



QSR-Verfahren

Revisionsbericht

Stand Verfahrensjahr 2019

Impressum

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

QSR-Verfahren
Revisionsbericht
Berlin 2019

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

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

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung –SenGPG–
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Satz: Melanie Hoberg
Titelbild: KomPart

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 2019	5
Verfahrensjahr 2018	13
Verfahrensjahr 2017	16
Verfahrensjahr 2016	21
Literatur	28

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.

Die angegebenen ICD-10-Codes und OPS beziehen sich auf das Jahr 2017, sofern nicht anders angegeben.

Der Stand der Definitionen der QSR-Indikatoren nach Umsetzung der aufgeführten Änderungen entspricht dem des Indikatorenhandbuchs des Verfahrensjahres 2019.

Änderungen und Überprüfungen

Verfahrensjahr 2019

Gültig seit ¹	Änderungen und Überprüfungen	Begründung
Gallenblasenentfernung bei Gallensteinen (Cholezystektomie, CHE)		
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen“:</u> Es wird nicht mehr der komplette OPS-Viersteller 5-514 (Andere Operationen an den Gallengängen) als Komplikation gewertet. Der OPS 5-514.u (Therapeutische perkutan-transhepatische Endoskopie) und der OPS 5-514.b (Entfernung von alloplastischem Material) werden explizit aus der Komplikationsliste gestrichen.	Der OPS 5-514.u (Therapeutische perkutan-transhepatische Endoskopie) wurde neu in den OPS-Katalog 2018 aufgenommen. Er stellt keine Komplikation dar und wird daher nicht als Indikatorereignis gewertet. Ebenso ist die Entfernung von alloplastischem Material (OPS 5-514.b) nicht als Komplikation zu werten und wird daher ebenfalls aus der Indikatorliste gestrichen.
Verschluss einer Leistenhernie (HERNIA)		
10/2019	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> <ul style="list-style-type: none"> Ergänzung Einschlussprozeduren um den OPS 5-530.9 (Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss) Erweiterung der Ausschlussbedingungen um die OPS 5-45 (Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm), 5-46[0-6] (Anlegen/Revision/Rückverlagerung eines Enterostomas), 5-467.[3-9,a,b] (Erweiterungs-/Verschmälerungsplastik, Anlegen/Revision/Entfernung eines Reservoirs, Revision einer Anastomose, Dünndarm/-retransplantation oder plastische Darmverlängerung) und 5-468.[0,1] (Desinvagination bzw. Detorsion eines Volvulus) 	Der OPS 5-530 wurde ab dem Jahr 2018 um einen weiteren 5-Steller ausdifferenziert. Patienten mit Eingriffen am Darm bei der initialen Leistenhernien-OP werden ausgeschlossen, da es sich um seltene und untypische Fallkonstellationen mit sehr hohem Komplikationsrisiko handelt.
10/2019	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> <ul style="list-style-type: none"> Streichung des Risikofaktors „Eingriff am Darm bei initialer Leistenhernien-OP“ Aufnahme des Risikofaktors „peritoneale Adhäsionen“ im Startfall (ICD-10 K66.0, OPS 5-469.[0,1] [Bridenlösung, Adhäsiolyse]) 	Der Risikofaktor wurde gestrichen, da die entsprechenden Patienten künftig aus dem Leistungsbereich ausgeschlossen werden. Das Vorliegen von peritonealen Adhäsionen erhöht das Komplikationsrisiko.

...

¹ bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Fortsetzung: Verschluss einer Leistenhernie (HERNIA)		
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</u> Der ICD-10 N50.1 (Gefäßkrankheiten der männlichen Genitalorgane) wird nicht mehr berücksichtigt.	Der ICD-10 bildet keine spezifischen Folgen einer Leistenhernien-OP ab. Revisionsbedürftige Blutungen nach Leistenhernien-OP werden im Indikator über die Diagnose T81.0 in Kombination mit spezifischen OPS abgebildet.
10/2019	<u>Überprüfung des Indikators „Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</u> Es wurde überprüft, ob eine Naht des Darmes nach Verletzung (OPS 5-467.0) im Zeitraum 0 bis 365 Tage weiterhin als Indikatorereignis gewertet wird. Der Indikator wurde unverändert beibehalten.	Hintergrund der Überprüfung war das erhöhte Risiko für Darmverletzungen bei peritonealen Adhäsionen. Das Vorliegen von peritonealen Adhäsionen wird künftig in der Risikoadjustierung abgebildet. Zusätzlich bildet der OPS 5-467.0 Darmverletzungen mit Eröffnung des Darmlumens ab. Leichtere Darmverletzungen sind laut OPS-Katalog bereits im OPS der Adhäsiolyse enthalten.
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Rezidive und chronischer Schmerz innerhalb von 365 Tagen“:</u> Das Teilelement „neue kontinuierliche Schmerztherapie“ wird bei Patienten mit Operation an den Bewegungsorganen innerhalb von 365 Tagen nach der Hernien-OP nicht mehr berücksichtigt.	Bei Fällen mit einer Folgeoperation an den Bewegungsorganen tritt eine höhere Häufigkeit des Teilelements neue kontinuierliche Schmerztherapie auf. Die Folgeoperation an den Bewegungsorganen ist eine konkurrierende Ursache für die Schmerztherapie und erschwert deren Zuordenbarkeit.
10/2019	<u>Überprüfung des Indikators „Rezidive und chronischer Schmerz innerhalb von 365 Tagen“:</u> Überprüft wurde, ob Patienten mit einer bösartigen Neubildung in der Eigenanamnese (ICD-10 Z85) ein erhöhtes Komplikationsrisiko besitzen.	Die Diagnose Z85 zeigt an, dass Patienten an einer Krebserkrankung litten. Diese kann bereits lange zurückliegen. Die Analyse ergab, dass diese Patientengruppe nach Anwendung der aktuellen Risikoadjustierung keine abweichenden Komplikationsrisiken aufweist, und es erfolgte keine Anpassung.
Operation bei benigner Schilddrüsenerkrankung (THYR)		
10/2019	<u>Neuer Indikator „Logopädieverordnungen (≥ 21 Einheiten) innerhalb von 365 Tagen“:</u> Die Verordnung von Logopädie war bisher als Kennzahl im QSR-Klinikbericht enthalten und wird künftig als Indikator berichtet. Die zugrundeliegende Definition bleibt unverändert.	Störungen der Stimme können nach einer Schilddrüsenoperation auftreten. Der Indikator erfasst Patienten, bei denen die Anzahl Logopädieverordnungen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung, die Verordnungsmenge des Regelfalls laut Heilmittelkatalog übersteigt. Bei diesen Patienten liegt ein hoher Therapiebedarf vor, welcher auf eine schwerwiegende Erkrankung der Stimme hinweist. Patienten, denen bereits innerhalb von 365 Tagen vor Aufnahme zur Schilddrüsen-OP Logopädie verordnet wurde, werden nicht betrachtet.
Sectio (SECTIO)		
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ zu „Sterblichkeit innerhalb von 42 Tagen“.</u>	Der Zeitraum des Indikators Sterblichkeit wurde auf 42 Tage angepasst, da dieser Zeitraum die Wochenbettphase widerspiegelt und in der internationalen Definition der Müttersterblichkeit Anwendung findet.
Vaginale Entbindung (VAG)		
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ zu „Sterblichkeit innerhalb von 42 Tagen“.</u>	Der Zeitraum des Indikators Sterblichkeit wurde auf 42 Tage angepasst, da dieser Zeitraum die Wochenbettphase widerspiegelt und in der internationalen Definition der Müttersterblichkeit Anwendung findet.

