

QSR-Verfahren

Revisionsbericht

Stand Verfahrensjahr 2016

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

QSR-Verfahren
Revisionsbericht
Berlin 2016

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand
Martin Litsch (Vorsitzender)
Jens Martin Hoyer (Stellvertretender Vorsitzender)
<http://www.aok-bv.de/impresum/index.html>

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Satz: Carolin Pottel

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung
(gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes, bedürfen
der ausdrücklichen Genehmigung.

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: <http://www.wido.de>

Inhalt

Allgemeine Hinweise.....	4
Änderungen und Überprüfungen.....	5
Verfahrensjahr 2016.....	5
Verfahrensjahr 2015.....	13
Literatur.....	22

Allgemeine Hinweise

Dieser Bericht stellt alle Änderungen und Überprüfungen der Definitionen der QSR-Indikatoren seit 2014 dar, welche von dem den jeweiligen Indikator bearbeitenden Expertenpanel vorgenommen wurden. Änderungen und Überprüfungen betreffen die Aufgreifkriterien eines QSR-Leistungsbereiches, die Zähler- oder Nennerdefinition eines QSR-Indikators, die Risikoadjustierung eines QSR-Indikators oder sonstiges. Dokumentiert sind Änderungen und Überprüfungen der QSR-Indikatoren aller Leistungsbereiche unabhängig von der Berichterstattung im AOK-Krankenhausnavigator.

Der Bericht ist nach Verfahrensjahr und Leistungsbereichen gegliedert. Die Verfahrensjahre sind chronologisch absteigend aufgeführt, sodass die jüngsten Änderungen und Überprüfungen am Anfang stehen. Änderungen und Überprüfungen, die alle Leistungsbereiche betreffen, sind den einzelnen Leistungsbereichen vorangestellt. Für jede Änderung oder Überprüfung ist der Zeitpunkt des Inkrafttretens bzw. der Zeitpunkt der Überprüfung, der Gegenstand der Änderung bzw. Überprüfung sowie die Begründung für die Änderung bzw. die Überprüfung ohne Änderung dargestellt.

Der Stand der Definitionen der QSR-Indikatoren nach Umsetzung aller aufgeführten Änderungen entspricht den Indikatorenhandbüchern des Verfahrensjahres 2016 für Leistungsbereiche mit bzw. ohne Berichterstattung im AOK-Krankenhausnavigator.

Änderungen und Überprüfungen

Verfahrensjahr 2016

Änderungen und Überprüfungen		
Inkrafttreten d. Änderung ¹	Änderungen und Überprüfungen	Begründung
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)		
10/2016	<p>Änderung der Aufgreifkriterien:</p> <p>Erweiterung der Ausschlussbedingungen um die Prozeduren 5-829.k (Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz), 5-829.m (Implantation von oder (Teil-)Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität) und 5-785.4d (Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Becken).</p>	Hierbei handelt es sich um Fälle mit einem erhöhten Komplikationsrisiko. Die Änderungen wurden im Rahmen eines Abgleichs mit den Aufgreifkriterien für die neue Version der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI, Version 4.1) vorgenommen.
10/2016	<p>Änderung des Indikators „Chirurgische Komplikationen“:</p> <p>Erweiterung um die Prozedur 8-201.g (Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese). Dabei werden die Prozeduren am Tag der OP und bis zu 90 Tagen danach berücksichtigt.</p>	Eine Luxation ist eine Komplikation bei der Implantation einer Endoprothese. Bisher wurden Luxationen durch den Diagnoseschlüssel S73 (Luxation, Verstauchung und Zerrung des Hüftgelenkes und von Bändern der Hüfte) sowie die Prozeduren zur offenen Reposition (5-821.0 Revision (ohne Wechsel)) erfasst. Geschlossene Repositionen einer Gelenkluxation werden nicht vollständig über die Diagnosecodierung abgebildet, so dass die entsprechenden Prozeduren zusätzlich aufgenommen werden.

...

¹ bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Fortsetzung: Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)		
10/2016	<p>Änderung der Risikoadjustierung:</p> <p>Die bisherige Risikoadjustierung nach Adipositas, d. h. BMI \geq 30 (Bestandteil der Elixhauser-Klassifikation), wird weiter ausdifferenziert. Ab dem Verfahrensjahr 2016 werden die BMI-Klassen 30-34 (E66.00/.10/.20), 35-39 (E66.01/.11/.21) und \geq40 (E66.02/.12/.22) für alle Indikatoren dieser Leistungsbereiche in der QSR-Risikoadjustierung getrennt berücksichtigt.</p>	Die Risikoadjustierung wurde erweitert, da Analysen ergaben, dass insbesondere die Raten für die Revisions-Operationen und die chirurgischen Komplikationen mit dem BMI steigen.
10/2016	<p>Überprüfung der Aufgreifkriterien:</p> <p>Der Einschluss von Dysplasie-Hüften (ohne angeborene) wurde überprüft und beibehalten.</p>	Aus den Analysen ausgeschlossen werden derzeit Fälle mit angeborener Dysplasie-Hüfte. Hinsichtlich der anderen Dysplasie-Hüften wurde wie im Vorjahr überprüft, ob es für diese Fälle hinsichtlich der Indikatoren ein anderes Risikoprofil gibt. Dies war nicht der Fall, sodass die bisherigen Einschlusskriterien beibehalten wurden.
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur (FRHOST)		
10/2016	<p>Änderung der Aufgreifkriterien:</p> <p>Erweiterung der Ausschlussbedingungen um den ICD-10-Code M96.82 (Verzögerte Knochenheilung nach Fusion oder Arthrodesen)</p>	Dieser Code wurde neu in den Katalog 2014 aufgenommen.
Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese bei Gonarthrose (KNIETEP)		
10/2016	<p>Änderung der Aufgreifkriterien:</p> <p>Erweiterung der Ausschlussbedingungen um die Prozeduren 5-829.k (Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz) und 5-829.m (Implantation von oder (Teil-)Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität).</p>	Hierbei handelt es sich um Fälle mit einem erhöhten Komplikationsrisiko. Die Änderungen wurden im Rahmen eines Abgleichs mit den Aufgreifkriterien für die neue Version der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI, Version 4.1) vorgenommen.

