

QUALITÄTSINDIKATOREN
FÜR KIRCHLICHE KRANKENHÄUSER (QKK)

PROJEKT DER ARBEITSGEMEINSCHAFTEN KATHOLISCHER
KRANKENHÄUSER RHEINLAND-PFALZ UND SAARLAND

QKK-INDIKATORENSET VERSION 2.2

BERECHNUNGSREGELN FÜR DAS DATENJAHR 2012

23. Februar 2012

Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg

Arzt für Medizinische Informatik und Ärztliches Qualitätsmanagement

Universitätsprofessur für Medizinische Informatik an der Ludwig-Maximilians-Universität München

INHALTSVERZEICHNIS

Verzeichnis der Abkürzungen

A	Einleitung	5
B	Übersicht	6
C	QKK-Indikatoren	9
C.1	DARSTELLUNG.....	9
C.2	INDIKATOREN ZUR CHRISTLICHKEIT.....	9
C.2.1	<i>Palliativmedizin - Mitarbeiterqualifikation (QKK P-02)</i>	9
C.2.2	<i>Klinisches Ethikonsil (QKK E-01)</i>	9
C.2.3	<i>Demenz - Diagnosestellung ab 65 Jahren (QKK D-01)</i>	10
C.2.4	<i>Demenz - Diagnosestellung ab 90 Jahren (QKK D-02)</i>	10
C.2.5	<i>Demenz - Delir (QKK D-03)</i>	10
C.2.6	<i>Demenz - Entlassung in häusliche Versorgung (QKK D-04)</i>	11
C.2.7	<i>Demenz - Mortalität (QKK D-05)</i>	11
C.3	MEDIZIN UND PFLEGE.....	12
C.3.1	<i>Dekubitusbehandlung - Besserung (QKK B-02)</i>	12
C.3.2	<i>Dekubitusbehandlung - Verschlechterung (QKK B-03)</i>	12
C.3.3	<i>Dekubitusbehandlung - Veränderung (QKK B-04)</i>	12
C.4	PATIENTENSICHERHEIT.....	12
C.4.1	<i>Unerwünschtes Arzneimittelereignis (QKK B-01)</i>	12
C.5	SENTINEL EVENTS.....	13
C.5.1	<i>Mortalität bei Schilddrüsen-OP (QKK S-01)</i>	13
C.5.2	<i>Mortalität bei stabiler Angina pectoris und PTCA/Stent-Implantation (QKK S-02)</i>	13
C.5.3	<i>Mortalität bei Tonsillektomie (QKK S-03)</i>	13
C.5.4	<i>OP-pflichtige Komplikation des Zugangs nach Gefäßintervention (QKK S-04)</i>	14
D	Literatur	15

VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN

3M	3M Health Information Systems
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
COPD	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (Englisch Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
DRG	Diagnosis Related Group
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PSI	Patient Safety Indicator
QKK	Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser
UAE	Unerwünschtes Arzneimittelereignis

A EINLEITUNG

Das QKK-Indikatorenset Version 2.2 umfasst 77 Kennzahlen. Von diesen werden 70 Kennzahlen für ein Benchmarking eingesetzt. Weitere sieben Kennzahlen sind Bestandteil des Moduls Sentinel Events. Neunundfünfzig der im Benchmarking eingesetzten Kennzahlen wurden aus zwei, von Dritten angebotenen Indikatorensets ausgewählt [5], den German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) Version 3.1 und den Patient Safety Indicators (PSI) der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Version 4. Diese Indikatoren lassen sich komplett aus Routinedaten berechnen, d. h. aus Daten gemäß der Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG. Die 59 Kennzahlen setzen sich aus 46 G-IQI und 13 PSI zusammen. Elf der im Benchmarking eingesetzten Indikatoren wurden in einem systematischen Verfahren neu entwickelt, die QKK-Indikatoren. Sechs der QKK-Indikatoren lassen sich aus Routinedaten berechnen, drei aus Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung. Zwei Indikatoren erfordern eine gesonderte Datenerhebung. Das Modul Sentinel Events umfasst drei PSI und vier QKK-Indikatoren.

