

Initiative Qualitätsmedizin

G-IQI / CH-IQI V5.5 FAQ / Erläuterungen

05. September 2024

Dr. Dorothee Assenmacher

AHC Aviation & Healthcare Consulting
GmbH

Inhaltsverzeichnis

Einführung	12
Abkürzungen	13
Aktuelle Hinweise	15
Allgemeine Änderungen in Version 5.5.....	15
Kennzeichnung von Sentinel Event-Indikatoren	15
Überarbeitung der Indikatorbezeichnungen.....	15
Publikationen.....	15
Arten von Indikatoren	16
Risikoadjustierte Sterblichkeit mit Erwartungswerten und standardisiertem Sterblichkeitsverhältnis (SMR)	16
Sterblichkeit ohne Erwartungswert.....	16
Beobachtungswerte.....	17
Informationswerte.....	17
Prozesskennzahlen, Komplikationskennzahlen.....	17
Mengeninformation	18
Gesetzliche Mindestmengen	18
Risikoadjustierung	18
Indirekte Risikoadjustierung / SMR (Standardized Mortality Ratio)	18
Differenzierte Risikomodelle	19
Allgemeines zu Indikatoren	20
Unterschiede in den Spezifikationen zwischen G-IQI und CH-IQI (D / CH).....	20
Datengrundlage	20
Diagnoseklassifikationen (ICD-10-GM-Katalog)	20
Prozedurenklassifikationen (OPS/CHOP)	21
Funktionen.....	21
Analysierte Fälle	22
Parameter / Datensatzbeschreibung (D).....	22
Sentinel Event-Indikatoren.....	23
Indikatorbezeichnungen.....	23
Bundesreferenzwerte (D/CH).....	24
Erkrankungen des Herzens	25

G-IQI 02 (CH-IQI A.2) - Herzinsuffizienz.....	25
G-IQI 02.16 (CH-IQI A.2.7.P) Hauptdiagnose Rechtsherzinsuffizienz (Alter >=20), Anteil Fälle mit NYHA IV	25
G-IQI 02.21 (CH-IQI A.2.8.M) Hauptdiagnose Herzinsuffizienz mit Herz-Kreislauf-Stillstand vor KH-Aufnahme, Anteil Todesfälle	26
G-IQI 02.22 (CH-IQI A.2.9.M) Hauptdiagnose Herzinsuffizienz mit intensivmedizinischer Therapie, Anteil Todesfälle.....	26
G-IQI 03 (CH-IQI A.3) - Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter	27
G-IQI 03.11 (CH-IQI A.3.2.M) Katheter der KoronargefäÙe BEI HD Herzinfarkt (ohne Zuverlegungen oder Herz-Kreislauf-Stillstand vor KH-Aufnahme, ohne Herzoperation, Alter >=20), Anteil Todesfälle.....	27
Katheter der KoronargefäÙe BEI HD Herzinfarkt (ohne Herzoperation, Alter >=20), SMR (bezogen auf Fälle mit Koronarkatheter und HD Herzinfarkt).....	27
G-IQI 03.111 (CH-IQI A.3.9.M) Katheter der KoronargefäÙe BEI HD Herzinfarkt, NUR Zuverlegungen (ohne Herzoperation, Alter >=20), Anteil Todesfälle	27
G-IQI 03.112 (CH-IQI A.3.10.M) Katheter der KoronargefäÙe BEI HD Herzinfarkt, MIT Herz-Kreislaufstillstand vor Aufnahme ins KH (ohne Herzoperation, Alter >=20), Anteil Todesfälle	28
G-IQI 03.121 (CH-IQI A.3.4.M) Diagnostischer Katheter der KoronargefäÙe OHNE HD Herzinfarkt (ohne Zuverlegungen oder Herz-Kreislauf-Stillstand vor KH-Aufnahme, ohne Herzoperation, Alter >=20), Anteil Todesfälle.....	28
G-IQI 03.122 (CH-IQI A.3.7.M) Diagnostischer Katheter der KoronargefäÙe OHNE HD Herzinfarkt, ohne OPS 5-*** (Alter >=20), Anteil Todesfälle.....	29
G-IQI 03.123 (CH-IQI A.3.11.M) Diagnostischer Katheter der KoronargefäÙe OHNE HD Herzinfarkt (NUR Zuverlegungen, ohne Herzoperation, Alter >=20), Anteil Todesfälle.....	29
G-IQI 03.124 (CH-IQI A.3.12.M) Diagnostischer Katheter der KoronargefäÙe OHNE HD Herzinfarkt (MIT Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das KH, ohne Herzoperation, Alter >=20), Anteil Todesfälle	29
G-IQI 03.131 (CH-IQI A.3.5.M) Therapeutischer Katheter der KoronargefäÙe OHNE HD Herzinfarkt (ohne Zuverlegungen oder Herz-Kreislauf-Stillstand vor KH-Aufnahme, ohne Herzoperation, Alter >=20), Anteil Todesfälle.....	30
G-IQI 03.132 (CH-IQI A.3.8.M) Therapeutischer Katheter der KoronargefäÙe OHNE HD Herzinfarkt, ohne OPS 5-*** (Alter >=20), Anteil Todesfälle.....	30
G-IQI 03.133 (CH-IQI A.3.13.M) Therapeutischer Katheter der KoronargefäÙe OHNE HD Herzinfarkt (NUR Zuverlegungen, ohne Herzoperation, Alter >=20), Anteil Todesfälle.....	30
G-IQI 03.134 (CH-IQI A.3.14.M) Therapeutischer Katheter der KoronargefäÙe OHNE HD Herzinfarkt (MIT Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das KH, ohne Herzoperation, Alter >=20), Anteil Todesfälle	31
G-IQI 07 (CH-IQI A.7) - Operationen am Herzen	31
G-IQI 07.21 (CH-IQI A.7.30.M) Isolierter Aortenklappenersatz offen chirurgisch OHNE HD Endokarditis und OHNE synchrone LVAD-Implantation (Alter >=20), Anteil Todesfälle	31
G-IQI 07.211 (CH-IQI A.7.31.M) Isolierter Aortenklappenersatz offen chirurgisch MIT HD Endokarditis (Alter >=20), Anteil Todesfälle.....	32

G-IQI 07.212 (CH-IQI A.7.32.M) Isolierter offener Aortenklappenersatz, MIT synchroner LVAD-Implantation (Alter >=20), Anteil Todesfälle	32
G-IQI 07.213 (CH-IQI A.7.25.M) davon isolierter offener Aortenklappenersatz ohne herzunterstützende Systeme, Anteil Todesfälle	33
G-IQI 07.4 (CH-IQI A.7.23.M) Mitral- oder Trikuspidalklappen-Eingriff - TEER, Anteil Todesfälle	33

Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall (Stroke)34

G-IQI 09 (CH-IQI B.1) - Schlaganfall	34
G-IQI 09.1 (CH-IQI B.1.1.M) Hauptdiagnose Schlaganfall OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter >=20), Anteil Todesfälle	35
G-IQI 09.11 (CH-IQI B.1.2.M) Hauptdiagnose Schlaganfall OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter 20-44), Anteil Todesfälle	36
G-IQI 09.12 (CH-IQI B.1.3.M) Hauptdiagnose Schlaganfall OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter 45-64), Anteil Todesfälle	36
G-IQI 09.13 (CH-IQI B.1.4.M) Hauptdiagnose Schlaganfall OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter 65-84), Anteil Todesfälle	36
G-IQI 09.14 (CH-IQI B.1.5.M) Hauptdiagnose Schlaganfall OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter >=85), Anteil Todesfälle	36
G-IQI 09.3 (CH-IQI B.1.7.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter >=20), Anteil Todesfälle	37
Hauptdiagnose Hirninfarkt OHNE Neubildungen oder Kopfverletzungen (Alter >=20), SMR (differenziertes Risikomodell)	37
G-IQI 09.311 (CH-IQI B.1.9.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt (OHNE Zuverlegungen, Neubildungen und Kopfverletzungen, Alter >=20), Anteil Fälle mit systemischer Thrombolyse	38
G-IQI 09.312 (CH-IQI B.1.9.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt mit systemischer Thrombolyse (OHNE Zuverlegungen, Neubildungen und Kopfverletzungen, Alter >=20), Anteil Todesfälle	38
G-IQI 09.321 (CH-IQI B.1.18.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter >=20), Anteil Fälle mit intrakranieller Thrombektomie	38
G-IQI 09.322 (CH-IQI B.1.18.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt - mit intrakranieller Thrombektomie (Alter >=20), Anteil Todesfälle	38
G-IQI 09.323 (CH-IQI B.1.21.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt mit intrakranieller Thrombektomie (Alter 20-69), Anteil Todesfälle	39
G-IQI 09.324 (CH-IQI B.1.22.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt mit intrakranieller Thrombektomie (Alter 70-79), Anteil Todesfälle	39
G-IQI 09.325 (CH-IQI B.1.23.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt mit intrakranieller Thrombektomie (Alter 80-89), Anteil Todesfälle	39
G-IQI 09.326 (CH-IQI B.1.24.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt mit intrakranieller Thrombektomie (Alter >=90), Anteil Todesfälle	39
G-IQI 09.331 (CH-IQI B.1.14.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter >=20), Anteil Fälle mit Pneumonie (ohne vorbestehende)	40

G-IQI 09.332 (CH-IQI B.1.14.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt mit Pneumonie (OHNE vorbestehende, Alter >=20), Anteil Todesfälle.....	40
G-IQI 09.341 (CH-IQI B.1.8.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt OHNE Zuverlegungen (Alter >=20), Anteil Todesfälle	41
G-IQI 09.342 (CH-IQI B.1.13.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt NUR Zuverlegungen (Alter >=20), Anteil Todesfälle	41
G-IQI 09.351 (CH-IQI B.1.16.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt OHNE Zuverlegungen (Alter >=20), Anteil Fälle mit Frühreha	41
G-IQI 09.352 (CH-IQI B.1.17.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt NUR Zuverlegungen (Alter >=20), Anteil Fälle mit Frühreha	41
G-IQI 09.4 (CH-IQI B.1.10.M) Hauptdiagnose Intrazerebrale Blutung (OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen, Alter >=20), Anteil Todesfälle	42
G-IQI 09.5 (CH-IQI B.1.11.M) Hauptdiagnose Subarachnoidalblutung (Alter >=20), Anteil Todesfälle	42
G-IQI 09.61 (CH-IQI B.1.12.P) Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter >=20), Anteil Fälle nicht näher bezeichnet (ICD I64)	42
G-IQI 09.611 (CH-IQI B.1.27.P) Hauptdiagnose Schlaganfall (OHNE Ein-Tages-Fälle mit Weiterverlegung in anderes KH), Anteil Fälle nicht näher bezeichnet (ICD I64)	42
G-IQI 09.62 (CH-IQI B.1.12.M) Hauptdiagnose Schlaganfall - nicht näher bezeichnet (ICD I64) (Alter >=20), Anteil Todesfälle.....	43
G-IQI 09.7 (CH-IQI B.1.25.M) Hauptdiagnose Transitorisch ischämische Attacke (TIA) (OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen, Alter >=20), Anteil Todesfälle	43
G-IQI 09.8 (CH-IQI B.1.26.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt oder Intrazerebrale Blutung BEI Neubildung oder Kopfverletzung, Anteil Todesfälle	43
G-IQI 10 (CH-IQI B.2) - Behandlung auf einer Stroke Unit	44
G-IQI 10.1 (CH-IQI B.2.3.F) Neurologische oder andere Komplexbehandlung (Stroke Unit), Anzahl Fälle.....	44
G-IQI 10.2 (CH-IQI B.2.4.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter >=20), Anteil Fälle mit neurolog. oder anderer Komplexbehandlung	44
G-IQI 10.3 (CH-IQI B.2.2.P) Hauptdiagnose Transitorisch ischämische Attacke (TIA) (Alter >=20), Anteil Fälle mit neurolog. oder anderer Komplexbehandlung	45
G-IQI 10.41 (CH-IQI B.2.5.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt oder TIA OHNE Zuverlegungen (Alter >=20), Anteil Fälle mit neurolog. oder anderer Komplexbehandlung (in Anlehnung an ADSR)	45
G-IQI 10.42 (CH-IQI B.2.6.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt oder TIA NUR Zuverlegungen (Alter >=20), Anteil Fälle mit neurolog. oder anderer Komplexbehandlung (in Anlehnung an ADSR)	45
G-IQI 10.5 (CH-IQI B.2.7.F) Neurologische oder andere Komplexbehandlung bei anderer Hauptdiagnose (NICHT Hirninfarkt oder TIA oder Alter <20), Anzahl Fälle	46
G-IQI 10.6 (CH-IQI B.2.8.P) Hauptdiagnose Intrazerebrale Blutung, Anteil Fälle mit neurologischer, anderer oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung	46
Altersmedizin	47

