

# 10. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA

Berlin, 24. September 2018

**Datengestützte Qualitätssicherung:  
Nur dort, wo Kodier- und Abrechnungsregeln dies zulassen?**

**Klaus Döbler, Stuttgart**

## OPS als Grundlage für G-DRG, EBM und Qualitätsberichte

Der OPS ist eine wichtige Grundlage für das pauschalierende Entgeltsystem G-DRG. Es wird im Auftrag der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bereitgestellt und in der stationären Versorgung eingesetzt. Für die Vergütung der ambulanten Operationen nach einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) werden Operationen und Prozeduren ebenfalls nach OPS kodiert. Auch die Qualitätsberichte der Krankenhäuser basieren auf OPS-kodierten Operationen.

## ICD-10-GM als Grundlage für Vergütungs- und Finanzierungssysteme, Qualitätsberichte und Statistik

Die ICD-10-GM ist eine wichtige Grundlage für das pauschalierende Entgeltsystem G-DRG. Es wird im Auftrag der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bereitgestellt und in der stationären Versorgung eingesetzt. Auch die Vergütung der ambulanten Behandlung nach EBM und der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich benötigen nach GM kodierte Behandlungsdiagnosen. Auch die Qualitätsberichte der Krankenhäuser und die AU-Bescheinigungen enthalten GM-kodierte Diagnosen. Der Morbi-RSA basiert ebenfalls auf GM-kodierten Daten.

# DEUTSCHE KODIERRICHTLINIEN

**Allgemeine und Spezielle  
Kodierrichtlinien  
für die Verschlüsselung von  
Krankheiten und Prozeduren**

Version 2018

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)  
GKV-Spitzenverband

Vorstand des privaten Krankenkassenverbandes (BKK)  
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH)

### Textdefinition

Alle im Krankenhaus erfolgten Geburten

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

ICD-Kode	Titel
Z37.0	Lebendgeborener Eitling
Z37.1	Totgeborener Eitling
Z37.2	Zwillinge, beide lebendgeboren
Z37.3	Zwillinge, ein Zwilling lebend-, der andere totgeboren
Z37.4	Zwillinge, beide totgeboren
Z37.5	Andere Mehrlinge, alle lebendgeboren
Z37.6	Andere Mehrlinge, einige lebendgeboren
Z37.7	Andere Mehrlinge, alle totgeboren
Z37.9	Resultat der Entbindung, nicht näher bezeichnet

### Prozedur(en) der Tabelle GEB\_OPS

OPS-Kode	Titel
5-720.0	Zangenentbindung: Aus Beckenaustritt
5-720.1	Zangenentbindung: Aus Beckenmitte
5-720.x	Zangenentbindung: Sonstige
5-720.y	Zangenentbindung: N.n.bez.
5-724	Drehung des kindlichen Kopfes mittels Zangen
5-725.0	Extraktion bei Beckenendlage: Manuell
5-725.1	Extraktion bei Beckenendlage: Instrumentell
5-725.2	Extraktion bei Beckenendlage: Kopf voran
5-725.x	Extraktion bei Beckenendlage: Sonstige
5-725.y	Extraktion bei Beckenendlage: Nicht näher bezeichnet

### Anwenderinformation Risikostatistik Leistungsbereich: *Pflege: Dekubitusprophylaxe*

Stand: 30. September 2016 (2017\_Risikostatistik\_V01)  
Copyright © 2016 IQTiG

#### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 09 (=Krankenhausbehandlung) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2016 oder im Jahr 2017 und das Entlassungsdatum liegt im Jahr 2016 oder 2017 und das Alter des Patienten ist >= 20 Jahre

#### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFGRUND <> LEER UND AUFGRUND NICHTIN ('05','04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2016' UND AUFNDATUM <= '31.12.2017' UND ENTLDATUM >= '01.01.2017' UND ENTLDATUM <= '31.12.2017' UND ALTER >= 20