Informationen zu Grundlagen, Definition und Berechnungsregeln der G-IQI können im öffentlich zugänglichen Handbuch nachgelesen werden [2]. Bei den PSI sind nur die Unterlagen zur US-amerikanischen Originalfassung vollständig verfügbar (siehe <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>). In QKK werden die PSI in der von 3M Health Information Systems angebotenen Übertragung auf deutsche Verhältnisse genutzt. Eine Beschreibung steht QKK-intern zur Verfügung [1]. Das vorliegende Dokument beschränkt sich daher auf Informationen zu den QKK-Indikatoren. Nach einer Übersicht zum QKK-Indikatorenset in Version 2.2 werden die Berechnungsregeln der QKK-Indikatoren einzeln dargestellt. Weiterführende Erläuterungen zu deren Grundlage, Definition und Einsatz finden sich in anderen Berichten [3, 4]. Abweichungen zwischen den Berechnungsregeln und weiteren Dokumenten aus QKK gehen auf Entscheidungen der QKK-Lenkungsgruppe sowie auf technische Anpassungen zurück. Den Angaben von Diagnosen- und Prozedurenkodes liegen die Versionen 2012 der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification (ICD-10-GM) sowie des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) zu Grunde.

Die Verwendung der QKK-Indikatoren steht jedem interessierten Krankenhaus unter Hinweis auf QKK offen. Es wird gebeten, den Autor oder die QKK-Lenkungsgruppe über deren Verwendung in Kenntnis zu setzen. Abschließend wird darauf hingewiesen, dass in QKK die Berechnung der Kennzahlen und der Vergleich der Ergebnisse zwischen den Krankenhäusern nicht Selbstzweck sind, sondern Ausgangspunkt für eine intensive Auseinandersetzung mit der Qualität der Versorgung bilden. Zu den bei QKK hierfür eingesetzten Verfahren zählen insbesondere eine Fallanalyse und ein Feedback auf Hausebene, eine systematische Prozessanalyse bei häufigen Ereignissen und homogenem Patientenkollektiv, ein Peer-Review-Verfahren sowie eine Einzelfallanalyse bei Qualitätsindikatoren des Moduls Sentinel Event.

B ÜBERSICHT

Nach der Bezeichnung eines Indikators ist dessen Kürzel in Klammern aufgeführt. Bei den G-IQI und den PSI sind Bezeichnung und Kürzel den Originalquellen entnommen [1, 2]. Die Gliederung wurde für die Darstellung des QKK-Indikatorensets ergänzt.

Indikatoren zur Christlichkeit

Palliativmedizin - Mitarbeiterqualifikation (QKK P-02)

Klinisches Ethikkomitee (QKK E-01)

Demenz

Demenz - Diagnosestellung ab 65 Jahren (QKK D-01)

Demenz - Diagnosestellung ab 90 Jahren (QKK D-02)

Demenz - Delir (QKK D-03)

Demenz - Entlassung in häusliche Versorgung (QKK D-04)

Demenz - Mortalität (QKK D-05)

Konservative Versorgung*Herzinfarkt*

Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19 J.), Anteil Todesfälle, aufgetreten (G-IQI 1.1)

Herzinfarkt, Altersgruppe 20-44 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 1.11)

Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 1.12)

Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 1.13)

Anteil Herzinfarkte mit Linksherzkatheter u/o Koronar-OP (für Kliniken mit über 50%) (G-IQI 1.2)

Hauptdiagnose Herzinfarkt, Direktaufnahmen ohne Verlegungen (Alter >19 J.), Anteil Todesfälle (G-IQI 1.31)

Hauptdiagnose Herzinfarkt, Zuverlegungen (Alter >19 J.), Anteil Todesfälle (G-IQI 1.32)