G-IQI 13.1 (CH-IQI C.1) - Geriatrische Frührehabilitation	47
G-IQI 13.1 (CH-IQI C.1.1.F) Geriatrische Frührehabilitation, Anzahl Fälle.....	47
G-IQI 13.111 (CH-IQI C.1.2.P) Geriatrische Frührehabilitation, Anteil Fälle mit Barthel-Index	47
G-IQI 13.112 (CH-IQI C.1.3.S) Geriatrische Frührehabilitation - motorischer Barthel-Index bei Aufnahme, Mittelwert.....	47
G-IQI 13.113 (CH-IQI C.1.7.P) Geriatrische Frührehabilitation, Anteil Fälle mit erweitertem Barthel-Index	48
G-IQI 13.121 (CH-IQI C.1.4.P) Geriatrische Frührehabilitation, Anteil Fälle mit motorischem FIM™	48
G-IQI 13.122 (CH-IQI C.1.5.S) Geriatrische Frührehabilitation - motorischer FIM™ bei Aufnahme, Mittelwert.....	48
G-IQI 13.123 (CH-IQI C.1.8.P) Geriatrische Frührehabilitation, Anteil Fälle mit kognitivem FIM™	48
G-IQI 13.131 (CH-IQI C.1.9.P) Geriatrische Frührehabilitation, Anteil Fälle mit MMSE.....	48
G-IQI 13.2 (CH-IQI C.2) - Mangelernährung bei Älteren	49
G-IQI 13.2 (CH-IQI C.2.1.P) Patienten >=65 Jahre (ohne Tumor), Anteil Fälle mit erheblicher Mangelernährung / Kachexie	49
G-IQI 13.21 (CH-IQI C.2.2.P) Patienten >=65 Jahre mit erheblicher Mangelernährung / Kachexie (ohne Tumor), Anteil Fälle mit Ernährungstherapie.....	49
G-IQI 13.3 (CH-IQI C.3) - Postoperatives Delir	49
G-IQI 13.3 (CH-IQI C.3.1.P) Alle Operationen (Alter >=60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir	50
G-IQI 13.31 (CH-IQI C.3.2.P) Kolorektale Operationen (Alter >=60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir	50
G-IQI 13.32 (CH-IQI C.3.3.P) Hüft- oder Kniegelenkendoprothese (Alter >=60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir	50
G-IQI 13.33 (CH-IQI C.3.4.P) Hauptdiagnose Pneumonie (Alter >=60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir	50
G-IQI 13.34 (CH-IQI C.3.5.P) Hüftgelenknahe Fraktur (Alter >=60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir	51
G-IQI 13.35 (CH-IQI C.3.6.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter >=60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir	51
G-IQI 13.36 (CH-IQI C.3.7.P) Fälle OHNE Operation (Alter >=60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir	51
Erkrankungen der Lunge	52
G-IQI 14 (CH-IQI D.1) - Lungenentzündung (Pneumonie).....	52
G-IQI 14.2 (CH-IQI D.1.8.M) Hauptdiagnose Pneumonie (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter >=20), Anteil Todesfälle	52
G-IQI 14.26 (CH-IQI D.1.15.M) Hauptdiagnose Pneumonie OHNE COVID-19 (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter >=20), Anteil Todesfälle	52

Hauptdiagnose Pneumonie OHNE COVID-19 (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter >=20), SMR (differenziertes Risikomodell)	52
G-IQI 14.27 (CH-IQI D.1.20.M) Hauptdiagnose Pneumonie MIT COVID-19 (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter >=20), Anteil Todesfälle	53
G-IQI 14.6 (CH-IQI D.1.16.M) Nosokomiale Pneumonie (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter >=20), Anteil Todesfälle	53
G-IQI 14.61 (CH-IQI D.1.17.P) Nosokomiale Pneumonie (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter >=20), Anteil Fälle mit Beatmung > 24 h	54
G-IQI 14.611 (CH-IQI D.1.17.M) Nosokomiale Pneumonie mit Beatmung > 24 Std. (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter >=20), Anteil Todesfälle	54
G-IQI 14.71 (CH-IQI D.1.18.M) Behandlungsfälle mit COVID-19, Anteil Todesfälle	54
G-IQI 14.72 (CH-IQI D.1.19.M) Behandlungsfälle mit COVID-19 und SARI, Anteil Todesfälle	55
Erkrankungen der Bauchorgane	55
G-IQI 18 (CH-IQI E.1) - Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen (Cholezystektomie)	55
G-IQI 18.2 (kein CH-IQI) Cholezystektomie bei Gallensteinen (ohne Tumor), Anteil Fälle mit OP-Umstieg (nur D)	55
G-IQI 21 (CH-IQI E.4) - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm	56
G-IQI 21.3 (CH-IQI E.4.1.M) Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Todesfälle	56
G-IQI 21.311 (CH-IQI E.4.2.M) Kolonresektion bei kolorektalem Karzinom OHNE kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	56
Kolonresektion bei kolorektalem Karzinom OHNE kompl. Diagnose, SMR (differenziertes Risikomodell)	57
G-IQI 21.312 (CH-IQI E.4.3.M) Kolonresektion bei kolorektalem Karzinom MIT kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	57
G-IQI 21.313 (CH-IQI E.4.4.M) Rektumresektion bei kolorektalem Karzinom, Anteil Todesfälle	57
G-IQI 21.9 (CH-IQI E.4.17.P) Kolorektale Resektion BEI Karzinom, Anteil Fälle mit roboterassistiertem Eingriff.....	57
G-IQI 22 (CH-IQI E.5) - Erkrankungen des Magens.....	58
G-IQI 22.3 (CH-IQI E.5.1.F) Magenresektionen, Anzahl Fälle	58
G-IQI 22.31 (CH-IQI E.5.2.M) Magenresektion OHNE komplexen Ösophaguseingriff (bei Magenkarzinom), Anteil Todesfälle.....	58
G-IQI 22.32 (CH-IQI E.5.3.M) Magenresektion MIT komplexem Ösophaguseingriff, Anteil Todesfälle	58
G-IQI 22.33 (CH-IQI E.5.6.M) Magenresektion OHNE komplexen Ösophaguseingriff (nicht bei Magenkarzinom), Anteil Todesfälle.....	58
G-IQI 22.4 (CH-IQI E.5.7.F) Revisionsoperation (OPS 5-447-) nach Magen-Operation (wenn nicht in 22.3/31/32/33), Anzahl Fälle.....	59
Gefäßoperationen	59

G-IQI 27 (CH-IQI F.2) - Eingriffe an der Hauptschlagader (Aorta)	59
G-IQI 27.51 (CH-IQI F.2.14.P) Resektion/Ersatz abdominale Aorta, Anteil Fälle mit Kolonischämie.....	59
G-IQI 27.52 (CH-IQI F.2.15.P) Resektion/Ersatz thorakale Aorta, Anteil Fälle mit Kolonischämie.....	60
Geburtshilfe und Frauenheilkunde	60
G-IQI 32 (CH-IQI G.1) - Geburten.....	60
G-IQI 32.1 (CH-IQI G.1.1.P) Geburten insgesamt, Anteil mütterliche Todesfälle	60
G-IQI 32.21 (CH-IQI G.1.2.P) Vaginale Geburt, Anteil Fälle mit Dammriss 4. Grades	61
G-IQI 33 (CH-IQI G.2) - Neugeborene	61
Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe	62
G-IQI 41/42/43/44/45 (CH-IQI I.1) - Gelenkersatz, Endoprothese	62
G-IQI 42.1 (CH-IQI I.1.12.M) Hüft-Endoprothesen-Wechsel OHNE Hauptdiagnose Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle	62
G-IQI 44.1 (CH-IQI I.1.18.M) Knie-Endoprothesen-Wechsel OHNE Hauptdiagnose Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle	63
G-IQI 46 (CH-IQI I.3) - Hüftgelenknahe Frakturen	63
Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane	64
G-IQI 50 (CH-IQI H.1) - Entfernung der Niere (Nephrektomie und partielle Nephrektomie)	64
G-IQI 50.9 (CH-IQI H.1.11.P) Nephrektomie bei bösartiger Neubildung Niere, Anteil Fälle mit roboterassistiertem Eingriff.....	64
G-IQI 51 (CH-IQI H.3) - Eingriffe an der Harnblase	64
G-IQI 51.9 (CH-IQI H.3.7.P) Zystektomie und Eviszeration des Beckens, Anteil Fälle mit roboterassistiertem Eingriff.....	64
G-IQI 52 (CH-IQI H.4) - Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (Prostata-TUR).....	64
G-IQI 52.1 (CH-IQI H.4.3.M) Transurethrale Prostata-Resektion - bei GUTartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle	65
G-IQI 52.2 (CH-IQI H.4.4.M) Transurethrale Prostata-Resektion - bei BÖSartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle	65
G-IQI 52.3 (CH-IQI H.4.2.P) Transurethrale Prostata-Resektion, Anteil Fälle mit Komplikationen (ohne Todesfälle)	65
G-IQI 53 (CH-IQI H.5) - Fälle mit Prostatakarzinom und Radikalentfernung der Prostata.....	65
G-IQI 53.9 (CH-IQI H.5.3.P) Radikale Prostatovesikulektomie, Anteil Fälle mit roboterassistiertem Eingriff.....	65
G-IQI 54 (CH-IQI H.2) - Nierensteine	66
G-IQI 54.1 (CH-IQI H.2.1.F) Hauptdiagnose Nierensteine, Anzahl Fälle.....	66