Bezeichnung in der Risikostatistik	Beschreibung
Institutionskennzeichen	
Entlassender Standort	
Dekubitus Grad 2	Berechnetes Feld: 1 => DIAG EINSIN (L89.1) UND DIAG KEINSIN (L89.2),L89.3 0 => DIAG KEINSIN (L89.1) ODER DIAG EINSIN (L89.2),L89.3
Dekubitus Grad 3	Berechnetes Feld: 1 => DIAG EINSIN (L89.2) UND DIAG KEINSIN (L89.3),L89.4 0 => DIAG KEINSIN (L89.2) ODER DIAG EINSIN (L89.3),L89.4
Dekubitus Grad 4	Berechnetes Feld: 1 => DIAG EINSIN (L89.3) 0 => DIAG KEINSIN (L89.3)
Dekubitus Grad nicht näher bezeichnet	Berechnetes Feld: 1 => DIAG EINSIN (L89.9) UND DIAG KEINSIN (L89.3) 0 => DIAG KEINSIN (L89.9) ODER DIAG EINSIN (L89.3)

## Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen

Technische Dokumentation

Erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. März 2018 (V09)

Kodierung und Vergütungsrelevanz

Sektorenübergreifende Versorgung

... und noch ein Wort zu „Present on admission“

Zusammenfassung und Ausblick



## QS-Verfahren 2004 wegen fehlendem Follow-up ausgesetzt

*„Der wichtigste Qualitätsindikator, die Verbesserung des Sehvermögens, kann zurzeit nicht abschließend eingeschätzt werden, da das Ergebnis erst mehrere Wochen nach dem Eingriff zuverlässig zu erheben ist.*

*... wurde die Dokumentationsverpflichtung für diesen Leistungsbereich im Verfahrensjahr 2004 ausgesetzt.*

*Die Fachgruppe spricht sich dafür aus, ambulant durchgeführte Operationen und eine Verlaufsbeobachtung zur Ermittlung der Ergebnisqualität in die Qualitätsdarstellung einzubeziehen.“*

## Weiterentwicklung ab 2010

**Gemeinsamer Bundesausschuss / Unterausschuss  
Qualitätssicherung / AG Qesü-RL - Empfehlungen zu den  
Ergebnisberichten Kataraktoperation und Konisation**

Stand: 31. Mai 2013



*„... Es existiert keine Möglichkeit der spezifischen Auslösung der erforderlichen Leistungen des Follow-Up ... Die Ergebnisqualität ist somit nur stark eingeschränkt bewertbar. Somit sind die verfügbaren Ergebnisse für die Qualitätssicherung nur stark eingeschränkt verwertbar.“*

### **Ursachen:**

**Fehlende ... ausreichend spezifische Codes, die durch Kodierungs- oder Abrechnungsregeln homogen und vollständig dokumentiert werden.“**

# Identifikation der qualitätszusichernden Leistung (Indexfall) Konisation

Entwicklung ab  
2010



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

Abschlussbericht zum Probetrieb für  
das Qualitätssicherungsverfahren  
Konisation

Stand: 30. November 2012

**Gemeinsamer Bundesausschuss / Unterausschuss  
Qualitätssicherung / AG Qesü-RL - Empfehlungen zu den  
Ergebnisberichten Kataraktoperation und Konisation**

Stand: 31. Mai 2013

*„... OPS-Kode 1-672 ... diagnostische Hysteroskopie ...  
im Rahmen dieses Eingriffs ist die Durchführung einer  
Konisation möglich.*

***Da die diagnostische Hysteroskopie im Vergleich zur  
Konisation höher vergütet wird, wird ... eher die  
diagnostische Hysteroskopie als die Konisation  
dokumentiert und abgerechnet.***

*... dass aufgrund unterschiedlicher Kodier- und  
Vergütungsregelungen im vertragsärztlichen und  
stationären Sektor voraussichtlich nicht ... die gleichen  
Leistungen ausgelöst werden“*

- es fehlen spezifische Codes
- keine Kodierregeln im vertragsärztlichen Sektor
- es fehlen homogene Abrechnungsregeln

*... spezifische und homogene Leistungserfassung teilweise nicht möglich*

*... vergleichbare Qualitätsbewertung in qualitätsrelevanten Versorgungsbereichen derzeit teilweise nicht oder nur mit Einschränkungen möglich*

... betrifft sowohl Prozeduren als auch Diagnosen  
(z.B. Verfahren „Postoperative Wundinfektionen“)



