



QSR-Verfahren

Revisionsbericht

Stand Verfahrensjahr 2025

Impressum

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

QSR-Verfahren
Revisionsbericht
Berlin 2025

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband eGbR – Arbeitsgemeinschaft
von Körperschaften des öffentlichen Rechts
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
<https://www.aok.de/pp/impressum/>
Registergericht Berlin (Charlottenburg), GsR 634 B

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 2025	5
Verfahrensjahr 2024	8
Verfahrensjahr 2023	11
Verfahrensjahr 2022	16
Verfahrensjahr 2021	19
Verfahrensjahr 2020	22
Verfahrensjahr 2019	30
Verfahrensjahr 2018	38
Verfahrensjahr 2017	41
Verfahrensjahr 2016	45
Verfahrensjahr 2015	52
Literatur	58

Allgemeine Hinweise

Dieser Bericht stellt alle Änderungen und Überprüfungen der Definitionen der QSR-Indikatoren seit 2015 dar, welche von dem jeweils zuständigen 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-Gesundheitsnavigator.

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 2023, sofern nicht anders angegeben.

Der Stand der Definitionen der QSR-Indikatoren nach Umsetzung der aufgeführten Änderungen entspricht dem des Indikatorenhandbuchs des Verfahrensjahres 2025.

Änderungen und Überprüfungen

Verfahrensjahr 2025

Gültig seit ¹	Änderungen und Überprüfungen	Begründung
Appendektomie (APPEND)		
05/2025	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Anpassung des Risikofaktors „Adipositas“: Die Differenzierung erfolgt nach Adipositas bei unter 18-Jährigen, sowie nach BMI-Gruppen (BMI: ≥ 30 bis < 35 , ≥ 35 bis < 40 , ≥ 40 , nicht näher bezeichnet) bei Erwachsenen.	Die Differenzierung erfolgt, da das Komplikationsrisiko abhängig vom Ausmaß der Adipositas ist.
Cholezystektomie (CHE)		
10/2025	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Differenzierung des bestehenden Risikofaktors „Cholezystitis / Cholangitis“ in: „sonstige Cholezystitis“ und „Cholezystitis / Cholangitis, ohne sonstige Cholezystitis“.	Die Differenzierung erfolgt, da das Komplikationsrisiko bei „sonstiger Cholezystitis“ geringer ist als bei dem bisherigen Sammelfaktor.
Verschluss einer Leistenhernie (HERNIA)		
10/2025	<u>Änderung des Indikators „Rezidiv oder chronischer Schmerz innerhalb von 365 Tagen“:</u> Ergänzung des OPS 5-04c.7 (Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven...) innerhalb von 1–365 Tagen nach dem Eingriff.	Der OPS-Abschnitt 5-04c wurde zum Katalogjahr 2024 neu eingeführt. Der OPS 5-04c.7 wird aufgenommen, da er bisher vom OPS 5-041.7 abgedeckt war, welcher ebenfalls im Indikator innerhalb von 1-365 Tagen nach dem Eingriff berücksichtigt wird.
Vaginale Entbindung (VAG)		
10/2025	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Keine Adjustierung mehr für den Faktor „PDA“ bei dem Indikator „Höhergradige Dammsrisse und chirurgische Komplikationen bei vaginaler Entbindung innerhalb von 90 Tagen“ und dem Gesamtindikator	Die Frage, ob eine PDA durchgeführt wird oder nicht hängt, wesentlich vom Klinikregime ab und steht nur in geringem Maße mit patientenbezogenen Risiken in Zusammenhang. Da für Faktoren, die von Kliniken beeinflusst werden, im QSR-Verfahren nicht adjustiert werden sollte, wurde schließlich entschieden, die Variable PDA aus dem Risikoadjustierungsmodell herauszunehmen.

...

¹ bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2025	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> - Anpassung des Risikofaktors „Schwere Fehlbildungen“: Streichung des ICD-Schlüssels Q21.3 (Fallot-Tetralogie) - Anpassung des Risikofaktors „Mittelschwere Fehlbildungen“: Ergänzung des ICD-Schlüssels Q21.3 (Fallot-Tetralogie) und des ICD-Schlüssels Q41.0 (Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Duodenums)	Änderungen der Risikofaktoren ergeben sich aufgrund des jährlichen Verfahrens zur Ermittlung und Kategorisierung von Fehlbildungen, das in Kapitel 5.1.2 des Abschlussberichtes zur Entwicklung des Leistungsbereichs VLBW vorgestellt wurde (WIdO 2014).
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)		
10/2025	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Der bisherige Risikofaktor Osteoporose im Startfall (ICD-10 M80, M81, M84, M85) wird um spezifische Osteoporose-Medikamente im Vorjahr ergänzt.	Osteoporose stellt einen Risikofaktor für den Eingriff dar und wird so vollständiger erfasst.
Wechsel einer Hüftgelenks-Endoprothese oder von Komponenten (aseptisch, einseitig) (HEPW)		
10/2025	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Der bisherige Risikofaktor Osteoporose im Startfall (ICD-10 M80, M81, M84, M85) wird um spezifische Osteoporose-Medikamente im Vorjahr ergänzt.	Osteoporose stellt einen Risikofaktor für den Eingriff dar und wird so vollständiger erfasst.
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur (FRHOST2)		
10/2025	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Die Risikoadjustierung wird um das Merkmal „Zuverlegung“ erweitert.	Zuverlegte Fälle weisen ein erhöhtes Komplikationsrisiko auf. Dabei kann eine verlängerte präoperative Verweildauer eine Rolle spielen (ohne dass die Verlängerung in diesem Fall in der Verantwortung des behandelnden Krankenhauses liegt). Eine Zuverlegung kann auch ein Merkmal von komplexeren Fällen sein.
10/2025	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Der OPS 5-790.r (Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Gewindestange) wird von den Einschlussprozeduren ausgenommen.	Der OPS 5-790.r wurde im Katalogjahr 2024 neu eingeführt. Die Gewindestange als Form der Osteosynthese spielt bei Hüftfrakturen keine Rolle.

...

Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese bei Gonarthrose (KNIETEP)		
10/2025	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> - Die Risikoadjustierung wird um vorherige Fehlstellungskorrekturen innerhalb von 10 Jahren (OPS 5-781.[.]h/k) und um vorherige native Kniegelenksinfekte innerhalb von 10 Jahren (ICD-10 M00.[.]6, M01.[.]6, M03.[.]6) erweitert. - Der bisherige Risikofaktor Osteoporose im Startfall (ICD-10 M80, M81, M84, M85) wird um spezifische Osteoporose-Medikamente im Vorjahr ergänzt.	Diese Faktoren stellen Risikofaktoren für den Eingriff dar. Osteoporose stellt einen Risikofaktor für den Eingriff dar und wird so vollständiger erfasst.
Wechsel einer Kniegelenks-Endoprothese oder von Komponenten (aseptisch, einseitig) (KEPW)		
10/2025	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Der bisherige Risikofaktor Osteoporose im Startfall (ICD-10 M80, M81, M84, M85) wird um spezifische Osteoporose-Medikamente im Vorjahr ergänzt.	Osteoporose stellt einen Risikofaktor für den Eingriff dar und wird so vollständiger erfasst.

Verfahrensjahr 2024

Gültig seit ²	Änderungen und Überprüfungen	Begründung
Änderungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie		
10/2024	<u>Änderung der Aufgreifkriterien bei APPEND2, CHE, KOLOREKTAL, HERNIA, THYR, TON, TV-TAVI, STROKE, BPS und RPE:</u> Ergänzung des ICD-Codes U07.1! (COVID-19, Virus nachgewiesen) als Ausschlussdiagnose im Startfall bei Fällen aus dem Jahr 2022 (analog 2020 und 2021)	Patientinnen und Patienten mit einer nachgewiesenen Covid-19-Infektion im Startfall werden auch im Jahr 2022 ausgeschlossen, da es sich um Fälle mit erhöhtem Komplikationsrisiko handelt, deren Anteil an der Fallzahl im jeweiligen Leistungsbereich gleichzeitig nicht sehr hoch ist.
10/2024	<u>Änderung der Risikoadjustierung bei SECTIO, VAG, EHTEP, HEPW, FRHOST2, KNIETEP, KEPW, KORO, sPCI oHI, sPCI mHI, AMI und HERZINSUFF:</u> Ergänzung um Covid-19 (ICD U07.1!) als Nebendiagnose bei Startfällen im Jahr 2022	Das Merkmal einer Covid-19-Nebendiagnose im Startfall im Jahr 2022 wird in diesen Leistungsbereichen in die Risikoadjustierung aufgenommen, da es sich um Fälle mit erhöhtem Komplikationsrisiko handelt, deren Anteil an der Fallzahl im jeweiligen Leistungsbereich hoch genug ist, um nach diesem Merkmal zu adjustieren.
10/2024	<u>Änderung des Indikators „Sterblichkeit...“ (innerhalb von 30 bzw. 90 Tagen) bei FRHOST2, KORO, sPCI oHI, HERZINSUFF und STROKE:</u> Ausschluss von Fällen aus dem Jahr 2022 mit einer Wiederaufnahme mit nachgewiesener Covid-19-Infektion (ICD U07.1!) im jeweiligen Nachbeobachtungszeitraum von 30 bzw. 90 Tagen (analog 2020 und 2021)	Patientinnen und Patienten mit einer Wiederaufnahme mit nachgewiesener Covid-19-Infektion im Nachbeobachtungszeitraum werden bei Indikatoren zur Sterblichkeit auch im Jahr 2022 ausgeschlossen, da bei diesen Fällen die Mortalität nach wie vor erhöht sein kann.
Cholezystektomie (CHE)		
10/2024	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</u> Aufnahme des ICD-Codes K91.84 „Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt“ bei Wiederaufnahme innerhalb von 90 Tagen	Bei der ab ICD-Katalog 2023 neu eingeführten Schlüsselnummer handelt es sich um eine Ausdifferenzierung/Ausgliederung aus dem bereits im Indikator enthaltenen Code K91.88. Somit wurde der neue Code im gleichen Erfassungsfenster in den Indikator aufgenommen.

