernährt“, „teilweise mit Frauenmilch ernährt“ und „ausschließlich mit Formula ernährt“ eingeführt werden. Im zugehörigen Ausfüllhinweis werden die Schlüsselwerte konkretisiert. Zukünftig soll mittels dieses neuen Datenfeldes ein **neuer Qualitätsindikator zur Stillförderung** entwickelt werden.
- Datenfeld „OP eines Hydrozephalus“:
Die Bezeichnung des Datenfeldes und der Ausfüllhinweis sollen um den Zusatz „posthämorrhagischen“ ergänzt werden. Somit soll verhindert werden, dass hier auch ein angeborener Hydrozephalus dokumentiert wird. Für die **zukünftig ausgewiesene Kennzahl** ist alleinig ein posthämorrhagischer Hydrozephalus relevant.
- Streichung und Anpassungen von Datenfeldern, Änderungen von Ausfüllhinweisen und Schlüsselwerten

Modulbezogene Änderungen

Perinatalmedizin (QS PM) - Neonatologie

Indikatorbezogene Änderungen

- Zählerbeschreibung bzw. -rechenregel bei den Transparenzkennzahlen „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ (KN **51079**), „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (KN **50053**) und dem Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (QI **51901**) 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“ (KN **222200**)
- neue Transparenzkennzahl „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK“ (KN **222201**)

Modulbezogene Änderungen

Hüftgelenk- und Knieendoprothesenversorgung

QS-Filter

Aufnahme und Streichung von Codes in/ aus den Ausschlusslisten

QS-Dokumentation

- Streichung und Anpassungen von Datenfeldern, Änderungen von Ausfüllhinweisen und Schlüsselwerten
- Einführung neuer Datenfelder:
 - HEP: „initial/vor dem Eingriff vorliegende Acetabulumfraktur“; „Femurkopfnekrose“; „periprothetische Acetabulumfraktur“; „revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion oder Serom“
 - OSFRAK/ KEP: „revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss“
 - HEP/ KEP: „Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“
 - KEP: „in der Bildgebung nachgewiesene Osteonekrose am Kniegelenk“ und „revisionsbedürftige Instabilität des künstlichen Gelenks (inklusive (Sub)Luxation)“

Modulbezogene Änderungen

Hüftgelenk- und Knieendoprothesenversorgung

HEP

Streichung der Datenfelder zum postoperativen Bewegungsumfang

Die Transparenzkennzahl „Beweglichkeit bei Entlassung“ (KN 54010) soll gestrichen werden, da die Beweglichkeit der Hüfte bei Entlassung, die immer früher nach der OP stattfindet, sehr selten eingeschränkt ist und nicht die Qualität der Versorgung abbildet. Bewegungsprobleme treten meist erst mehrere Wochen nach der Hüftendoprothesenimplantation auf. Damit entfällt auch die Dokumentation der dazugehörigen Datenfelder.

HEP und KEP

Neues Datenfeld „Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“

Mit dem neuen Datenfeld wird ermöglicht aus der Transparenzkennzahl Treppensteigen bei Entlassung, die Patienten auszuschließen für die bei Entlassung nicht erwartet werden kann, dass sie Treppensteigen können.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz

Für das Erfassungsjahr 2023 gibt es Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz. Es soll jeweils ein regulärer Datensatz angelegt werden, wenn innerhalb einer Operation eine Erst- als auch Wechsellimplantation stattfand.

Modulbezogene Änderungen

Hüftgelenk- und Knieendoprothesenversorgung

HEP / OSFRAK / KEP

Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“

Das bisherige Datenfeld wird durch eine hinterlegte ICD-Liste erweitert, sodass konkretisiert wird, welche ICD-Codes für das Verfahren benötigt werden. Wenn eine der ICD-Diagnosen aus der Anmerkung 2 im KIS-System vorhanden ist, wird sie verpflichtend in das Datenfeld übertragen. Durch die Umstellung ist es möglich, Komorbiditäten als Risikofaktoren für die Risikoadjustierung zu verwenden. Zudem werden valide Plausibilitätsprüfungen zwischen kodierten Diagnosen und QS-Dokumentation ermöglicht. Hierdurch kann der Dokumentationsaufwand reduziert werden.

OSFRAK

Datenfeld „Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?“

Die Bezeichnung des Datenfeldes wird in: „Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine **Voroperation** am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?“ geändert und die Schlüsselbezeichnungen erweitert auf „**ja, eine Osteosynthese**“ und „**ja, eine Endoprothese**“. Somit können endoprothetische und osteosynthetische Voroperationen abgegrenzt erfasst werden und periprothetische Frakturen aus dem QI Präoperative Verweildauer ausgeschlossen werden.

Modulbezogene Änderungen

Hüftgelenk- und Knieendoprothesenversorgung

Treppensteigen

Die Fähigkeit zum „Treppensteigen bei Aufnahme“ von Patienten mit osteosynthetisch und endoprothetisch versorgter hüftgelenknaher Femurfraktur soll nicht mehr erfasst werden. Bei Erstimplantationen und Wechsel-Operationen wird die Fähigkeit jedoch weiter erhoben. Die Angaben zur Fähigkeit, Treppensteigen zu können, seien bei Femurfrakturpatienten nach den Ausprägungen des Barthel-Index nicht als Qualitäts- bzw. allgemeingültiger Entlassstandard zu betrachten. Ebenso seien die Angaben zur Fähigkeit vor der Fraktur oftmals nicht erheb- oder validierbar, was die Aussagekraft der Ergebnisse stark einschränkt.

Die Transparenzkennzahl „Treppensteigen bei Entlassung“ ist im Erfassungsjahr 2023 erstmals Bestandteil der Auswertungen der QS-Verfahrens 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.

Modulbezogene Änderungen

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/v03/2023_UebersichtAenderungen_V03.pdf

Ausblick

- zum 01.01.2023 kein neues Verfahren
- 01.01.2024:
 - lokal begrenztes Prostatakarzinom (Krebsregister, SozDat, Pat-Befrag ?)
 - systemische Antibiotikatherapie in der Zahnheilkunde (SozDat)
- 01.01.2025:
 - Schizophrenie und schizoaffektive Störungen (QS-Doku, SozDat, Pat-Befrag)
 - ambulante Psychotherapie (regionaler Regelbetrieb in einem Bundesland (QS-Doku, Pat-Befrag))
- 01.01.2026: Prävention, Diagnostik, Therapie, Nachsorge der Sepsis (QS-Doku, SozDat)
- 01.01.2027: Entlassmanagement (QS-Doku, SozDat, Pat-Befrag)

Haben Sie noch Fragen?

Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische
Qualität in Mecklenburg-Vorpommern
(LQMV e.V.)

Zum Bahnhof 5
19055 Schwerin
Fon: 0385/5923 6097
Fax: 0385/5923 9902

info@lqmv.de

www.lqmv.de

