

# TOP 2: DeQS-RL – Ziele, Strukturen und Verfahren

Externe Qualitätssicherung 2024 – Teil A – 31.01.2024

Friedemann Woernle



# Agenda

Hintergrund

DeQS-RL

Verfahren, Kennzahlen

Exkurs plan.QI-RL

## Historie



PERINATALERHEBUNG

**„Mutter“ der QS-Maßnahmen**

# Historie

<p>1975 Perinatalerhebung</p> <p>1977 Chirurgie: Tracerkonzept</p> <p>1980 Neonatologie: Versorgung verlegter Kinder Gynäkologie: Vollerhebung</p> <p>1987 Herzchirurgie: zentral organisiert</p>	<p>Ärztlich organisierte QS (freiwillig)</p>
<p>1994 Einführung QS bei Fallpauschalen und Sonderentgelten</p> <p>1995 Gründung von Landesgeschäftsstellen und der Bundesgeschäftsstelle (SQS)</p> <p>2000 Ablösung durch BQS (bis 2009 zuständig)</p> <p>2004 Konstitution des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)</p> <p>2009 Beauftragung des AQUA-Instituts als Bundesgeschäftsstelle</p> <p>2014 Gründung des Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)</p>	<p>Gesetzlich geregelte QS (verpflichtend)</p>

# Gesetzliche Grundlagen

- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung
- Neunter Abschnitt: Sicherung der Qualität der Leistungserbringung (§§ 135 – 139e)

- [§ 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden](#)

→ [§ 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung](#)

- [§ 135b Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen](#)

- [§ 135c Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft](#)

→ [§ 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung](#)

- [§ 136a Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen](#)

- [§ 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus](#)

- [§ 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung](#)

- [§ 136d Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss](#)

- [§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses](#)

→ [§ 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen](#)

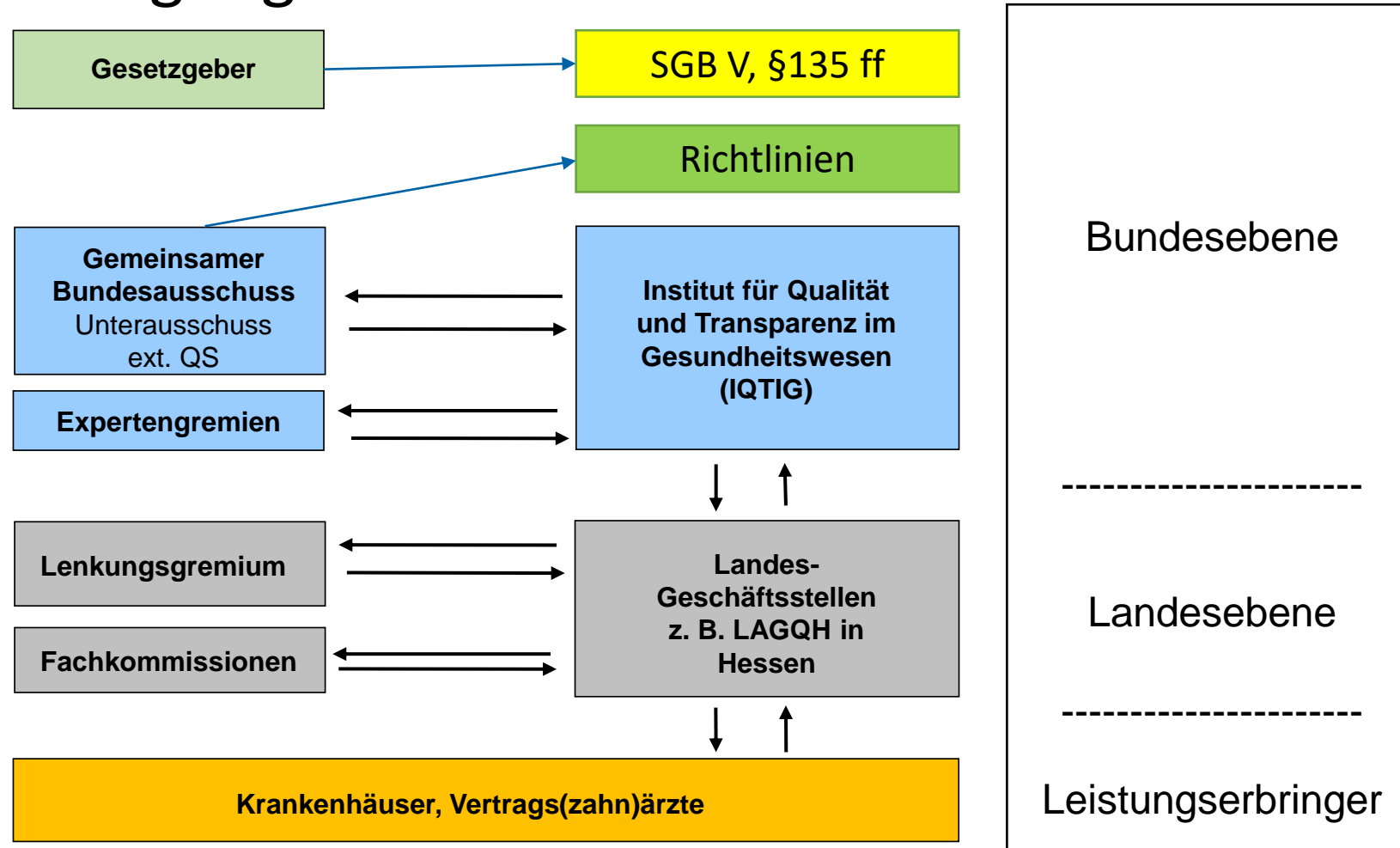
- [§ 137b Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a](#)

- [§ 137c Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus](#)

- [§ 137d Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation](#)

- [§ 137e Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden](#)

## Rahmenbedingungen



# Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

- höchstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen
- bestimmt in Form von Richtlinien, welche medizinischen Leistungen die Versicherten beanspruchen können
- beschließt Maßnahmen der Qualitätssicherung für Praxen und Krankenhäuser
- durch Gesetzgeber beauftragt, Rechtsaufsicht durch BMG
- vier große Selbstverwaltungsorganisationen im Gesundheitssystem:
  - Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
  - Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
  - Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
  - Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)
- Patientenvertretung hat Mitberatungs- und Antragsrechte, jedoch kein Stimmrecht



Startseite // Themen // **Qualitätssicherung**

## Qualitätssicherung

Patientinnen und Patienten sollen in Krankenhäusern, Arzt- und Zahnarztpraxen qualitativ hochwertig und auf dem neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse versorgt werden. Mit diesem Ziel hat der Gesetzgeber den G-BA mit zahlreichen Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung betraut.

