

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

Externe Qualitätssicherung 2025 – Teil A – 28.01.2025

Friedemann Woernle



Agenda

Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

Datengestützte Qualitätssicherung im Rahmen der DeQS-RL

QS-Dokumentation

Indikatoren und Auswertungen

Stellungnahmeverfahren

Agenda

Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

Datengestützte Qualitätssicherung im Rahmen der DeQS-RL

QS-Dokumentation

Indikatoren und Auswertungen

Stellungnahmeverfahren



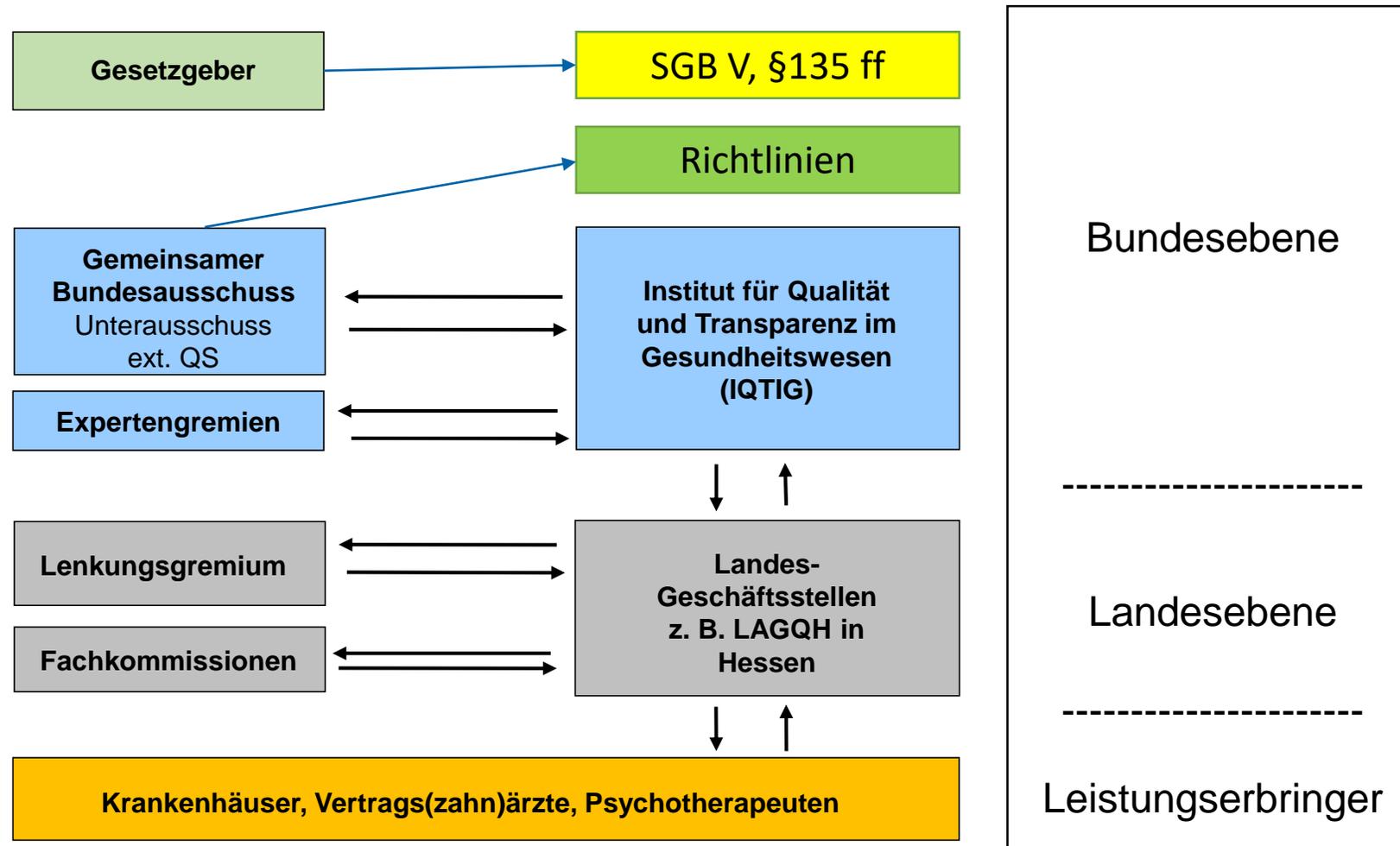
PERINATALERHEBUNG

„Mutter“ der QS-Maßnahmen

1975	Perinatalerhebung	Ärztlich organisierte QS (freiwillig)
1977	Chirurgie: Tracerkonzept	
1980	Neonatologie: Versorgung verlegter Kinder Gynäkologie: Vollerhebung	
1987	Herzchirurgie: zentral organisiert	
1994	Einführung QS bei Fallpauschalen und Sonderentgelten	Gesetzlich geregelte QS (verpflichtend)
1995	Gründung von Landesgeschäftsstellen und der Bundesgeschäftsstelle (SQS)	
2000	Ablösung durch BQS (bis 2009 zuständig)	
2004	Konstitution des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)	
2009	Beauftragung des AQUA-Instituts als Bundesgeschäftsstelle	
2015	Gründung des Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)	