Anteil nicht näher bezeichneter akuter Infarktformen (I21.9) (G-IQI 1.41)

Transmuraler Herzinfarkt, Anteil Todesfälle (G-IQI 1.42)

Herzinsuffizienz

Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >19 J.), Anteil Todesfälle, aufgetreten (G-IQI 2.1)

Herzinsuffizienz, Altersgruppe 45-64 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 2.12)

Herzinsuffizienz, Altersgruppe 65-84 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 2.13)

Herzinsuffizienz, Altersgruppe >=85 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 2.14)

Behandlung mit Linksherzkatheter

Fälle mit LHK OHNE Herzinfarkt, ohne kompl. Diagnose (Alter >19 J.), Anteil Todesfälle (G-IQI 3.13)

Fälle mit LHK OHNE Herzinfarkt oder kompl. Diagnose (Alter >19 J.), Anteil therap. Katheter (G-IQI 3.14)

Schlaganfall, alle Formen, nach Altersgruppen

Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen (Alter >19 J.), Anteil Todesfälle, aufgetreten (G-IQI 8.1)

Schlaganfall, Alter >=85 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 8.14)

Anteil der Schlaganfälle mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung (Stroke Unit) (G-IQI 8.2)

Schlaganfall, differenziert nach Art der Erkrankung

Hirninfrakt (ICD I63, Alter >19 J.), Anteil Todesfälle, aufgetreten (G-IQI 8.3)

Anteil der Hirninfrakte mit systemischer Thrombolyse (G-IQI 8.31)

Hirninfarkt ohne Zuverlegungen (ICD I63, Alter >19 J.), Anteil Todesfälle (G-IQI 8.33)

Anteil Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD I64) (G-IQI 8.61)

Transitorisch ischämische Attacke (TIA)

Transitorisch ischämische Attacke (TIA), Anteil mit Stroke Unit Behandlung (G-IQI 9.2)

Lungenentzündung (Pneumonie)

Hauptdiagnose Pneumonie, Anteil Todesfälle, aufgetreten (G-IQI 11.1)

Pneumonie, Alter 20-44 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 11.12)

Pneumonie, Alter 65-84 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 11.14)

Pneumonie, Alter >=85 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 11.15)

Pneumonie ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter>19 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 11.21)

Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)

Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD, Alter >19 J.), Anteil Todesfälle (G-IQI 12.1)

COPD mit FEV1>=35% und <50%, Anteil Todesfälle (G-IQI 12.12)

COPD mit FEV1>=50% und <70%, Anteil Todesfälle (G-IQI 12.13)

COPD mit FEV1 n.n.bez., Anteil Todesfälle (G-IQI 12.15)

Anteil COPD Fälle mit FEV1 n.n.bez. (Ziel <5%) (G-IQI 12.16)

Operative Versorgung

Schilddrüsenresektionen - Anteil Beatmungsfälle (>24 Std.) (G-IQI 17.11)

Extrakranielle Gefäß-Operationen, Anteil Todesfälle (G-IQI 22.1)

Becken-/Beinarterien-OP bei Claudicatio, Anteil Todesfälle (G-IQI 24.11)

Amputation im Fußbereich, kein Trauma, Anteil Todesfälle (G-IQI 25.1)

Große Operationen an Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen)

Kolonresektionen bei Karzinom (Krebs) ohne kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle (G-IQI 18.11)

Rektumresektionen bei Karzinom (Krebs), Anteil Todesfälle (G-IQI 18.13)

kolorektale Resektionen, bei Divertikel ohne Abszess/Perforation, Anteil Todesfälle (G-IQI 18.14)

kolorektale Resektionen, bei Divertikel mit Abszess/Perforation, Anteil Todesfälle (G-IQI 18.15)

kolorektale Resektionen bei Darmischämie, Anteil Todesfälle (G-IQI 18.16)

Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder

Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (nicht bei Fraktur, §137 QS 17/2), Todesfälle (G-IQI 32.1)