G-IQI 54.2 (CH-IQI H.2.2.P) Hauptdiagnose Nierensteine, Anteil Fälle mit Intervention zur Steinentfernung.....66

Hautkrankheiten.....67

Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)67

G-IQI 56 (CH-IQI J.1) - Beatmung, ARDS und extrakorporale Verfahren67

G-IQI 56.3 (CH-IQI J.1.9.M) Beatmung > 24 Stunden OHNE COVID-19 (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle.....67

G-IQI 56.31 (CH-IQI J.1.10.M) Beatmung > 24 Stunden MIT COVID-19 (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle.....67

Bereich 56.4* ARDS – Acute Respiratory Distress Syndrome67

G-IQI 56.4 (CH-IQI J.1.11.P) Alle Fälle, Anteil mit ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)68

G-IQI 56.41 (CH-IQI J.1.12.P) Beatmung, Anteil Fälle mit ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)68

G-IQI 56.42 (CH-IQI J.1.13.P) Große Operation oder Transfusion von mind. 5 EK oder TK, Anteil Fälle mit ARDS.....68

G-IQI 56.43 (CH-IQI J.1.14P) Lungenresektion, Anteil Fälle mit ARDS69

G-IQI 57 (CH-IQI J.2) - Sepsis69

G-IQI 57.1 (CH-IQI J.2.1.M) Hauptdiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger, Anteil Todesfälle69

G-IQI 57.11 (CH-IQI J.2.2.M) Hauptdiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger MIT Organkomplikation/Schock, Anteil Todesfälle71

G-IQI 57.12 (CH-IQI J.2.3.M) Hauptdiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger OHNE Organkomplikation/Schock, Anteil Todesfälle71

G-IQI 57.13 (CH-IQI J.2.8.P) Hauptdiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger, Anteil Fälle nicht-nosokomial71

G-IQI 57.14 (CH-IQI J.2.9.P) Hauptdiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger, Anteil Fälle ohne Angabe der Sepsis-Entstehung (U69.8-)72

G-IQI 57.2 (CH-IQI J.2.4.M) Nebendiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger oder SIRS, Anteil Todesfälle72

G-IQI 57.21 (CH-IQI J.2.5.M) Nebendiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger oder SIRS MIT Organkomplikation/Schock, Anteil Todesfälle73

G-IQI 57.22 (CH-IQI J.2.10.P) Nebendiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger, Anteil Fälle nosokomial73

G-IQI 57.23 (CH-IQI J.2.11.P) Nebendiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger, Anteil Fälle ohne Angabe der Sepsis-Entstehung (U69.8-)74

G-IQI 57.3 (CH-IQI J.2.6.M) Haupt- oder Nebendiagnose SIRS OHNE Organkomplikation, Anteil Todesfälle74

G-IQI 57.4 (CH-IQI J.2.7.M) Haupt- oder Nebendiagnose Sepsis durch NICHT bakterielle Erreger, Anteil Todesfälle74

G-IQI 58 (CH-IQI J.3) - Komplexe Konstellationen	75
Transfusionen	75
G-IQI 58.3 (CH-IQI J.3.4.P) Alle Behandlungen, Anteil Fälle mit Transfusion	75
G-IQI 58.31 (CH-IQI J.3.5.P) Fälle mit Operation, Anteil Fälle mit Transfusion	76
G-IQI 58.311 (CH-IQI J.3.7.M) Operation MIT Transfusion von mind. 5 EK oder TK und Intensivaufenthalt (ohne Organtransplantation, Polytrauma, Herz-OP offen oder Hämato-Onkologische Diagnose), Anteil Todesfälle	76
G-IQI 58.312 (CH-IQI J.3.9.P) Herzoperation offen chirurgisch, Anteil Fälle mit Transfusion	77
G-IQI 58.313 (CH-IQI J.3.10.M) Herzoperation offen chirurgisch MIT Transfusion von mind. 5 EK oder TK und Intensivaufenthalt, Anteil Todesfälle	77
G-IQI 58.32 (CH-IQI J.3.11.P) Konservative Versorgung, Anteil Fälle mit Transfusion	78
G-IQI 58.321 (CH-IQI J.3.6.M) Konservative Versorgung MIT Transfusion von mind. 5 EK oder TK und Intensivaufenthalt (ohne Polytrauma oder Hämato-Onkologische Diagnose), Anteil Todesfälle	78
G-IQI 58.33 (CH-IQI J.3.12.P) ECMO-Therapie, Anteil Fälle mit Transfusion von mind. 5 EK oder TK	78
G-IQI 58.4 (CH-IQI J.3.8.P) Fälle mit Operation oder Eingriff insgesamt, Anteil Fälle mit Nebendiagnose Lungenembolie	79
G-IQI 58.41 (CH-IQI J.3.8.M) Fälle mit Operation oder Eingriff mit Nebendiagnose Lungenembolie, Anteil Todesfälle	79
G-IQI 59 - Obduktionsrate	80
Hochspezialisierte Medizin	80
Palliativmedizin	80
Roboterassistierte Eingriffe	80
G-IQI 69 (CH-IQI N.1) - Roboterassistierte Eingriffe	80
G-IQI 69.1 (CH-IQI N.1.3.F) Roboterassistierte Eingriffe gesamt in G-IQI (21.9, 50.9, 51.9 und 53.9), Anzahl Fälle	80
G-IQI 69.2 (CH-IQI N.1.4.F) Roboterassistierte Eingriffe gesamt NICHT in G-IQI (21.9, 50.9, 51.9 und 53.9), Anzahl Fälle	81
G-IQI 69.3 (CH-IQI N.1.2.F) Roboterassistierte Eingriffe gesamt, Anzahl Fälle	81
Mindestmengen für Krankenhäuser (G-BA)	81
Zielsetzung	82
Mindestmengenregelungen	82
Übergangsregelung	82
Leistungen mit Mindestmengen	83
G-IQI 70 (CH-IQI Z.3) - Mindestmengen gemäß Definition des G-BA	83