...

Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2019	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Ergänzung des ICD-10-Schlüssels Q79.0 (Angeborene Zwerchfellhernie) bei den Ausschlussdiagnosen.	Änderungen in den Ausschlussdiagnosen ergeben sich aufgrund der Anwendung des Verfahrens zur Ermittlung und Kategorisierung von Fehlbildungen, das in Kapitel 5.1.2 des Abschlussberichtes zur Entwicklung des Leistungsbereichs VLBW anhand von Daten der Jahre 2005 bis 2013 vorgestellt wurde (WIdO 2014).
10/2019	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Anpassung des Risikofaktors „Schwere Fehlbildungen“: <ul style="list-style-type: none"> • Streichung der ICD-10-Schlüssel Q26.2 („Totale Fehleinmündung der Lungenvenen“) und Q79.0 („Angeborene Zwerchfellhernie“) Anpassung des Risikofaktors „Mittelschwere Fehlbildungen“: <ul style="list-style-type: none"> • Ergänzung des ICD-10-Schlüssels Q26.2 („Totale Fehleinmündung der Lungenvenen“) 	Änderungen der Risikofaktoren ergeben sich aufgrund des Verfahrens zur Ermittlung und Kategorisierung von Fehlbildungen, das in Kapitel 5.1.2 des Abschlussberichtes zur Entwicklung des Leistungsbereichs VLBW anhand von Daten der Jahre 2005 bis 2013 vorgestellt wurde (WIdO 2014).
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ zu „Sterblichkeit bis zur Entlassung nach Hause“.</u>	Der Zeitraum des Indikators Sterblichkeit wurde angepasst, da 30 Tage eventuell zu kurz sind, um möglichst alle relevanten Sterbefälle der Frühgeborenen zu erfassen. Bei der Betrachtung bis zur ersten Entlassung nach Hause werden mehr Todesfälle berücksichtigt.
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen oder schwere Erkrankungen“ zu „Sterblichkeit bis zur Entlassung nach Hause oder schwere Erkrankungen“.</u>	Der Zeitraum der Sterblichkeit wurde in diesem Indikator angepasst, da 30 Tage eventuell zu kurz sind, um möglichst alle relevanten Sterbefälle der Frühgeborenen zu erfassen. Bei der Betrachtung bis zur ersten Entlassung nach Hause werden mehr Todesfälle berücksichtigt.
Herzinsuffizienz (HERZINSUFF)		
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Anteil der Patienten, die innerhalb eines Jahres mit einem ACE-Hemmer oder AT1-Blocker behandelt wurden“:</u> Erweiterung der Einschlussbedingungen um den ATC-Code C10BX12 (Atorvastatin, Acetylsalicylsäure und Perindopril).	Der ergänzte ATC-Code ist in dem Indikator zu berücksichtigen, da dort eine Kombination mit ACE-Hemmern enthalten ist. Sie wird sehr selten verordnet.
Koronarangiographie, ohne Herzinfarkt und Herz-OP (KORO)		
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Der OPS 8-856 (Hämoperfusion) wird nicht mehr berücksichtigt.	Der OPS 8-856 (Hämoperfusion) wird von der Dialyseliste gestrichen, da er kein Nierenersatzverfahren darstellt, sondern zur Substratentfernung bei Vergiftungen Anwendung findet.
Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt (sPCI_oHI)		
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Der OPS 8-856 (Hämoperfusion) wird nicht mehr berücksichtigt.	Der OPS 8-856 (Hämoperfusion) wird von der Dialyseliste gestrichen, da er kein Nierenersatzverfahren darstellt, sondern zur Substratentfernung bei Vergiftungen Anwendung findet.

...

Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt (sPCI_mHI)		
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Der OPS 8-856 (Hämoperfusion) wird nicht mehr berücksichtigt.	Der OPS 8-856 (Hämoperfusion) wird von der Dialyseliste gestrichen, da er kein Nierenersatzverfahren darstellt, sondern zur Substratentfernung bei Vergiftungen Anwendung findet.
10/2019	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Die Risikoadjustierung wird um die Angabe, ob ein ST-Hebungsinfarkt vorliegt, erweitert.	Das Vorliegen eines ST-Hebungsinfarktes (STEMI) wirkt risikoe erhöhend. Eine Abbildung dieses Risikofaktors ist in den Routinedaten mit Hilfe der Diagnosen (ICD-10 I21.0/1/2 und I22.0/1/8) gut möglich (Freisinger 2014). Maier et al. konnten bei Herzinfarktpatienten bezüglich der STEMI-Angabe eine sehr gute Übereinstimmung von AOK-Routinedaten mit den Ergebnissen des Berliner Herzinfarktregisters zeigen (Maier 2016).
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)		
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> <ul style="list-style-type: none"> Die Prozeduren 5-800.bg (Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Hüftgelenk), 5-800.cg (Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und Bandresten: Hüftgelenk) und 5-800.9g (Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Hüftgelenk) werden aus der Komplikationsliste gestrichen. Anpassung des Zeitraums bei der Prozedur 5-800.ag (Offen chirurgische Revision am Hüftgelenk: Einlegen eines Medikamententrägers). Zukünftig werden die Prozeduren vom 31. bis zum 365. Tag nach der Implantation berücksichtigt. 	<p>Das Auftreten einer Zyste nach OP, die Resektion von Bandanteilen und Bandresten und das Entfernen eines Medikamententrägers stellen keine Komplikationen dar. Die entsprechenden OPS werden deshalb aus der Komplikationsliste gestrichen.</p> <p>Die Anpassung des Zeitraums erfolgt in Übereinstimmung mit den Festlegungen in den anderen endoprothetischen Leistungsbereichen. Das Einlegen eines Medikamententrägers wird als Infektion interpretiert und eine frühzeitige Intervention nicht als Indikatorereignis gewertet.</p>
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen“:</u> <ul style="list-style-type: none"> Für Daten ab dem Jahr 2018 wird eine Ausdifferenzierung für den ICD-10-Schlüssel T84.0 (mechanische Komplikation einer Endoprothese) in T84.04 (Hüftgelenk) vorgenommen. 	Hintergrund ist die Ausdifferenzierung für T84.0 (mechanische Komplikation einer Endoprothese) ab dem ICD-10-Katalog 2018 in T84.04 (Hüftgelenk) und T84.05 (Kniegelenk).

...

Wechsel einer Hüftgelenks-Endoprothese oder von Komponenten (aseptisch, einzeitig) (HEPW)		
10/2019	<p><u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung um die Prozeduren 5-800.4g (Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Hüftgelenk) und 5-800.5g (Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk). Dabei werden die Prozeduren vom 31. bis zum 365. Tag nach der Wechsel-OP berücksichtigt. • Streichung der Prozedur 5-800.7g (Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Hüftgelenk) aus der Komplikationsliste. • Anpassung des Zeitraums bei den Prozeduren 5-782.0d/f (Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion: Becken/Femur proximal), 5-785.1d/f (Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Knochenzement mit Antibiotikumzusatz: Becken/Femur proximal), 5-853.07/8 (Rekonstruktion von Muskeln: Refixation: Leisten- und Genitalregion und Gesäß/ Oberschenkel und Knie), 5-854.07/8 (Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Leisten- und Genitalregion und Gesäß/Oberschenkel und Knie), 5-800.8g (Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Hüftgelenk) und 5-800.xg (Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Sonstige: Hüftgelenk). Zukünftig werden die Prozeduren vom 1. bis zum 365. Tag nach der Wechsel-OP im Indikator berücksichtigt. 	Die Definition des Indikators wurde im Rahmen eines Abgleichs mit den Festlegungen für die anderen endoprothetischen QSR-Leistungsbereiche (EHTEP, KNIETEP und KEPW) angepasst. Die Auswirkung auf die Indikatorrate ist gering.
10/2019	<p><u>Änderung der Risikoadjustierung:</u></p> <p>Erweiterung um die Anzahl der vorherigen Wechseloperationen (1, 2, 3, 4 oder mehr) innerhalb von 10 Jahren vor der Index-OP. Dafür entfällt die bisher zur Abbildung der Vor-OPs verwendete Angabe, ob es innerhalb von 2 Jahren vor der Index-OP bereits eine Wechsel-OP gab.</p>	Einer Analyse aller Komplikationsfälle einer Klinik zeigte, dass insbesondere Fälle mit mehreren vorherigen Wechseloperationen erhöhte Luxationsraten, Frakturaten und Raten für erneute Wechsel aufweisen. Daher wurde die Risikoadjustierung um die Anzahl der vorherigen Wechseloperationen ergänzt. Weiterhin wurde der betrachtete Zeitraum im Vorfeld des Hüftprothesenwechsels von bisher 2 Jahren auf 10 Jahre ausgeweitet. Dies ist möglich, da ab OPS-Katalog 2015 die Angabe der operierten Seite in den Routinedaten vorhanden ist. Ein Abgleich der Routinedaten und der Klinikdaten ergab, dass mit diesen Festlegungen vorherige Wechsel-OPs gut abgebildet werden können.

...

Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur (FRHOST2)		
10/2019	<p><u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fälle mit einem beidseitigen Indexeingriff im Startfall werden ausgeschlossen. • Der bisherige Ausschluss nach Hauptdiagnosen (Verfahrensjahr 2018: Tabelle 6.3.1.3) entfällt. • Die Ausschluss-Nebendiagnosen werden um den ICD-10-Code S39.81 (Verletzung lumbosakraler Rückenmarkshäute) ergänzt. • Die Ausschluss-Nebendiagnosen werden um folgende ICD-10-Codes ergänzt: D16.2/.3 (Gutartige Neubildung des Knochens oder Gelenkknorpels: Lange bzw. kurze Knochen der unteren Extremität), M08 (Juvenile Arthritis), M09 (Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten), M85.05 (Fibröse Dysplasie (monostotisch)*), M85.45 (Solitäre Knochenzyste*), M85.55 (Aneurysmatische Knochenzyste*), M85.65 (Sonstige Knochenzyste*), M90.75 (Knochenfraktur bei Neubildungen*), Q65.1/.2 (Angeborene Luxation des Hüftgelenks, beidseitig bzw. nicht näher bezeichnet), Q68.3/.5 (Angeborene Verbiegung des Femurs bzw. der langen Beinknochen, nicht näher bezeichnet), Q74.2 (Sonstige angeborene Fehlbildungen der unteren Extremität(en) und des Beckengürtels), Q74.3 (Arthrogryposis multiplex congenita) (* jeweils: Beckenregion und Oberschenkel) 	<p>Bei diesen seltenen Fällen liegt ein erhöhtes Komplikationsrisiko vor.</p> <p>Diese Anpassung hat technische Gründe und folgt einer Änderung bei der Aufbereitung der Fälle aus der Datenbank.</p> <p>Dieser Schlüssel wurde im Jahr 2017 neu in den ICD-Katalog aufgenommen und wird im Verfahrensjahr 2019 erstmals als QSR-Ausschlussdiagnose relevant.</p> <p>Bei Fällen mit diesen Nebendiagnosen liegt ein erhöhtes Komplikationsrisiko vor.</p>
10/2019	<p><u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Der Nachbeobachtungszeitraum für den OPS 5-790.[]d/e/f/g (Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: []: Becken/ Schenkelhals/ Femur proximal/ Femurschaft) wird auf 90 Tage beschränkt.</p>	<p>Korrektur der bisherigen Definition im Hinblick auf die Festlegung, dass Frakturen nur innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff als Komplikation gewertet werden.</p>
10/2019	<p><u>Änderung des Indikators „Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen“:</u> Ab dem Jahr 2018 werden anstelle der bisherigen ICD-Codes T84.0 (Mechanische Komplikation durch eine Gelenkdrothese) und T84.1 (Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen) die differenzierteren Codes T84.04 (Mechanische Komplikation durch eine Gelenkdrothese: Hüftgelenk) und T84.14 (Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Beckenregion und Oberschenkel) verwendet.</p>	<p>Ab dem Jahr 2018 werden die ICD-Codes T84.0 und T84.1 auf der fünften Stelle nach der Lokalisation differenziert, so dass eine genauere Erfassung von Komplikationen an der Hüfte möglich wird.</p>
10/2019	<p><u>Indikator „Thrombose/Lungenembolie innerhalb von 90 Tagen“:</u> Dieser Indikator wird zum Verfahrensjahr 2019 erneut in den QSR-Klinikbericht aufgenommen.</p>	<p>Dieser Indikator stellt für Krankenhäuser eine relevante Information dar. Er war bereits bis zum Verfahrensjahr 2017 im QSR-Klinikbericht enthalten, und wurde im Zuge der Überarbeitung des Leistungsbereichs FRHOST2 ohne inhaltliche Gründe vorübergehend ausgesetzt.</p>

Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese bei Gonarthrose (KNIETEP)		
10/2019	<p><u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Erweiterung um die Prozedur 5-822.h (Implantation einer femoral oder tibial schaftverankerten Prothese).</p>	Die Prozeduren zur Implantation und Revision einer femoral oder tibial schaftverankerten Prothese (5-822.h, 5-823.k) wurden neu in den OPS-Katalog 2015 aufgenommen. Der Einschluss dieser Prothesen erfolgt in Übereinstimmung mit den Definitionen bei G-IQI und dem IQTIG.
10/2019	<p><u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung um die Prozedur 5-823.k (Revision einer femoral oder tibial schaftverankerten Prothese). Dabei werden die Prozeduren vom Tag nach der Implantation bis zu 365 Tagen berücksichtigt. • Streichung der Prozeduren 5-800.9h (Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Kniegelenk), 5-800.bh (Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Kniegelenk), 5-800.ch (Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und Bandresten: Kniegelenk) und 5-810.8h (Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernen eines Medikamententrägers: Kniegelenk) aus der Komplikationsliste. • Anpassung des Zeitraums bei den Prozeduren 5-800.ah (Offen chirurgische Revision am Hüft- bzw. Kniegelenk: Einlegen eines Medikamententrägers) und 5-810.7h (Arthroskopische Gelenkoperation: Einlegen eines Medikamententrägers). Zukünftig werden die Prozeduren vom 31. bis zum 365. Tag nach der Implantation im Indikator berücksichtigt. 	<p>Hintergrund für die Aufnahme des OPS 5-823.k ist die Erweiterung ab OPS-Katalog 2015 um die Prozeduren zur Implantation und Revision einer femoral oder tibial schaftverankerten Prothese. Da diese Prothesen ab dem Verfahrensjahr 2019 neu aufgegriffen werden, wird dann auch das Auftreten eines entsprechenden Revisionsereignisses als Komplikation berücksichtigt.</p> <p>Das Auftreten einer Zyste nach OP, die Resektion von Bandanteilen und Bandresten und das Entfernen eines Medikamententrägers stellen keine Komplikationen dar. Die entsprechenden OPS werden deshalb aus der Komplikationsliste gestrichen.</p> <p>Die Anpassung des Zeitraums erfolgt in Übereinstimmung mit den Festlegungen in den anderen endoprothetischen Leistungsbereichen. Das Einlegen eines Medikamententrägers wird als Infektion interpretiert und eine frühzeitige Intervention nicht als Indikatorereignis gewertet.</p>
10/2019	<p><u>Änderung des Indikators „Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen“:</u> Für Daten ab dem Jahr 2018 wird eine Ausdifferenzierung für den ICD-10-Code T84.0 (mechanische Komplikation einer Endoprothese) in T84.05 (Kniegelenk) vorgenommen.</p>	Hintergrund ist die Ausdifferenzierung für T84.0 (mechanische Komplikation einer Endoprothese) ab ICD-10-Katalog 2018 in T84.04 (Hüftgelenk) und T84.05 (Kniegelenk).

...

Prostataoperation bei benignem Prostatasyndrom (BPS)		
10/2019	<p><u>Änderung des Indikators „Reintervention an Prostata, Harnröhre oder Harnleiter innerhalb von 365 Tagen“:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Nachbeobachtungszeitraum für den OPS-Abschnitt 5-58 (Operationen an der Urethra) wird von bisher 90 auf 365 Tage (bei Wiederaufnahme) erweitert. • Das Einlegen einer Ureterschiene (OPS 8-137.0) und die Nephrostomie (OPS 5-550.1) werden ab dem Folgetag der OP und bis 90 Tage nach dem Eingriff als Komplikation gewertet (unter der Voraussetzung, dass nicht gleichzeitig eine Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein (ICD N13.2) besteht oder Nieren- bzw. Uretersteine (ICD N20) vorliegen). 	<p>Dieser Abschnitt umfasst Eingriffe, die auch über den Zeitraum von 90 Tagen hinaus einschlägige Komplikationen nach einem Eingriff bei BPS darstellen.</p> <p>Beide OPS-Schlüssel zeigen bereits ab dem ersten Tag nach dem Eingriff unerwünschte Ereignisse an, während andererseits eine therapiebedürftige Harnabflussstörung mehr als drei Monate nach dem Eingriff nicht mehr als Komplikation der Primärtherapie betrachtet werden kann. Der bisherige Ausschluss von Nieren- bzw. Uretersteinen nur anhand des ICD-10-Codes N20 war unvollständig.</p>
Radikale Prostatektomie bei Prostatakarzinom (RPE)		
10/2019	<p><u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Fälle mit einer transrektalen und perkutanen Destruktion von Prostatagewebe (OPS 5-602) im Zeitraum von fünf Jahren vor Aufnahme zur RPE und mit der Diagnose „Bösartige Neubildung der Prostata“ (ICD C61) im selben Aufenthalt werden ausgeschlossen.</p>	<p>Der OPS 5-602 beinhaltet Prozeduren wie die Anwendung von hochintensivem fokussiertem Ultraschall (high-intensity focused ultrasound, HIFU), die bei der Behandlung des Prostatakarzinoms eingesetzt werden. Eine RPE nach einer entsprechenden Behandlung im Zeitraum von fünf Jahren vor Aufnahme stellt – so wie die RPE nach einer vorangegangenen Bestrahlung – eine Salvage-RPE dar, und das Risikoprofil dieser vergleichsweise seltenen Fälle weicht von dem der Patienten mit primärer Prostatektomie ab.</p>