- 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](#)
- [§ 135d Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung](#)
- [§ 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](#)



- 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
- 4 große Selbstverwaltungsorganisationen im Gesundheitssystem:
 - 5 Stimmen: Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) 
 - 2 Stimmen: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) 
 - 2 Stimmen: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 
 - 1 Stimme: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) 
- 3 unparteiische Mitglieder
- Patientenvertretung hat Mitberatungs- und Antragsrechte, jedoch kein Stimmrecht



🏠 > Themen > Qualitätssicherung

- datengestützte QS
 - „klassische“ QS-Daten
 - Sozialdaten
 - Pat.-Befragungen
 - (Krebs-)Registerdaten
- Mindestmengen
- Strukturvorgaben

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

1. Lebertransplantation: 20
2. Nierentransplantation: 25
3. Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus: 26
4. Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas: 20
5. Stammzelltransplantation: 40
6. Kniegelenk-Totalendoprothesen: 50
7. Koronarchirurgische Eingriffe: -
8. Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegegewicht von < 1.250 g: 25
9. Chirurgische Behandlung des Brustkrebses: 100
10. Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms: 75
11. Herztransplantation: 10 (Übergangsregelung: -)
12. Chirurgische Behandlung bösartiger Neubildungen des Kolons: 30 (Übergangsregelung: -)

- Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma, QBAA-RL
- Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, QFR-RL
- Richtlinie zur Kinderherzchirurgie, KiHe-RL
- Richtlinie zur Kinderonkologie, KiOn-RL
- Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen, MHI-RL
- Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur, QSFFx-RL
- ...

Agenda

Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

Datengestützte Qualitätssicherung im Rahmen der DeQS-RL

QS-Dokumentation

Indikatoren und Auswertungen

Stellungnahmeverfahren

- „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“)
- Patientenbefragungen
 - Fragebögen basierend auf faktenorientiertem Befragungsansatz
 - aktuell im Verfahren QS-PCI, weitere folgen
- Krebsregister
 - in Entwicklung: Lokal begrenztes Prostatakarzinom (QS Prostata-Ca)

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) (statistisch signifikante) 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**