Bei seinen Aufgaben zur Qualitätssicherung wird der G-BA von dem fachlich unabhängigen Institut nach § 137a SGB V, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), unterstützt.

### Vorgaben zur Qualitätssicherung

Zur Qualitätssicherung in Arztpraxen und Krankenhäusern entwickelt der G-BA verschiedene Vorgaben, unter anderem zu Strukturqualität, Mindestmengen, Qualitätsmanagement und Fortbildungspflichten im Krankenhaus.

[» mehr](#)

### Datenerhebung zur Qualitätssicherung

Der G-BA entwickelt Verfahren, mit denen man die Qualität der medizinischen Versorgung messen, darstellen und vergleichen kann.

[» mehr](#)

### Richtlinien

- » [Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung](#)
- » [Mindestmengen](#)
- » [Planungsrelevante Qualitätsindikatoren](#)
- » [Qualitätsbericht Krankenhäuser](#)
- » [Qualitätsförderung und Durchsetzung](#)
- » [Qualitätsmanagement](#)
- » [Qualitätsprüfung Vertragsärzte](#)
- » [Qualitätssicherung Früh- und Reifgeborene](#)
- » [Qualitätssicherung in Krankenhäusern \(nicht mehr in Kraft\)](#)
- » [Qualitätssicherung minimalinvasive Herzklappeninterventionen](#)
- » [Zweitmeinungsverfahren](#)

[weitere Richtlinien](#)

- datengestützte QS
  - „klassische“ QS-Daten
  - Sozialdaten
  - einrichtungsbezogen
  - Pat.-Befragungen
- Mindestmengen
- Strukturvorgaben



# Datengestützte Qualitätssicherung

- „klassische“ QS-Daten
  - „QS-Bögen“
  - softwaregestützte Erfassung von Daten ausschließlich zum Zweck der QS
  - für QS spezifisches Regelwerk („Ausfüllhinweise“)
- Sozialdaten
  - Daten bei den Krankenkassen
  - Abrechnungsdaten stationär und ambulant
  - ICD, OPS, EBM, Todesdatum...
  - Daten, die nicht zum Zwecke der QS erhoben wurden
  - für Abrechnung spezifisches Regelwerk („Kodierrichtlinien“)
- Einrichtungsbezogene Befragungen
  - Jährliche Erhebung zu Strukturen bei (operierenden) Leistungserbringern (ambulant + stationär)
  - aktuell im Verfahren QS-WI („NWIEA“ + „NWIES“)
- Patientenbefragungen
  - Fragebögen basierend auf faktenorientiertem Befragungsansatz
  - aktuell im Verfahren QS-PCI („PPCI“), weitere folgen

# Datengestützte Qualitätssicherung - Ablauf

1. Datenerfassung
  - a) QS-Bögen
  - b) Sozialdaten
  - c) Patientenbefragungen
2. Berechnung von Kennzahlen
  - a) Qualitätsindikatoren (medizinische Qualität)
  - b) Transparenzkennzahlen (medizinische Qualität)
  - c) Auffälligkeitskriterien (Dokumentationsqualität)
3. Ermittlung von rechnerischen Auffälligkeiten
  - a) Abweichung von vorgegebenen Referenzwerten
4. Bewertung der medizinischen Qualität
  - a) Stellungnahmeverfahren
  - b) Empfehlungen der Fachkommissionen zur Bewertung
5. Qualitätsfördernde Maßnahmen
  - a) Stufe 1: Fortbildungen, Behandlungspfade, Peer Reviews...
  - b) Stufe 2: Vergütungsabschläge, Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