...

Fortsetzung: Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese bei Gonarthrose (KNIETEP)		
10/2016	Änderung des Indikators „Chirurgische Komplikationen“: Erweiterung um die Prozedur 8-201.h (Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese). Dabei werden die Prozeduren am Tag der OP und bis zu 90 Tagen danach berücksichtigt.	Eine Luxation ist eine Komplikation bei der Implantation einer Endoprothese. Bisher wurden Luxationen durch den Diagnoseschlüssel S83 (Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Knies) sowie die Prozeduren zur offenen Reposition (5-823.0 Revision (ohne Wechsel)) erfasst. Geschlossene Repositionen einer Gelenkluxation werden nicht vollständig über die Diagnosecodierung abgebildet, so dass die entsprechenden Prozeduren zusätzlich aufgenommen werden.
10/2016	Änderung der Risikoadjustierung: Die bisherige Risikoadjustierung nach Adipositas, d. h. BMI \geq 30 (Bestandteil der Elixhauser-Klassifikation), wird weiter ausdifferenziert. Ab dem Verfahrensjahr 2016 werden die BMI-Klassen 30-34 (E66.00/.10/.20), 35-39 (E66.01/.11/.21) und \geq 40 (E66.02/.12/.22) für alle Indikatoren dieser Leistungsbereiche in der QSR-Risikoadjustierung getrennt berücksichtigt.	Die Risikoadjustierung wurde erweitert, da Analysen ergaben, dass insbesondere die Raten für die Revisions-Operationen und die chirurgischen Komplikationen mit dem BMI steigen.
10/2016	Überprüfung der Aufgreifkriterien: Der Einschluss von bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothesen wurde überprüft und beibehalten.	Insgesamt wurden nur sehr wenige Patienten mit einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese versorgt. Dabei handelt es sich um keine optimale Versorgung der Patienten mit einem erheblichen Komplikationsrisiko. Der Einschluss dieser Fälle wird daher beibehalten.
Cholezystektomie (CHE)		
10/2016	Änderung der Risikoadjustierung: Die bisherige Risikoadjustierung nach Adipositas, d. h. BMI \geq 30 (Bestandteil der Elixhauser-Klassifikation), wird weiter ausdifferenziert. Ab dem Verfahrensjahr 2016 werden die BMI-Klassen 35-39 (E66.01/.11/.21) und \geq 40 (E66.02/.12/.22) für alle Indikatoren dieser Leistungsbereiche in der QSR-Risikoadjustierung getrennt berücksichtigt.	Eine Prüfung der Risikofaktoren zeigte, dass Patienten erst ab einem BMI von 35 bzw. einem BMI von 40 ein erhöhtes Komplikationsrisiko aufweisen.
10/2016	Überprüfung der Risikoadjustierung: Aktuell wird in der Risikoadjustierung das Vorliegen einer Cholezystitis als Risikofaktor berücksichtigt. Dabei werden alle Fälle beachtet, bei denen im Startfall eine Cholezystitis oder Cholangitis dokumentiert wurde (ICD-10: K80.0-4, K81, K83.0). Eine Anpassung der Risikoadjustierung durch Aufnahme von akuter Cholezystitis (K80.0) als extra Variable wurde geprüft.	Eine Analyse zur Aufteilung des bisherigen Risikofaktors in die 2 Faktoren (akute Cholezystitis und sonstige Cholezystitis/Cholangitis) zeigt deutliche Unterschiede in den rohen Raten für diese Patientengruppen, die sich jedoch in der multivariaten Analyse, d. h. bei Berücksichtigung der kompletten QSR-Risikoadjustierung nicht mehr zeigt. Daher wird die bisherige Risikoadjustierung beibehalten.

...

Appendektomie (APPEND)		
10/2016	<p>Änderung des Indikators „Ungeplante Folgeeingriffe innerhalb von 90 Tagen“:</p> <p>Ergänzung um den OPS 5-469.s3 (Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip [OTSC], endoskopisch)</p>	Diese Prozedur wurde neu in den Katalog 2015 aufgenommen; der bereits zum Indikator gehörende OPS 5-469.d (Andere OP am Darm: Clippen) erhält eine Spezifizierung durch den OPS 5-469.s3 (OTSC).
<p>Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt Koronarangiographie</p>		
10/2016	<p>Änderung der Aufgreifkriterien (nur PCI Leistungsbereiche):</p> <p>Erweiterung der Einschlussprozeduren um die in den OPS-Katalog 2014 neu aufgenommen Prozeduren 8-83d.1 (Einlegen eines nicht medikament-freisetzenden selbstexpandierenden Stents) und 8-83d.2 (Einlegen eines medikamentfreisetzenden selbstexpandierenden Stents).</p>	Diese Prozeduren wurden neu in den Katalog 2014 aufgenommen.
10/2016	<p>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</p> <p>Ergänzung weiterer EBM-Gebührenpositionen für ambulant durchgeführte Dialysen.</p>	Diese Prozeduren wurden neu in den EBM-Katalog 2014 aufgenommen.
10/2016	<p>Änderung der Risikoadjustierung:</p> <p>Die Elixhauser-Variable „Kardiale Arrhythmie“ wird in die Bestandteile „Kammerflimmern“, AV-Block 3. Grades“ und „kardiale Arrhythmien außer Kammerflimmern oder AV-Block 3. Grades“ aufgeteilt und einzeln in der Risikoadjustierung berücksichtigt.</p>	Verschiedene kardiale Arrhythmien sind mit einem unterschiedlichen Komplikationsrisiko verbunden.
<p>Prostataoperation bei BPS</p>		
10/2016	<p>Änderung des Indikators „Transfusion innerhalb von 30 Tagen“:</p> <p>Der OPS 8-810 (Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen) wird nicht mehr berücksichtigt.</p>	Die alleinige Gabe von Blutplasma kann aus vielen Gründen erfolgen und weist nicht zwingend auf eine Blutungskomplikation hin.
10/2016	<p>Änderung des Indikators „Reintervention an Prostata, Harnröhre oder Harnleiter innerhalb von 365 Tagen“:</p> <p>Die Nephrotomie (OPS 5-550.0) wird zukünftig nicht mehr als Komplikationsereignis gewertet.</p>	Hier wurde eine Schärfung vorgenommen, da im engeren Sinne lediglich der OPS 5-550.1 (Nephrostomie) ein relevantes Komplikationsereignis nach dem Eingriff darstellt.