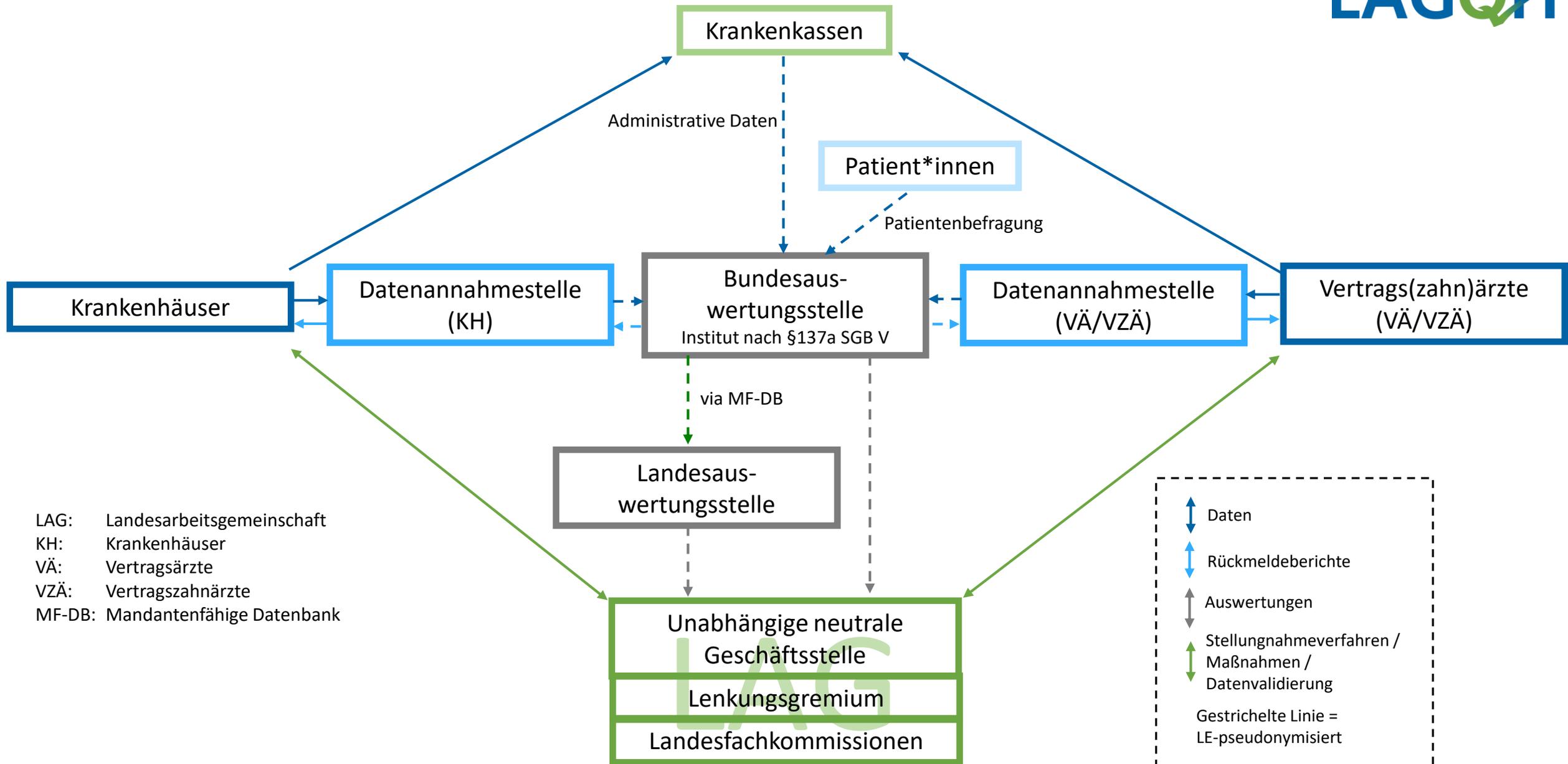
Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur datengestützten einrichtungsübergreifenden
Qualitätssicherung

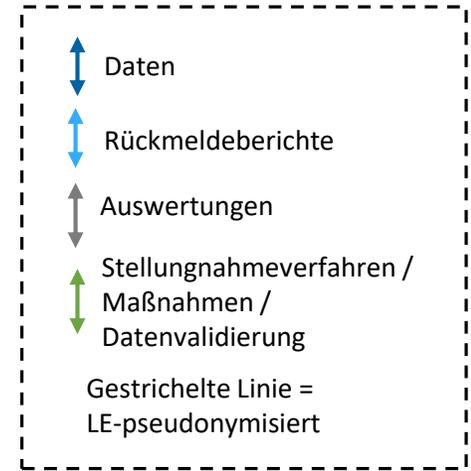
(DeQS-RL)

- a. die Qualität in der medizinischen Versorgung zu sichern und zu fördern
 - b. die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität zu verbessern
 - c. valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu gewinnen
 - d. Erkenntnisse über Qualitätsverbesserungspotenziale zu gewinnen
 - e. das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zu unterstützen
 - f. ein transparentes Verfahren für alle Beteiligten bei der Vorbereitung, Entwicklung, Auswertung, Bewertung und Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu gewährleisten
 - g. soweit sachgerecht und möglich durch die sektorenübergreifende Betrachtung einen kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozess einzuleiten
 - h. Patientensicherheit und Patientenorientierung zu stärken
 - i. Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen und damit
- die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken.

- 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 - 16)
 - Zusammensetzung der Fachkommissionen, § 14
 - Fristen, §§ 16, 17
 - ...
 - Anlage I: Indikatorenliste



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



- 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)
- Verfahren 16 – ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankensversicherter (QS ambulante Psychotherapie)*

„länderbezogen“
„bundesbezogen“

* Erprobung 2025-2030 in NRW

Agenda

Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

Datengestützte Qualitätssicherung im Rahmen der DeQS-RL

QS-Dokumentation

Indikatoren und Auswertungen

Stellungnahmeverfahren

<https://iqtig.org>

QS-Verfahren

Verfahrensübersicht

Aktive Verfahren

Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Spezifikation

Gynäkologische Operationen (15/1)