Schenkelhalsfraktur, Alter >=90 J., Anteil Todesfälle (G-IQI 38.16)

Postoperative Ereignisse

Postoperative Schenkelhalsfraktur (PSI 8)

Postoperative Lungenembolie oder tiefe Venenthrombose (PSI 12)

Postoperative Sepsis (PSI 13)

Postoperative Wunddehiszenz (PSI 14)

Geburtshilfe

Vaginale Geburten mit Episiotomie (G-IQI 27.3)

Kaiserschnitttrate (Sectorate) in % aller Geburten (G-IQI 27.4)

Äußerst schw. geburtsh. Verletzung, vaginale Entb. mit Instrumentation (PSI 18)

Medizin und Pflege

Dekubitusbehandlung - Besserung (QKK B-02)

Dekubitusbehandlung - Verschlechterung (QKK B-03)

Dekubitusbehandlung - Veränderung (QKK B-04)

Patientensicherheit

Dekubitus (PSI 3)

Todesfälle bei speziellen Behandlungskomplikationen (PSI 4)

Todesfälle bei Nierenversagen (PSI 4.1)

Todesfälle bei akutem Ulcus / GI-Blutung (PSI 4.6)

Iatrogener Pneumothorax (PSI 6)

Ausgewählte Infektionen im Zus.hang mit medizinischer Behandlung (PSI 7)

Unbeabsichtigte Punktion oder Wunde (PSI 15)

Beatmung > 24 Stunden (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle (G-IQI 46.1)

Unerwünschtes Arzneimittelereignis (QKK B-01)

Sentinel Events

DRGs mit niedriger Letalität (PSI 2)

Intraoperativ zurückgelassener Fremdkörper (PSI 5)

Transfusionsreaktion (PSI 16)

Mortalität bei Schilddrüsen-OP (QKK S-01)

Mortalität bei stabiler Angina pectoris und PTCA/Stent-Implantation (QKK S-02)

Mortalität bei Tonsillektomie (QKK S-03)

OP-pflichtige Komplikation des Zugangs nach Gefäßintervention (QKK S-04)

C QKK-INDIKATOREN

C.1 DARSTELLUNG

Die Darstellung der Berechnungsregeln folgt keinem öffentlichen Standard. Bei Unklarheiten wird um Rücksprache mit dem Autor oder den Mitgliedern der QKK-Lenkungsgruppe gebeten.

In den Berechnungsregeln wird u. a. auf folgende Dokumente und Regelungen verwiesen:

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH). Deutsche Kodierrichtlinien. Version 2012. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH), 2011.
 - Hauptdiagnose, Nebendiagnose
- ICD-10-GM 2012 und OPS 2012
 - Codes von Diagnosen und Prozeduren
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V ergänzt um Festlegungen der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V Stand: 10. Fortschreibung 1. Januar 2012.
 - Entlassungsgrund
- AQUA-Institut. Datensatz Dekubitusprophylaxe. DEK (Spezifikation 15.0 SR 3). Göttingen: AQUA-Institut, 12.12.2011.
 - Dekubitus

C.2 INDIKATOREN ZUR CHRISTLICHKEIT

C.2.1 Palliativmedizin - Mitarbeiterqualifikation (QKK P-02)

<i>Berechnung Nenner (gemäß Meldung nach Krankenhausstatistikverordnung)</i>	
	Gesamtzahl der Beschäftigten umgerechnet in Vollkräfte getrennt für die Personalgruppen ärztlicher Dienst und Pflegedienst im Bezugsjahr
<i>Berechnung Zähler</i>	
	Beschäftigte aus Nenner mit formaler Qualifikation in Palliativmedizin zum 31.12. im Bezugsjahr getrennt für den ärztlichen Dienst und den Pflegedienst

Die Rate wird getrennt für die Personalgruppen ärztlicher Dienst und Pflegedienst berechnet. Für den ärztlichen Dienst wird als formale Qualifikation die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin anerkannt. Im Pflegedienst obliegt die Festlegung der formalen Qualifikation dem jeweiligen Träger bzw. Krankenhaus. Die hierbei anerkannten Qualifikationen sind bei der Erfassung anzugeben.