Fortsetzung: Prostataoperation bei BPS		
10/2016	Änderung des Indikators „Sonstige Komplikation innerhalb von 30 Tagen“: Fälle werden nicht gewertet, wenn eine Zuverlegung zum Eingriff erfolgte und die Komplikationsdiagnose bereits im vorangehenden Aufenthalt bestand.	Der Indikator „Sonstige Komplikationen“ enthält Diagnosen, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass sie nicht im selben Krankenhausaufenthalt direkt vor dem Indexeingriff aufgetreten sind, da dieser sonst nicht zeitnah durchgeführt werden sollte. Daher werden diese als Nebendiagnosen angegebenen Krankheitsbilder als Folgekomplikationen gewertet. Allerdings ist es bei Zuverlegungen zum Eingriff möglich, dass eine entsprechende Erkrankung im Vorfeld bestanden hat und im vorangehenden Aufenthalt behandelt wurde. Aus diesem Grund werden Diagnosen, die aus einem direkt vorangehenden Aufenthalt stammen, nicht als Komplikationen gewertet. Zusammenhängende Aufenthalte werden ansonsten im QSR-Verfahren als ein Fall betrachtet.
Radikale Prostatektomie (RPE) bei Prostatakarzinom		
10/2016	Änderung der Aufgreifkriterien: Für den Vorjahresausschluss von Fällen mit Salvage-RPE (definiert als Fälle mit Strahlentherapie innerhalb von 5 Jahren vor der RPE) werden künftig auch Strahlentherapien berücksichtigt, die ambulant am Krankenhaus oder in einer Praxis durchgeführt wurden.	Eine Strahlenbehandlung bei RPE kann stationär durchgeführt werden, wie sie bisher berücksichtigt wird, erfolgt aber häufig ambulant am Krankenhaus oder in einer Praxis.
10/2016	Änderung des Indikators „Transfusion innerhalb von 30 Tagen“: Der OPS 8-810 (Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen) wird nicht mehr berücksichtigt.	Die alleinige Gabe von Blutplasma kann aus vielen Gründen erfolgen und weist nicht zwingend auf eine Blutungskomplikation hin.
10/2016	Änderung des Indikators „Reintervention innerhalb von 365 Tagen“: Die Nephrotomie (OPS 5-550.0) wird zukünftig nicht mehr als Komplikationsereignis gewertet.	Hier wurde eine Schärfung vorgenommen, da im engeren Sinne lediglich der OPS 5-550.1 (Nephrostomie) ein relevantes Komplikationsereignis nach dem Eingriff darstellt.

...

Fortsetzung: Radikale Prostatektomie (RPE) bei Prostatakarzinom		
10/2016	Änderung des Indikators „Sonstige Komplikation innerhalb von 30 Tagen“: Fälle werden nicht gewertet, wenn eine Zuverlegung zum Eingriff erfolgte und die Komplikationsdiagnose bereits im vorangehenden Aufenthalt bestand.	Der Indikator „Sonstige Komplikationen“ enthält Diagnosen, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass sie nicht im selben Krankenhausaufenthalt direkt vor dem Indexeingriff aufgetreten sind, da dieser sonst nicht zeitnah durchgeführt werden sollte. Daher werden diese als Nebendiagnosen angegebenen Krankheitsbilder als Folgekomplikationen gewertet. Allerdings ist es bei Zuverlegungen zum Eingriff möglich, dass eine entsprechende Erkrankung im Vorfeld bestanden hat und im vorangehenden Aufenthalt behandelt wurde. Aus diesem Grund werden Diagnosen, die aus einem direkt vorangehenden Aufenthalt stammen, nicht als Komplikationen gewertet. Zusammenhängende Aufenthalte werden ansonsten im QSR-Verfahren als ein Fall betrachtet.
Herzinsuffizienz		
10/2016	Änderung der Aufgreifkriterien: Aufnahme der Ausschlussdiagnosen Q20-Q28 (angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems), T86 (Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben), Z09.80 (Nachuntersuchung nach Organtransplantation), Z94.1 (Zustand nach Herztransplantation) und Z94.3 (Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation).	Wegen des anderen Risikoprofils und der geringen Häufigkeit erfolgt zukünftig ein Ausschluss dieser Diagnosen.
10/2016	Änderung der Indikatoren: Zusätzlich zur „Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen“ werden die Indikatoren „Wiederaufnahme wegen Herzinsuffizienz innerhalb von 90 Tagen“, „Anteil der Patienten, die innerhalb eines Jahres mit einem ACE-Hemmer oder AT1-Blocker behandelt werden (QISA 6)“, „Anteil der Patienten, die innerhalb eines Jahres mit einem Beta-Rezeptorenblocker behandelt werden (QISA 7)“ und „Anteil der Patienten, die innerhalb eines Jahres bei Vorhofflimmern mit oralen Antikoagulantien behandelt werden (QISA 8)“ neu in den QSR-Klinikbericht aufgenommen.	Als Qualitätsindikatoren finden für diesen Leistungsbereich sowohl die Sterblichkeit als auch Krankenhauswiederaufnahmen wegen Herzinsuffizienz in verschiedenen Ländern und Projekten Anwendung. In klinischen Studien werden häufig die 90-Tage-Sterblichkeit und 90-Tage-Wiederaufnahmeraten als Endpunkte betrachtet. Darüber hinaus gibt es für die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland mit den QISA-Indikatoren auch Indikatoren zur medikamentösen Verordnung (Freund, Lux 2012). Das Wissen über die Nachbehandlung der Patienten stellt eine wichtige Information für die Kliniker dar, ggf. auch mit der Möglichkeit, über Fachzirkel oder Schulungsmaßnahmen Änderungen herbeizuführen.

...