...

² bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Verschluss einer Leistenhernie (HERNIA)		
10/2024	<u>Überprüfung des Indikators „Chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</u> Überprüft wurde, ob der ICD-Schlüssel K91.84 „Strikturen nach endoskopischen Eingriffen und Operationen am Verdauungstrakt“ in den Indikator aufgenommen werden sollte.	Dieser Code wurde nicht aufgenommen, da Strikturen des Darms nicht im Zusammenhang mit einer Leistenhernien-OP stehen.
Operation bei benigner Schilddrüsenerkrankung		
10/2024	<u>Überprüfung der Risikoadjustierung:</u> Überprüft wurde, ob der bereits im Modell enthaltene Faktor Adipositas nach BMI-Gruppen (BMI: ≥ 30 bis <35 , ≥ 35 bis <40 , ≥ 40) ausdifferenziert werden sollte.	Die geprüfte Ausdifferenzierung wird nicht vorgenommen, da hierdurch die Häufigkeit in den neu entstehenden Gruppen verringert wird, so dass die Gruppen keinen Einfluss mehr haben. Der Faktor Adipositas wird beibehalten.
Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2024	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Hinzunahme des ICD-Schlüssels Q25.2 (Atresie der Aorta) und Streichung des ICD-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 Abschlussberichts zur Entwicklung des Leistungsbereichs VLBW anhand von Daten der Jahre 2005 bis 2013 vorgestellt wurde (WIdO 2014).
10/2024	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Anpassung des Risikofaktors „Schwere Fehlbildungen“: Ergänzung des ICD-Schlüssels Q79.0 (Angeborene Zwerchfellhernie) und Streichung des ICD-Schlüssels Q25.5 (Atresie der Aorta)	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).
Operation an den Tonsillen (TON)		
10/2024	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Anstelle von Adipositas gemäß BMI (30–34, 35–39, ≥ 40) wird Adipositas (unabhängig vom BMI) gemäß der Definition von Elixhauser et al. als Risikofaktor verwendet.	Die Elixhauser-Variable „Adipositas“ entspricht dem ICD-Code E66 und ist altersunabhängig, während die bisher verwendeten BMI-spezifischen Codes Fälle unter 18 Jahren nicht erfassen.
Koronarangiographie, ohne Herzinfarkt und Herz-OP (KORO)		
10/2024	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Erweiterung der Ausschlussdiagnosen um „Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus“ (ICD U69.13)	Mit der ab ICD-Katalog 2018 neu eingeführten Schlüsselnummer ist es nun möglich, im Krankenhaus weiter reanimierte Fälle von im Krankenhaus neu reanimierten Fällen zu trennen (POA) und somit die Ausschlusskriterien weiter zu schärfen.

...

Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt (sPCI_oHI)		
10/2024	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Erweiterung der Ausschlussdiagnosen um „Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus“ (ICD U69.13)	Mit der ab ICD-Katalog 2018 neu eingeführten Schlüsselnummer ist es nun möglich, im Krankenhaus weiter reanimierte Fälle von im Krankenhaus neu reanimierten Fällen zu trennen (POA) und somit die Ausschlusskriterien weiter zu schärfen.
Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt (sPCI_mHI)		
10/2024	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Erweiterung um „Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus“ (ICD U69.13)	Mit der ab ICD-Katalog 2018 neu eingeführten Schlüsselnummer ist es nun möglich, im Krankenhaus weiter reanimierte Fälle von im Krankenhaus neu reanimierten Fällen zu trennen (POA) und somit die Risikoadjustierung für diesen Leistungsbereich zu erweitern.
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)		
10/2024	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Erweiterung um „Demenz“ (ICD F00, F01, F02, F03, G30, G310, G31.1, G31.82) und „Osteoporose“ (ICD M80, M81, M84, M85)	Diese Diagnosen stellen grundsätzlich Risikofaktoren für den Eingriff dar.
Wechsel einer Hüftgelenks-Endoprothese oder von Komponenten (aseptisch, einseitig) (HEPW)		
10/2024	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Erweiterung um „Demenz“ (ICD F00, F01, F02, F03, G30, G310, G31.1, G31.82) und „Osteoporose“ (ICD M80, M81, M84, M85)	Diese Diagnosen stellen grundsätzlich Risikofaktoren für den Eingriff dar.
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur (FRHOST2)		
10/2024	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Erweiterung der Ausschlussprozeduren um den OPS 5-892 (Versorgung bei Polytrauma)	Dieser OPS ergänzt den bisherigen Ausschluss von Fällen mit Hinweis auf Polytrauma anhand einer umfangreichen Liste von Diagnosen.
Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese bei Gonarthrose (KNIETEP)		
10/2024	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Erweiterung um „Demenz“ (ICD F00, F01, F02, F03, G30, G310, G31.1, G31.82) und „Osteoporose“ (ICD M80, M81, M84, M85)	Diese Diagnosen stellen grundsätzlich Risikofaktoren für den Eingriff dar.
Wechsel einer Kniegelenks-Endoprothese oder von Komponenten (aseptisch, einseitig) (KEPW)		
10/2024	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Erweiterung um „Demenz“ (ICD F00, F01, F02, F03, G30, G310, G31.1, G31.82) und „Osteoporose“ (ICD M80, M81, M84, M85)	Diese Diagnosen stellen grundsätzlich Risikofaktoren für den Eingriff dar.

Verfahrensjahr 2023

Gültig seit ³	Änderungen und Überprüfungen	Begründung
Änderungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie		
10/2023	<u>Änderung der Aufgreifkriterien in allen Leistungsbereichen mit Ausnahme des Leistungsbereichs VLBW:</u> Erweiterung der Ausschlussdiagnosen um den ICD-Code U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) bei Startfällen im Jahr 2020 und 2021.	Patientinnen und Patienten mit einer nachgewiesenen Covid-19-Infektion im Startfall werden ausgeschlossen, da es sich um Fälle mit einem potenziell stark veränderten Verlauf und Komplikationsrisiko handelt.
10/2023	<u>Änderung aller Sterblichkeitsindikatoren (innerhalb von 30, 42 bzw. 90 Tagen) mit Ausnahme der Leistungsbereiche BPS und VLBW:</u> Ausschluss von Fällen aus dem Jahr 2020 und 2021 mit einer Wiederaufnahme mit nachgewiesener Covid-19-Infektion (ICD U07.1) im jeweiligen Nachbeobachtungszeitraum von 30, 42 bzw. 90 Tagen.	Patientinnen und Patienten mit einer Wiederaufnahme mit nachgewiesener Covid-19-Infektion im Nachbeobachtungszeitraum werden bei Indikatoren zur Sterblichkeit ausgeschlossen, da bei diesen Fällen die Mortalität erhöht sein kann.
10/2023	<u>Indikator „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“ bei BPS:</u> Unveränderter Ausschluss nur von Fällen aus dem Jahr 2020 mit einer Wiederaufnahme mit nachgewiesener Covid-19-Infektion (ICD U07.1) im jeweiligen Nachbeobachtungszeitraum von 30 Tagen.	Anders als bei Fällen des Datenjahres 2020 ist bei Fällen des Datenjahres 2021 die 30-Tage-Sterblichkeit nach dem Ausschluss von Fällen mit Covid-19-Diagnose im Startfall gegenüber Fällen des Datenjahres 2019 (vor der Pandemie) nicht signifikant erhöht. Der Indikator bleibt daher gegenüber dem Verfahrensjahr 2022 unverändert.
10/2023	<u>Änderung des Indikators „Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen“ bei HERZINSUFF:</u> Ergänzung der Risikoadjustierung um den Risikofaktor „Jahr der Behandlung“.	Im Leistungsbereich HERZINSUFF zeigen sich in den Jahren 2020 und 2021 eine erhöhte Komorbidität und erhöhte Sterblichkeit nach Risikoadjustierung bei geringerer Fallzahl. Obwohl die QSR-Risikoadjustierung Komorbiditätsfaktoren berücksichtigt, ist es möglich, dass die akute Symptomatik der Herzinsuffizienz nur unzureichend abgebildet wird. Mit der Erweiterung der Risikoadjustierung wird der Möglichkeit Rechnung getragen, dass HERZINSUFF-Fälle in den Jahren 2020 und 2021 schwerer krank waren und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko hatten.

...

³ bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Cholezystektomie (CHE)		
10/2023	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Aufnahme des Risikofaktors „Leberzirrhose“ im Startfall (ICD-10 K74.[3-6]) als eigener Parameter.	Das Vorliegen einer Leberzirrhose erhöht das Komplikationsrisiko. Die Leberzirrhose war bereits als Teil der Elixhauser-Begleiterkrankung „Lebererkrankungen“ Teil der Risikoadjustierung. Sie wurde herausgelöst und wird künftig als eigener Parameter behandelt, da sie stärker risikoe erhöhend ist als die Sammelvariable.
Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2023	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Streichung der Ausschlussdiagnose U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) bei Startfällen im Jahr 2020.	Frühgeborene mit einer nachgewiesenen Covid-19-Infektion im Startfall werden nicht mehr ausgeschlossen, da eine Covid-19-Infektion bei Frühgeborenen von sehr geringer medizinischer Relevanz ist und durch die Infektion bei den Frühgeborenen keine bedeutsamen Komplikationen zu erwarten sind.
10/2023	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Anpassung des Risikofaktors „Mittelschwere Fehlbildungen“: • Ergänzung des ICD-Schlüssels Q90 (Down-Syndrom)	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).
Operation an den Tonsillen (TON)		
10/2023	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Für den Ausschluss von Fällen mit Tonsilleneingriffen innerhalb von zwei Jahren vor der Indexoperation werden auch Daten aus der vertragsärztlichen Versorgung nach § 295 SGB V herangezogen.	Eingriffe an den Tonsillen werden in manchen Fällen ambulant durchgeführt. Tonsilleneingriffe innerhalb von zwei Jahren vor der Indexoperation, die unter das ambulante Operieren am Krankenhaus nach §115b SGB V fallen, wurden auch bisher schon ausgeschlossen. Mit dieser Ergänzung werden auch Eingriffe ausgeschlossen, die ausschließlich nach § 295 SGB V abgerechnet wurden.
Koronarangiographie, ohne Herzinfarkt und Herz-OP (KORO)		
10/2023	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Ergänzung des ICD-10-Schlüssels I72.1 (Aneurysma und Dissektion einer Arterie der oberen Extremität).	Die entsprechenden Komplikationen für die unteren Extremitäten werden im Indikator bereits erfasst. Die Komplikationen nach radialem Zugang werden nun ebenfalls berücksichtigt.
Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt (sPCI_oHI)		
10/2023	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Ergänzung des ICD-10-Schlüssels I72.1 (Aneurysma und Dissektion einer Arterie der oberen Extremität).	Die entsprechenden Komplikationen für die unteren Extremitäten werden im Indikator bereits erfasst. Die Komplikationen nach radialem Zugang werden nun ebenfalls berücksichtigt.
10/2023	<u>Überprüfung der Risikoadjustierung:</u> Überprüft wurde die Risikoadjustierung für den Indikator „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“. Die Risikoadjustierung wurde unverändert beibehalten.	Die bestehende Risikoadjustierung wurde insbesondere im Hinblick auf den Indikatorbestandteil Akutes Nierenversagen überprüft und im Ergebnis unverändert beibehalten.