Anwenderinformation QS-Filter



Spezifikationsjahr 2025

HTML 44 KB



Spezifikationsjahr 2024

HTML V02 / 03.11.2023 / 148 KB

Weitere Versionen



Dokumentationsbogen



Spezifikationsjahr 2025

PDF 1 MB



Spezifikationsjahr 2024

PDF V05 / 11.01.2024 / 248 KB

Weitere Versionen



Ausfüllhinweise



Spezifikationsjahr 2025

HTML 65 KB



Spezifikationsjahr 2024

HTML V05 / 11.01.2024 / 359 KB

Weitere Versionen



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	Titel
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B23.0	Akutes HIV-Infektionssyndrom
B23.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
C81.0	Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom
C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.3	Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.4	Lymphozytenreiches (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C82.0	Follikuläres Lymphom Grad I
C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II

Dokumentationsbögen

BASIS		PROZEDUR		KIND		70		78	
Genau ein Bogen		Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden		Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden		Entbindungsmodus		Assistent in Facharzt-Weiterbildung	
1-9	Basis	26-39	Eingriff / Prozedur	62-80	Basisdokumentation	OPS http://www.dimdi.de		0 = nein 1 = ja	
1	Institut	26	Wievielte Prozedur w Aufenthalt?	62	lfd. Nr. des Mehrlings	□-□□□.□□			
2	entlastet	27	Datum des Eingriffs TT.MM.JJJJ	63	CTG-Kontrolle	wenn Feld 70 NICHT IN OPS_GebSpontanEntbind 71> Indikation zur operativen Entbindung 1. □□ 2. □□ 3. □□ 4. □□ 5. □□ 6. □□ Schlüssel 2		79 Pädiater bei Kindsgeburt anwesend 0 = nein 1 = ja	
3	aufgenommen	28.1	Einstufung nach ASA (vor dem Eingriff) Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesie übernehmen.	wenn Feld 63 = 1		72> Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)		80 Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen 0 = nein 1 = ja	
4	Betrieb		1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allg 3 = Patient mit schwerer Allg 4 = Patient mit schwerer Allg eine ständige Lebensbed 5 = moribunder Patient, vor wird, dass er ohne Ope	64.1>	externes CTG	72> 0 = nein 1 = ja, prophylaktische Gabe 2 = ja, laufende antibiotische Therapie		81-97 Basisdokumentation - Kind	
5	Fachbereich § 301-Verordn	28.2	Eingriff ohne Narkose	64.2>	internes CTG	73> Notsektio		81 Geburtsdatum des Kindes TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	
6	Identifikation	29	Indikation	65	Blutgasanalyse Fetalblut	0 = nein 1 = ja		82 Uhrzeit der Geburt hh:mm □□:□□	
			1 = aktiver Eingriff		carotis vorzeitigem Eingriff			83 Geschlecht des Kindes	
					3 = Aortenrekonstruktion				

intraoperative Komplikationen

0 = nein
1 = ja

„Ja“ ist anzugeben, wenn die intraoperative Komplikation durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde.

„Nein“ ist anzugeben, wenn

1. die intraoperative Komplikation nicht durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde.
2. der in diesem Operationsbogen zu dokumentierende (QS-pflichtige) Eingriff ausschließlich zur Behebung einer Komplikation indiziert war (z.B. im Falle einer durch eine Abrasio verursachte Perforation des Uterus und einer anschließenden Versorgung der Läsion durch einen laparoskopischen oder offen chirurgischen Eingriff, ist die intraoperative Komplikation zu verneinen) und wenn bei diesem Eingriff keine (weitere) Komplikation aufgetreten ist.

Organverletzungen sind dann als intraoperative Komplikationen zu werten

- wenn die Patientin intraoperativ zu klinischem Schaden kommt, der intraoperativ oder postoperativ nach Stunden bzw. wenigen Tagen erkannt bzw. symptomatisch wird und eine Behandlung notwendig ist. Z.B.:
 - alle Verletzungen, die noch während der QS-pflichtigen Operation auftreten oder einen Re-Eingriff (bzw. Re-Operation oder Re-Intervention) zur Komplikationsbehandlung notwendig machen
 - alle Verletzungen, die eine Wiederaufnahme zur Re-Operation oder Verlegung (Komplikationsbehandlung) begründen

NICHT anzugeben als intraoperative Komplikationen sind

- geplante, z.B. präparationsbedingte Läsionen wie Serosaverletzungen bei Adhäsiolyse, bewusste Gefäßdurchtrennungen bei Freipräparation oder Absetzen von Organen
- im weiteren Verlauf (Wochen/Monaten) vorgenommene Operationen, deren Indikation zwar kausal mit der QS-pflichtigen Operation zusammenhängt, deren Symptome sich aber erst im weiteren Verlauf zeigen (z.B. Trokarhernien, Narbenkeloid, Wundinfektion)