<i>Fortsetzung: Herzinsuffizienz</i>		
10/2016	<p>Änderung der Risikoadjustierung:</p> <p>In die Risikoadjustierung für die Indikatoren „Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen“ und „Wiederaufnahme wegen Herzinsuffizienz innerhalb von 90 Tagen“ werden Begleiterkrankungen im Startfall gemäß Elixhauser et al. (1998) mit Ausnahme der Variable „kardiale Arrhythmie“ aufgenommen. Kardiale Arrhythmien werden als drei separate Variablen (Kammerflimmern/-flattern, AV-Block 3. Grades und andere kardiale Arrhythmien außer Kammerflimmern oder AV-Block 3. Grades) zusätzlich aufgenommen.</p>	<p>Ausgehend von der bisher im QSR-Klinikbericht verwendeten Risikoadjustierung wurde eine Erweiterung um die Begleiterkrankungen entsprechend der Elixhauser-Klassifikation vorgenommen. Die Elixhauser-Klassifikation nach Begleiterkrankungen wird auch für die Risikoadjustierung in anderen QSR-Leistungsbereichen verwendet. Die bisherigen Risikofaktoren Atherosklerose, Aorten- und Mitralklappenitien, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, chronische Niereninsuffizienz, bösartige Neubildungen und Metastasen werden von Elixhauser-Variablen abgedeckt. Da verschiedene kardiale Arrhythmien mit einem unterschiedlichen Komplikationsrisiko verbunden sind, werden diese getrennt in der Risikoadjustierung berücksichtigt.</p>
Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2016	<p>Änderung der Aufgreifkriterien:</p> <p>Aufnahme der Ausschlussdiagnose Q04.2 (Holoprosenzephalie-Syndrom).</p>	<p>Änderungen in den Ausschlussdiagnosen ergeben sich aufgrund der Anwendung des in Kapitel 5.1.2 des Abschlussberichtes zur Entwicklung des Leistungsbereichs VLBW dargestellten Verfahrens zur Ermittlung und Kategorisierung von Fehlbildungen auf Daten von Frühgeborenen der Jahre 2005 bis 2013 (WIdO 2014).</p>
10/2016	<p>Änderung der Risikoadjustierung:</p> <p>Streichung der ICD-10-Schlüssel E72.2 (Störungen des Harnstoffzyklus) und Q04.2 (Holoprosenzephalie-Syndrom) im Risikofaktor „Schwere Fehlbildungen“.</p> <p>Ergänzung der ICD-10-Schlüssel Q22.0 (Pulmonalklappenatresie) und Q25.1 (Koarktation der Aorta) im Risikofaktor „Schwere Fehlbildungen“.</p> <p>Streichung der ICD-10-Schlüssel Q22.0 (Pulmonalklappenatresie) und Q25.1 (Koarktation der Aorta) im Risikofaktor „Mittelschwere Fehlbildungen“.</p> <p>Ergänzung des ICD-10-Schlüssels E72.2 (Störungen des Harnstoffzyklus) im Risikofaktor „Mittelschwere Fehlbildungen“.</p>	<p>Änderungen der Risikofaktoren ergeben sich aufgrund der Anwendung des in Kapitel 5.1.2 des Abschlussberichtes zur Entwicklung des Leistungsbereichs VLBW dargestellten Verfahrens zur Ermittlung und Kategorisierung von Fehlbildungen auf Daten von Frühgeborenen der Jahre 2005 bis 2013 (WIdO 2014).</p>

...

Fortsetzung: Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)

10/2016	<p>Änderung des Indikators „Tod oder schwere Erkrankungen“: Der OPS 5-455.8x (Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion mehrerer benachbarter Darmabschnitte [Subtotale Kolonresektion]: Sonstige) wird durch die OPS 5-455.9x (Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Sonstige), 5-455.ax (Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Sonstige), 5-455.bx (Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Sonstige), 5-455.cx (Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Sonstige), 5-455.dx (Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Sonstige) ersetzt, und der OPS 5-458.x4 (Erweiterte Kolonresektion mit Entfernung von Nachbarorganen: Sonstige: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter) durch die OPS 5-455.04 (Segmentresektion: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter), 5-455.14 (Multiple Segmentresektionen: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter), 5-455.24 (Ileozäkalsektion: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter), 5-455.31 (Zäkumresektion: Offen chirurgisch), 5-455.54 (Resektion des Colon transversum: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter), 5-455.x4 (Sonstige: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter) und 5-456.xx ((Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Sonstige: Sonstige).</p>	<p>Im OPS-Katalog 2013 entfällt der OPS 5-455.8x und wird durch die neuen OPS 5-455.9x./ax/.bx/.cx/.dx ersetzt. Der OPS 5-458.x entfällt ebenfalls und wird auf die bereits zuvor bestehenden OPS 5-455.04/.14/.24/.31/.54/.x4/xx übergeleitet.</p>
---------	--	---

Verfahrensjahr 2015

Änderungen und Überprüfungen		
Inkrafttreten d. Änderung ²	Änderungen und Überprüfungen	Begründung
Allgemeine Änderungen		
10/2015	<p>Änderung der Risikoadjustierung:</p> <p>Die Risikoadjustierung wurde für alle Indikatoren der Leistungsbereiche Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP), Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur (FRHOST), Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese bei Gonarthrose (KNIETEP), Cholezystektomie (CHE), Appendektomie (APPEND), Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt (sPCI_oHI), Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt und Koronarangiographie um antithrombotische Medikation im Vorjahr erweitert, sofern dieser Faktor einen signifikanten Einfluss hat.</p>	<p>Bei Patienten unter antithrombotischer Medikation (Antikoagulanzen, Thrombozytenaggregationshemmer) besteht ein erhöhtes perioperatives Blutungsrisiko. Im Jahr 2008 sind neue direkte Antikoagulanzen (DOAK) zugelassen worden. Deren Zulassung wurde 2011, 2012 und 2014 auf weitere Indikationen ausgeweitet. Die Verordnung von Antikoagulanzen hat darum seit 2012 stark zugenommen (Hein 2015). Patienten mit Blutungsneigung wurden bisher durch die Morbiditätsklassifikation gemäß Elixhauser in der Risikoadjustierung berücksichtigt (u. a. Koagulopathie, kardiale Arrhythmie, Erkrankungen der Herzklappen). Auswertungen des WIdO auf Daten von AOK-Patienten zeigen, dass eine antithrombotische Medikation im Vorjahr für einige Indikatoren ein zusätzlicher unabhängiger Risikofaktor ist. Daher wurde dieser Faktor standardmäßig in die Risikoadjustierung aufgenommen.</p>
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)		
10/2015	<p>Änderung des Indikators „Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen“:</p> <p>Ergänzung um die ICD-10-Schlüssel S72.2 (Subtrochantäre Fraktur), S72.3 (Fraktur des Femurschaftes) sowie M96.6 (Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte), die im Startfall als Nebendiagnose und bei Wiederaufnahme als Hauptdiagnose in einem Zeitraum von 90 Tagen gewertet werden.</p>	<p>Mit den subtrochantären Frakturen und Frakturen des Femurschaftes wurden mögliche Komplikationen des Eingriffes ergänzt. Weiterhin ist eine extra Ausweisung der periprothetischen Frakturen auf Basis der ICD-10-Kodierung nicht zuverlässig möglich, sodass zukünftig alle Frakturen in diesem Indikator zusammengefasst werden.</p>

² bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)		
10/2015	Änderung des Indikators „Chirurgische Komplikationen“: Streichung des ICD-10-Schlüssels M96.6 (Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte).	Alle Frakturen werden nun in dem Indikator „Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen“ zusammengefasst.
10/2015	Überprüfung der Aufgreifkriterien: Der Einschluss von Dysplasie-Hüften (ohne angeborene) wurde überprüft und beibehalten.	Aus den Analysen ausgeschlossen werden derzeit Fälle mit angeborener Dysplasie-Hüfte. Hinsichtlich der anderen Dysplasie-Hüften wurde überprüft, ob es für diese Fälle hinsichtlich der Indikatoren ein anderes Risikoprofil gibt. Dies war nicht der Fall, sodass die bisherigen Einschlusskriterien beibehalten wurden.
Cholezystektomie (CHE)		
10/2015	Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen“: Streichung des OPS 5-501.01 (Atypische Leberresektion, Exzision lokal, laparoskopisch).	Hierbei handelt es sich häufig um einen Eingriff zur Diagnoseabklärung u. a. bei Leberzysten oder gutartigen Lebertumoren und nicht notwendigerweise um eine Komplikation.

...

Fortsetzung: Cholezystektomie (CHE)		
10/2015	<p>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen“: Ergänzung um die OPS 5-896.1b/2b (Großflächiges Wunddebridement), die im Zeitraum von 1–90 Tage nach der Operation gewertet werden. Ergänzung um die OPS 8-190 (Spezielle Verbandstechniken) und 5-916.a3 (Vakuumversiegelung am offenem Abdomen), die im Zeitraum von 2–90 Tagen nach der Operation gewertet werden; gleichzeitig wird an diese Schlüssel die Bedingung geknüpft, dass nicht gleichzeitig eine der Diagnosen L89 (Dekubitus) oder I70.2/3/4, I83.0/2 bzw. L97 (Ulcus cruris) vorliegt. Änderung des Zeitfensters für den OPS 5-916.a0 (Vakuumversiegelung an Haut und Unterhaut) auf 2–90 Tage nach der Operation (bisher 1–90 Tage); gleichzeitig wird an diesen Schlüssel ebenfalls die Bedingung geknüpft, dass nicht gleichzeitig eine der Diagnosen L89 (Dekubitus) oder I70.2/3/4, I83.0/2 bzw. L97 (Ulcus cruris) vorliegt. Ergänzung um den OPS 5-448.0 (Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung), der im Startfall ab dem Tag der Operation gewertet wird. Ergänzung um die OPS 5-541.0/.1/.3/.4/.x/.y (bisher nur Relaparotomie 5-541.2, Startfall). Alle OPS aus 5-541 (Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums) werden in einem Zeitraum von 1-90 Tagen nach der Operation gewertet. Änderung des Zeitfensters für den OPS-Code 5-549.5 (Laparoskopie und Drainage) auf 1–90 Tage nach der Operation (bisher nur Startfall).</p>	<p>Die nebenstehenden Änderungen wurden im Rahmen eines Abgleichs mit dem AQUA-Indikatorenset zur Cholezystektomie (Version 1.0) (AQUA 2013) sowie zur Vereinheitlichung des Vorgehens mit dem QSR-Leistungsbereich Appendektomie festgelegt.</p>
10/2015	<p>Überprüfung des Indikators „Sonstige Komplikationen“: Überprüft wurde, inwieweit eine Krankenhauswiederaufnahme mit der Hauptdiagnose T81 (Sonstige Komplikationen bei Eingriffen) innerhalb von 90 Tagen der Cholezystektomie als Komplikation zugeordnet werden kann. Der Indikator wurde unverändert beibehalten.</p>	<p>Hierzu wurde analysiert, ob für die Fälle mit einer T81-Komplikation bei Wiederaufnahme, andere Prozeduren im 90-Tage-Nachbeobachtungszeitraum durchgeführt wurden. Eine Prüfung der Liste der entsprechenden Prozeduren und Häufigkeiten ergab, dass andere größere Eingriffe innerhalb von 90 Tagen nach der Cholezystektomie nur sehr selten durchgeführt werden. Somit wird eine Wiederaufnahme mit der Hauptdiagnose T81 weiterhin der Cholezystektomie zugeordnet.</p>

...