...

Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt (sPCI_mHI)		
10/2023	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Ergänzung des ICD-10-Schlüssels I72.1 (Aneurysma und Dissektion einer Arterie der oberen Extremität).	Die entsprechenden Komplikationen für die unteren Extremitäten werden im Indikator bereits erfasst. Die Komplikationen nach radialem Zugang werden nun ebenfalls berücksichtigt.
Transvaskuläre Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TV-TAVI)		
10/2023	<u>Änderung des Indikators „Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen“:</u> Ausschluss von Fällen mit Hauptdiagnose Herzinfarkt (ICD-10: I21, I22) im Startfall	Die Hauptdiagnose gibt den Behandlungsanlass eines Krankenhausaufenthalts an. Bei Fällen mit Hauptdiagnose Herzinfarkt im Startfall ist davon auszugehen, dass der Herzinfarkt schon vor dem TAVI-Eingriff auftrat. Um eine korrekte Zeitabfolge (Komplikation tritt nach TAVI-Eingriff auf) zu erhalten, werden Fälle mit Hauptdiagnose Herzinfarkt im Startfall daher ausgeschlossen.
10/2023	<u>Änderung des Indikators „Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen“:</u> Ausschluss von Fällen mit Nebendiagnose Herzinfarkt (ICD-10: I21, I22) in zuverlegender Klinik	Um eine korrekte Zeitabfolge (Komplikation tritt nach TAVI-Eingriff auf) zu erhalten, werden Fälle mit Diagnose Herzinfarkt in der zuverlegenden Klinik ausgeschlossen.
10/2023	<u>Umbenennung des Indikators „Schlaganfall oder TIA innerhalb von 30 Tagen“:</u> Der Indikator wird in „Ischämischer Schlaganfall oder TIA innerhalb von 30 Tagen“ umbenannt.	Der Indikator erfasst ischämische Schlaganfälle, aber nicht hämorrhagische Schlaganfälle. Die Bezeichnung wurde entsprechend konkretisiert.
10/2023	<u>Änderung des Indikators „Ischämischer Schlaganfall oder TIA innerhalb von 30 Tagen“:</u> Ausschluss von Fällen mit Nebendiagnose Schlaganfall (ICD-10: I63, I64) oder TIA (ICD-10: G45) in zuverlegender Klinik	Um eine korrekte Zeitabfolge (Komplikation tritt nach TAVI-Eingriff auf) zu erhalten, werden Fälle mit Diagnose Schlaganfall oder TIA in der zuverlegenden Klinik ausgeschlossen.
10/2023	<u>Überprüfung des Indikators „Schlaganfall oder TIA innerhalb von 30 Tagen“:</u> Es wurde überprüft, ob die TIA weiter Bestandteil des Indikators bleibt oder aus dem Indikator herausgenommen werden soll. Der Indikator wurde unverändert beibehalten.	Hintergrund der Überprüfung waren Rückmeldungen aus Kliniken, dass die TIA nicht Bestandteil dieses Indikators sein sollte, da der Schweregrad deutlich geringer ist als bei Schlaganfällen. Das Expertenpanel entschied dennoch, die TIA als Bestandteil in dem Indikator zu belassen. Die TIA ist wie ein Schlaganfall eine neurologische Komplikation nach einer TAVI. Zudem ist die Abgrenzung von Schlaganfällen und TIAs oftmals nicht einfach. Der Schweregrad der TIA ist zwar geringer verglichen mit einem Schlaganfall, aber durch die Forderung, dass eine diagnostische Prozedur durchgeführt wurde, ist davon auszugehen, dass bei den Fällen eine auffällige Symptomatik und somit ein gewisser Schweregrad vorlag.
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)		
10/2023	<u>Umbenennung des Indikators „Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen“:</u> Der Indikator wird in „Periprothetische Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen“ umbenannt.	Der Indikator erfasst periprothetische Frakturen. Die Bezeichnung wurde entsprechend konkretisiert.

...

Wechsel einer Hüftgelenks-Endoprothese oder von Komponenten (aseptisch, einseitig) (HEPW)		
10/2023	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Anders als der restliche OPS-Viersteller 5-790 (Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese) mit Lokalisation an Becken, Femur proximal, Femurschaft oder Femur distal wird der OPS-Code 5-790.q ([...]: Durch Fixateur interne; neu ab 2022) kein Bestandteil des Indikators.	Die Reposition durch Fixateur interne, die mit dem OPS-Code 5-790.q kodiert wird, kommt vorrangig bei Eingriffen an der Wirbelsäule zum Einsatz und ist bei den Lokalisationen an Becken, Femur proximal, Femurschaft oder Femur distal, die dieser Indikator umfasst, nicht relevant.
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur (FRHOST2)		
10/2023	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Anders als der restliche OPS-Viersteller 5-790 (Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese) mit Lokalisation an Becken, Schenkelhals, Femur proximal oder Femurschaft wird der 2022 neu eingeführte OPS-Code 5-790.q ([...]: Durch Fixateur interne) kein Bestandteil des Indikators.	Die Reposition durch Fixateur interne, die mit dem OPS-Code 5-790.q kodiert wird, kommt vorrangig bei Eingriffen an der Wirbelsäule zum Einsatz und ist bei den Lokalisationen an Becken, Schenkelhals, proximalem Femur oder Femurschaft, die dieser Indikator umfasst, nicht relevant.
Wechsel einer Kniegelenks-Endoprothese oder von Komponenten (aseptisch, einseitig) (KEPW)		
10/2023	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Anders als der restliche OPS-Viersteller 5-790 (Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese) mit Lokalisation an Femur distal, Patella oder Tibia proximal wird der OPS-Code 5-790.q ([...]: Durch Fixateur interne; neu ab 2022) kein Bestandteil des Indikators.	Die Reposition durch Fixateur interne, die mit dem OPS-Code 5-790.q kodiert wird, kommt vorrangig bei Eingriffen an der Wirbelsäule zum Einsatz und ist bei den Lokalisationen an Femur distal, Patella oder Tibia proximal, die dieser Indikator umfasst, nicht relevant.
10/2023	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Der Faktor „Anzahl vorheriger Wechsel-OPs“ wird ab dem Verfahrensjahr 2023 in den Ausprägungen 1, 2, 3, 4-6 und ≥ 7 berücksichtigt.	Bis zum Verfahrensjahr 2023 wurde der Faktor „Anzahl vorheriger Wechsel-OPs“ für die Risikoadjustierung in den Ausprägungen 1, 2 und ≥ 3 berücksichtigt. Hintergrund für die weitere Ausdifferenzierung ist die Zunahme von Fällen mit vorherigen Wechsel-OPs in den letzten Jahren, ein erhöhtes Risikoprofil der Fälle in den festgelegten Gruppen sowie die Angleichung an den Leistungsbe- reich HEPW.

...

Prostataoperation bei benignem Prostatasyndrom (BPS)		
10/2023	<u>Änderung des Indikators „Infektion, Harnabflussstörung oder sonstige Komplikationen innerhalb von 365 Tagen“ ab dem Datenjahr 2022:</u> • Berücksichtigung der ICD-Codes N13.61 (Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert, mit Infektion der Niere) und N13.67 (Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose mit Infektion der Niere) anstelle von N13.6 (Pyonephrose) • Berücksichtigung des ICD-Codes N99.18 (Harnröhrenstriktur nach sonstigen medizinischen Maßnahmen) anstelle von N99.1 (Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen)	Diese Änderungen ergeben sich aus Ausdifferenzierungen der ICD-Codes N13.6 (Pyonephrose) und N99.1 (Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen) ab dem Katalogjahr 2022, die es jeweils ermöglichen, die relevanten Komplikationsereignisse spezifischer abzubilden.
Radikale Prostatektomie (RPE bei Prostatakarzinom)		
10/2023	<u>Änderung des Indikators „Infektion, Harnabflussstörung oder sonstige Komplikationen innerhalb von 365 Tagen“ ab dem Datenjahr 2022:</u> • Berücksichtigung der ICD-Codes N13.61 (Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert, mit Infektion der Niere) und N13.67 (Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose mit Infektion der Niere) anstelle von N13.6 (Pyonephrose) • Berücksichtigung des ICD-Codes N99.18 (Harnröhrenstriktur nach sonstigen medizinischen Maßnahmen) anstelle von N99.1 (Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen)	Diese Änderungen ergeben sich aus Ausdifferenzierungen der ICD-Codes N13.6 (Pyonephrose) und N99.1 (Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen) ab dem Katalogjahr 2022, die es jeweils ermöglichen, die relevanten Komplikationsereignisse spezifischer abzubilden.