<https://iqtig.org>

Suchbegriff Quelle

- Alle Ergebnisse
- QS-Verfahren ¹⁸¹
- Veröffentlichungen ¹⁵
- Spezifikationen ¹³

1 2 3 4 5 ... 21 nächste Seite

QS-Basispezifikation für Leistungserbringer Spezifikationsjahr 2025 V04: Erläuterungen zum Minimaldatensatz

[Startseite](#) > [Spezifikationen](#) > [Spezifikationsübersicht](#) > [QS-Basispezifikation für Leistungserbringer](#) > [2025](#) > [V04](#)

Version: 2025 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	Minimaldatensatz: Wenn ein Eingriff abgebrochen wird und nicht mehr alle Pflichtdatenfelder des Datensatzes ausgefüllt werden können, ist statt des Datensatzes ein MDS zu dokumentieren. OPS-Kode: 5-995 Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt) Regulärer Datensatz: Im Modul HTXM soll ein abgebrochener Eingriff im regulären Datensatz abgebildet werden. In diesen Fällen ist kein Minimaldatensatz anzulegen.

Agenda

Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

Datengestützte Qualitätssicherung im Rahmen der DeQS-RL

QS-Dokumentation

Indikatoren und Auswertungen

Stellungnahmeverfahren

<https://iqtig.org>

QS-Verfahren

Verfahrensübersicht

Aktive Verfahren

Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Auswertung und Rechenregeln

Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Endgültige Rechenregeln



Auswertungsjahr 2024

PDF V02 / 31.05.2024 / 540
KB



Auswertungsjahr 2023

PDF V01 / 31.05.2023 / 617 KB

Weitere Versionen



Prospektive Rechenregeln



Erfassungsjahr 2025

PDF V01 / 23.02.2024 / 500
KB



Erfassungsjahr 2024

PDF V01 / 21.02.2023 / 546
KB

Weitere Versionen



Endgültige Rechenregeln für Auffälligkeitskriterien



Auswertungsjahr 2024

PDF V02 / 31.05.2024 / 207
KB



Auswertungsjahr 2023

PDF V01 / 31.05.2023 / 410 KB

Weitere Versionen





Gynäkologische Operationen

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

Auswertungsjahr 2024

Berichtszeitraum Q1/2023 – Q4/2023

Stand: 31.05.2024, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation.....	6
Hintergrund	6
Verwendete Datenfelder	8
Eigenschaften und Berechnung	9
Risikofaktoren	13
12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung.....	14
Hintergrund	14
Verwendete Datenfelder	16
Eigenschaften und Berechnung	17
Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe	19
Hintergrund	19
10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund ...	21
Verwendete Datenfelder	21
Eigenschaften und Berechnung	22
172000_10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund.....	25
Verwendete Datenfelder	25
Eigenschaften und Berechnung	26

- 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

Endgültige Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2024 nach DeQS-RL

GYN-OP - Gynäkologische Operationen

ID: 612

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	612
Bezeichnung	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2024
Erfassungsjahr	2023
Berichtszeitraum	Q1/2023 - Q4/2023
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≥ 74,30 % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2022	≥ 74,46 % (5. Perzentil)

Aufbau von Indikatoren - Beispiel

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
14:0	Operation	M	OPS (amtliche Codes): https://www.bfarm.de	OPSCHLUESSEL
19:0	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
24:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

*Ersatzfeld im Exportformat

18-19	Histologie
18	postoperative Histologie 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 18 = 1	
19>	führender Befund Schlüssel 1
Schlüssel 1 Histologie <ul style="list-style-type: none"> 01 = Adnexe: Normalbefund 02 = Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste 03 = Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste) 04 = Adnexe: Dermoid (z.B. benignes Teratom) 05 = Adnexe: Endometriose 06 = Adnexe: andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide) 07 = Adnexe: Entzündung 08 = Adnexe: Extrauterin gravidität 09 = Adnexe: Stieldrehung 10 = Adnexe: Borderline-Veränderungen 11 = Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome 19 = Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 02 - 11 nicht erfasst sind 	

Rechenregeln	Zähler Alle Operationen am Ovar, die organerhaltend durchgeführt wurden Nenner 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*).
Zähler (Formel)	fn_OPOvarerhaltend
Nenner (Formel)	(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GynOvarOPGesamt & fn_AdnexBefund & !(ENTLDIAG %any_like% c(LST\$ICD_GynCAOvar, LST\$ICD_GynCARisiko, LST\$ICD_GynTranssex))) & alter %<=% 45

DEQS_Rueckmeldebericht_AJ2024_Leseanleitung_maschinenlesbare_Dokumente_2024-05-31.pdf