Verfahrensjahr 2018

Gültig seit ²	Änderungen und Überprüfungen	Begründung
Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2018	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Ergänzung der ICD-10-Schlüssel Q04.2 (Holoprosenzephalie-Syndrom) und P83.2 (Hydrops fetalis, nicht durch hämolytische Krankheit bedingt) bei den Ausschlussdiagnosen.	Änderungen in den Ausschlussdiagnosen ergeben sich aufgrund der Anwendung des Verfahrens zur Ermittlung und Kategorisierung von Fehlbildungen, das in Kapitel 5.1.2 des Abschlussberichtes zur Entwicklung des Leistungsbereichs VLBW anhand von Daten der Jahre 2005 bis 2013 vorgestellt wurde (WiDO 2014).
10/2018	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Anpassung des Risikofaktors „Schwere Fehlbildungen“: <ul style="list-style-type: none"> • Ergänzung der ICD-10-Schlüssel Q24.8 (Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Herzens), Q33.8 (Sonstige angeborene Fehlbildungen der Lunge) und Q39.0 (Ösophagusatresie ohne Fistel) • Streichung der ICD-10-Schlüssel Q22.4 (Angeborene Trikuspidalklappenstenose), Q04.2 (Holoprosenzephalie-Syndrom) und P83.2 (Hydrops fetalis, nicht durch hämolytische Krankheit bedingt) Anpassung des Risikofaktors „Mittelschwere Fehlbildungen“: <ul style="list-style-type: none"> • Ergänzung der ICD-10-Schlüssel Q03 (Angeborener Hydrozephalus), Q04.3 (Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns), Q22.4 (Angeborene Trikuspidalklappenstenose), Q24.6 (Angeborener Herzblock), Q41.0 (Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Duodenums), Q41.1 (Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Jejunums), Q79.3 (Gastroschisis) und Q90 (Down-Syndrom) • Streichung der ICD-10-Schlüssel Q33.8 (Sonstige angeborene Fehlbildungen der Lunge), Q39.0 (Ösophagusatresie ohne Fistel) und Q24.8 (Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Herzens) 	Änderungen der Risikofaktoren ergeben sich aufgrund des Verfahrens zur Ermittlung und Kategorisierung von Fehlbildungen, das in Kapitel 5.1.2 des Abschlussberichtes zur Entwicklung des Leistungsbereichs VLBW anhand von Daten der Jahre 2005 bis 2013 vorgestellt wurde (WiDO 2014).

...

² bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Herzinsuffizienz (HERZINSUFF)		
10/2018	<u>Änderung des Indikators „Anteil der Patienten, die innerhalb eines Jahres mit einem ACE-Hemmer oder AT1-Blocker behandelt wurden“:</u> Erweiterung der Einschlussbedingungen um die ATC-Codes C10BX04 (Simvastatin, Acetylsalicylsäure und Ramipril), C10BX06 (Atorvastatin, Acetylsalicylsäure und Ramipril) und C10BX07 (Rosuvastatin, Acetylsalicylsäure und Lisinopril).	Die ergänzten ATC-Codes sind in dem Indikator zu berücksichtigen, da dort Kombinationen mit ACE-Hemmern enthalten sind. Sie werden selten verordnet.
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)		
10/2018	<u>Änderung des Indikators „Schwere Allgemeinkomplikation im Startfall“:</u> Ab dem Jahr 2015 wird das Akute Nierenversagen (ICD-10 N17) nur mit dem Stadium 2 und 3 (ICD-10 N17.[]2 bzw. N17.[]3) berücksichtigt.	Das Akute Nierenversagen wird ab dem Katalogjahr 2015 nach Stadien differenziert. Mit der Einschränkung wird sichergestellt, dass nur schwerwiegende Fälle von Nierenversagen als Komplikationen gewertet werden.
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur (FRHOST2)		
10/2018	Der Leistungsbereich „Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur (FRHOST2)“ wurde umfassend überarbeitet. Dabei wurde insbesondere die Definition des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“ erweitert (siehe Indikatorenhandbuch 2018).	
Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese bei Gonarthrose (KNIETEP)		
10/2018	<u>Änderung des Indikators „Schwere Allgemeinkomplikation im Startfall“:</u> Ab dem Jahr 2015 wird das Akute Nierenversagen (ICD-10 N17) nur mit dem Stadium 2 und 3 (ICD-10 N17.[]2 bzw. N17.[]3) berücksichtigt.	Das Akute Nierenversagen wird ab dem Katalogjahr 2015 nach Stadien differenziert. Mit der Einschränkung wird sichergestellt, dass nur schwerwiegende Fälle von Nierenversagen als Komplikationen gewertet werden.
10/2018	<u>Überprüfung des Indikators „Revisionsoperation bis 365 Tage nach der Implantation“:</u> Überprüft wurde, ob eine arthroskopische Gelenkmobilisation bei Arthrofibrose im Zeitraum 31 bis 365 Tage weiterhin als Indikatorereignis gewertet wird. Der Indikator wurde unverändert beibehalten.	Die Arthrofibrose ist eine häufige Komplikation bei KNIETEP. Man unterscheidet die primäre (idiopathische) und die sekundäre Form. Für Erstere ist die Ätiologie nicht genau geklärt, wohingegen bei der sekundären Arthrofibrose auch chirurgische Ursachen vorliegen können. Beide Formen sind anhand der Routinedaten nicht unterscheidbar. Eine Häufung von Fällen mit primärer Arthrose im Sinne schicksalhafter Ereignisse in einzelnen Kliniken ist gegenüber der bundesweiten Verteilung nach Risikoadjustierung unwahrscheinlich. Weiterhin gibt es neben der arthroskopischen Gelenkmobilisation andere Therapieoptionen. Somit wird der Indikator unverändert beibehalten.