Verfahrensjahr 2022

Gültig seit ⁴	Änderungen und Überprüfungen	Begründung
Änderungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie		
10/2022	<u>Änderung der Aufgreifkriterien in allen Leistungsbereichen:</u> Erweiterung der Ausschlussdiagnosen um den ICD-Code U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) bei Startfällen im Jahr 2020.	Patientinnen und Patienten mit einer nachgewiesenen Covid-19-Infektion im Startfall werden ausgeschlossen, da es sich um Fälle mit einem potenziell stark veränderten Verlauf und Komplikationsrisiko handelt.
10/2022	<u>Änderung aller Sterblichkeitsindikatoren (innerhalb von 30, 42 bzw. 90 Tagen):</u> Ausschluss von Fällen aus dem Jahr 2020 mit einer Wiederaufnahme mit nachgewiesener Covid-19-Infektion (ICD U07.1) im jeweiligen Nachbeobachtungszeitraum von 30, 42 bzw. 90 Tagen.	Patientinnen und Patienten mit einer Wiederaufnahme mit nachgewiesener Covid-19-Infektion im Nachbeobachtungszeitraum werden bei Indikatoren zur Sterblichkeit ausgeschlossen, da bei diesen Fällen die Mortalität erhöht sein kann.
10/2022	<u>Änderung des Indikators „Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen“ bei HERZINSUFF:</u> Ergänzung der Risikoadjustierung um den Risikofaktor „Operation im Jahr 2020“.	Im Leistungsbereich HERZINSUFF zeigen sich im Jahr 2020 eine deutlich erhöhte Komorbidität und erhöhte Sterblichkeit nach Risikoadjustierung bei geringerer Fallzahl. Obwohl die QSR-Risikoadjustierung Komorbiditätsfaktoren berücksichtigt, ist es möglich, dass die akute Symptomatik der Herzinsuffizienz nur unzureichend abgebildet wird. Mit der Erweiterung der Risikoadjustierung wird der Möglichkeit Rechnung getragen, dass HERZINSUFF-Fällen im Jahr 2020 schwerer krank waren und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko hatten.

...

⁴ bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2022	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Anpassung des Risikofaktors „Letale Fehlbildungen“: - Ergänzung der ICD-10-Schlüssel Q04.2 (Holoprosenzephalie-Syndrom) und Q79.0 (Angeborene Zwerchfellhernie) Anpassung des Risikofaktors „Schwere Fehlbildungen“: - Ergänzung des ICD-10-Schlüssels Q26.6 (Totale Fehleinmündung der Lungenvenen) - Streichung der ICD-10-Schlüssel Q04.2 (Holoprosenzephalie-Syndrom) und Q79.0 (Angeborene Zwerchfellhernie) Anpassung des Risikofaktors „Mittelschwere Fehlbildungen“: - Ergänzung des ICD-Schlüssels Q24.6 (Angeborener Herzblock) - Streichung der ICD-10-Schlüssel Q26.6 (Totale Fehleinmündung der Lungenvenen) und Q41.4 (Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Jejunums)	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).
Operation an den Tonsillen (TON)		
10/2022	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Erweiterung der Ausschlussdiagnosen um den ICD-Code J39.0 (Retropharyngealabszess und Parapharyngealabszess).	Patientinnen und Patienten mit einem Retro- bzw. Parapharyngealabszess werden ausgeschlossen, da es sich um eine Fallkonstellation mit einem veränderten Komplikationsrisiko handelt. Diese Diagnose ergänzt den bereits vorhandenen Ausschluss von Fällen mit einem Peritonsillarabszess (ICD J36).
10/2022	<u>Änderung des Indikators „Anteil der Patienten mit chronischer Tonsillitis mit ≤ 1 Quartal mit Halsschmerzdiagnose im Vorjahr“:</u> Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Schlafapnoe (G47.3).	Eine Schlafapnoe (ICD G47.3) kann einen Tonsilleneingriff mitbegründen. Bei dieser Nebendiagnose ist es nicht als auffällig zu werten, wenn kein oder nur ein Quartal mit Halsschmerzdiagnose im Vorjahr des Eingriffs kodiert ist.
10/2022	<u>Änderung des Indikators „Tonsillitis innerhalb von 365 Tagen“:</u> - Streichung des OPS-Codes 5-285.0 (Adenotomie [ohne Tonsillektomie]: Primäreingriff) - Umbenennung in „Tonsillitis oder Hyperplasie innerhalb von 365 Tagen“ - Ergänzung der Einschlussdiagnosen um die ICD-Codes J35.1/.2/.3 (Hyperplasie der Gaumenmandeln/der Rachenmandel/der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel) bei Wiederaufnahme	Eine Adenotomie stellt keine eindeutige Komplikation der Indexoperation dar. Eingriffe aufgrund von Hyperplasie flossen bereits zuvor über die verwendeten OPS-Schlüssel in den Indikator ein, ohne dass dies aus der Indikatorbezeichnung ersichtlich war. Wie bei der Tonsillitis werden Wiederaufnahmen aufgrund von Hyperplasie nun auch anhand von Hauptdiagnosen abgebildet.

...

Herzinsuffizienz (HERZINSUFF)		
10/2022	<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 C10BX17 (Rosuvastatin und Ramipril) und C10BX18 (Atorvastatin, Amlodipin und Ramipril).	Die ergänzten ATC-Codes sind in dem Indikator zu berücksichtigen, da dort Kombinationen mit einem AT1-Blocker enthalten sind. Sie wird sehr selten verordnet.
10/2022	<u>Änderung des Indikators „Anteil der Patienten, die innerhalb eines Jahres mit einem Beta-Rezeptorenblocker behandelt wurden“:</u> Erweiterung der Einschlussbedingungen um den ATC-Code C09BX05 (Ramipril und Bisoprolol).	Der ergänzte ATC-Code ist in dem Indikator zu berücksichtigen, da dort eine Kombination mit einem Beta-Rezeptorenblocker enthalten ist. Sie wird sehr selten verordnet.
Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt (sPCI_oHI)		
10/2022	<u>Überprüfung der Aufgreifkriterien:</u> Überprüft wurde, ob die Ausschlusskriterien um Fälle mit ECMO (Extrakorporale Membranoxygenierung) und Impella erweitert werden sollte. Die Aufgreifkriterien wurden unverändert beibehalten.	Das erhöhte Risikopotenzial dieser Fälle ist in der QSR-Risikoadjustierung durch den kardiogenen Schock bereits ausreichend adressiert.
Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt (sPCI_mHI)		
10/2022	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Erweiterung des Risikofaktors „STEMI“: Ergänzung des ICD-10-Schlüssels I21.3 (Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation)	Das Vorliegen eines ST-Hebungsinfarktes (STEMI) wirkt risikoerhöhend. Eine Abbildung dieses Risikofaktors in den Routinedaten wurde bisher mit Hilfe der Diagnosen (ICD-10 I21.0/1/2 und I22.0/1/8) nach Freisinger et al. (2014) vorgenommen. Fälle mit der ergänzten unspezifischen Kodierung (Linksschenkelblock enthalten) weisen ebenso ein erhöhtes Risikoprofil auf.
Wechsel einer Hüftgelenks-Endoprothese oder von Komponenten (aseptisch, einseitig) (HEPW)		
10/2022	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Erweiterung des Ausschlusses um Fälle mit mehr als sechs Wechseloperationen am selben Gelenk in den letzten 10 Vorjahren.	Diese Fälle zeigen ein deutlich erhöhtes Risiko für Revisionsoperationen. Wegen der Seltenheit der Konstellation ist eine weitere Ausdifferenzierung der bestehenden QSR-Risikoadjustierung (u. a. Anzahl der Wechseloperationen 1, 2, 3 und ≥ 4 , Referenz = 0) nicht angezeigt, und die Fälle werden ausgeschlossen.
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur (FRHOST2)		
10/2022	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Ergänzung des Pflegegrades zum Ende des Quartals vor Aufnahme als Risikofaktor.	Der Pflegegrad wirkt sich bei der 90-Tage-Sterblichkeit mit steigendem Grad zunehmend risikoerhöhend aus. Bei den anderen Indikatoren wirken jeweils bestimmte Ausprägungen des Pflegegrades risikoerhöhend gegenüber dem Nichtvorliegen eines Pflegegrades.

Verfahrensjahr 2021

Gültig seit ⁵	Änderungen und Überprüfungen	Begründung
Cholezystektomie (CHE)		
10/2021	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Aufnahme des Risikofaktors „peritoneale Adhäsionen“ im Startfall (ICD-10 K66.0, OPS 5-469.[1, 2] [Bridenlösung, Adhäsioolyse])	Das Vorliegen von peritonealen Adhäsionen erhöht das Komplikationsrisiko.
Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2021	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Anpassung des Risikofaktors „Schwere Fehlbildungen“: - Ergänzung des ICD-10-Schlüssels Q04.3 (Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns) Anpassung des Risikofaktors „Mittelschwere Fehlbildungen“: - Streichung der ICD-10-Schlüssel Q04.3 (Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns) und Q41.0 (Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Duodenums)	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).
Herzinsuffizienz (HERZINSUFF)		
10/2021	<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 C10BX16 (Rosuvastatin und Fimasartan).	Der ergänzte ATC-Code ist in dem Indikator zu berücksichtigen, da dort eine Kombination mit einem AT1-Blocker enthalten ist. Sie wird sehr selten verordnet.
10/2021	<u>Änderung des Indikators „Anteil der Patienten, die innerhalb eines Jahres mit einem Beta-Rezeptorenblocker behandelt wurden“:</u> Erweiterung der Einschlussbedingungen um den ATC-Code C09BX04 (Perindopril, Bisoprolol und Amlodipin).	Der ergänzte ATC-Code ist in dem Indikator zu berücksichtigen, da dort eine Kombination mit einem Beta-Rezeptorenblocker enthalten ist. Sie wird sehr selten verordnet.
Transvaskuläre Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TV-TAVI)		
10/2021	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Erweiterung um die Prozeduren Reanimation (OPS 8-77) und ECMO (8-852.3) jeweils innerhalb von 7 Tagen vor TAVI.	Patientinnen und Patienten mit einer Reanimation bzw. ECMO innerhalb von 7 Tagen vor TAVI werden ausgeschlossen, da es sich um seltene und untypische Fallkonstellationen mit sehr hohem Komplikationsrisiko handelt.