1. Mehr Gewicht für Erfordernisse der Qualitätsdarstellung bei
  - Festlegung von Kodes und Katalogen
  - vergütungsrelevanten Festlegungen  
(Abrechnungsziffern, Kodierrichtlinien)
  
2. Ambulante Kodierregeln
  
3. Ggf. bereits bei der Verfahrensentwicklung Hinweise des IQTIG auf ggf. erforderliche / sinnvolle Änderungen von Kodes und Kodierregeln

## **ABER**

dies sind ggf. tiefe Eingriffe in komplexe Systeme:

DIMDI, DKR, EBM, ambulante Kodierregeln, ...

- es gibt jetzt bereits ca. 34.000 terminale OPS-Kodes
- ambulante Kodierregeln für über 500.000.000 ambulante Behandlungsfälle?
- bereits jetzt sehr lange Entwicklungszeiten verlängern sich noch weiter, wenn Anpassungen / Implementierungen von Codes und Kodierregeln erfolgen
- es werden ggf. wieder mehr Einzelleistungsvergütungen anstelle von pauschalierten Entgelten erforderlich
- die Verhandlung von Vergütungsregeln ist anspruchsvoll  
- und dann sollen auch noch die „QS-Leute“ mitreden ...

**Es sollten mit Augenmaß Erfordernisse und Anliegen der „verschiedenen Welten“ berücksichtigt werden**

Kodierung und Vergütungsrelevanz

Sektorenübergreifende Versorgung

... und noch ein Wort zu „Present on admission“

Zusammenfassung und Ausblick

**Ein neuer Aufbruch für Europa  
Eine neue Dynamik für Deutschland  
Ein neuer Zusammenhalt für unser Land**

Koalitionsvertrag  
zwischen  
CDU, CSU und SPD

19. Legislaturperiode

### **Sektorenübergreifende Versorgung**

Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Für eine sektorenübergreifende Versorgung wollen wir weitere nachhaltige Schritte einleiten, damit sich die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten.

Wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegen. Dabei sollen Spielräume für regionale Ausgestaltungen ermöglicht werden.

### Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Beauftragung des IQTIG:  
Aktualisierung und Erweiterung des QS-  
Verfahrens „Versorgung von volljährigen  
Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen“

„Echte“ sektorenübergreifende Verfahren

### Beispiel “Schizophrenie”

*“... stärkere Berücksichtigung der verschiedenen Versorgungsbereiche ...  
insbesondere hinsichtlich der Schwerpunkte im Versorgungspfad ...“*

... lange, sehr individuelle Krankheitsverläufe

**... mit dem Erfordernis, spezifische Behandlungsepisoden zu identifizieren**

### Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Beauftragung des IQTIG:  
Aktualisierung und Erweiterung des QS-  
Verfahrens „Versorgung von volljährigen  
Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie,  
schizotypen und wahnhaften Störungen“

## „Echte“ sektorenübergreifende Verfahren

- ... sollten über den reinen Einrichtungsvergleich hinausgehen
- ... mit der Möglichkeit regionaler Analysen
- ... und ggf. dem Erfordernis von Identifikationskennzeichen für Regionen

Kodierung und Vergütungsrelevanz

Sektorenübergreifende Versorgung

... und noch ein Wort zu „Present on admission“

Zusammenfassung und Ausblick

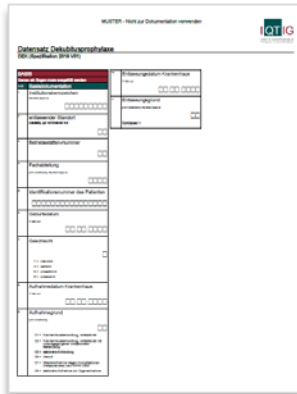
Das Bild zeigt eine detaillierte Ansicht eines Datenformulars für die Cholezystektomie. Es enthält verschiedene Abschnitte wie 'Patienten- und Operationsdaten', 'Anamnese', 'Vorgeschichte', 'Operation', 'Narkose', 'Komplikationen' und 'Ergebnis'. Jedes Feld ist mit einer Nummerierung versehen, die mit den im Folgenden genannten Datenfeldern korrespondiert.