...

Prostataoperation bei benignem Prostatasyndrom (BPS)		
10/2018	<p><u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Die Endokarditis (ICD-10 I33) wird nicht mehr berücksichtigt. Ab dem Jahr 2015 wird das Akute Nierenversagen (ICD-10 N17) nur mit dem Stadium 2 und 3 (ICD-10 N17.[.]2 bzw. N17.[.]3) berücksichtigt.</p>	<p>Die Endokarditis kommt nur in seltenen Einzelfällen vor und ist daher quantitativ als Endpunkt nicht von Belang. Das Akute Nierenversagen wird ab dem Katalogjahr 2015 nach Stadien differenziert. Mit der Einschränkung wird sichergestellt, dass nur schwerwiegende Fälle von Nierenversagen als Komplikationen gewertet werden.</p>
Radikale Prostatektomie bei Prostatakarzinom (RPE)		
10/2018	<p><u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Die Endokarditis (ICD-10 I33) wird nicht mehr berücksichtigt. Ab dem Jahr 2015 wird das Akute Nierenversagen (ICD-10 N17) nur mit dem Stadium 2 und 3 (ICD-10 N17.[.]2 bzw. N17.[.]3) berücksichtigt.</p>	<p>Die Endokarditis kommt nur in seltenen Einzelfällen vor und ist daher quantitativ als Endpunkt nicht von Belang. Das Akute Nierenversagen wird ab dem Katalogjahr 2015 nach Stadien differenziert. Mit der Einschränkung wird sichergestellt, dass nur schwerwiegende Fälle von Nierenversagen als Komplikationen gewertet werden.</p>
10/2018	<p><u>Änderung des Indikators „Reintervention innerhalb von 365 Tagen“:</u> Erweiterung um den OPS 5-408.8 ((Teil-)Resektion einer Lymphozele).</p>	<p>Die (Teil-)Resektion einer Lymphozele wurde im Jahr 2017 neu in den OPS-Katalog aufgenommen und wird analog zur Inzision bzw. Drainage einer Lymphozele, die bereits Bestandteil des Indikators sind, innerhalb von 365 Tagen als Komplikation gewertet.</p>

Verfahrensjahr 2017

Gültig seit ³	Änderungen und Überprüfungen	Begründung
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)		
10/2017	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Erweiterung der Ausschlussbedingungen um die Nebendiagnosen D16.2 (Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität) und Q74.2 (Sonstige angeborene Fehlbildungen der unteren Extremität(en) und des Beckengürtels).	Hierbei handelt es sich um Fälle mit einem potentiell erhöhten Komplikationsrisiko. Die Änderungen wurden im Rahmen eines Abgleichs mit dem QS-Filter des IQTIG zur Hüftendprothesenversorgung (HEP) für das Jahr 2016 vorgenommen. In den QSR-Leistungsbereichen wurden bisher u. a. alle Fälle mit einer Tumorerkrankung oder angeborenen Luxation ausgeschlossen. Die zusätzlichen Ausschlussdiagnosen bilden eine sinnvolle Erweiterung.
10/2017	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation bis zu 365 Tage nach der Implantation“:</u> Inzisionen am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers (OPS 5-780.5) werden nicht mehr berücksichtigt	Das Entfernen eines Medikamententrägers (OPS 5-780.5) stellt keine Komplikation dar und wurde aus der Komplikationsliste herausgenommen.
10/2017	<u>Ergänzung des Indikators „Schwere Allgemeinkomplikation“:</u> Der Indikator wird neu in den QSR-Klinikbericht aufgenommen. Im AOK-Krankenhausnavigator wird dieser Indikator nicht dargestellt.	Der Indikator bildet allgemeine Komplikationen nach elektiven Eingriffen ab. Grundlage ist die Definition von Komplikationsfällen im G-IQI-Indikatorenset Version 5.0 (Mansky 2016). Dabei werden im Implantationsaufenthalt u. a. Ereignisse wie kardiale Reanimation, Sepsis, Herzinfarkt, Schlaganfall, Pneumonie, SIRS und maschinelle Beatmung über 24 Stunden berücksichtigt.
Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese bei Gonarthrose (KNIETEP)		
10/2017	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Ab dem Datenjahr 2015 werden die bikondyläre Oberflächenersatzprothesen über den OPS 5-822.g, die Endoprothesen mit erweiterter Beugefähigkeit über den OPS 5-822.j und die bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothesen über den OPS 5-822.k aufgegriffen.	Im OPS-Katalog 2015 entfallen für bikondyläre Oberflächenersatzprothesen die OPS 5-822.1/2/3/4 und werden durch den OPS 5-822.g ersetzt. Für Endoprothesen mit erweiterter Beugefähigkeit entfallen die OPS 8-822.a/b und werden durch den OPS 5-822.j ersetzt. Für bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothesen entfallen die OPS 5-822.d/e und werden durch den OPS 5-822.k ersetzt.
10/2017	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Erweiterung der Ausschlussbedingungen um die Nebendiagnosen D16.2 (Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität) und Q74.1 (Angeborene Fehlbildung des Knies).	Hierbei handelt es sich um Fälle mit einem potentiell erhöhten Komplikationsrisiko. Die Änderungen wurden im Rahmen eines Abgleichs mit dem QS-Filter des IQTIGs zur Knieprothesenversorgung (KEP) für das Jahr 2016 vorgenommen. In den QSR-Leistungsbereichen wurden bisher u. a. alle Fälle mit einer Tumorerkrankung oder angeborenen Luxation ausgeschlossen. Die zusätzlichen Ausschlussdiagnosen bilden eine sinnvolle Erweiterung.
10/2017	<u>Ergänzung des Indikators „Schwere Allgemeinkomplikation“:</u> Der Indikator wird neu in den QSR-Klinikbericht aufgenommen. Im AOK-Krankenhausnavigator wird dieser Indikator nicht dargestellt.	Der Indikator bildet allgemeine Komplikationen nach elektiven Eingriffen ab. Grundlage ist die Definition von Komplikationsfällen im G-IQI-Indikatorenset Version 5.0 (Mansky 2016). Dabei werden im Implantationsaufenthalt u. a. Ereignisse wie kardiale Reanimation, Sepsis, Herzinfarkt, Schlaganfall, Pneumonie, SIRS und maschinelle Beatmung über 24 Stunden berücksichtigt.