„Standort eines Krankenhauses“ (= „Entlassender Standort“)	84
Hinweise zur Version 5.5	84
G-IQI M.01 (CH-IQI Z.3.1.F) Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende) - Mindestmenge pro Standort	84
G-IQI M.011 (CH-IQI Z.3.2.F) Lebertransplantation (ohne Teilleber-Lebendspende) - Mindestmenge pro Standort	85
G-IQI M.02 (CH-IQI Z.3.3.F) Nierentransplantation (inkl. Lebendspende) - Mindestmenge pro Standort	85
G-IQI M.03 (CH-IQI Z.3.4.F) Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus - Mindestmenge pro Standort	86
G-IQI M.031 (CH-IQI Z.3.5.F) Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus, Alter >= 20 - Mindestmenge pro Standort	86
G-IQI M.032 (CH-IQI Z.3.5.M) Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Alter >= 20), MiMe, Anteil Todesfälle (vgl. G-IQI 24.1)	86
G-IQI M.04 (CH-IQI Z.3.6.F) Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas - Mindestmenge pro Standort	87
G-IQI M.041 (CH-IQI Z.3.7.F) Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas, Alter >= 20 - Mindestmenge pro Standort	87
G-IQI M.042 (CH-IQI Z.3.7.M) Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Alter >= 20), MiMe, Anteil Todesfälle (vgl. G-IQI 25.1 (CH-IQI E.7.1.M))	88
G-IQI M.04Z Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas ab 2025 - Mindestmenge pro Standort	88
G-IQI M.05 (CH-IQI Z.3.8.F) Allogene Stammzelltransplantation - Mindestmenge pro Standort	89
G-IQI M.051 (CH-IQI Z.3.9.F) Allogene Stammzelltransplantation, Alter >= 20 - Mindestmenge pro Standort	89
G-IQI M.052 (CH-IQI Z.3.9.M) Allogene Stammzelltransplantation (Alter >= 20), MiMe, Anteil Todesfälle	90
G-IQI M.06 (CH-IQI Z.3.10.F) Kniegelenk Totalendoprothesen - Mindestmenge pro Standort	90
G-IQI M.07 (CH-IQI Z.3.11.F) Koronarchirurgische Eingriffe - vom GBA nicht definiert (siehe hierzu G-IQI 07.12)	91
G-IQI M.08 (CH-IQI Z.3.12.F) Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g – Mindestmenge pro Standort mit ausgewiesenem Level 1 (entspr. QFR-RL)	91
G-IQI M.08Z Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g ab 2024 – Mindestmenge pro Standort mit ausgewiesenem Level 1 (entspr. QFR-RL)	91
G-IQI M.09 (CH-IQI Z.3.13.F) Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) ab 2024 - Mindestmenge pro Standort	91
G-IQI M.09Z Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) ab 2025 - Mindestmenge pro Standort	92

G-IQI M.10 (CH-IQI Z.3.14.F) Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms - Mindestmenge pro Standort	92
G-IQI M.101 (CH-IQI Z.3.15.F) Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms, Alter >= 20 - Mindestmenge pro Standort	93
G-IQI M.102 (CH-IQI Z.3.15.M) Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms (Alter >= 20), MiMe, Anteil Todesfälle (vgl. G-IQI 17*)	94
G-IQI M.10Z Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms ab 2025 - Mindestmenge pro Standort.....	94
Zusatzinformationen.....	95
COVID-19.....	95

Einführung

Der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) e.V. führt alle 2 Jahre ein Vorschlagsverfahren für die G-IQI und CH-IQI durch. Nach eingehenden Beratungen, Testrechnungen und Bewertungen durch ein Fachgremium werden dann neue Indikatoren, Änderungen und Erweiterungen in das G-IQI/CH-IQI-Indikatorenset übernommen. Die Ergebnisse stehen in der Zusammenfassung allen Mitgliedern zur Verfügung. Zusätzlich gibt es im Laufe der Anwendung der G-IQI und CH-IQI in den Mitgliedshäusern und im Rahmen der Peer Review-Verfahren immer wieder Fragen zum inhaltlichen Verständnis und zur Zielsetzung einzelner Indikatoren und auch ganzer Bereiche.

Aufgrund dessen entstand der Wunsch nach einem leicht zugänglichen Gesamtdokument, in dem die Neuerungen der jeweils aktuellen Indikatorenversion erläutert, aber auch die Fragen der Mitglieder mit den entsprechenden Antworten in Form von FAQ – Frequently Asked Questions für die Anwender bereitgestellt werden. In diesem Sinne wird das Dokument kontinuierlich weiterentwickelt und ergänzt.

Die Beschreibungen der Indikatoren beziehen sich auf die G-IQI und die entsprechenden CH-IQI. Zusätzlich werden grundsätzliche Unterschiede zwischen Deutschland und der Schweiz und relevante Besonderheiten dargestellt. Die Bezeichnung „G-IQI/CH-IQI“ wird verwendet, wenn sich der Text auf die beiden Indikatorensysteme G-IQI und CH-IQI bezieht.

Abkürzungen

ADSR	Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister
AHRQ	Association of Healthcare Research and Quality
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome
BAG	Bundesamt für Gesundheit Schweiz
BFS	Bundesamt für Statistik Schweiz
CH-IQI	Swiss Inpatient Quality Indicators
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
Destatis	Statistisches Bundesamt Deutschland
EK	Erythrozytenkonzentrat
FAQ	Frequently Asked Questions (häufig gestellte Fragen)
FIM™	Functional Independence Measure
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss Deutschland
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators
h	Stunden
HD	Hauptdiagnose
HMV	Beatmungsstunden (Hours of Mechanical Ventilation)
ICD-10-GM	International Classification of Diseases, 10. Revision, German Modification
ICU	Intensivstation (Intensive Care Unit)
IQI	Inpatient Quality Indicators (hier als Oberbegriff für G-IQI und CH-IQI)
IQM	Initiative Qualitätsmedizin
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
Mm-R	Mindestmengenregelung Deutschland
MMSE	Mini-Mental-State-Examination
ND	Nebendiagnose
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel (Deutschland)
POA	Present on Admission (vorhanden bei Aufnahme)
PSI	Patient Safety Indicators
QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten
SARI	Schwere Atemwegsinfektion (Severe Acute Respiratory Infection)
SGB V	Sozialgesetzbuch V

SMR	Standardisiertes Sterblichkeitsverhältnis (Standardized Mortality Ratio)
TEER	Transcatheter-Edge-to-Edge-Repair
TIA	Transitorische Ischämische Attacke
TK	Thrombozytenkonzentrate
TUR	Transurethrale Resektion
VAD	Mechanisches Herzunterstützungssystem (Ventricular assist device)
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (Schweiz)
.-	alle detaillierter kodierten Diagnosen/Behandlungen zu einem Hauptkode

Aktuelle Hinweise

Allgemeine Änderungen in Version 5.5

Beschrieben sind an dieser Stelle wesentliche allgemeine Änderungen, die mehrere oder alle Krankheitsbereiche betreffen. Alle anderen Weiterentwicklungen sind im entsprechenden Kapitel erläutert.