DEQS_GYN-OP_AJ2024_LEAWKF_he+lkg#aem77rfk38jj_2024-05-31.pdf

LEAWKF: Leistungserbringerauswertungen (Kurzform)

DEQS_GYN-OP_AJ2024_LEAW_he+lkg#aem77rfk38jj_2024-05-31.pdf

LEAW: Leistungserbringerauswertungen

DEQS_GYN-OP_AJ2024_GV_he+lkg#aem77rfk38jj_2024-05-31.csv

GV: gesamte Vorgangsnummern

DEQS_GYN-OP_AJ2024_ERG_he+lkg#aem77rfk38jj_2024-05-31.csv

ERG: Ergebnistabellen

DEQS_GYN-OP_AJ2024_AV_he+lkg#aem77rfk38jj_2024-05-31.pdf

AV: auffällige Vorgangsnummern

DEQS_GYN-OP_AJ2024_AV_he+lkg#aem77rfk38jj_2024-05-31.csv

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Indikatoren und Kennzahlen			Ihr Ergebnis			Bundesland	Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzber.	Ergebnis	Ergebnis auffällig	Tendenz	Ergebnis	Ergebnis
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18	0,00 O/E = 0 / 1,81 N = 268	nein	unverändert	0,85 O/E = 78 / 92,02 N = 10.441	1,05 O/E = 1.257 / 1.201,79 N = 134.387
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	≤ 5,00 %	0,00 % O = 0 N = 76	nein	unverändert	0,75 % O = 19 N = 2.546	1,06 % O = 347 N = 32.820

Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe

60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	≤ 40,38 % (95. Perzentil)	7,69 % O = 1 N = 13	nein	unverändert	17,43 % O = 144 N = 826	19,49 % O = 1.897 N = 9.732
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	≥ 74,30 % (5. Perzentil)	93,81 % O = 91 N = 97	nein	unverändert	89,63 % O = 2.429 N = 2.710	88,51 % O = 30.561 N = 34.530

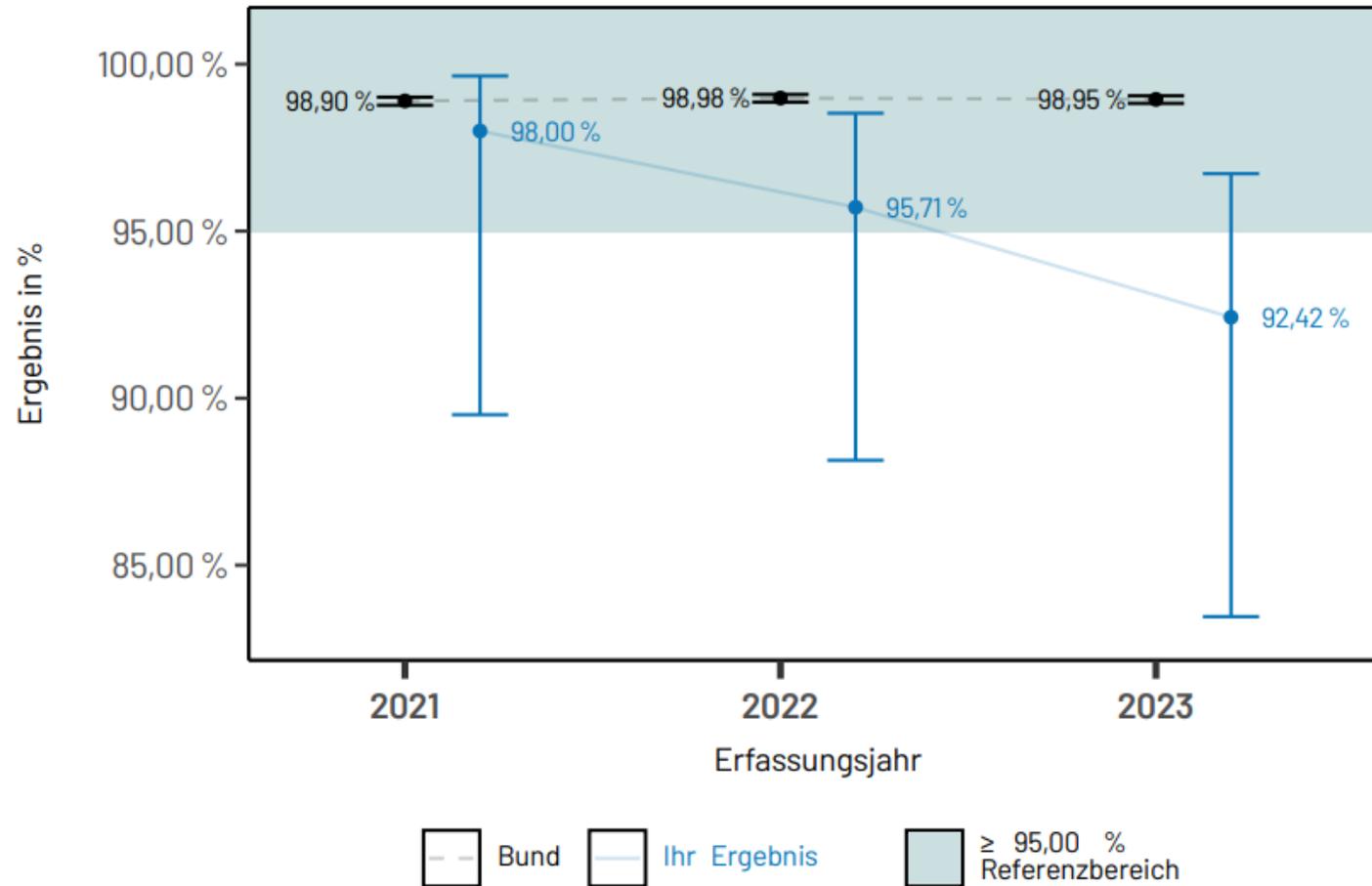
612: Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen mit Organerhaltung bei Operationen am Ovar mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie			
ID	612	Detailergebnisse		
Art des Wertes	Qualitätsindikator			
Grundgesamtheit	Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahren mit führendem histologischem Befund (Histologie: 01-09)			
Zähler	Alle Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahren mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie (Entlassungsdiagnose: 01-09)			
Referenzbereich	≥ 74,30 % (5. Perzentil)			
Datenquellen	QS-Daten			
Berichtszeitraum	Quartal 1/2023 bis Quartal 4/2023			