...

³ bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Cholezystektomie (CHE)		
10/2017	<u>Überprüfung des Indikators „Sonstige Komplikationen“:</u> Überprüft wurde, ob das Zeitfenster für die Second-look-Laparotomie (programmierte Relaparotomie) angepasst werden sollte. Der Indikator wurde unverändert beibehalten	Eine Second-look-Laparotomie (OPS 5-541.3) wird als Komplikation ab Tag 1 bis 90 Tage nach der Cholezystektomie gewertet, wie auch der gesamte OPS 5-541 (Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums). Eine geplante Relaparotomie nach Cholezystektomie findet innerhalb der ersten 48 Stunden statt. Insofern wurde geprüft, ob das Zeitfenster auf Tag 2 bis 90 Tage geändert werden sollte. Eine Second-look-Laparotomie am zweiten Tag nach der Cholezystektomie ist sehr selten. Eine Änderung des Zeitfensters würde in keinem Fall zu einer Änderung der QSR-Bewertung im Indikator „Sonstige Komplikationen“ führen, da in diesen Fällen weitere Komplikationen dokumentiert werden. Somit wird der Indikator unverändert beibehalten.
Appendektomie (APPEND)		
10/2017	<u>Änderung des Indikators „Therapieabhängige interventions-/ operationspflichtige Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</u> Spülungen (OPS 8-176) werden künftig bei „high-risk“-Patienten nicht als Komplikation gezählt. Zur „high-risk“-Gruppe gehören Patienten mit Hauptdiagnose: akuter Appendizitis mit generalisierter Peritonitis, lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur, oder Peritonealabszess.	Bei Patienten der „high-risk“-Gruppe ist das Entzündungsgeschehen bereits fortgeschritten, weshalb eine Spülung notwendig sein kann.
10/2017	<u>Änderung des Indikators „Therapieabhängige interventions-/ operationspflichtige Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</u> Die Zusatzbedingung Ulcus cruris (ICD-10 L97) wird um Ulcus cruris durch venöse Insuffizienz (ICD-10 I87.21) erweitert.	Durch eine Änderung des ICD-10-Katalogs ab 2016 wurde die Teilmenge Ulcus cruris durch venöse Insuffizienz aus dem ICD-10 L97 extrahiert und unter dem ICD-10 I87.21 abgelegt. Durch die Änderung wird die bisherige Definition inhaltlich beibehalten.
Prostataoperation bei BPS		
10/2017	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Die Destruktion durch irreversible Elektroporation (OPS 5-601.8), die 2015 neu eingeführt wurde, ist keine Einschlussprozedur. Alle anderen bisherigen Endsteller des OPS 5-601 (Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe) bleiben Einschlussprozeduren (5-601.0/.1/.2/.3/.4/.5/.6/.7/.x/.y).	Die Destruktion durch irreversible Elektroporation ist ein Verfahren, das nur zur Therapie des Prostatakarzinoms eingesetzt wird.

...

Herzinsuffizienz		
10/2017	<u>Änderung des Indikators „Anteil der Patienten, die innerhalb eines Jahres mit einem ACE-Hemmer oder AT1-Blocker behandelt wurden“:</u> Erweiterung der Einschlussbedingungen um die ATC-Codes C10BX04 (Simvastatin, Acetylsalicylsäure und Ramipril), C10BX06 (Atorvastatin, Acetylsalicylsäure und Ramipril) und C10BX07 (Rosuvastatin, Acetylsalicylsäure und Lisinopril).	Die ergänzten ATC-Codes sind in dem Indikator zu berücksichtigen, da dort Kombinationen mit ACE-Hemmern enthalten sind. Sie werden selten verordnet.
Operation bei benigner Schilddrüsenerkrankung		
10/2017	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Die Definition des Parameters „präoperative immunsuppressive Therapie“ wurde um die ATC-Codes Folsäure-Analoga (L01BA), Purin-Analoga (L01BB) sowie Methotrexat (M01CX01) und Sulfasalazin (M01CX02) ergänzt.	Die ergänzten ATC-Codes beinhalten die gleichen Wirkstoffe wie die bereits enthaltenen ATC-Codes oder besitzen stark immunsuppressive Nebenwirkungen.
Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2017	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Streichung der Ausschlussdiagnose Q04.2 (Holoprosenzephalie-Syndrom).	Änderungen in den Ausschlussdiagnosen ergeben sich aufgrund der Anwendung des Verfahrens zur Ermittlung und Kategorisierung von Fehlbildungen, das in Kapitel 5.1.2 des Abschlussberichtes zur Entwicklung des Leistungsbereichs VLBW anhand von Daten der Jahre 2005 bis 2013 vorgestellt wurde (WiDO 2014).
10/2017	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Ergänzung der ICD-10-Schlüssel Q04.2 (Holoprosenzephalie-Syndrom), Q22.4 (Angeborene Trikuspidalklappenstenose) und E72.2 (Störungen des Harnstoffzyklus) im Risikofaktor „Schwere Fehlbildungen“. Ergänzung der ICD-10-Schlüssel Q25.1 (Koarktation der Aorta) im Risikofaktor „Mittelschwere Fehlbildungen“. Streichung der ICD-10-Schlüssel Q25.1 (Koarktation der Aorta) im Risikofaktor „Schwere Fehlbildungen“. Streichung des ICD-10-Schlüssels E72.2 (Störungen des Harnstoffzyklus) im Risikofaktor „Mittelschwere Fehlbildungen“.	Änderungen der Risikofaktoren ergeben sich aufgrund des Verfahrens zur Ermittlung und Kategorisierung von Fehlbildungen, das in Kapitel 5.1.2 des Abschlussberichtes zur Entwicklung des Leistungsbereichs VLBW anhand von Daten der Jahre 2005 bis 2013 vorgestellt wurde (WiDO 2014).