- Erwartete Fallzahl: ca. 200.000 / Jahr
- 32 Datenfelder (davon 12 manuell auszufüllen)  
  
... um für 11 klinische Sachverhalte zu erfragen, ob die jeweiligen Zustände / Ereignisse bereits präoperativ bestanden ...

wenn Feld 20 = akute Blutungsanämie	
24*	<p>Akute Blutungsanämie: War die Diagnose vor der Cholezystektomie bekannt?</p> <p>gemäß ICD-10-GM: D52</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein, Diagnose wurde erst nach der Cholezystektomie gestellt</p> <p>1 = ja, Diagnose wurde vor der Cholezystektomie gestellt</p> <p>9 = aufgrund der Dokumentation nicht nachvollziehbar</p>

wenn Feld 17 EINSIN OPS_Transfusionen	
19*	<p>Wann – in Bezug auf die Cholezystektomie – wurde der Patient transfundiert?</p> <p>gemäß OPS: 8-800.0*</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>1 = präoperativ</p> <p>2 = intra- oder postoperativ</p> <p>3 = sowohl präoperativ als auch intra- oder postoperativ</p>





- Fallzahl: ca. 280.000 (Erfassungsjahr 2017)
- 26 Datenfelder (davon 5 manuell auszufüllen)

**... um festzustellen, ob ein Dekubitus bereits bei stationärer Aufnahme vorhanden war ...**

15	<p>War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")</p> <p>bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden</p> <p>1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden</p> <p>9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation</p>
----	--

16	<p>War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge")</p> <p>bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nein: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht vorhanden</p> <p>1 = Ja: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus vorhanden</p> <p>9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation</p>
----	--

## Dekubitus, Wundinfektionen, Cholezystektomie, ...

es fehlt ein „Zeitstempel“ für eine Diagnose / eine Prozedur  
(Kennzeichnung „Present on admission“ / POA)

... dies erzeugt „nachträglichen“ Dokumentationsaufwand

... bei eingeschränkter Validität der Erfassung



The screenshot shows the homepage of the Initiative Qualitätsmedizin (IQM). The logo 'IQM' is in the top left, with 'INITIATIVE QUALITÄTSMEDIZIN' underneath. To the right of the logo are two small grey boxes labeled 'A-' and 'A+'. Below the logo is a navigation menu with links: 'Startseite', 'Wir über uns', 'Mitglied werden', and 'Qualitätsmethodik'. The main content area features a large heading 'WANN KOMMEN POA-INDIKATOREN?' followed by a paragraph of text: 'Ein aus Fachexperten des Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) IQM bestehendes Experten-Panel hat Anfang 2012 erneut beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die Einführung einer „present on admission“ (POA) Zusatzkennzeichnung Diagnosen im ICD-Katalog vorgeschlagen. Dazu wurden beim DIMDI zw'.



The screenshot shows a news article titled 'Indikatoren für die Bewertung von Komplikationsraten'. The sub-header is 'THEMEN DER ZEIT' and the category is 'QUALITÄTSSICHERUNG IM KRANKENHAUS'. The main headline is 'Indikatoren für die Bewertung von Komplikationsraten'. The text below reads: 'In US-amerikanischen Kliniken wird der Diagnosestatus des Patienten bei Aufnahme erfasst. Für später hinzugekommene Diagnosen gibt es kein Geld. Auch für Deutschland wird die Einführung von „Present-on-Admission“-Indikatoren diskutiert.'

Bundesgesundheitsbl 2018 · 61:771–777  
<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2755-6>  
 Online publiziert: 5. Juni 2018  
 © Der/die Autor(en) 2018



Robert Jakob  
 Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf, Schweiz

## ICD-11 – Anpassung der ICD an das 21. Jahrhundert

ICD-11 ist mit dem Ziel entworfen worden, ein nützliches Instrument für

- Mortalitätsstatistik,
- Morbiditätsstatistik,
- Epidemiologie,
- Prävention,
- Forschung,
- Vergütung,
- Qualitätssicherung und
- Patientensicherheit