C.2.2 Klinisches Ethikkomitee (QKK E-01)

<i>Berechnung Nenner</i>	
	Vollstationäre Behandlungsfälle mit Verweildauer über 4 Tagen
<i>Berechnung Zähler</i>	

	Fälle aus Nenner mit klinischem Ethikkommission
--	---

Neben klinischen Ethikkommissionen werden ethische Fallbesprechungen anerkannt. Das Vorhandensein einer Ethikkommission ist hierbei keine Voraussetzung. Hingegen ist die Einbindung einer geschulten und ausgewiesenen Person als Moderator oder als Ethik-Koordinator zwingend erforderlich.

C.2.3 Demenz - Diagnosestellung ab 65 Jahren (QKK D-01)

<i>Beschreibung</i>	
	Häufigkeit der Demenz als Nebendiagnose bei Behandlungsfällen ab 65 Jahren
<i>Berechnung Nenner</i>	
	Vollstationäre Behandlungsfälle mit Alter ab 65 Jahren Ausschluss: Fälle mit einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03, F05.1, G30.- oder G31.- als Hauptdiagnose
<i>Berechnung Zähler</i>	
	Fälle aus Nenner mit mindestens einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03 oder F05.1 als Nebendiagnose

Die nur als Sekundär-Diagnoseschlüssel der Hauptdiagnose zugelassenen Codes werden aus technischen Gründen derzeit nicht im Nenner ausgeschlossen.

C.2.4 Demenz - Diagnosestellung ab 90 Jahren (QKK D-02)

<i>Beschreibung</i>	
	Häufigkeit der Demenz als Nebendiagnose bei Behandlungsfällen ab 90 Jahren
<i>Berechnung Nenner</i>	
	Vollstationäre Behandlungsfälle mit Alter ab 90 Jahren Ausschluss: Fälle mit einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03, F05.1, G30.- oder G31.- als Hauptdiagnose
<i>Berechnung Zähler</i>	
	Fälle aus Nenner mit mindestens einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03 oder F05.1 als Nebendiagnose

Die nur als Sekundär-Diagnoseschlüssel der Hauptdiagnose zugelassenen Codes werden aus technischen Gründen derzeit nicht im Nenner ausgeschlossen.

C.2.5 Demenz - Delir (QKK D-03)

<i>Beschreibung</i>	
	Delir bei Demenz als Nebendiagnose bei Behandlungsfällen ab 65 Jahren
<i>Berechnung Nenner</i>	
	Vollstationäre Behandlungsfälle mit Alter ab 65 Jahren UND [mit mindestens einem Kode F00.-, F01.-, F02.- oder F03 als Nebendiagnose UND/ODER Kode F05.1 Delir bei Demenz als Nebendiagnose]

	Ausschluss: Fälle mit einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03, F05.1, G30.- oder G31.- als Hauptdiagnose
<i>Berechnung Zähler</i>	
	Fälle aus Nenner mit mindestens einem Kode aus F05.1, F05.8 oder F05.9 als Nebendiagnose

Die nur als Sekundär-Diagnoseschlüssel der Hauptdiagnose zugelassenen Codes werden aus technischen Gründen derzeit nicht im Nenner ausgeschlossen.