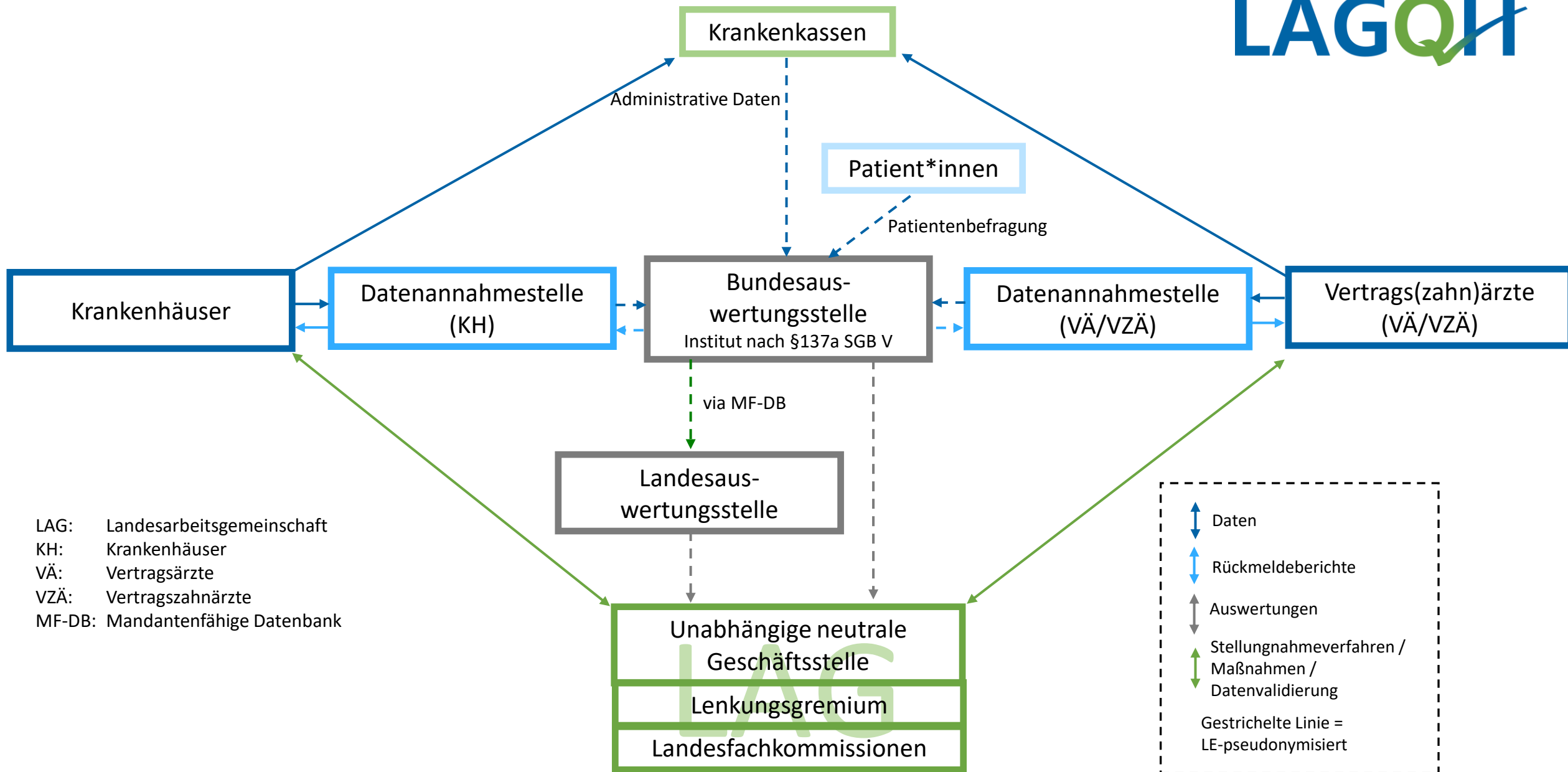
# Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
zur datengestützten einrichtungsübergreifenden  
Qualitätssicherung

(DeQS-RL)

# DeQS-RL

- Teil 1: Rahmenbestimmungen
  - Landesarbeitsgemeinschaften, §5, §6
  - Fachkommissionen, § 8a
  - Regelungen zu Qualitätsindikatoren, Rechenregeln und Referenzbereichen, § 14a
  - Datenvalidierung, § 16
  - Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, § 17
  - Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, § 18
  - ...
- Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen (Verfahren 1 - 15)
  - Zusammensetzung der Fachkommissionen, § 14
  - Fristen, §§ 16, 17
  - ...
  - Anlage I: Indikatorenliste



LAG: Landesarbeitsgemeinschaft  
 KH: Krankenhäuser  
 VÄ: Vertragsärzte  
 VZÄ: Vertragszahnärzte  
 MF-DB: Mandantenfähige Datenbank

# DeQS-RL

- Verfahren 1 – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)
- Verfahren 2 – Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)
- Verfahren 3 – Cholezystektomie (QS CHE)
- Verfahren 4 – Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)
- Verfahren 5 – Transplantationsmedizin (QS TX)
- Verfahren 6 – Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)
- Verfahren 7 – Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)
- Verfahren 8 – Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)
- Verfahren 9 – Mammachirurgie (QS MC)
- Verfahren 10 – Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)
- Verfahren 11 – Dekubitusprophylaxe (QS DEK)
- Verfahren 12 – Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)
- Verfahren 13 – Perinatalmedizin (QS PM)
- Verfahren 14 – Hüftgelenkversorgung (QS HGV)
- Verfahren 15 – Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

„länderbezogen“  
„bundesbezogen“



## Auswertung und Rechenregeln

### Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

#### Endgültige Rechenregeln



##### Erfassungsjahr 2022

**PDF** V01 / 31.05.2023 / 617 KB



##### Erfassungsjahr 2021

**PDF** V01 / 15.06.2022 / 621 KB

#### Prospektive Rechenregeln



##### Erfassungsjahr 2024

**PDF** V01 / 21.02.2023 / 546 KB



##### Erfassungsjahr 2023

**PDF** V01 / 18.02.2022 / 543 KB

Weitere Versionen



#### Auffälligkeitskriterien mit Rechenregeln



##### Erfassungsjahr 2022

**PDF** V01 / 31.05.2023 / 410 KB



##### Erfassungsjahr 2021

**PDF** V02 / 14.09.2022 / 280 KB



## Spezifikation

### Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Ausfüllhinweise	Dokumentationsbogen	Anwenderinformation QS-Filter
Erfassungsjahr 2024 <b>HTML</b> V05 / 11.01.2024 / 359 KB	Erfassungsjahr 2024 <b>PDF</b> V05 / 11.01.2024 / 248 KB	Erfassungsjahr 2024 <b>HTML</b> V02 / 03.11.2023 / 148 KB
Erfassungsjahr 2023 <b>HTML</b> V06 / 21.03.2023 / 358 KB	Erfassungsjahr 2023 <b>PDF</b> V06 / 21.03.2023 / 248 KB	Erfassungsjahr 2023 <b>HTML</b> V03 / 25.01.2023 / 148 KB
<a href="#">Weitere Versionen</a> ▼	<a href="#">Weitere Versionen</a> ▼	<a href="#">Weitere Versionen</a> ▼



# Anwenderinformation QS-Filter

## Textdefinition

Patienten ab einem Alter von 18 Jahren mit Lungenentzündungen, die außerhalb des Krankenhauses erworben und im Krankenhaus behandelt wurden: Ambulant erworbene Pneumonien.