International Journal for Quality in Health Care, 2015, 27(4), 328–333

doi: 10.1093/intqhc/mzv037

Advance Access Publication Date: 4 June 2015

Perspectives on Quality



Perspectives on Quality

### Capturing diagnosis-timing in ICD-coded hospital data: recommendations from the WHO ICD-11 topic advisory group on quality and safety

V. SUNDARARAJAN<sup>1</sup>, P.S. ROMANO<sup>2</sup>, H. QUAN<sup>3</sup>, B. BURNAND<sup>4</sup>,  
 S.E. DRÖSLER<sup>5</sup>, S. BRIEN<sup>6</sup>, H.A. PINCUS<sup>7</sup>, and W.A. GHALI<sup>3,8</sup>

*“As the evidence indicates that a diagnosis-timing flag improves the ability of routinely collected, coded hospital data to support outcomes research and the development of quality and safety indicators, the Group recommends .. a classification of ‘arising after admission’ (yes/no) ...”*

Kodierung und Vergütungsrelevanz

Sektorenübergreifende Versorgung

... und noch ein Wort zu „Present on admission“

Zusammenfassung und Ausblick

## Eine vergleichende Qualitätsdarstellung braucht spezifische Codes für

- die Identifikation qualitätsrelevanter Leistungen (Prozeduren, Diagnosen, Behandlungsepisoden, ...)
- Verlaufsbetrachtungen (Follow-up)
- Risikoadjustierung
- die Vermeidung von Dokumentationsaufwand

## Erforderlich ist

1. Die Verfügbarkeit dieser Informationen (Codes) in den Katalogen
2. Die Gewährleistung der Validität dieser Informationen durch Kodierregeln (und Vergütungsrelevanz)
3. ... sektorenübergreifend ...

SACHVERSTÄNDIGENRAT  
zur Begutachtung der Entwicklung  
im Gesundheitswesen

Bedarfsgerechte Steuerung  
der Gesundheitsversorgung

Gutachten 2018

## 13.2.8 Anwendung einer (noch zu entwickelnden) sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

877. Eine Planung, die vorgibt, was verschiedene Versorgungsangebote leisten sollen, muss auch in der Lage sein, deren Qualität zu evaluieren. Die Versorgungsqualität sollte durch sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) überprüft werden, bei der auch die pflegerische und die rehabilitative Versorgung miteinbezogen werden sollte. Die Ergebnisse aus dieser Bewertung können anschließend zur Evaluation der Bedarfsplanung verwendet werden. Zudem kann so bestimmt werden, wo eine bestimmte Leistung mit der höchsten Qualität erbracht werden kann, ohne durch informationelle und organisatorische Sektorengrenzen eingeschränkt zu sein.

Planungsentscheidungen kommen, die langfristig z. B. zu Überkapazitäten, Qualitätsdefiziten oder Finanzierungsproblemen führen. Eine sektorenübergreifende Vergütungssystematik ermöglicht hingegen die Gestaltung der ambulant-stationären Arbeitsteilung anhand von versorgungspolitisch sinnvollen Überlegungen ohne Verzerrung durch sektoral unterschiedliche Vergütungsanreize.

aerzteblatt.de

/ Ärzteblatt / cme / Arztstellen / Studieren / English Edition

Home Archiv News Themen DÄ plus Politik Medizin

Archiv > Deutsches Ärzteblatt > 29-30/2018 > Interview mit Jens Spahn (CDU), Bundesgesundheitsminister: Im Zweifel ist das

POLITIK: Das Interview

## Interview mit Jens Spahn (CDU), Bundesgesundheitsminister: Im Zweifel ist das Ministerium am Zug

Dtsch Arztebl 2018; 115(29-30): A-1362 / B-1150 / C-1142

Bertheide, Rebecca; Maibach-Nagel, Egbert

**Eine Bund-Länder-Gruppe soll ab Oktober 2018 bis Ende 2019 tagen. In der jüngsten Geschichte der Gesundheitspolitik haben einige dieser Arbeitsgruppen schon gute Vorschläge erarbeitet. Was erwarten Sie von den Vorschlägen?**

**Spahn:** Stimmt, es ist ein großer Erfolg, dass Gesundheits- und Wissenschaftsminister den Masterplan Medizinstudium gemeinsam erarbeitet haben. Hier ist viel auf dem Weg. Bei der Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung kommt es darauf an, dass Bund und Länder gemeinsam konkrete Ergebnisse in einem überschaubaren Zeitraum erarbeiten. Bedarfsplanung, Zulassung, Codierung und Dokumentation – all das sind Themen, die auf der Agenda stehen werden. Gute Vorschläge für eine bessere Zusammenarbeit und Vernetzung will ich noch in dieser Legislaturperiode umsetzen.