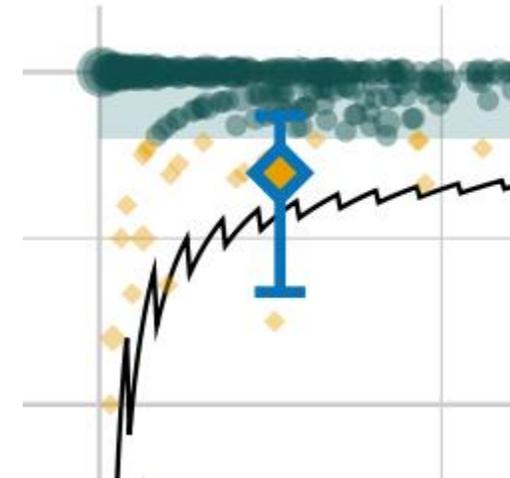
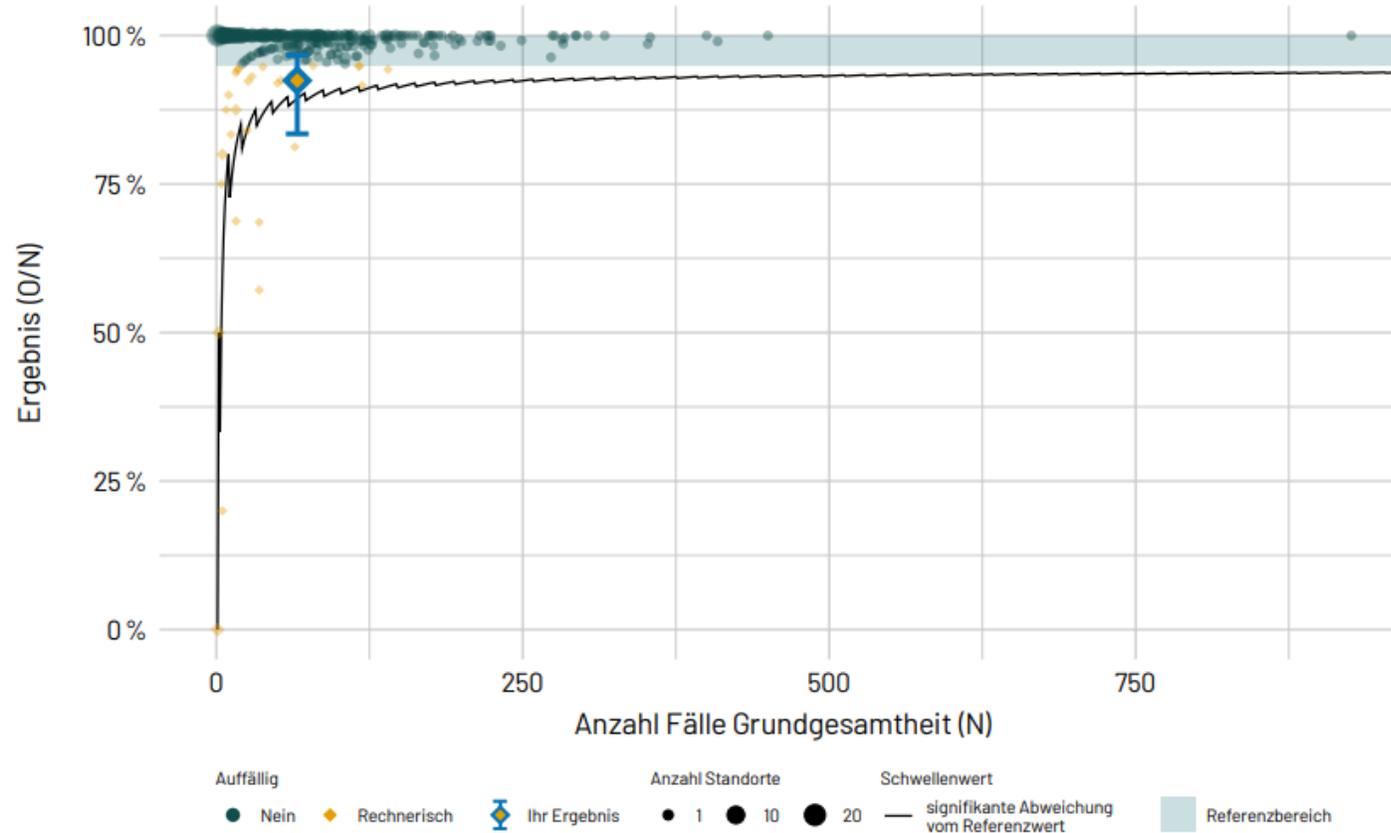
Dimension		Ergebnis 0/N	Ergebnis	Vertrauensbereich
Ihr Ergebnis	2021	113 / 116	97,41 %	92,67 % - 99,12 %
	2022	78 / 84	92,86 %	85,28 % - 96,69 %
	2023	91 / 97	93,81 %	87,16 % - 97,13 %
Bundesland	2021	2.980 / 3.286	90,69 %	89,65 % - 91,63 %
	2022	2.507 / 2.775	90,34 %	89,19 % - 91,39 %
	2023	2.429 / 2.710	89,63 %	88,43 % - 90,72 %
Bund	2021	33.339 / 37.459	89,00 %	88,68 % - 89,31 %
	2022	31.644 / 35.658	88,74 %	88,41 % - 89,07 %
	2023	30.561 / 34.530	88,51 %	88,16 % - 88,84 %