...

Vaginale Entbindung (VAG)		
10/2017	<u>Änderung der Indikatorbenennung:</u> Der Indikator „Transfusionspflichtige geburtshilfliche Läsionen innerhalb von 7 Tagen (VAG)“ wurde umbenannt in „Transfusion bis zu 7 Tage nach Entbindung (VAG)“.	Mit der Umbenennung wird Einheitlichkeit mit den anderen Leistungsbereichen erreicht.
Sectio		
10/2017	<u>Änderung der Indikatorbenennung:</u> Der Indikator „Transfusionspflichtige geburtshilfliche Läsionen innerhalb von 7 Tagen (SECTIO)“ wurde umbenannt in „Transfusion bis zu 7 Tage nach Entbindung (SECTIO)“.	Mit der Umbenennung wird Einheitlichkeit mit den anderen Leistungsbereichen erreicht.

Verfahrensjahr 2016

Gültig seit ⁴	Änderungen und Überprüfungen	Begründung
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)		
10/2016	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> 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).	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	<u>Änderung des Indikators „Chirurgische Komplikationen“:</u> 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.	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.
10/2016	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Die bisherige Risikoadjustierung nach Adipositas, d. h. BMI ≥ 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 ≥ 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	<u>Überprüfung der Aufgreifkriterien:</u> 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 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.

...

⁴ bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur (FRHOST)		
10/2016	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Erweiterung der Ausschlussbedingungen um den ICD-10-Code M96.82 (Verzögerte Knochenheilung nach Fusion oder Arthrodesen)	Dieser Code wurde neu in den Katalog 2014 aufgenommen.
Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese bei Gonarthrose (KNIETEP)		
10/2016	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> 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).	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	<u>Änderung des Indikators „Chirurgische Komplikationen“:</u> 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	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Die bisherige Risikoadjustierung nach Adipositas, d. h. BMI ≥ 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 ≥ 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	<u>Überprüfung der Aufgreifkriterien:</u> 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	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> 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	<u>Überprüfung der Risikoadjustierung:</u> 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	<u>Änderung des Indikators „Ungeplante Folgeeingriffe innerhalb von 90 Tagen“:</u> Ergänzung um den OPS 5-469.s3 (Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip [OTSC], endoskopisch)	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).

...

Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt Koronarangiographie		
10/2016	<u>Änderung der Aufgreifkriterien (nur PCI Leistungsbereiche):</u> Erweiterung der Einschlussprozeduren um die in den OPS-Katalog 2014 neu aufgenommen Prozeduren 8-83d.1 (Einlegen eines nicht medikamentfreisetzungselbstexpandierenden Stents) und 8-83d.2 (Einlegen eines medikamentfreisetzungselbstexpandierenden Stents).	Diese Prozeduren wurden neu in den Katalog 2014 aufgenommen.
10/2016	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Ergänzung weiterer EBM-Gebührenpositionen für ambulant durchgeführte Dialysen.	Diese Prozeduren wurden neu in den EBM-Katalog 2014 aufgenommen.
10/2016	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> 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.	Verschiedene kardiale Arrhythmien sind mit einem unterschiedlichen Komplikationsrisiko verbunden.
Prostataoperation bei BPS		
10/2016	<u>Änderung des Indikators „Transfusion innerhalb von 30 Tagen“:</u> 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	<u>Änderung des Indikators „Reintervention an Prostata, Harnröhre oder Harnleiter innerhalb von 365 Tagen“:</u> 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.
10/2016	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikation innerhalb von 30 Tagen“:</u> 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	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> 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	<u>Änderung des Indikators „Transfusion innerhalb von 30 Tagen“:</u> 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	<u>Änderung des Indikators „Reintervention innerhalb von 365 Tagen“:</u> 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.
10/2016	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikation innerhalb von 30 Tagen“:</u> 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	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> 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.

...

Fortsetzung: Herzinsuffizienz		
10/2016	<u>Änderung der Indikatoren:</u> 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.
10/2016	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> 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.	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 Mitralklappenvitien, 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.
Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2016	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Aufnahme der Ausschlussdiagnose Q04.2 (Holoprosenzephalie-Syndrom).	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 von 2005 bis 2013 (WiDO 2014).
10/2016	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Streichung der ICD-10-Schlüssel E72.2 (Störungen des Harnstoffzyklus) und Q04.2 (Holoprosenzephalie-Syndrom) im Risikofaktor „Schwere Fehlbildungen“. Ergänzung der ICD-10-Schlüssel Q22.0 (Pulmonalklappenatresie) und Q25.1 (Koarktation der Aorta) im Risikofaktor „Schwere Fehlbildungen“. Streichung der ICD-10-Schlüssel Q22.0 (Pulmonalklappenatresie) und Q25.1 (Koarktation der Aorta) im Risikofaktor „Mittelschwere Fehlbildungen“. Ergänzung des ICD-10-Schlüssels E72.2 (Störungen des Harnstoffzyklus) im Risikofaktor „Mittelschwere Fehlbildungen“.	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 von 2005 bis 2013 (WiDO 2014).

...

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

10/2016	<p><u>Änderung des Indikators „Tod oder schwere Erkrankungen“:</u> 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>
---------	---	---

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.
- Freisinger E, Fuerstenberg T, Malyar NM, Wellmann J, Keil U, Breithardt G, Reinecke H. German nationwide data on current trends and management of acute myocardial infarction: discrepancies between trials and real-life. *Eur Heart J*. 2014 Apr;35(15):979-88.
- 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.
- Hein L. 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.
- Mansky T, Nimptsch U, Cools A, Hellerhof F. G-IQI – German Inpatient Quality Indicators. Version 5.0 – Band 2. Definitionshandbuch für das Datenjahr 2016. Berlin: TU Berlin; 2016.
- Maier B, Wagner K, Behrens S, Bruch L, Busse R, Schmidt D, Schühlen H, Thieme R, Theres H. Comparing routine administrative data with registry data for assessing quality of hospital care in patients with myocardial infarction using deterministic record linkage. *BMC Health Serv Res*. 2016 Oct 21;16(1):605.
- WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK. Entwicklung des Leistungsbereichs „Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht“ (VLBW). Abschlussbericht. Berlin: WIdO; 2014.