Appendektomie (APPEND)		
10/2015	<p>Änderung des Indikators „Therapieabhängige interventions-/ operationspflichtige Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</p> <p>Für das Indikatorteilstück Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums (OPS: 5-541.0, 5-541.1, 5-541.2, 5-541.3, 5-541.4, 5-541.x, 5-541.y) wird die Definition der high-risk Patientengruppe, für welche die genannten OPS nicht als Komplikation gezählt werden, um den ICD-10-Schlüssel K35.31 als Hauptdiagnose im Startfall erweitert.</p>	<p>Patienten mit der Hauptdiagnose K35.31 im Startfall weisen, wie Patienten mit den Hauptdiagnosen K35.2 und K35.32 im Startfall, ein erhöhtes Risikoprofil auf und müssen daher der high-risk Patientengruppe zugeordnet werden.</p>
10/2015	<p>Änderung des Indikators „Therapieabhängige interventions-/ operationspflichtige Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</p> <p>Für das Indikatorteilstück Laparoskopie mit Drainage (OPS 5-549.5) wird künftig die obige Definition der high-risk Gruppe angewendet. Der OPS 5-549.5 wird künftig nicht als Komplikation gewertet, wenn im Startfall eine der folgenden Hauptdiagnosen vorlag: ICD-10: K35.2, K35.31, K35.32.</p>	<p>Aufgrund der ähnlichen Indikation der Prozeduren 5-549.5 (Laparoskopie mit Drainage) und 5-541.1 (Laparotomie mit Drainage) müssen diese im Hinblick auf high-risk Patienten auch gleich behandelt werden.</p>
10/2015	<p>Änderung des Indikators „Infektionen, Sepsis, Wundinfektionen, Transfusionen innerhalb von 90 Tagen“:</p> <p>Für die Peritonitis (ICD-10: K65) wird die Definition der high-risk Patientengruppe, für welche die genannten Diagnose nicht als Komplikation gezählt wird, um den ICD-10-Schlüssel K35.31 als Hauptdiagnose im Startfall erweitert.</p>	<p>Patienten mit der Hauptdiagnose K35.31 im Startfall weisen, wie Patienten mit den Hauptdiagnosen K35.2 und K35.32 im Startfall, ein erhöhtes Risikoprofil auf und müssen daher der high-risk Patientengruppe zugeordnet werden.</p>
10/2015	<p>Änderung der Risikoadjustierung:</p> <p>Die bestehende Adjustierung nach Entzündungsgeschehen (K35.2, K35.32) wird um den ICD-10-Schlüssel K35.31 (Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur) als Hauptdiagnose im Startfall erweitert.</p>	<p>Die Patienten mit der Hauptdiagnose K35.31 (akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur) weisen wie die Patienten mit Hauptdiagnose K35.2 oder K35.32 ein erhöhtes Risikoprofil auf.</p>
10/2015	<p>Überprüfung des Indikators „Therapieabhängige interventions-/ operationspflichtige Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</p> <p>Es gab den Hinweis, dass eine Ileozökalresektion (OPS: 5-455-2) nicht als Komplikation zu werten sei, da eine so erweiterte Appendektomie je nach Ausmaß des Befundes indiziert sei.</p> <p>Die Ileozökalresektion wird weiterhin ab dem Tag nach der Operation bis zu 90 Tagen als Komplikation gewertet, wenn bei der Wiederaufnahme keine bösartige oder in-situ Neubildung vorliegt. Der Indikator wurde unverändert beibehalten.</p>	<p>Eine aufgrund des Ausmaßes des Befundes erweiterte Appendektomie mit Ileozökalresektion sollte nur im Rahmen der Erst-OP erfolgen. Eine Ileozökalresektion wird in dem Indikator erst ab dem Tag nach der Appendektomie als Komplikation gewertet, am OP-Tag nicht. Eine Änderung der Indikatordefinition ist darum nicht notwendig.</p>

...

<i>Fortsetzung: Appendektomie (APPEND)</i>		
10/2015	<p>Überprüfung des Indikators „Infektionen, Sepsis, Wundinfektionen, Transfusionen innerhalb von 90 Tagen“:</p> <p>Es gab den Hinweis, dass eine Blutungskomplikation an dem ICD-10-Code T81.0 zu erkennen sei und dieser daher in den Indikator aufgenommen werde sollte. Der ICD-10-Schlüssel T81.0 wird nicht in den Indikator aufgenommen. Der Indikator wurde unverändert beibehalten.</p>	<p>Allein schwere, transfusionspflichtige Blutungskomplikationen sollen in dem Indikator berücksichtigt werden. Daher werden Blutungskomplikationen im Leistungsbereich Appendektomie über den OPS 8-800 Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat erfasst.</p>
<p>Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt</p>		
10/2015	<p>Änderung der Aufgreifkriterien:</p> <p>Erweiterung der Einschlussprozeduren um den OPS 8-83d.0 (Einlegen eines medikamentenfreisetzenden bioresorbierbaren Stents).</p>	<p>Dieser OPS wurde neu in den OPS-Katalog 2013 aufgenommen.</p>
10/2015	<p>Änderung der Aufgreifkriterien:</p> <p>Ausschluss von Fällen mit Transplantationscodes. Dazu zählen die Diagnosen T86 (Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben), Z098.0 (Nachuntersuchung nach Organtransplantation) und Z94.1, Z94.3 (Zustand nach Herztransplantation bzw. Herz-Lungen-Transplantation) im Erstaufenthalt sowie Prozeduren im Vorjahr der PCI, die auf eine Herztransplantation hinweisen.</p>	<p>Hierbei handelt es sich um Patienten mit einem höheren Risikopotential. Insgesamt treten die Transplantationscodes selten auf, sodass eine Risikoadjustierung den Sachverhalt nicht ausreichend abbilden würde und daher zukünftig ein Ausschluss durchgeführt wird.</p>
10/2015	<p>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</p> <p>Erweiterung um Prozeduren zur Rekonstruktion der A. radialis (OPS 5-388.24, 5-389.24 und 5-397.24).</p>	<p>Hierbei handelt es sich um besonders schwere Komplikationen des zunehmend genutzten radialen Zugangs. Die A. radialis als Punktionsstelle wurde 1989 erstmals beschreiben und wird seit dem Jahr 2013 in einem Konsensus-Papier von den europäischen Fachgesellschaften unter Leitung der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) als Zugang der ersten Wahl empfohlen (Hamon 2013).</p>

...