Kennzeichnung von Sentinel Event-Indikatoren

Neu in Version 5.5

Indikatorergebnisse, die nach definierten Kriterien als Sentinel Events eingestuft werden, sind unabhängig von der Rate in den Auswertungen nun mit „SE“ gekennzeichnet. Dadurch wird es möglich, einen schnellen Überblick zu bekommen und diese Fälle zu überwachen.

Details siehe Abschnitt **Sentinel Event-Indikatoren**

Überarbeitung der Indikatorbezeichnungen

Modifiziert in Version 5.5:

Die Bezeichnungen der G-IQI-/CH-IQI-Indikatoren wurden komplett überarbeitet und systematisch neu vergeben. In diesem Dokument werden ausschließlich die neuen Bezeichnungen verwendet.

- Die Eindeutigkeit und Verständlichkeit der Bezeichnungen sind besser.
- Die Lesbarkeit für die Anwender wird erleichtert.
- Jede Indikatorbezeichnung ist individuell und eindeutig verständlich.

Details siehe Abschnitt **Indikatorbezeichnungen**

Publikationen

Folgende Publikationen können für weitere Informationen zu neuen und veränderten Indikatoren in der Version 5.5 der G-IQI und der CH-IQI herangezogen werden:

German Inpatient Quality Indicators – Dokumentation in der Solventum Regeldesigner Syntax Version 5.5 2024. Solventum Health Information Systems

CH-IQI - Swiss Inpatient Quality Indicators Spezifikationen Version 5.5. Bundesamt für Gesundheit (BAG). <https://www.bag.admin.ch/qjss>

Nimptsch U, Assenmacher D, Cools A, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 5.5. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2022. Working Papers in Health Services Research Vol. 8. Berlin: Technische Universität Berlin 2024. DOI: [10.14279/depositonce-20906](https://doi.org/10.14279/depositonce-20906)

CH-IQI Struktur mit Überleitungstabelle zu G-IQI

https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/chiqi_struktur.xlsx

Zahnd, Daniel/Weiser, Octavian (2024): Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI
Version 5.5. Solventum Health Information Systems.

Arten von Indikatoren¹

Indikatoren aus Krankenhausabrechnungsdaten lassen sich durch die beliebig komplexe logische Kombination von Haupt- und Nebendiagnosen, Prozeduren, demografischen und weiteren Informationen ableiten. Den Kennzahlen zu den einbezogenen Krankheitsbildern und Behandlungen liegt ein jahrelanger Auswahl- und Konsentierungsprozess zugrunde, in dem immer wieder Anregungen und Vorschläge der Anwender berücksichtigt wurden.

Das Indikatorensystem der G-IQI umfasst unterschiedliche Arten von Indikatoren, die nachfolgend erläutert werden. Für ausgewählte Indikatoren werden Zielwerte vorgeschlagen (z.B. klinikinterne Sterblichkeit geringer als im Bundesdurchschnitt), die im Rahmen eines kontinuierlichen Qualitätsmanagements zur Zieldefinition, Bewertung und kontinuierlichen Verbesserung der medizinischen Prozess- und Ergebnisqualität herangezogen werden können.

Risikoadjustierte Sterblichkeit mit Erwartungswerten und standardisiertem Sterblichkeitsverhältnis (SMR)

Mit dem Verfahren der indirekten Standardisierung wird jedem Behandlungsfall aufgrund seiner Eigenschaften das gemäß dem Bundesdurchschnitt zu erwartende Sterberisiko zugewiesen. Dabei werden die Merkmale Alter und Geschlecht berücksichtigt. Für einige ausgewählte Indikatoren werden differenzierte Risikomodelle angewendet, die darüber hinaus weitere Merkmale einbeziehen.² Durch Aufsummierung der Risiken über die Behandlungsfälle eines Krankenhauses wird die erwartete Anzahl der Todesfälle (Erwartungswert) in einem Indikator bestimmt und mit der beobachteten Anzahl der Todesfälle ins Verhältnis gesetzt. Der Quotient von beobachteter und erwarteter Sterblichkeit ist das standardisierte Sterblichkeitsverhältnis (Standardized Mortality Ratio, SMR). Eine SMR unter 1 bedeutet, dass die Sterblichkeit in einem Krankenhaus – bereinigt um die in der Risikoadjustierung berücksichtigten Faktoren – geringer als im Bundesdurchschnitt ist, während eine SMR über 1 eine höhere Krankenhaussterblichkeit im Vergleich zum Bundesdurchschnitt anzeigt. Sterblichkeitsindikatoren mit Erwartungswert sind in der Regel als Zielwerte definiert.

Sterblichkeit ohne Erwartungswert

Nicht für alle Indikatoren ist die Berechnung einer risikoadjustierten Sterblichkeit sinnvoll, da die Berücksichtigung evtl. vorhandener Risiken u.a. Teil der Indikationsstellung und des Risikomanagements ist und somit auch Teil der Qualität des gesamten Behandlungsprozesses. In

¹ Nimptsch U, Assenmacher D, Cools A, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 5.5. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2022. Working Papers in Health Services Research Vol. 8. Berlin: Technische Universität Berlin 2024. DOI: [10.14279/depositonce-20906](https://doi.org/10.14279/depositonce-20906)

² Schwarzkopf D, Graf R, Nimptsch U. Weiterentwicklung der Risikoadjustierung für die German Inpatient Quality Indicators. In: Martin J, Braun JP, Zacher J (Hrsg.) Handbuch IQM. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2023, 213-24.

solchen Fällen kommt eine Risikostratifizierung mit Darstellung möglichst homogener Gruppen zur Anwendung. Dafür werden die Fälle in risikostratifizierten Untergruppen ausgewiesen (z.B. Operationen der Becken-Bein-Arterien unterteilt nach Fontaine-Stadien) oder es werden anhand definierter Ein- und Ausschlusskriterien weitgehend homogene Patientengruppen gebildet (z.B. Isolierter Aortenklappenersatz offen chirurgisch ohne Hauptdiagnose Endokarditis und ohne synchrone LVAD-Implantation). Dies ermöglicht eine sinnvolle fachliche Beurteilung und ggf. gezielte Fallanalysen. Einige der Sterblichkeitsindikatoren ohne Erwartungswert sind als Zielwerte definiert.

Beobachtungswerte

Bei einigen Indikatoren sind die Fallzahlen in einzelnen Kliniken so gering und/oder die Leistungen so komplex, dass aussagekräftige Vergleiche nur schwer möglich sind. Wegen der niedrigen Fallzahlen sind Risikoadjustierung und Risikostratifizierung wenig sinnvoll, da die Beurteilungsunsicherheit aufgrund der geringen Fallzahl bei weitem überwiegt. Damit ist auch die Vorgabe von Zielwerten nicht sinnvoll. Deshalb werden solche Kennzahlen als Beobachtungswerte gekennzeichnet. Trotz der Beurteilungsunsicherheiten können die Werte bei deutlichen Abweichungen intern als Aufgreifkriterien für Fallanalysen genutzt werden.