# Gesundheitsministerkonferenz

[Startseite](#)[Die GMK](#)[Vorsitz](#)[Termine](#)[Mitglieder ▾](#)[Arbeitsgruppen](#)[Beschlüsse](#)[Dokumente](#)[Presse ▾](#)

## Beschlüsse

Wählen Sie ein Jahr:

### Beschlüsse der 90. GMK (2017)

#### TOP: 11.2 Kodierrichtlinien in der vertragsärztlichen Versorgung

*Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder fassen folgenden einstimmigen Beschluss:*

Die für Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder bitten die Bundesregierung, dafür Sorge zu tragen, dass verbindliche Kodierrichtlinien in der vertragsärztlichen Versorgung eingeführt werden, die für die Ärzteschaft mit einem geringen bürokratischen Aufwand verbunden sind und gewährleisten, dass gleiche Fälle künftig bundesweit gleich dokumentiert werden.



- 
- Kodier- und Vergütungsregeln sollten für qualitätsrelevante Leistungen und Ereignisse eine verlässliche Qualitätsdarstellung ermöglichen
  - Das Thema „Present on Admission“ / „Present before Operation“ sollte auf der Tagesordnung bleiben

**Ausgewogene Berücksichtigung der Erfordernisse und Anliegen für Vergütungs- und für Qualitätsfragen**



## Vertragsärztliche Versorgung, §295 SGB V

jedes Quartal für jeden Behandlungsfall folgende Daten:

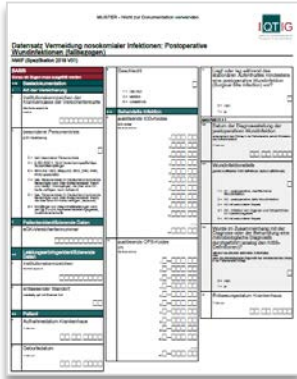
1. Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1, 6 und 7,
2. Arzt- oder Zahnarztnummer, in Überweisungsfällen die Arzt- oder Zahnarztnummer des überweisenden Arztes,
3. Art der Inanspruchnahme,
4. Art der Behandlung,
5. Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung,
6. abgerechnete Gebührenpositionen mit den Schlüsseln nach Absatz 1 Satz 5, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
7. Kosten der Behandlung.

## Krankenhäuser, §301 SGB V

1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,
2. das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und des Krankenhauses sowie ab dem 1. Januar 2020 dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6,
3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,
4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,
5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,
6. Datum und Art der im oder vom jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
8. Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge zur erforderlichen weiteren Behandlung für Zwecke des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
9. die nach den §§ 115a und 115b sowie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.

# Datengestützte Qualitätssicherung

## Postoperative Wundinfektionen (seit 2017)



- Erwartete Fallzahl: ca. 200.000 – 400.000 / Jahr
- 16 Datenfelder (davon 5 manuell auszufüllen)

... um festzustellen, ob es sich bei einer „potentiellen Wundinfektion“ tatsächlich um eine postoperative Wundinfektion handelt ...

11	<p>Liegt oder lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postoperative Wundinfektion (Surgical Site Infection) vor?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
----	---

<i>wenn Feld 11 = 1</i>	
12->	<p>Datum der Diagnosestellung der postoperativen Wundinfektion</p> <p>entsprechend dem Eintrag in der Patientenakte, jedoch frühestens das Aufnahmedatum</p> <p>TT.MM.JJJJ</p> <p style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </p>

13->	<p><b>Wundinfektionstiefe</b></p> <p>gemäß modifizierten KISS-Definitionen (siehe Ausfüllhinweis)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion</p> <p>2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion</p> <p>3 = A2 mit sekundärer Sepsis</p> <p>4 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</p> <p>5 = A3 mit sekundärer Sepsis</p>
------	--