C.2.6 Demenz - Entlassung in häusliche Versorgung (QKK D-04)

<i>Beschreibung</i>	
	Reguläre Entlassung bei Demenz als Nebendiagnose bei Behandlungsfällen ab 65 Jahren
<i>Berechnung Nenner</i>	
	Vollstationäre Behandlungsfälle mit Alter ab 65 Jahren UND [mit mindestens einem Kode F00.-, F01.-, F02.- oder F03 als Nebendiagnose UND/ODER Kode F05.1 Delir bei Demenz als Nebendiagnose] Ausschluss: Fälle mit einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03, F05.1, G30.- oder G31.- als Hauptdiagnose
<i>Berechnung Zähler</i>	
	Fälle aus Nenner mit Entlassungsgrund 011, 012 oder 019 „Behandlung regulär beendet“

Die nur als Sekundär-Diagnoseschlüssel der Hauptdiagnose zugelassenen Codes werden aus technischen Gründen derzeit nicht im Nenner ausgeschlossen.

C.2.7 Demenz - Mortalität (QKK D-05)

<i>Beschreibung</i>	
	Mortalität bei Demenz als Nebendiagnose bei Behandlungsfällen ab 65 Jahren
<i>Berechnung Nenner</i>	
	Vollstationäre Behandlungsfälle mit Alter ab 65 Jahren UND [mit mindestens einem Kode F00.-, F01.-, F02.- oder F03 als Nebendiagnose UND/ODER Kode F05.1 Delir bei Demenz als Nebendiagnose] Ausschluss: Fälle mit einem Kode F00.-, F01.-, F02.-, F03, F05.1, G30.- oder G31.- als Hauptdiagnose
<i>Berechnung Zähler</i>	
	Fälle aus Nenner mit Entlassungsgrund 079

Die nur als Sekundär-Diagnoseschlüssel der Hauptdiagnose zugelassenen Codes werden aus technischen Gründen derzeit nicht im Nenner ausgeschlossen.

C.3 MEDIZIN UND PFLEGE**C.3.1 Dekubitusbehandlung - Besserung (QKK B-02)**

<i>Beschreibung</i>	
	Verbesserung eines bei Aufnahme bestehenden Dekubitus
<i>Berechnung Nenner</i>	
	Vollstationäre Behandlungsfälle mit mindestens einem Dekubitus bei Aufnahme UND Aufnahme und Entlassung im 1. Quartal eines Jahres UND Alter ab 75 Jahren
<i>Berechnung Zähler</i>	
	Fälle aus Nenner ohne Dekubitus bei Entlassung ODER mit Dekubitus geringeren Grades bei Entlassung

C.3.2 Dekubitusbehandlung - Verschlechterung (QKK B-03)

<i>Beschreibung</i>	
	Verschlechterung eines bei Aufnahme bestehenden Dekubitus
<i>Berechnung Nenner</i>	
	Vollstationäre Behandlungsfälle mit mindestens einem Dekubitus bei Aufnahme UND Aufnahme und Entlassung im 1. Quartal eines Jahres UND Alter ab 75 Jahren
<i>Berechnung Zähler</i>	
	Fälle aus Nenner mit Dekubitus höheren Grades bei Entlassung

C.3.3 Dekubitusbehandlung - Veränderung (QKK B-04)

<i>Beschreibung</i>	
	Veränderung eines bei Aufnahme bestehenden Dekubitus
<i>Berechnung</i>	
	Differenz zwischen Indikator „Dekubitusbehandlung - Besserung“ und Indikator „Dekubitusbehandlung - Verschlechterung“

C.4 PATIENTENSICHERHEIT**C.4.1 Unerwünschtes Arzneimittelereignis (QKK B-01)**

<i>Beschreibung</i>	
	Unerwünschtes Arzneimittelereignis (UAE) als Nebendiagnose
<i>Berechnung Nenner</i>	

	Vollstationäre Behandlungsfälle Ausschluss: Fälle mit UAE-verdächtigem Kode der Kategorien A bis C als Hauptdiagnose
<i>Berechnung Zähler</i>	
	Fälle aus Nenner mit mindestens einem UAE-verdächtigem Kode als Nebendiagnose

Die Liste der UAE-verdächtigen Kodes befindet sich für die ICD-10-GM 2010 im Anhang von [4]. Für weitere Versionen der ICD-10-GM steht sie unter <http://www.ekmed.de/routinedaten/> zum Download zur Verfügung. Die nur als Sekundär-Diagnoseschlüssel der Hauptdiagnose zugelassenen Kodes werden aus technischen Gründen derzeit nicht im Nenner ausgeschlossen.