...

⁵ bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Fortsetzung: Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TV-TAVI)

10/2021	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ bei TV-TAVI:</u> Anstelle des ICD-10-Codes U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) wird ab dem Datenjahr 2019 der ICD-10-Code U69.01! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt) verwendet.	Diese Änderung folgt auf eine Anpassung im ICD-Katalog, bei der der ICD-10-Code U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) durch differenziertere Codes ersetzt wird, die eine genauere Angabe zum Zeitpunkt ermöglichen, zu dem die Pneumonie aufgetreten ist. Mit dem ICD-10-Code U69.01! lassen sich Pneumonien, die dem Indexaufenthalt zuzurechnen sind, von solchen unterscheiden, die z. B. in einem etwaigen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erworben wurden.
10/2021	<u>Änderung der Risikoadjustierung bei TV-TAVI:</u> Ergänzung des Parameters „Schlaganfall/TIA innerhalb eines Jahres vor TAVI“ bei allen Indikatoren.	Patientinnen und Patienten mit einem Schlaganfall/TIA vor TAVI weisen ein höheres Komplikationsrisiko auf.

Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)

10/2021	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Ergänzung der Liste „keine andere Operation im Beobachtungszeitraum“ um Eingriffe an Fibula, Tibia und Fuß.	In seltenen Fällen kommt es vor, dass im Zeitraum zwischen der Index-OP und dem Indikatorereignis ein weiterer Eingriff vorgenommen wird, der das entsprechende Indikatorereignis ebenfalls bedingen kann. Eine eindeutige Zuordnung zur Index-OP ist dann nicht mehr möglich. Durch Anwendung der Zusatzbedingung „keine andere Operation im Beobachtungszeitraum“ wird dieser Konstellation Rechnung getragen. Die entsprechende Liste wurde nun um Eingriffe an Fibula, Tibia und Fuß erweitert.
---------	---	---

Wechsel einer Hüftgelenks-Endoprothese oder von Komponenten (aseptisch, einseitig) (HEPW)

10/2021	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Erweiterung um den OPS 5-850.h (Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Einlegen eines Medikamententrägers, subfaszial) mit Lokalisation Leisten- und Genitalregion sowie Oberschenkel und Knie.	Im OPS-Katalog 2020 erfolgt eine weitere Ausdifferenzierung des OPS 5-850 (Inzision an Muskel, Sehne und Faszie). Das Einlegen eines Medikamententrägers ist als Komplikation des Eingriffes zu werten und wird daher in die Komplikationsliste aufgenommen.
10/2021	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Ergänzung der Liste „keine andere Operation im Beobachtungszeitraum“ um Eingriffe an Fibula, Tibia und Fuß.	In seltenen Fällen kommt es vor, dass im Zeitraum zwischen der Index-OP und dem Indikatorereignis ein weiterer Eingriff vorgenommen wird, der das entsprechende Indikatorereignis ebenfalls bedingen kann. Eine eindeutige Zuordnung zur Index-OP ist dann nicht mehr möglich. Durch Anwendung der Zusatzbedingung „keine andere Operation im Beobachtungszeitraum“ wird dieser Konstellation Rechnung getragen. Die entsprechende Liste wurde nun um Eingriffe an Fibula, Tibia und Fuß erweitert.

...

Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur (FRHOST2)		
10/2021	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Der Indikator wird um die OPS 5-789.ce/cf (Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen, Lokalisation: Schenkelhals/Femur proximal) erweitert. Dabei werden Prozeduren bei Wiederaufnahme bis zu 365 Tagen nach dem Indexeingriff berücksichtigt.	Der Schlüssel 5-789.c (Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen) wird ab dem ab dem Katalogjahr 2020 neu im OPS-Katalog geführt. Er kann eine Pseudarthrose als Folge des Indexeingriffs anzeigen.
Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (KNIETEP)		
10/2021	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Ergänzung der Liste „keine andere Operation im Beobachtungszeitraum“ um Eingriffe am Fuß.	In seltenen Fällen kommt es vor, dass im Zeitraum zwischen der Index-OP und dem Indikatorereignis ein weiterer Eingriff vorgenommen wird, der das entsprechende Indikatorereignis ebenfalls bedingen kann. Eine eindeutige Zuordnung zur Index-OP ist dann nicht mehr möglich. Durch Anwendung der Zusatzbedingung „keine andere Operation im Beobachtungszeitraum“ wird dieser Konstellation Rechnung getragen. Die entsprechende Liste wurde nun um Eingriffe am Fuß erweitert.
Wechsel einer Kniegelenks-Endoprothese oder von Komponenten (aseptisch, einseitig) (KEPW)		
10/2021	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Erweiterung um den OPS 5-850.h (Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Einlegen eines Medikamententrägers, subfaszial) mit Lokalisation Oberschenkel und Knie sowie Unterschenkel.	Im OPS-Katalog 2020 erfolgt eine weitere Ausdifferenzierung des OPS 5-850 (Inzision an Muskel, Sehne und Faszie). Das Einlegen eines Medikamententrägers ist als Komplikation des Eingriffes zu werten und wird daher in die Komplikationsliste aufgenommen.
10/2021	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Ergänzung der Liste „keine andere Operation im Beobachtungszeitraum“ um Eingriffe am Fuß.	In seltenen Fällen kommt es vor, dass im Zeitraum zwischen der Index-OP und dem Indikatorereignis ein weiterer Eingriff vorgenommen wird, der das entsprechende Indikatorereignis ebenfalls bedingen kann. Eine eindeutige Zuordnung zur Index-OP ist dann nicht mehr möglich. Durch Anwendung der Zusatzbedingung „keine andere Operation im Beobachtungszeitraum“ wird dieser Konstellation Rechnung getragen. Die entsprechende Liste wurde nun um Eingriffe am Fuß erweitert.
Radikale Prostatektomie (RPE bei Prostatakarzinom)		
10/2021	<u>Änderung des Indikators „Reintervention innerhalb von 365 Tagen“:</u> Der Follow-up-Zeitraum, innerhalb dessen Operationen an der Urethra (OPS 5-58) als Komplikation gewertet werden, wird von 365 Tagen auf 90 Tage reduziert (nach wie vor: nur bei Wiederaufnahme).	Dieser Abschnitt umfasst Eingriffe, die auch unabhängig vom Indexeingriff im späteren Verlauf des Folgejahres z.B. aufgrund einer Harnröhrenstriktur erforderlich werden können.

Verfahrensjahr 2020

Gültig seit ⁶	Änderungen und Überprüfungen	Begründung
Appendektomie (APPEND2)		
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Therapieabhängige interventions-/operationspflichtige Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</u> Der OPS 5-896.[1,2]c (Chirurgische Wundtoilette: großflächig in Leisten- und Genitalregion) wird nicht mehr berücksichtigt.	Der OPS bildet keine spezifischen Folgen einer Leistenhernien-OP ab. Chirurgische Wundtoiletten nach Leistenhernien-OP werden über die Lokalisation Bauchregion abgebildet.
10/2020	<u>Überprüfung des Indikators „Therapieabhängige interventions-/operationspflichtige Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</u> Es wurde überprüft, ob eine Adhäsiole (OPS 5-469.21) bei Wiederaufnahme innerhalb von 90 Tagen weiterhin als Indikatorereignis gewertet wird. Der Indikator wurde unverändert beibehalten.	Nach einer Appendektomie besteht das Risiko für das Auftreten von peritonealen Adhäsionen. Eine Adhäsiole bei Wiederaufnahme innerhalb von 90 Tagen nach der Appendektomie wird daher als Indikatorereignis gezählt. Das Risiko für postoperative peritoneale Adhäsionen wird durch ein fortgeschrittenes Entzündungsgeschehen erhöht. Aus diesem Grund wird das fortgeschrittene Entzündungsgeschehen in der Risikoadjustierung berücksichtigt.
Verschluss einer Leistenhernie (HERNIA)		
10/2020	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Ergänzung der Ausschlussprozeduren um den OPS 5-467.b (Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs)	Der OPS 5-467 wurde ab dem Jahr 2019 um einen weiteren 5-Steller ausdifferenziert. Patientinnen und 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.
Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2020	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Streichung der ICD-10-Schlüssel Q79.0 (Angeborene Zwerchfellhernie) und Q04.2 (Holoprosenzephalie-Syndrom) 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).

...