Informationswerte

Bestimmte Sachverhalte haben keinen eindeutigen bzw. konsentierten Bezug zur Qualität, werden aber als Information immer wieder nachgefragt. Hierzu gehört beispielsweise der Anteil Verlegungen in ein anderes Akutkrankenhaus bei bestimmten Erkrankungen. Auch die mittlere Verweildauer bei bestimmten Behandlungen ist für das Klinikmanagement von Interesse. Im Vergleich hohe Werte können auf Probleme in der Ablauforganisation oder gelegentlich auch auf zu hohe Komplikationsraten hinweisen. Verlegungsraten und Verweildauer werden in einem eigenen Abschnitt separat von den medizinischen Indikatoren ausgewiesen und können klinikintern zum Vergleich und für weitergehende Analysen verwendet werden. Weitere Informationswerte dienen der Einordnung des klinikeigenen Behandlungsspektrums (z.B. Kolorektale Resektion bei kolorektalem Karzinom, Anteil Fälle mit Leberresektion/-destruktion) oder der Risikoverteilung (z.B. Hauptdiagnose Herzinfarkt, Anteil Fälle mit transmuralem Herzinfarkt/STEMI).

Prozesskennzahlen, Komplikationskennzahlen

Als Prozesskennzahlen werden beispielsweise die Anteile bestimmter Operationstechniken dargestellt. So wird der prozentuale Anteil minimalinvasiver Eingriffe bei Gallenblasenentfernungen oder bei Nierenoperationen dargestellt. In einigen Fällen werden auch Komplikationsraten direkt ausgewiesen (z.B. Dammriss 4. Grades bei Geburten). Prozesskennzahlen oder Komplikationskennzahlen sind dort, wo ein Fachkonsens erzielbar war, mit Zielwerten versehen. Anderenfalls werden sie als Informationswerte für die fachinterne Diskussion ausgewiesen.

Mengeninformation

Bei vielen Krankheitsbildern oder Behandlungen lassen sich derzeit keine sinnvollen Ergebnisindikatoren aus den verfügbaren Daten ableiten. Es kann aber dennoch ein Interesse daran bestehen, die Fallzahl einer Klinik zu kennen, um beurteilen zu können, ob die Krankheit dort überhaupt behandelt wird und – wenn ja – mit welchem Erfahrungshintergrund. Für einige wichtige Erkrankungen und Behandlungen wird daher die Anzahl der Behandlungsfälle zur Information ausgewiesen. Als Bundesreferenzwerte für diese Mengeninformationen werden die mittlere und die mediane Fallzahl der Kliniken, die die entsprechende Leistung erbringen, dargestellt. Anhand dieser Kennzahlen können klinikinterne Fallzahlen im Vergleich eingeordnet und bewertet werden.

Gesetzliche Mindestmengen

Die Indikatoren bilden auch ab, ob ein Krankenhaus die gesetzliche Mindestmengenvorgabe (gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V) erreicht. Für das Einzelkrankenhaus wird dargestellt, ob die Mindestfallzahl erreicht wurde oder nicht. Als Bundesreferenzwert wird der bundesweite Anteil der Kliniken, die die jeweilige Mindestmenge erreicht haben, ausgewiesen. Diese Information kann herangezogen werden, um zu prüfen, inwieweit Gruppen von Kliniken die Mindestmengenregelungen mehr oder weniger gut einhalten als der Bundesdurchschnitt. Seit dem Jahr 2018 beziehen sich alle geltenden Mindestmengen auf den Krankenhausstandort. Da sich der Standortbezug anhand der verfügbaren Informationen in der DRG-Statistik noch nicht sicher abbilden lässt, beziehen sich die Bundesreferenzwerte zur Mindestmengerreichung auf das Institutionskennzeichen, das ggf. mehrere Krankenhausstandorte umfassen kann. Daher kann der Anteil der Krankenhäuser, die die jeweilige Mindestmenge erreichten, in den Bundesreferenzwerten überschätzt sein.

Risikoadjustierung

Indirekte Risikoadjustierung / SMR (Standardized Mortality Ratio)

Da sich die Patientenstruktur in den Krankenhäusern/Spitälern erheblich unterscheiden kann, wurde die sogenannte indirekte Standardisierung gewählt, um die Vergleichbarkeit zu verbessern. Dabei wird jedem Behandlungsfall aufgrund seiner Eigenschaften das gemäß dem Bundesdurchschnitt (siehe Abschnitt Bundesreferenzwerte) zu erwartende Sterberisiko zugewiesen. Es handelt sich dabei um die Sterblichkeit, die zu erwarten wäre, wenn man für den untersuchten Indikator aus der Gesamtpatientengruppe eine Stichprobe mit gleicher Alters- und Geschlechtsverteilung wie im betreffenden Krankenhaus ziehen würde. Durch Aufsummierung dieser Risiken über die Behandlungsfälle eines Krankenhauses wird die erwartete Anzahl der Todesfälle (Erwartungswert) in einem Indikator bestimmt und mit der beobachteten Anzahl der Todesfälle ins Verhältnis gesetzt. Der Quotient von beobachteter und erwarteter Sterblichkeit ist das standardisierte Sterblichkeitsverhältnis (Standardized Mortality Ratio, SMR).

Differenzierte Risikomodelle

Für die Risikoadjustierung wurden in der Vergangenheit die Merkmale Alter und Geschlecht berücksichtigt.

Im Rahmen von erweiterten Risikomodelle werden für ausgewählte Indikatoren zusätzlich weitere Merkmale einbezogen.³ Die erweiterten Risikomodelle berücksichtigen neben Alter und Geschlecht auch Begleiterkrankungen, ggf. die Erkrankungsschwere sowie den Zuverlegungsstatus. Erweiterte Risikomodelle werden derzeit für die folgenden Indikatoren (neue Bezeichnungen) berechnet:

- G-IQI 01.1 Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle
- G-IQI 02.1 Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle
- G-IQI 09.3 Hauptdiagnose Hirninfarkt OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle
- G-IQI 14.26 Hauptdiagnose Pneumonie OHNE COVID-19 (ohne Zuverlegung, Tumor, Mukoviszidose, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle
- G-IQI 21.311 Kolonresektion bei kolorektalem Karzinom OHNE kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Gemeinsam mit Experten aus den Fachbereichen Kardiologie und Pneumologie wurden die Risikomodelle für die Indikatoren G-IQI 02.1 Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle und G-IQI 14.26 Hauptdiagnose Pneumonie OHNE COVID-19 (ohne Zuverlegung, Tumor, Mukoviszidose, Alter ≥ 20) um einige Variablen erweitert und modifiziert. Hierdurch wird die Vergleichbarkeit der Kennzahlen weiter verbessert.