## Algorithmus

### Algorithmus als Formel

ALTER >= 18 UND (HDIAG IN PNEU\_ICD ODER (DIAG EINSIN PNEU\_ICD UND

### Algorithmus in Textform

Alter am Aufnahmetag >= 18  
 und  
 (Mindestens eine Einschluss- Hauptdiagnose aus der Tabelle PNEU\_ICD  
 Oder  
 (mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle PNEU\_ICD  
 und  
 mindestens eine Einschluss-Hauptdiagnose aus der Tabelle SEPSIS\_ICD))  
 und  
 Keine Ausschluss-Diagnose aus der Tabelle PNEU\_ICD\_EX  
 und  
 Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle PNEU\_OPS\_EX

### Diagnose(n) der Tabelle PNEU\_ICD

#### ICD-Kode

A48.1

B01.2

J10.0

J11.0

J12.0

J12.1

J12.2

J12.3

J12.8

J12.9

J13

J14

J15.0

J15.1

J15.2

### Diagnose(n) der Tabelle PNEU\_ICD\_EX

#### ICD-Kode

B20

B21

B22

B23.0

B23.8

B24

C81.0

C81.1

C81.2

C81.3

C81.4

C81.7

C81.9

C82.0

C82.1

#### Titel

Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]

Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]

Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]

Akutes HIV-Infektionssyndrom

Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit

Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]

Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom

Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom

Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom

Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom

Lymphozytenreiches (klassisches) Hodgkin-Lymphom

Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms

Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet

Follikuläres Lymphom Grad I

Follikuläres Lymphom Grad II



## Ausfüllhinweise

21	Beginn der Mobilisation	<p>0 = keine Mobilisation  1 = innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme  2 = nach 24 Stunden und später</p>	<p><b>Keine Mobilisierung</b> bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keine Mobilisierung des Patienten vorgenommen wurde bzw. sich der/die Patient/in nicht selbst mobilisiert hat.</p> <p><b>Innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme</b> bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt 24 Stunden noch nicht vollendet sind.</p> <p><b>24 Stunden und später</b> bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt mindestens 24 Stunden vollendet sind.</p>
<p>Mobilisation wird definiert als:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufrechtes Sitzen außerhalb des Bettes oder</li> <li>• Gehen</li> </ul> <p><b>jeweils mit einer Dauer von mindestens 20 Minuten.</b>  <b>Die Dauer der Mobilisation kann kumulativ berechnet werden.</b></p> <p><small>Referenz: Mundy LM, Leet TL, Darst K, Schnitzler MA, Dunagan WC. Early mobilization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. Chest. 2003;124:883-9.</small></p>			
22	maschinelle Beatmung	<p>0 = nein  1 = ja, ausschließlich nicht-invasiv  2 = ja, ausschließlich invasiv  3 = ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv</p>	
23	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	<p>0 = nein  1 = ja</p>	<p>Dieses Datenfeld darf nur mit „ja“ beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich dokumentiert wurde, dass während des Krankenhausaufenthalts eine notwendige Antibiotikatherapie oder Organersatztherapie (Katecholamingabe, Beatmung, Dialyse) aufgrund einer palliativen Therapiezielsetzung nicht erfolgte.</p> <p>Eine palliative Therapiezielsetzung ist in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes zu dokumentieren. Das BGB in § 630f „Dokumentation der Behandlung“ enthält dazu folgende Sätze:  (1) Satz 1 „Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.“  (2) Satz 1 “ Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen.“</p>

# Minimaldatensatz (MDS)

<https://iqtig.org>

Suchbegriff

Quelle

---

[Alle Ergebnisse](#) [QS-Verfahren <sup>151</sup>](#) [Veröffentlichungen <sup>11</sup>](#) [Spezifikationen <sup>13</sup>](#)

---

1 2 3 4 5 ... 18 nächste Seite

## QS-Basisspezifikation für Leistungserbringer 2024 V05: Erläuterungen zum Minimaldatensatz

[Startseite](#) > [Spezifikationen](#) > [Spezifikationsübersicht](#) > [QS-Basisspezifikation für Leistungserbringer](#) > [2024](#) > [V05](#)

# Minimaldatensatz (MDS)

Version: 2024 V01

In der klinischen Praxis können im Ausnahmefall Konstellationen auftreten, in denen ein Behandlungsfall durch den QS-Filter als dokumentationspflichtig ausgelöst wird, obwohl eine abschlussfähige Dokumentation nicht möglich ist, z.B. bei Abbruch des Eingriffs.

## Regelung zur Nutzung des Minimaldatensatzes

Eine Dokumentation ist nicht abschlussfähig, wenn der Abschluss und Export des Bogens nicht möglich ist, ohne fehlerhafte oder nicht wahrheitsgemäße Angaben zu machen. In diesen Fällen ist ein Minimaldatensatz anzulegen.

## Beispiele

In diesem Dokument finden Sie Beispiele für diese Ausnahmesituationen. In den beschriebenen und in vergleichbaren Situationen ist ein Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren.

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
Alle (z.B. 09/1) außer HTXM	Vorzeitiger Abbruch einer Operation	<p><b>Minimaldatensatz:</b> Wenn ein Eingriff abgebrochen wird und nicht mehr alle Pflichtdatenfelder des Datensatzes ausgefüllt werden können, ist statt des Datensatzes ein MDS zu dokumentieren.</p> <p><b>OPS-Kode:</b> 5-995 Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)</p> <p><b>Regulärer Datensatz:</b> Im Modul HTXM soll ein abgebrochener Eingriff im regulären Datensatz abgebildet werden. In diesen Fällen ist kein Minimaldatensatz anzulegen.</p>

# Qualitätsindikatoren



Beschreibung der Qualitätsindikatoren  
und Kennzahlen nach DeQS-RL  
(Prospektive Rechenregeln)

## Gynäkologische Operationen

Erfassungsjahr 2023

### Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation .....	5
12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung .....	12
Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe .....	18
10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund .....	20
172000_10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund .....	23
172001_10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund .....	26
60685: Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie.....	29
60686: Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie .....	32
612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre .....	37
52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden .....	42
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) .....	48
Anhang II: Listen .....	49
Anhang III: Vorberechnungen .....	56
Anhang IV: Funktionen .....	57