Fortsetzung: <i>Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt</i> <i>Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt</i>		
10/2015	<p>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“: Zusätzlich werden folgende ICD10-Schlüssel berücksichtigt I74.3 (Embolie und Thrombose der unteren Extremitäten), I74.4 (Embolie und Thrombose der Extremitätenarterien, nicht näher bezeichnet), I74.5 (Embolie und Thrombose der A. iliaca) und I80.1 (Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis).</p>	<p>Die Häufigkeit von Embolien und Thrombosen nach PCI wurde überprüft. Bisher wurden in diesem Indikator die Schlüssel I74.2 (Embolie und Thrombose der oberen Extremitäten) und I80.2 (Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten) berücksichtigt. Nach Diskussion im Expertenpanel werden die nebenstehenden genannten Schlüssel nun zusätzlich als Indikatorereignisse berücksichtigt, da es sich ebenfalls um Komplikationen handelt.</p>
10/2015	<p>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“: Änderung des Zeitfensters für Transfusionen. Diese werden ab dem Tag der PCI bis zum Ende des Erstaufenthaltes berücksichtigt.</p>	<p>Ein Peer Review Verfahren in einer Klinik ergab einzelne Fälle, bei denen der Zusammenhang der Transfusion mit der Herzkatheter-Behandlung nicht gegeben war. Daher wurde nach Paneldiskussion eine Umstellung der Auswertung ab dem Tag der PCI vereinbart.</p>
10/2015	<p>Änderung der Indikatoren „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ und „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“: Ergänzung der Ausnahmeliste für die Bedingung „keine Operation im Startfall“ um die OPS 5-388.24, 5-389.24 und 5-397.24 (Prozeduren zur Rekonstruktion der A. radialis).</p>	<p>Diese Prozeduren stellen Komplikationen dar und sind daher nicht aus der Bewertung auszuschließen.</p>
10/2015	<p>Änderung des Indikators „Erneuter therapeutischer Herzkatheter (PCI) innerhalb von 91 bis 365 Tagen“: Präzisierung der Einschlussprozeduren.</p>	<p>Bisher wurde der komplette OPS-4-Steller 8-837 (Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen) berücksichtigt. Eine Analyse aller Fälle einer Klinik zeigte, dass so auch eine zweite Intervention mit Vorhofoccluder (OPS: 8-837.s) als erneute PCI klassifiziert wird, was zwar selten aber nicht korrekt ist. Das Expertenpanel hat daher festgelegt, dass für diesen Indikator zukünftig die gleiche Einschlussliste wie im AQUA-Verfahren „PCI und Koronarangiographie“ (Indikatorenset 2.1) für den Indikator OU007a_1 gelten soll (AQUA 2014).</p>

...

<p><i>Fortsetzung: Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt</i></p>		
10/2015	<p>Änderung des Indikators „Erneuter therapeutischer Herzkatheter (PCI) innerhalb von 91 bis 365 Tagen“: Ergänzung der OPS 8-83d.0 (Einlegen eines medikamentfreisetzenden bioresorbierbaren Stents) sowie 8-83d.1 und 8-83d.2 (Einlegen von selbstexpandierenden Stents).</p>	<p>Die Prozeduren wurden neu in die OPS-Kataloge 2013 (8-83d.0) bzw. 2014 (8-83d.1 und 8-83d.2) aufgenommen.</p>
<p>Prostataoperation bei BPS</p>		
10/2015	<p>Änderung der Aufgreifkriterien: Ausschluss von Fällen mit einer transurethralen Inzision der Urethra (OPS 5-585) im Vorjahr der Operation (einschließlich Eingriffe im Startfall vor dem Datum der Indexoperation).</p>	<p>Hier handelt es sich um Fälle mit einer vorbestehenden Harnröhrenstriktur, die ein abweichendes Krankheitsbild mit erhöhtem Komplikationsrisiko aufweisen.</p>
10/2015	<p>Änderung der Aufgreifkriterien: Ausschluss von Fällen mit der Nebendiagnose C67 (Bösartige Neubildung der Harnblase) im Startfall.</p>	<p>Es handelt sich um Fälle mit einem anderen Krankheitsbild und einem abweichenden Behandlungsverlauf.</p>
10/2015	<p>Änderung des Indikators „Reintervention an Prostata, Harnröhre oder Harnleiter (1 Jahr)“: Ergänzung um die OPS 5-550.0/1 (Nephrotomie/Nephrostomie), die bei Wiederaufnahme im Zeitraum von 31 Tagen bis 1 Jahr nach der Operation gewertet werden; gleichzeitig wird an diese beiden Schlüssel und an den OPS 8-137.0 (Einlegen einer Ureterschiene) die Bedingung geknüpft, dass nicht gleichzeitig eine Behandlung von Nieren- und Uretersteinen erfolgt (ICD-10 N20).</p>	<p>Eine Nephrostomie/Nephrotomie spricht ebenso wie das Einlegen einer Ureterschiene für eine Überresektion. Da diese Eingriffe auch aufgrund eines Nieren-/Uretersteins durchgeführt werden können, werden Fälle mit entsprechender Diagnose nicht gewertet.</p>
10/2015	<p>Änderung der Risikoadjustierung: Die Risikoadjustierung wird um die Nebendiagnose N21 (Stein in den unteren Harnwegen) im Startfall erweitert.</p>	<p>Bei einem Blasenstein (ICD-10 N21) besteht ein verändertes Komplikationsrisiko.</p>
10/2015	<p>Änderung der Risikoadjustierung: Es wird auf eine Risikoadjustierung nach Operationsverfahren (Laservaporisation, Laserenukleation, offen chirurgischer Eingriff) verzichtet.</p>	<p>Bei der Wahl des Verfahrens handelt es sich um eine Entscheidung des Krankenhauses bzw. des Operateurs, die nicht in Eigenschaften des Patienten begründet ist, auf welche Klinik bzw. Operateur keinen Einfluss haben.</p>

...