⁶ bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

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

10/2020	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Anpassung des Risikofaktors „Schwere Fehlbildungen“: - Ergänzung der ICD-10-Schlüssel Q04.2 (Holoprosenzephalie-Syndrom), Q22.4 (Angeborene Trikuspidalklappenstenose) und Q79.0 (Angeborene Zwerchfellhernie) Anpassung des Risikofaktors „Mittelschwere Fehlbildungen“: - Streichung der ICD-10-Schlüssel Q22.4 (Angeborene Trikuspidalklappenstenose), Q24.6 (Angeborener Herzblock) und Q90 (Down-Syndrom)	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).
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Sterblichkeit bis zur Entlassung nach Hause oder schwere Erkrankungen“:</u> Bei dem Indikatorbestandteil „Intraventrikuläre Hirnblutung und Shunt-OP“ wird der ICD-10-Schlüssel P52.0 (Intraventrikuläre (nicht-traumatische) Blutung 1. Grades beim Fetus und Neugeborenen) von der Liste der Einschlussdiagnosen entfernt.	Eine Blutung 1. Grades (P52.0) stellt keine eigentliche intraventrikuläre Blutung dar. Es handelt sich hierbei um eine Subependymblutung. Eine Shunt-OP ist bei einer Blutung 1. Grades nicht angezeigt.
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Sterblichkeit bis zur Entlassung nach Hause oder schwere Erkrankungen“:</u> Bei dem Indikatorbestandteil „Erworbene intestinale Erkrankungen und OP“ wird der ICD-10-Schlüssel K63.1 (Perforation des Darmes (nichttraumatisch)) auf die Liste der Einschlussdiagnosen aufgenommen.	Auf der Liste der Einschlussdiagnosen befand sich bereits der ICD-10-Schlüssel P78.0 (Darmperforation in der Perinatalperiode), der bei Früh- und Neugeborenen üblicherweise verwendet wird. Es wurde beobachtet, dass in einigen Fällen jedoch die Diagnose K63.1 (Perforation des Darmes (nichttraumatisch)) in Kombination mit der entsprechenden OP kodiert wurde. Es ist davon auszugehen, dass diese Fälle ebenfalls relevante Indikatorereignisse darstellen.
Herzinsuffizienz (HERZINSUFF)		
10/2020	<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 C10BX13 (Rosuvastatin, Perindopril und Indapamid), C10BX14 (Rosuvastatin, Amlodipin und Perindopril) und C10BX15 (Atorvastatin und Perindopril).	Die ergänzten ATC-Codes sind in dem Indikator zu berücksichtigen, da dort eine Kombination mit ACE-Hemmern oder AT1-Blockern enthalten ist. Sie werden sehr selten verordnet.
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Anteil der Patienten, die innerhalb eines Jahres mit einem Beta-Rezeptorenblocker behandelt wurden“:</u> Erweiterung der Einschlussbedingungen um die ATC-Codes C07BB22 (Metoprolol und Hydrochlorothiazid), C07BB27 (Bisoprolol und Hydrochlorothiazid), C07FB22 (Metoprolol und Nifedipin), C07FX05 (Metoprolol und Ivabradin) und C09DX05 (Valsartan und Nebivolol).	Die ergänzten ATC-Codes sind in dem Indikator zu berücksichtigen, da dort eine Kombination mit einem Beta-Rezeptorenblocker enthalten ist. Sie wird sehr selten verordnet.

...

Koronarangiographie, ohne Herzinfarkt und Herz-OP (KORO)		
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Anstelle des ICD-10-Codes U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) wird ab dem Datenjahr 2019 der ICD-10-Code U69.01! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt) im Indikator „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ verwendet.	Diese Änderung folgt auf eine Anpassung im ICD-Katalog, bei der der ICD-10-Code U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) durch differenziertere Codes ersetzt wird, die eine genauere Angabe zum Zeitpunkt ermöglichen, zu dem die Pneumonie aufgetreten ist. Mit dem ICD-10-Code U69.01! lassen sich Pneumonien, die dem Indexaufenthalt zuzurechnen sind, von solchen unterscheiden, die z. B. in einem etwaigen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erworben wurden.
Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt (sPCI_oHI)		
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Anstelle des ICD-10-Codes U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) wird ab dem Datenjahr 2019 der ICD-10-Code U69.01! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt) im Indikator „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ verwendet.	Diese Änderung folgt auf eine Anpassung im ICD-Katalog, bei der der ICD-10-Code U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter) durch differenziertere Codes ersetzt wird, die eine genauere Angabe zum Zeitpunkt ermöglichen, zu dem die Pneumonie aufgetreten ist. Mit dem ICD-10-Code U69.01! lassen sich Pneumonien, die dem Indexaufenthalt zuzurechnen sind, von solchen unterscheiden, die z. B. in einem etwaigen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erworben wurden.
Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt (sPCI_mHI)		
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Anstelle des ICD-10-Codes U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) wird ab dem Datenjahr 2019 der ICD-10-Code U69.01! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt) im Indikator „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ verwendet.	Diese Änderung folgt auf eine Anpassung im ICD-Katalog, bei der der ICD-10-Code U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) durch differenziertere Codes ersetzt wird, die eine genauere Angabe zum Zeitpunkt ermöglichen, zu dem die Pneumonie aufgetreten ist. Mit dem ICD-10-Code U69.01! lassen sich Pneumonien, die dem Indexaufenthalt zuzurechnen sind, von solchen unterscheiden, die z. B. in einem etwaigen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erworben wurden.

...

Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)		
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Für die Indikatorereignisse 5-892.[]e (Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie), 5-894.[]e (Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie), 5-895.[]e (Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie), 5-896.[]e (Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie) und 5-900.[]e (Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie) wird die Zusatzbedingung „im Beobachtungszeitraum keine andere Operation im Bereich der jeweiligen Lokalisation“ eingeführt. Als andere Operation im Bereich der jeweiligen Lokalisation werden die OPS 5-822 (Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk), 5-823 (Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk), 5-911.0e (Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik) und 5-530 (Verschluss einer Hernia inguinalis) festgelegt (jeweils gleiche Seite wie Index-OP).	Die genannten Indikatorereignisse werden im Zeitraum von 31-365 Tagen nach der Index-OP gewertet. In seltenen Fällen kommt es vor, dass im Zeitraum zwischen der Index-OP und dem Indikatorereignis ein weiterer Eingriff vorgenommen wird, der das entsprechende Indikatorereignis ebenfalls bedingen kann. Eine eindeutige Zuordnung zur Index-OP ist dann nicht mehr möglich. Durch die Einführung der Zusatzbedingung wird dieser Konstellation Rechnung getragen. Indikatorereignisse, die sich nicht eindeutig der Index-OP zuordnen lassen, werden somit nicht als Komplikation dieser Operation gezählt.
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Schwere Allgemeinkomplikation im Startfall“:</u> Anstelle des ICD-10-Codes U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) wird ab dem Datenjahr 2019 der ICD-10-Code U69.01! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt) im Indikator „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ verwendet.	Diese Änderung folgt auf eine Anpassung im ICD-Katalog, bei der der ICD-10-Code U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) durch differenziertere Codes ersetzt wird, die eine genauere Angabe zum Zeitpunkt ermöglichen, zu dem die Pneumonie aufgetreten ist. Mit dem ICD-10-Code U69.01! lassen sich Pneumonien, die dem Indexaufenthalt zuzurechnen sind, von solchen unterscheiden, die z. B. in einem etwaigen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erworben wurden.

...

Wechsel einer Hüftgelenks-Endoprothese oder von Komponenten (aseptisch, einzeitig) (HEPW)

10/2020	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> - Der Indikator wird um die OPS 5-850.e7/8 (Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration eines Muskels), 5-850.f7/8 (Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Sehne) und 5-850.g7/8 (Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Faszie) jeweils mit der Lokalisation Leisten- und Genitalregion sowie Oberschenkel und Knie und gleicher Seite wie die Index-OP erweitert. Dabei werden die Prozeduren vom 31. Tag nach der Implantation bis zu 365 Tagen berücksichtigt. - Für die Indikatorereignisse 5-892.[]e (Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie), 5-894.[]e (Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie), 5-895.[]e (Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie), 5-896.[]e (Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie) und 5-900.[]e (Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie) wird die Zusatzbedingung „im Beobachtungszeitraum keine andere Operation im Bereich der jeweiligen Lokalisation“ eingeführt. Als andere Operation im Bereich der jeweiligen Lokalisation werden die OPS 5-822 (Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk), 5-823 (Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk), 5-911.0e (Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik) und 5-530 (Verschluss einer Hernia inguinalis) festgelegt (jeweils gleiche Seite wie Index-OP).	Im OPS-Katalog 2019 erfolgt eine weitere Ausdifferenzierung des OPS 5-850 (Inzision an Muskel, Sehne und Faszie) durch Hinzunahme der entsprechenden Explorationen. Die Exploration ist als Komplikation des Eingriffes zu werten und wird daher in die Komplikationsliste aufgenommen. Die genannten Indikatorereignisse werden im Zeitraum von 31-365 Tagen nach der Index-OP gewertet. In seltenen Fällen kommt es vor, dass im Zeitraum zwischen der Index-OP und dem Indikatorereignis ein weiterer Eingriff vorgenommen wird, der das entsprechende Indikatorereignis ebenfalls bedingen kann. Eine eindeutige Zuordnung zur Index-OP ist dann nicht mehr möglich. Durch die Einführung der Zusatzbedingung wird dieser Konstellation Rechnung getragen. Indikatorereignisse, die sich nicht eindeutig der Index-OP zuordnen lassen, werden somit nicht als Komplikation dieser Operation gezählt.
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Schwere Allgemeinkomplikation im Startfall“:</u> Anstelle des ICD-10-Codes U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) wird ab dem Datenjahr 2019 der ICD-10-Code U69.01! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt) im Indikator „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ verwendet.	Diese Änderung folgt auf eine Anpassung im ICD-Katalog, bei der der ICD-10-Code U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) durch differenziertere Codes ersetzt wird, die eine genauere Angabe zum Zeitpunkt ermöglichen, zu dem die Pneumonie aufgetreten ist. Mit dem ICD-10-Code U69.01! lassen sich Pneumonien, die dem Indexaufenthalt zuzurechnen sind, von solchen unterscheiden, die z. B. in einem etwaigen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erworben wurden.

...

Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur (FRHOST2)		
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Schwere Allgemeinkomplikationen im Startfall“:</u> Anstelle des ICD-10-Codes U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) wird ab dem Datenjahr 2019 der ICD-10-Code U69.01! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt) im Indikator Schwere Allgemeinkomplikationen im Startfall verwendet.	Diese Änderung folgt auf eine Anpassung im ICD-Katalog, bei der der ICD-10-Code U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) durch differenziertere Codes ersetzt wird, die eine genauere Angabe zum Zeitpunkt ermöglichen, zu dem die Pneumonie aufgetreten ist. Mit dem ICD-10-Code U69.01! lassen sich Pneumonien, die dem Indexaufenthalt zuzurechnen sind, von solchen unterscheiden, die z. B. in einem etwaigen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erworben wurden.
Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (KNIETEP)		
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Für die Indikatorereignisse 5-892.[]e/f (Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie; Unterschenkel), 5-894.[]e/f (Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie; Unterschenkel), 5-895.[]e/f (Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie; Unterschenkel), 5-896.[]e/f (Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie; Unterschenkel) und 5-900.[]e/f (Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie; Unterschenkel) wird die Zusatzbedingung „im Beobachtungszeitraum keine andere Operation im Bereich der jeweiligen Lokalisation“ eingeführt. Als andere Operation im Bereich der jeweiligen Lokalisation werden die OPS 5-820 (Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk), 5-821 (Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk), 5-864 (Amputation und Exartikulation untere Extremität) und 5-911.0e (Gewebereduktion an Haut und Unterhaut. Gewebsreduktionsplastik) festgelegt (jeweils gleiche Seite wie Index-OP).	Die genannten Indikatorereignisse werden im Zeitraum von 31-365 Tagen nach der Index-OP gewertet. In seltenen Fällen kommt es vor, dass im Zeitraum zwischen der Index-OP und dem Indikatorereignis ein weiterer Eingriff vorgenommen wird, der das entsprechende Indikatorereignis ebenfalls bedingen kann. Eine eindeutige Zuordnung zur Index-OP ist dann nicht mehr möglich. Durch die Einführung der Zusatzbedingung wird dieser Konstellation Rechnung getragen. Indikatorereignisse, die sich nicht eindeutig der Index-OP zuordnen lassen, werden somit nicht als Komplikation dieser Operation gezählt.
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Schwere Allgemeinkomplikation im Startfall“:</u> Anstelle des ICD-10-Codes U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) wird ab dem Datenjahr 2019 der ICD-10-Code U69.01! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt) im Indikator „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ verwendet.	Diese Änderung folgt auf eine Anpassung im ICD-Katalog, bei der der ICD-10-Code U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) durch differenziertere Codes ersetzt wird, die eine genauere Angabe zum Zeitpunkt ermöglichen, zu dem die Pneumonie aufgetreten ist. Mit dem ICD-10-Code U69.01! lassen sich Pneumonien, die dem Indexaufenthalt zuzurechnen sind, von solchen unterscheiden, die z. B. in einem etwaigen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erworben wurden.

...

Wechsel einer Kniegelenks-Endoprothese oder von Komponenten (aseptisch, einzeitig) (KEPW)		
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> Für die Indikatorereignisse 5-892.[]e/f (Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie; Unterschenkel), 5-894.[]e/f (Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie; Unterschenkel), 5-895.[]e/f (Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie; Unterschenkel), 5-896.[]e/f (Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement]) und 5-900.[]e/f (Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Oberschenkel und Knie; Unterschenkel) wird die Zusatzbedingung „im Beobachtungszeitraum keine andere Operation im Bereich der jeweiligen Lokalisation“ eingeführt. Als andere Operation im Bereich der jeweiligen Lokalisation werden die OPS 5-820 (Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk), 5-821 (Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk), 5-864 (Amputation und Exartikulation untere Extremität) und 5-911.0e (Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik) festgelegt (jeweils gleiche Seite wie Index-OP).	Die genannten Indikatorereignisse werden im Zeitraum von 31-365 Tagen nach der Index-OP gewertet. In seltenen Fällen kommt es vor, dass im Zeitraum zwischen der Index-OP und dem Indikatorereignis ein weiterer Eingriff vorgenommen wird, der das entsprechende Indikatorereignis ebenfalls bedingen kann. Eine eindeutige Zuordnung zur Index-OP ist dann nicht mehr möglich. Durch die Einführung der Zusatzbedingung wird dieser Konstellation Rechnung getragen. Indikatorereignisse, die sich nicht eindeutig der Index-OP zuordnen lassen, werden somit nicht als Komplikation dieser Operation gezählt.
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Schwere Allgemeinkomplikation im Startfall“:</u> Anstelle des ICD-10-Codes U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) wird ab dem Datenjahr 2019 der ICD-10-Code U69.01! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt) im Indikator „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ verwendet.	Diese Änderung folgt auf eine Anpassung im ICD-Katalog, bei der der ICD-10-Code U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) durch differenziertere Codes ersetzt wird, die eine genauere Angabe zum Zeitpunkt ermöglichen, zu dem die Pneumonie aufgetreten ist. Mit dem ICD-10-Code U69.01! lassen sich Pneumonien, die dem Indexaufenthalt zuzurechnen sind, von solchen unterscheiden, die z. B. in einem etwaigen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erworben wurden.
Prostataoperation bei benignem Prostatasyndrom (BPS)		
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Anstelle des ICD-10-Codes U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) wird ab dem Datenjahr 2019 der ICD-10-Code U69.01! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt) im Indikator „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ verwendet.	Diese Änderung folgt auf eine Anpassung im ICD-Katalog, bei der der ICD-10-Code U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) durch differenziertere Codes ersetzt wird, die eine genauere Angabe zum Zeitpunkt ermöglichen, zu dem die Pneumonie aufgetreten ist. Mit dem ICD-10-Code U69.01! lassen sich Pneumonien, die dem Indexaufenthalt zuzurechnen sind, von solchen unterscheiden, die z. B. in einem etwaigen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erworben wurden.

...

Radikale Prostatektomie (RPE bei Prostatakarzinom)		
10/2020	<u>Streichung des Indikators „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“:</u> Der Indikator wird ersatzlos gestrichen.	Im Leistungsbereich RPE sind die Fallzahlen seit der Einführung im Verfahrensjahr 2015 gesunken (2011-2013: 15.519 Fälle, 2015-2017: 12.290 Fälle), so dass die 30-Tage-Sterblichkeit von 0,11 Prozent im Verfahrensjahr 2019 auf nur 13 Fälle zurückgeht. Bei dieser geringen Rate und Fallzahl gerät das statistische Verfahren zur Risikoadjustierung an seine Grenzen, und eine aussagefähige Bewertung von Krankenhäusern anhand des Indikators ist nicht möglich.
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Reintervention innerhalb von 365 Tagen“:</u> - Für das Einlegen einer Ureterschleife (OPS 8-137.0) und Nephrostomie (OPS 5-550.1) wird der Nachbeobachtungszeitraum von 365 Tagen auf 90 Tage verkürzt. Die Ausschlussbedingung für diese beiden Endpunkte (zuvor: keine Komplikation, wenn gleichzeitig Nieren- oder Uretersteine (ICD N20) vorliegen) wird um das Vorliegen einer Hydronephrose bei Ureterstriktur (ICD N13.2) ergänzt. - Der Follow-Up-Zeitraum, innerhalb dessen Operationen an der Urethra (OPS 5-58) als Komplikation gewertet werden, wird von 90 auf 365 Tage erweitert (nach wie vor: nur bei Wiederaufnahme).	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. Dieser Abschnitt umfasst Eingriffe, die auch über den Zeitraum von 90 Tagen hinaus einschlägige Komplikationen nach einer RPE darstellen. <i>(Beide Änderungen folgen Anpassungen im Leistungsbereich „Prostataoperation bei benignem Prostatasyndrom (BPS)“ zum Verfahrensjahr 2019.)</i>
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Gesamtkomplikationen“:</u> Die Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen wird als Bestandteil des Indikators „Gesamtkomplikationen“ gestrichen.	Diese Änderung folgt der Streichung des Indikators „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“.
10/2020	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Anstelle des ICD-10-Codes U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) wird ab dem Datenjahr 2019 der ICD-10-Code U69.01! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt) im Indikator „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ verwendet.	Diese Änderung folgt auf eine Anpassung im ICD-Katalog, bei der der ICD-10-Code U69.00! (Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patientinnen und Patienten von 18 Jahren und älter) durch differenziertere Codes ersetzt wird, die eine genauere Angabe zum Zeitpunkt ermöglichen, zu dem die Pneumonie aufgetreten ist. Mit dem ICD-10-Code U69.01! lassen sich Pneumonien, die dem Indexaufenthalt zuzurechnen sind, von solchen unterscheiden, die z. B. in einem etwaigen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erworben wurden.

Verfahrensjahr 2019

Gültig seit ⁷	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> - Ergänzung Einschlussprozeduren um den OPS 5-530.9 (Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss) - 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. Patientinnen und 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> - 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, Adhäsioolyse])	Der Risikofaktor wurde gestrichen, da die entsprechenden Patientinnen und Patienten künftig aus dem Leistungsbereich ausgeschlossen werden. Das Vorliegen von peritonealen Adhäsionen erhöht das Komplikationsrisiko.
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.

...

⁷ bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Fortsetzung: Verschluss einer Leistenhernie (HERNIA)		
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 Adhäsiolektomie enthalten.
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Rezidive und chronischer Schmerz innerhalb von 365 Tagen“:</u> Das Teilelement „neue kontinuierliche Schmerztherapie“ wird bei Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit einer bösartigen Neubildung in der Eigenanamnese (ICD-10 Z85) ein erhöhtes Komplikationsrisiko besitzen.	Die Diagnose Z85 zeigt an, dass Patientinnen und 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 „Logopädieverordnung (≥ 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 Patientinnen und 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“: • Streichung der ICD-10-Schlüssel Q26.2 („Totale Fehleinmündung der Lungenvenen“) und Q79.0 („Angeborene Zwerchfellhernie“) Anpassung des Risikofaktors „Mittelschwere Fehlbildungen“: • 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 Herzinfarktpatientinnen und -patienten 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> - 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.	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. 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.
10/2019	<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-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	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> • 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	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> 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.	Einer Analyse aller Komplikationsfälle einer Klinik zeigte, dass insbesondere Fälle mit mehreren vorherigen Wechseloperationen erhöhte Luxationsraten, Frakturnraten 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	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> • 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)	Bei diesen seltenen Fällen liegt ein erhöhtes Komplikationsrisiko vor. Diese Anpassung hat technische Gründe und folgt einer Änderung bei der Aufbereitung der Fälle aus der Datenbank. Dieser Schlüssel wurde im Jahr 2017 neu in den ICD-Katalog aufgenommen und wird im Verfahrensjahr 2019 erstmals als QSR-Ausschlussdiagnose relevant. Bei Fällen mit diesen Nebendiagnosen liegt ein erhöhtes Komplikationsrisiko vor.
10/2019	<u>Änderung des Indikators „Revisionsooperation 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.	Korrektur der bisherigen Definition im Hinblick auf die Festlegung, dass Frakturen nur innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff als Komplikation gewertet werden.
10/2019	<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 Gelenkendoprothese) und T84.1 (Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen) die differenzierteren Codes T84.04 (Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk) und T84.14 (Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Beckenregion und Oberschenkel) verwendet.	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.