# Auffälligkeitskriterien



Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien:  
Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL  
(Rechenregeln)

## Gynäkologische Operationen

Erfassungsjahr 2021

### Inhaltsverzeichnis

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	4
850231: Häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund .....	4
851911: Angabe, dass das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden ist bei gleichzeitiger Kodierung von links und rechts oder beidseitiger (Salpingo-)Ovariectomie .....	7
851912: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen.....	10
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	13
850100: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	13
850225: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	15
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) .....	17
Anhang II: Listen .....	18
Anhang III: Vorberechnungen .....	20
Anhang IV: Funktionen .....	21



# Indikatortypen

- Ratenbasiert
  - Zähler / Nenner
  - Bsp.: Anzahl Fälle mit Antibiotikaprophylaxe / Anzahl Kaiserschnittentbindungen
  - fester oder Perzentil-basierter Referenzwert
- Risikoadjustiert
  - **O**bserved / **E**xpected
  - Bsp.: Anzahl Todesfälle / erwartete Anzahl an Todesfällen
  - Berechnung der erwarteten Rate anhand der Zusammensetzung des betrachteten Kollektivs (Fälle im KH) im Vergleich zur Referenzpopulation (Fälle bundesweit) in Bezug auf das Vorkommen von Risikofaktoren
- Sentinel-Events
  - Referenzwert = 0
  - Bsp.: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten



# Aufbau von Indikatoren

## 612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre

### Qualitätsziel

Möglichst viele Patientinnen mit Organerhaltung bei Operationen am Ovar mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie

### Hintergrund

Nicht immer ist es möglich den Malignitätsgrad eines verdächtigen ovariellen Tumors präoperativ festzustellen. Zwei Leitlinien aus Kanada und Belgien (Dodge et al. 2012, Vergote et al. 2016) geben eine Empfehlung für eine intraoperative Schnellschnittuntersuchung, um festzustellen, ob es sich bei dem Tumor um eine maligne Veränderung handelt, um dann das weitere chirurgische Vorgehen zu bestimmen (insbesondere im Hinblick auf die Notwendigkeit von Staging-Maßnahmen). Auch eine Richtlinie des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) empfiehlt bei Frauen mit Endometriose eine laparoskopische Entfernung der Ovarialzyste (Evidenzlevel abhängig vom Outcome, RCOG und NGA 2017). Gerade für prämenopausale Frauen, wird ein fertilitätserhaltendes Vorgehen empfohlen (Practice Bulletin No. 174 2016). Im Zuge einer Aufklärung, soll die Patientin in die Auswahl des geeigneten chirurgischen Vorgehens und dessen Umfang mit einbezogen werden (Dodge et al. 2012, RANZCOG 2017, RCOG und NGA 2017). In der Literatur lassen sich nur wenige Anhaltspunkte zur Organerhaltung bei gynäkologischen Operationen finden. Dies liegt vor allem daran, dass sich die Notwendigkeit der Organerhaltung, aus Erkenntnissen der Organentfernung, ergibt. Die Sicherheit von organerhaltendem Operieren speziell bei Dermoiden wurde in einer retrospektiven Studie mit 65 Patientinnen mit der von (Salpingo-) Ovariektomien verglichen (Chapron et al. 1994). Gefürchtete Komplikationen wie eine chemische Peritonitis nach Ruptur des Dermoids sind in keinem Fall aufgetreten. Rezidive gab es nach Organerhaltung in 2 Fällen. Andere Untersuchungen ohne Kontrollgruppe mit Fallzahlen zwischen 50 und 80 Patientinnen beschreiben ebenfalls eine hohe Sicherheit für organerhaltende Operationen bei Dermoidzysten (Campo und Garcea 1998, Nezhat et al. 1999, Nasioudis et al. 2017).

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	OPSCHLUESSEL
19:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
24:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahme-tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

\*Ersatzfeld im Exportformat

### Eigenschaften und Berechnung

ID	612
Bezeichnung	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2022	≥ x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2021	≥ x % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2022	Auf Grund einer hohen Variabilität der Ergebnisse und wegen des Fehlens von evidenzbasierten Kriterien für die Festlegung eines festen Referenzwertes ist für diesen Indikator das 5. Perzentil als Referenzwert definiert.

# Aufbau von Indikatoren

<p><b>Rechenregeln</b></p>	<p><b>Zähler</b> Alle Operationen am Ovar, die organerhaltend durchgeführt wurden</p> <p><b>Nenner</b> Operationen am Ovar (OPS: 5-65* [die Angabe zusätzlicher Codes ist erlaubt]) und führendem histologischen Normalbefund oder benignem Befund: (Schlüssel Histologie: 01-09) bei Patientinnen bis 45 Jahre, unter Ausschluss von Patientinnen mit Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00*, Z40.01*) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3*) und unter Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose F64.0*).</p>
<p><b>Erläuterung der Rechenregel</b></p>	<p><b>Zähler:</b> Alle Operationen am Ovar, die organerhaltend durchgeführt wurden. Ausgeschlossen sind Operationen, bei denen eine Entfernung des Ovars vorgenommen wurde (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*).</p> <p><b>Nenner:</b> Nur Patientinnen mit mindestens einer Angabe zur Histologie werden berücksichtigt: "Normalbefund" oder benigner Befund: „Follikel- oder Corpus luteum-Zyste“, „seröses oder mucinöses Zystadenom (z. B. Kystom, seröse Zyste)“, „Dermoid (z. B. benignes Teratom)“, „Endometriose“, „andere benigne Befunde (z. B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)“, „Entzündung“, „Extrauteringravidität“, „Stieldrehung“.</p>
<p><b>Teildatensatzbezug</b></p>	<p>15/1:0</p>
<p><b>Zähler (Formel)</b></p>	<p>fn_OPOvarerhaltend</p>
<p><b>Nenner (Formel)</b></p>	<p>(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GynOvarOPGesamt &amp; fn_AdnexBefund &amp; !(ENTLDIAG %any_like% c(LST\$ICD GynCAOvar,</p>