Radikale Prostatektomie (RPE) bei Prostatakarzinom		
10/2015	<p>Änderung des Indikators „Reintervention an Prostata, Harnröhre oder Harnleiter (1 Jahr)“:</p> <p>Ergänzung um die OPS 5-550.0/.1 (Nephrotomie/Nephrostomie), die im Zeitraum von 1 Tag bis 1 Jahr nach der Operation gewertet werden; gleichzeitig wird an diese beiden Schlüssel und an den OPS 8-137.0 (Einlegen einer Ureterschiene) die Bedingung geknüpft, dass nicht gleichzeitig eine Behandlung von Nieren- und Uretersteinen erfolgt (ICD-10 N20).</p>	<p>Eine Nephrostomie/Nephrotomie spricht ebenso wie das Einlegen einer Ureterschiene für eine Überresektion. Da diese Eingriffe auch aufgrund eines Nieren-/Uretersteins durchgeführt werden können, werden Fälle mit entsprechender Diagnose nicht gewertet.</p>
10/2015	<p>Überprüfung der Risikoadjustierung:</p> <p>Ausgehend von Rückmeldungen von Kliniken wurde nochmals die Relevanz des Tumorstadiums, welches in den Routinedaten nicht abgebildet wird, für die Risikoadjustierung diskutiert. Nach Meinung des Expertenpanels ist das Tumorstadium für die Risikoadjustierung im Leistungsbereich RPE nicht erforderlich.</p>	<p>Gemäß der aktuellen Leitlinie ist die RPE bei lokal begrenztem und lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom indiziert, sodass eine gewisse Homogenität der Fälle hierdurch gegeben ist. Die in Klinikdialogen vorgebrachte Ausweitung der Indikation auf jüngere Männer mit metastasiertem Karzinom betrifft nach Einschätzung des Expertenpanels nur Einzelfälle, sodass das Tumorstadium nicht aus diesem Grund für die Risikoadjustierung notwendig wird.</p>
Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2015	<p>Änderung der Aufgreifkriterien:</p> <p>Die ICD-10-Schlüssel P83.2 (Hydrops fetalis, nicht durch hämolytische Krankheit bedingt), Q25.2 (Atresie der Aorta) und Q61.2 (Polyzystische Niere, autosomal – dominant) führen nicht mehr zum Ausschluss. Siamesische Zwillinge (ICD-10 Q89.4) werden ausgeschlossen.</p>	<p>Änderungen in den Ausschlussdiagnosen ergeben sich aufgrund der Anwendung des in Kapitel 5.1.2 des Abschlussberichtes zur Entwicklung des Leistungsbereichs VLBW dargestellten Verfahrens zur Ermittlung und Kategorisierung von Fehlbildungen auf Daten von Frühgeborenen der Jahre 2005 bis 2013 (WIdO 2014).</p>
10/2015	<p>Änderung der Indikatoren „Sepsis“ und „Sepsis mit Erregernachweis“:</p> <p>Streichung des ICD-10-Schlüssels P37.5 (Kandidose bei Neugeborenen).</p>	<p>Es handelt sich hierbei nicht um eine generalisierte Candidasepsis (B37.7), sondern um eine Pilzkrankung der Haut und Schleimhäute.</p>

...

Fortsetzung: Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2015	<p>Änderung der Risikoadjustierung: Streichung der ICD-10-Schlüssel Q91.1 (Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)) und Q91.2 (Trisomie 18, Translokation) im Risikofaktor „Schwere Fehlbildungen“. Ergänzung der ICD-10-Schlüssel Q21.3 (Fallot-Tetralogie), Q79.2 (Exomphalus), P83.2 (Hydrops fetalis, nicht durch hämolytische Krankheit bedingt) und Q25.2 (Atresie der Aorta) im Risikofaktor „Schwere Fehlbildungen“. Streichung der ICD-10-Schlüssel Q61.3 (Polyzystische Niere, nicht näher bezeichnet) und Q79.2 (Exomphalus) im Risikofaktor „Mittelschwere Fehlbildungen“. Ergänzung der ICD-10-Schlüssel Q03 (Angeborener Hydrozephalus), Q42 (Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dickdarmes), P61 (Zystische Nierenkrankheit) und Q22.0 (Pulmonalklappenatresie) im Risikofaktor „Mittelschwere Fehlbildungen“.</p>	<p>Änderungen der Risikofaktoren ergeben sich aufgrund der Anwendung des in Kapitel 5.1.2 des Abschlussberichtes zur Entwicklung des Leistungsbereichs VLBW dargestellten Verfahrens zur Ermittlung und Kategorisierung von Fehlbildungen auf Daten von Frühgeborenen der Jahre 2005 bis 2013 (WIdO 2014).</p>
10/2015	<p>Änderung der Risikoadjustierung: Streichung des ICD-10-Schlüssels I51.7 (Kardiomegalie) im Risikofaktor „Mittelschwere Fehlbildungen“.</p>	<p>Auf Beschluss des Expertenpanels Geburtshilfe/Neonatologie wird die Diagnose I51.7 (Kardiomegalie) nicht mehr in der Risikoadjustierung berücksichtigt. Bei der Kardiomegalie handelt es sich nicht um eine Fehlbildung, sondern um einen Krankheitszustand, der aus anderen Erkrankungen resultiert.</p>
© WIdO 2016		

Literatur

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Weiterentwicklung des Leistungsbereichs Cholezystektomie. Indikatorenset 1.0. Göttingen: AQUA-Institut; 2013.

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie. Indikatorenset 2.1. Göttingen: AQUA-Institut; 2014.

Freund T, Lux M. Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz. QISA Band C8. Hrsg. Joachim Szecsenyi, Björn Broge, Johannes Stock. Kompart Verlag Berlin 2012.

Hamon M, Pristipino C, Di Mario C, Nolan J, Ludwig J, Tubaro M, Sabate M, Mauri-Ferré J, Huber K, Niemelä K, Haude M, Wijns W, Dudek D, Fajadet J, Kiemeneij F; European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions; Working Group on Acute Cardiac Care of the European Society of Cardiology; Working Group on Thrombosis on the European Society of Cardiology. Consensus document on the radial approach in percutaneous cardiovascular interventions: position paper by the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions and Working Groups on Acute Cardiac Care and Thrombosis of the European Society of Cardiology. *EuroIntervention*. 2013 Mar;8(11):1242-51.

Lutz Hein, Antithrombotika und Antihämorrhagika. In: U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2015*, DOI 10.1007/978-3-662-47186-9_14, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015, S. 477-500.

WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK. Entwicklung des Leistungsbereichs „Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht“ (VLBW). Abschlussbericht. Berlin: WIdO; 2014.