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Agenda

Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen

Datengestützte Qualitätssicherung im Rahmen der DeQS-RL

QS-Dokumentation

Indikatoren und Auswertungen

Stellungnahmeverfahren

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2023

Indikatoren und Kennzahlen			Ihr Ergebnis			Bundesland	Bund (gesamt)
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzber.	Ergebnis	Ergebnis auffällig	Tendenz	Ergebnis	Ergebnis
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18	0,00 O/E = 0 / 1,81	nein	unverändert	0,85 O/E = 78 / 92,02 N = 10.441	1,05 O/E = 1.257 / 1.201,79 N = 134.387
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung				verändert	0,75 % O = 19 N = 2.546	1,06 % O = 347 N = 32.820
<p>innerhalb Referenzbereich: unauffällig außerhalb Referenzbereich: auffällig</p>							
Gruppe: Entfernung des Ovars oder der Adnexe							
60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	≤ 40,38 % (95. Perzentil)	7,69 % O = 1 N = 13	nein	unverändert	17,43 % O = 144 N = 826	19,49 % O = 1.897 N = 9.732
612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	≥ 74,30 % (5. Perzentil)	93,81 % O = 91 N = 97	nein	unverändert	89,63 % O = 2.429 N = 2.710	88,51 % O = 30.561 N = 34.530

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. “

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

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

Stufe 1 (beispielhaft):

- a) Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
- b) Teilnahme am Qualitätszirkel
- c) Implementierung von Behandlungspfaden
- d) Durchführung von Audits
- e) Durchführung von Peer Reviews
- f) Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien

Stufe 2:

- a) Korrektur der Vereinbarung
- b) Information der für Vergütungsabschlüsse oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen mit entsprechenden Empfehlungen

- Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen
- Datengestützte Qualitätssicherung im Rahmen der DeQS-RL
- QS-Dokumentation
- Indikatoren und Auswertungen
- Stellungnahmeverfahren

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!