# Rechenregeln – Beispiel ratenbasierter QI

## 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
----------------------	---

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
65:K	Entbindungsmodus	M	OPS (amtliche Codes): <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTBINDMODUS
67:K	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	K	0 = nein 1 = ja, prophylaktische Gabe 2 = ja, laufende antibiotische Therapie	ANTIBIOTSECTIO

<b>Referenzbereich 2022</b>	≥ 90,00 %
<b>Referenzbereich 2021</b>	≥ 90,00 %

### Zähler

Perioperative Antibiotikaprophylaxe

### Nenner

Alle Geburten mit Kaiserschnitt-Entbindung

```
ANTIBIOTSECTIO %in% c(1,2)
```

```
ENTBINDMODUS %any_like% LST$OPS_Sectio
```

# Rechenregeln – technische Hintergründe

## Leseanleitung für QIDB-Rechenregeln

IQTIG-spezifische Variablen, Operatoren und Funktionen in R

[https://iqtig.org/downloads/auswertung\\_begleitschreiben/IQTIG\\_QIDB\\_R-Leseanleitung\\_2021-06-01.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung_begleitschreiben/IQTIG_QIDB_R-Leseanleitung_2021-06-01.pdf)

Stand: 01. Juni 2021

<https://www.r-project.org/>



[Home]

**Download**

CRAN

**R Project**

About R

## The R Project for Statistical Computing

### Getting Started

R is a free software environment for statistical computing and graphics. It compiles and runs on a wide variety of UNIX platforms, Windows and MacOS. To **download R**, please choose your preferred [CRAN mirror](#).

If you have questions about R like how to download and install the software, or what the license terms are, please read our [answers to frequently asked questions](#) before you send an email.

# Ergebnisübersicht

Indikatoren und Kennzahlen			Ihr Ergebnis				Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich	Ergebnis unauffällig	Tendenz	Ergebnis	Vertrauensbereich
2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	≥ 95,00 %	<b>92,64 %</b> O = 340 N = 367	89,51 % - 94,89 %	✗	→	95,93 % O = 182.621 N = 190.369	95,84 % - 96,02 %
2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Transparenzkennzahl	99,70 % O = 337 N = 338	98,34 % - 99,95 %	-	↗	98,69 % O = 180.042 N = 182.424	98,64 % - 98,75 %

## Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	≤ 1,91 (95. Perzentil)	1,27 34 / 26,72 N = 313	0,92 - 1,73	✓	→	0,97 12.454 / 12.780,70 N = 155.062	0,96 - 0,99
231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	Transparenzkennzahl	21,04 % O = 81 N = 385	17,26 % - 25,39 %	-	→	16,84 % O = 30.656 N = 182.043	16,67 % - 17,01 %
50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	≥ 95,00 %	96,66 % O = 521 N = 539	94,78 % - 97,88 %	✓	→	96,71 % O = 256.324 N = 265.056	96,64 % - 96,77 %

↗ ↘ → bzw. - = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert bzw. nicht ermittelbar

✗ / ✓ = Ergebnis auffällig / Ergebnis unauffällig

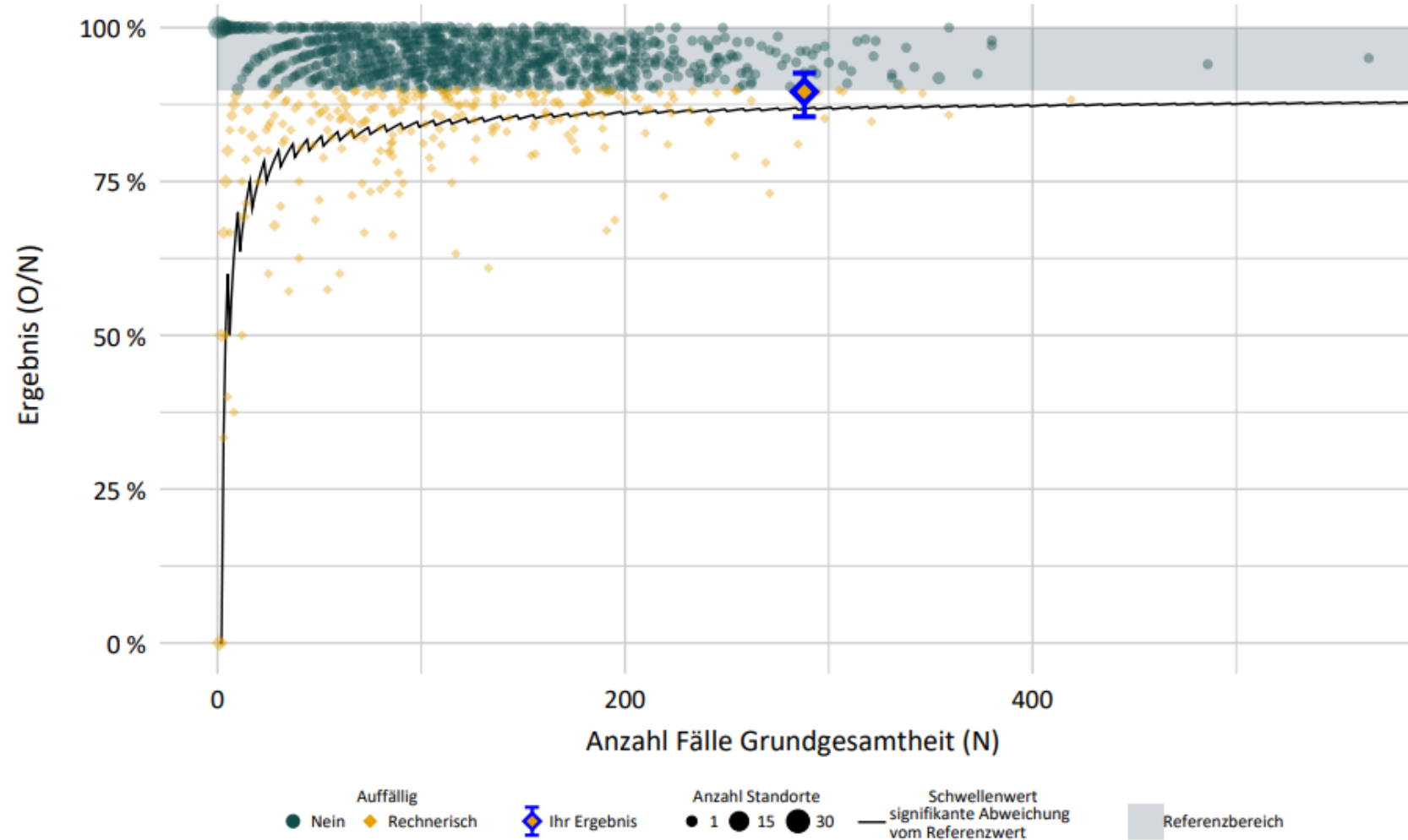
Die Berechnungsart der Auffälligkeit ist verfahrensspezifisch und wird im Einleitungstext näher erläutert.