C.5 SENTINEL EVENTS

C.5.1 Mortalität bei Schilddrüsen-OP (QKK S-01)

<i>Berechnung Nenner</i>	
	Vollstationäre Behandlungsfälle mit mindestens einem Kode 5-06* Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse als Prozedur
<i>Berechnung Zähler</i>	
	Fälle aus Nenner mit Entlassungsgrund 079

C.5.2 Mortalität bei stabiler Angina pectoris und PTCA/Stent-Implantation (QKK S-02)

<i>Berechnung Nenner</i>	
	Vollstationäre Behandlungsfälle mit Kode I20.8 Sonstige Formen der Angina pectoris als Hauptdiagnose UND mindestens einem Kode 8-837* Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen als Prozedur
<i>Berechnung Zähler</i>	
	Fälle aus Nenner mit Entlassungsgrund 079

C.5.3 Mortalität bei Tonsillektomie (QKK S-03)

<i>Berechnung Nenner</i>	
	Vollstationäre Behandlungsfälle mit Kode J03.-, J35.0, J35.1, J35.3, J. 35.8, J35.9, J36 oder J39.0 als Hauptdiagnose UND mindestens einem Kode 5-280*, 5-281* oder 5-282* als Prozedur
<i>Berechnung Zähler</i>	
	Fälle aus Nenner mit Entlassungsgrund 079

C.5.4 OP-pflichtige Komplikation des Zugangs nach Gefäßintervention (QKK S-04)

<i>Beschreibung</i>	
	OP-pflichtige Komplikation des Zugangs im selben Aufenthalt nach Gefäßintervention
<i>Berechnung Nenner</i>	
	Vollstationäre Behandlungsfälle mit mindestens einer Prozedur aus der Liste OPS_GIQI_PTA_Bein der German Inpatient Quality Indicators Version 3.1 [2]
<i>Berechnung Zähler</i>	
	<p>Fälle aus Nenner mit mindestens einem Kode aus folgender Liste als Prozedur (Liste „Prozedur wegen Nachblutung“):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5-388.70 Naht von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis • 5-394.0 Operative Behandlung einer Blutung nach Gefäßoperation • 5-892.0c Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Leisten- und Genitalregion • 5-896.1c Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Leisten- und Genitalregion <p>UND</p> <p>Datum der Prozedur aus Liste „Prozedur wegen Nachblutung“ NACH zeitlich erster Prozedur aus Definition Nenner</p>

Bei diesem Indikator wird eine Zusammenstellung von Prozedurenkodes der G-IQI verwendet. Für weitergehende Informationen wird auf die dortige Dokumentation verwiesen [2]. Bei der Datumsüberprüfung wird aus technischen Gründen nur der Tag der Prozedur betrachtet.

D LITERATUR

1. 3M Health Information Systems. Beschreibung der ‘Patient Safety Indicators’ der AHRQ (Deutsche Übersetzung) Version 4. Neuss: 3M, 2010.
2. Mansky T, Nimptsch U, Winklmaier C, Vogel K, Hellerhof F. G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 3.1. Berlin: TU, 2011.
3. Stausberg J. Welche projektspezifischen Indikatoren sind sinnvoll? Diskussionsstand Juni 2011. Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK). 9. September 2011 [unveröffentlicht].
4. Stausberg J. Welche projektspezifischen Indikatoren sind sinnvoll? Empfehlung der wissenschaftlichen Begleitung. Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK). 10. Januar 2012. <http://www.qkk-online.de>.
5. Stausberg J. Welches sind die richtigen Indikatoren für die katholischen Krankenhäuser. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Das QKK-Indikatorenset in Version 2. Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK). 9. September 2011.