...

Fortsetzung: Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur (FRHOST2)

10/2019	<u>Indikator „Thrombose/Lungenembolie innerhalb von 90 Tagen“:</u> Dieser Indikator wird zum Verfahrensjahr 2019 erneut in den QSR-Klinikbericht aufgenommen.	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.
Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese bei Gonarthrose (KNIETEP)		
10/2019	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Erweiterung um die Prozedur 5-822.h (Implantation einer femoral oder tibial schaftverankerten Prothese).	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	<u>Änderung des Indikators „Revisionsoperation innerhalb von 365 Tagen“:</u> - 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.	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. 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. 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.
10/2019	<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.	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	<u>Änderung des Indikators „Reintervention an Prostata, Harnröhre oder Harnleiter innerhalb von 365 Tagen“:</u> • 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 Ureterschleife (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).	Dieser Abschnitt umfasst Eingriffe, die auch über den Zeitraum von 90 Tagen hinaus einschlägige Komplikationen nach einem Eingriff bei BPS darstellen. 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.
---------	---	--

Radikale Prostatektomie bei Prostatakarzinom (RPE)

10/2019	<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.	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 Patientinnen und Patienten mit primärer Prostatektomie ab.
---------	--	--

Verfahrensjahr 2018

Gültig seit ⁸	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“: - 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“: - 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).

...

⁸ 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	<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.	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.
Radikale Prostatektomie bei Prostatakarzinom (RPE)		
10/2018	<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.	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.
10/2018	<u>Änderung des Indikators „Reintervention innerhalb von 365 Tagen“:</u> Erweiterung um den OPS 5-408.8 ((Teil-)Resektion einer Lymphozele).	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.

Verfahrensjahr 2017

Gültig seit ⁹	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 bikondylären 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.

...

⁹ bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Fortsetzung: Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese bei Gonarthrose (KNIETEP)

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.
---------	---	---

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“- Patientinnen und -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 ¹⁰	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.

...

¹⁰ 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 ≥ 30 (Bestandteil der Elixhauser-Klassifikation), wird weiter ausdifferenziert. Ab dem Verfahrensjahr 2016 werden die BMI-Klassen 35-39 (E66.01/.11/.21) und ≥ 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 medikamentfreisetzenden selbstexpandierenden Stents) und 8-83d.2 (Einlegen eines medikamentfreisetzenden selbstexpandierenden 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 Plasmaproteinen 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.
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).
10/2016	<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 (Ileozökalresektion: 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).	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.

Verfahrensjahr 2015

Gültig seit ¹¹	Änderungen und Überprüfungen	Begründung
Allgemeine Änderungen		
10/2015	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> 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.	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.
Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese bei Coxarthrose (EHTEP)		
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen“:</u> 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.	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.
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Chirurgische Komplikationen“:</u> 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	<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 überprüft, ob es für diese Fälle hinsichtlich der Indikatoren ein anderes Risikoprofil gibt. Dies war nicht der Fall, sodass die bisherigen Einschlusskriterien beibehalten wurden.

...

¹¹ bzw. Zeitpunkt der Überprüfung

Cholezystektomie (CHE)		
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen“:</u> 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.
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen“:</u> 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 Relaparotomie5-541.2, 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).	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.
10/2015	<u>Überprüfung des Indikators „Sonstige Komplikationen“:</u> Überprüft wurde, in-wieweit 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.	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.

...

Appendektomie (APPEND)		
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Therapieabhängige interventions-/ operativspflichtige Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</u> 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.	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.
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Therapieabhängige interventions-/ operativspflichtige Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</u> 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.	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.
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Infektionen, Sepsis, Wundinfektionen, Transfusionen innerhalb von 90 Tagen“:</u> Für die Peritonitis (ICD-10: K65) wird die Definition der high-risk Patientengruppe, für welche die genannten Diagnosen nicht als Komplikation gezählt wird, um den ICD-10-Schlüssel K35.31 als Hauptdiagnose im Startfall erweitert.	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.
10/2015	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> 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.	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.
10/2015	<u>Überprüfung des Indikators „Therapieabhängige interventions-/ operativspflichtige Komplikationen innerhalb von 90 Tagen“:</u> 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. 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.	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.
10/2015	<u>Überprüfung des Indikators „Infektionen, Sepsis, Wundinfektionen, Transfusionen innerhalb von 90 Tagen“:</u> Es gab den Hinweis, dass eine Blutungs-komplikation an dem ICD-10-Code T81.0 zu erkennen sei und dieser daher in den Indikator aufgenommen werden sollte. Der ICD-10-Schlüssel T81.0 wird nicht in den Indikator aufgenommen. Der Indikator wurde unverändert beibehalten.	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.

Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt		
10/2015	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Erweiterung der Einschlussprozeduren um den OPS 8-83d.0 (Einlegen eines medikamentenfreisetzenden bioresorbierbaren Stents).	Dieser OPS wurde neu in den OPS-Katalog 2013 aufgenommen.
10/2015	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> 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.	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.
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Erweiterung um Prozeduren zur Rekonstruktion der A. radialis (OPS 5-388.24, 5-389.24 und 5-397.24).	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).
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> 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).	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.
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“:</u> Änderung des Zeitfensters für Transfusionen. Diese werden ab dem Tag der PCI bis zum Ende des Erstaufenthaltes berücksichtigt.	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.
10/2015	<u>Änderung der Indikatoren „Sonstige Komplikationen innerhalb von 30 Tagen“ und „Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen“:</u> 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).	Diese Prozeduren stellen Komplikationen dar und sind daher nicht aus der Bewertung auszuschließen.

...

Fortsetzung: Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt		
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Erneuter therapeutischer Herzkatheter (PCI) innerhalb von 91 bis 365 Tagen“:</u> Präzisierung der Einschlussprozeduren.	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).
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Erneuter therapeutischer Herzkatheter (PCI) innerhalb von 91 bis 365 Tagen“:</u> Ergänzung der OPS 8-83d.0 (Einlegen eines medikamentfreisetzen- den bioresorbierbaren Stents) sowie 8-83d.1 und 8-83d.2 (Einlegen von selbstexpandierenden Stents).	Die Prozeduren wurden neu in die OPS-Kataloge 2013 (8-83d.0) bzw. 2014 (8-83d.1 und 8-83d.2) aufgenommen.
Prostataoperation bei BPS		
10/2015	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> 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).	Hier handelt es sich um Fälle mit einer vorbestehenden Harnröhrenstriktur, die ein abweichendes Krankheitsbild mit erhöhtem Komplikationsrisiko aufweisen.
10/2015	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> Ausschluss von Fällen mit der Nebendiagnose C67 (Bösartige Neubildung der Harnblase) im Startfall.	Es handelt sich um Fälle mit einem anderen Krankheitsbild und einem abweichenden Behandlungsverlauf.
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Reintervention an Prostata, Harnröhre oder Harnleiter (1 Jahr)“:</u> 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 Ureterschleife) die Bedingung geknüpft, dass nicht gleichzeitig eine Behandlung von Nieren- und Uretersteinen erfolgt (ICD-10 N20).	Eine Nephrostomie/Nephrotomie spricht ebenso wie das Einlegen einer Ureter-schleife für eine Überresektion. Da diese Eingriffe auch aufgrund eines Nieren-/ Uretersteins durchgeführt werden können, werden Fälle mit entsprechender Diagnose nicht gewertet.
10/2015	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Die Risikoadjustierung wird um die Neben-diagnose N21 (Stein in den unteren Harnwegen) im Startfall erweitert.	Bei einem Blasenstein (ICD-10 N21) besteht ein verändertes Komplikationsrisiko.
10/2015	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Es wird auf eine Risikoadjustierung nach Operationsverfahren (Laservaporisation, Laserenukleation, offen chirurgischer Eingriff) verzichtet.	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.

...

Radikale Prostatektomie (RPE) bei Prostatakarzinom		
10/2015	<u>Änderung des Indikators „Reintervention an Prostata, Harnröhre oder Harnleiter (1 Jahr)“:</u> 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 Ureterschleife) die Bedingung geknüpft, dass nicht gleichzeitig eine Behandlung von Nieren- und Uretersteinen erfolgt (ICD-10 N20).	Eine Nephrostomie/Nephrotomie spricht ebenso wie das Einlegen einer Ureterschleife für eine Überresektion. Da diese Eingriffe auch aufgrund eines Nieren-/Uretersteins durchgeführt werden können, werden Fälle mit entsprechender Diagnose nicht gewertet.
10/2015	<u>Überprüfung der Risikoadjustierung:</u> 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 Leistungsbe- reich RPE nicht erforderlich.	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.
Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW)		
10/2015	<u>Änderung der Aufgreifkriterien:</u> 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.	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).
10/2015	<u>Änderung der Indikatoren „Sepsis“ und „Sepsis mit Erregernachweis“:</u> Streichung des ICD-10-Schlüssels P37.5 (Kandidose bei Neugeborenen).	Es handelt sich hierbei nicht um eine generalisierte Candidasepsis (B37.7), sondern um eine Pilzerkrankung der Haut und Schleimhäute.
10/2015	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> 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“.	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).
10/2015	<u>Änderung der Risikoadjustierung:</u> Streichung des ICD-10-Schlüssels I51.7 (Kardiomegalie) im Risikofaktor „Mittelschwere Fehlbildungen“.	Auf Beschluss des Expertenpanels Geburtshilfe/Neonatalogie 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.

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.