# Ergebnisdarstellung – Beispiel ratenbasierter QI

## Detailergebnisse

EJ 2022	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
<b>Ihr Ergebnis</b>	2020: - / - 2021: 165 / 175 <b>2022: 258 / 288</b>	2020: - 2021: 94,29 % <b>2022: 89,58 %</b>	2020: - 2021: 89,80 % - 96,87 % <b>2022: 85,52 % - 92,61 %</b>
<b>Bundesland</b>	2020: 10.012 / 10.609 2021: 7.339 / 7.951 <b>2022: 10.195 / 10.923</b>	2020: 94,37 % 2021: 92,30 % <b>2022: 93,34 %</b>	2020: 93,92 % - 94,80 % 2021: 91,70 % - 92,87 % <b>2022: 92,85 % - 93,79 %</b>
<b>Bund</b>	2020: 138.399 / 147.318 2021: 103.707 / 112.067 <b>2022: 135.629 / 145.705</b>	2020: 93,95 % 2021: 92,54 % <b>2022: 93,08 %</b>	2020: 93,82 % - 94,07 % 2021: 92,38 % - 92,69 % <b>2022: 92,95 % - 93,21 %</b>

# Ergebnisdarstellung – Beispiel ratenbasierter QI





# Ergebnisdarstellung – Beispiel risikoadjustierter QI

## 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Referenzbereich	≤ 1,91 (95. Perzentil)

EJ 2022	Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
<b>Ihr Ergebnis</b>	2020: - 2021: 202 <b>2022: 313</b>	2020: - / - 2021: 22 / 18,83 <b>2022: 34 / 26,72</b>	2020: - 2021: 1,17 <b>2022: 1,27</b>	2020: - 2021: 0,78 - 1,71 <b>2022: 0,92 - 1,73</b>
<b>Bundesland</b>	2020: 11.541 2021: 8.639 <b>2022: 11.587</b>	2020: 975 / 1.012,99 2021: 751 / 772,44 <b>2022: 957 / 989,40</b>	2020: 0,96 2021: 0,97 <b>2022: 0,97</b>	2020: 0,91 - 1,02 2021: 0,91 - 1,04 <b>2022: 0,91 - 1,03</b>
<b>Bund</b>	2020: 158.255 2021: 122.181 <b>2022: 155.062</b>	2020: 12.695 / 13.074,36 2021: 10.539 / 10.387,19 <b>2022: 12.454 / 12.780,70</b>	2020: 0,97 2021: 1,01 <b>2022: 0,97</b>	2020: 0,95 - 0,99 2021: 1,00 - 1,03 <b>2022: 0,96 - 0,99</b>

\* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.



# Stellungnahmeverfahren

## Anfrage (Beispiel):

„Anfrage: Bitte erläutern Sie im Sinne einer Einzelfallanalyse, aus welchen Gründen bei Ihrer/n Patientin(nen) im Alter bis 45 Jahren trotz Normalbefund oder benigner Histologie eine beidseitige Ovariectomie erfolgte. Bitte entnehmen Sie die auffälligen Vorgangsnummern dem Rückmeldebericht des IQTIG.

Falls die Ovariectomien auf Wunsch der Patientinnen erfolgten: Welche alternativen Therapieoptionen wurden ihnen vorgeschlagen? Bitte nennen Sie Maßnahmen, die Sie ergreifen werden/ergriffen haben, damit die Indikation zur beidseitigen Ovariectomie in dieser Altersgruppe bei nicht-malignen Histologien möglichst selten gestellt wird. “

# Stellungnahmeverfahren

## Antwort (Beispiel):

Vorgangsnr: 11507601:

Bei der 34 jährigen Patientin lag bereits ein Z.n. Entfernung von Eierstockzysten bds. 08/2012, Z.n. Entfernung Eierstockzyste sowie Adnexe rechts bei Endometriose 11/2020 sowie eine Adipositas per magna vor; sie stellte sich nun mit einem bildgebend (sonographisch und im MRT) suspekten zystisch-soliden Ovarialbefund links vor, intraoperativ wirkte das Adnex äußerlich suspekt, auch wenn eine Endometriose nicht sicher äußerlich ausgeschlossen werden konnte. Da Malignität aber nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, erfolgte gemäß dem Wunsch der Patientin wie vorher besprochen die komplette Adnexektomie links

Vorgangsnr. 12375701:

Vorstellung der 44 jährigen Patientin mit Facharzt Einweisung bei akuten Unterbauchschmerzen, genetisch erhöhtem Risiko für Ovarialkarzinom, familiäre Ovarialkarzinombelastung mit beiliegendem genetischen Befund sowie rezidivierende, symptomatische Ovarialzysten, die bereits laparoskopische Voreingriffe bedingt hatten, die Patientin wünschte nach ausführlicher Aufklärung die beidseitige Adnexektomie.

Nun zu Ihrer Nachfrage bei Vorgangsnr. 12375701:

" wurde der Patientin eine multidisziplinäre Beratung (Gynäkologe und Humangenetiker) und genetische Testung angeboten?

Ja, die Patientin wurde sowohl von ihrer Gynäkologin als auch von einer Humangenetikerin beraten.

" falls ja, wurden diese durchgeführt?

Ja, es erfolgte die genetische Testung.

" falls ja, wie lautete das Ergebnis der genetischen Testung?

Zitat aus dem Arztbrief [REDACTED] vom 22.07.2021:

Fragestellung/Grund der genetischen Beratung:

- Diagnose Ovarialkarzinom bei mehreren Angehörigen

Zusammenfassung genetische Risiken / Wahrscheinlichkeiten:

- Mit erfolgter Analyse kein Nachweis einer klar krankheits- oder dispositionsrelevanten Variante

- Nachweis einer Variante unklarer Signifikanz (ACMG Klasse III) im Gen ATM

# Stellungnahmeverfahren

## Bewertungen:

Kategorie	Einstufung
N	Bewertung nicht vorgesehen
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation
S	Sonstiges

-> ggfs. Maßnahmen Stufe 1

## Exkurs: planungsrelevante QIs



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

# Richtlinie

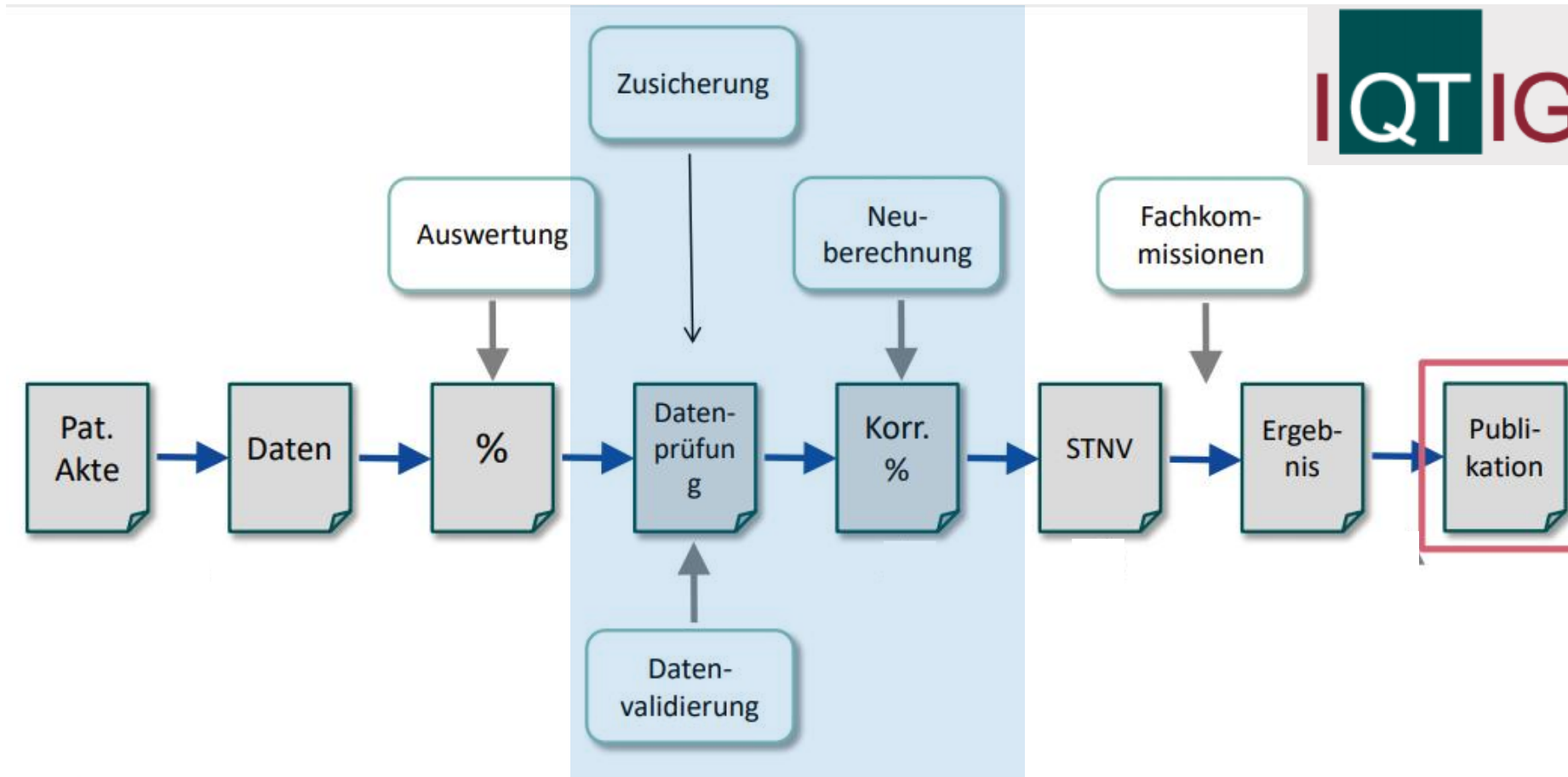
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

plan. QI-RL

	QI	Qualitätsindikator	Referenzwert
Gyn. OP	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20%
	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	≤ 5%
	51906	Verhältnis der beobachteten zu erwartenden Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18
Geburtshilfe	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90%
	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mind. 2 Kalendertagen	≥ 95%
	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event
	50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90%
	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32
Mammachirurgie	2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	Sentinel Event
	52279	Intraoperative Präparateradiografie oder intraoperative Präparatesonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95%
	52330	Intraoperative Präparateradiografie oder intraoperative Präparatesonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95%

## Verfahrensablauf plan.QI



Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!