Die differenzierten Risikomodelle werden ab sofort und ausschließlich eingesetzt. Die reine Risikoadjustierung nach Alter und Geschlecht, die bisher parallel ausgewiesen wurde, wird für die Indikatoren, für die ein erweitertes Risikomodell verfügbar ist, zukünftig nicht mehr berechnet oder dargestellt.

Hinweis:

Für die Berechnungen der Risikomodelle wird der §21-Datensatz verwendet. Dieser stellt aus verschiedenen Gründen keine vollständige Abbildung der medizinischen Realität dar. Daher kann nicht jede Risikokonstellation passgenau berücksichtigt werden.

Die G-IQI/CH-IQI sind als Aufgreifkriterien für Peer Review Verfahren und nicht zur exakten Messung der Qualität konzipiert, so dass gewisse Ungenauigkeiten akzeptiert werden.

Details zur Risikoadjustierung und den verschiedenen Modellen finden sich in der Veröffentlichung der G-IQI Bundesreferenzwerte.⁴

³ Schwarzkopf D, Graf R, Nimptsch U. Weiterentwicklung der Risikoadjustierung für die German Inpatient Quality Indicators. In: Martin J, Braun JP, Zacher J (Hrsg.) Handbuch IQM. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2023, 213-24.

⁴ Nimptsch U, Assenmacher D, Cools A, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 5.5. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2022. Working Papers in Health Services Research Vol. 8. Berlin: Technische Universität Berlin 2024. DOI: [10.14279/depositonce-20906](https://doi.org/10.14279/depositonce-20906)

Allgemeines zu Indikatoren

Unterschiede in den Spezifikationen zwischen G-IQI und CH-IQI (D / CH)

Die G-IQI werden jährlich in die CH-IQI übertragen. Das Verfahren und die Ergebnisse werden jeweils in einem Bericht auf der Webseite des BAG veröffentlicht.⁵

Im nachfolgenden Abschnitt werden allgemeine Unterschiede beschrieben, die sich auf alle oder mehrere Kapitel und Indikatoren auswirken.

Spezifische Unterschiede, die bei der Berechnung einzelner Kennzahlen zum Tragen kommen, werden bei den jeweiligen Indikatoren erläutert.

Datengrundlage

Deutschland

Datengrundlage: Datensatz gemäß § 21 Abs.1 KHEntgG⁶

Klassifikation Diagnosen: ICD-10-GM des jeweiligen Erfassungsjahres

Klassifikation Prozeduren/Operationen: OPS-Katalog des jeweiligen Erfassungsjahres

Schweiz

Datengrundlage: BFS-Datensatz⁷

Klassifikationen Diagnosen: bis 31.12.2024 gilt der ICD-10-GM 2022, ab 2025 wird der ICD-10-GM 2024 eingesetzt werden. Der Wechsel auf einen neuen ICD-GM-Katalog erfolgt alle 2 Jahre

Klassifikation Prozeduren/Operationen: bis 31.12.2023 wurde der CHOP-Katalog 2022 eingesetzt, seit 1.01.2024 ist der CHOP-Katalog 2024 gültig.

Diagnoseklassifikationen (ICD-10-GM-Katalog)

Der ICD-10-GM-Katalog wird jährlich durch das deutsche BfArM aktualisiert. In der Schweiz wird der Wechsel auf einen neuen ICD-10-GM-Katalog alle 2 Jahre vollzogen. Wenn neue Codes eingeführt werden, die in der Vorversion noch nicht vorhanden waren, entstehen Abweichungen in der Kodierbarkeit von Diagnosen. Dies wirkt sich auf die Spezifikationen einiger Indikatoren aus, da nur Codes in die Berechnung einbezogen werden können, die auch kodiert wurden. Bei den betroffenen Indikatoren ist dies konkret beschrieben.⁸

Details finden sich im Bericht zur Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI⁹.

⁵ Zahnd, Daniel/Weiser, Octavian (2024): Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI Version 5.5. Solventum Health Information Systems.

⁶ [v21-KHEntgG_A-2024_2024_Änderungsfassung_20240503.pdf](#) (828,59 kB)

⁷ Bundesamt für Statistik (BFS) (2020): Variablen der Medizinischen Statistik - Spezifikationen gültig ab 1.01.2020

⁸ Zahnd, Daniel/Weiser, Octavian (2024): Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI Version 5.5. Solventum Health Information Systems.

⁹ Zahnd, Daniel/Weiser, Octavian (2024): Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI Version 5.5. Solventum Health Information Systems.

Prozedurenklassifikationen (OPS/CHOP)

Der CHOP-Katalog wird jährlich aktualisiert. Aufgrund der unterschiedlichen Systematik der Prozedurenklassifikationen in Deutschland und der Schweiz gibt es bei der Übertragung von G-IQI auf CH-IQI verschiedene Problemstellungen. Diese werden unterschiedlich gelöst, um eine möglichst genaue Nachbildung der Originaltabellen zu erreichen. Dennoch ergeben sich Abweichungen bei den Ergebnissen der G-IQI und CH-IQI.

1. Spezifische OPS-Kodes, die für die Berechnung eines Indikators verwendet werden, sind im CHOP-Katalog nicht vorhanden.
Lösung: Diese Indikatoren können für die Schweiz nicht umgesetzt werden (Beispiel: G-IQI 18.2 Cholezystektomie bei Gallensteinen (ohne Tumor), Anteil Fälle mit OP-Umstieg)
2. Tabellen bzw. Kodelisten, die auf Basis der Systematik des OPS-Katalogs erstellt werden, die nicht derjenigen im CHOP-Katalog entspricht.

Beispiel 1:

Tabelle Operationen_Ausschluss:

D: alle Kodes aus Kapitel 5 Operationen mit einigen spezifischen Ausschlüssen.

CH: Liste der OR-Prozeduren gemäß SwissDRG, die um einige Kodes bereinigt und um weitere ergänzt wird.

Beispiel 2:

Therapeutische Maßnahmen:

D: alle Kodes aus Kapitel 5 Operationen und alle Kodes aus Kapitel 8 Nicht operative therapeutische Maßnahmen

CH: Tabelle Operationen_Ausschluss und nicht operative Maßnahmen ermittelt nach Schlüsselwörtern

Die Details finden sich im Bericht zur Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI¹⁰.

Funktionen

Funktionen werden verwendet, um Fälle mit wiederkehrende Fallkonstellationen mit mehreren Auswahlkriterien zu spezifizieren.

Funktion F_ICU (Intensiv Care Unit)

Frage:

Wieso wird für die CH-IQI zusätzlich zur Funktion F_ICU die Verweildauer auf der Intensivstation für die Ermittlung von Intensivpatienten verwendet?

Antwort:

In der Schweiz wird schon lange die Angabe der Intensivverweildauer von den Spitälern zuverlässig erfasst. Diese ist daher für die Berechnung der CH-IQI valide verwendbar, um zu identifizieren, ob ein Patient auf der Intensivstation lag und wie lange. Zusätzlich wird die Funktion F_ICU verwendet, um die Spezifikationen von G-IQI und CH-IQI möglichst vergleichbar zu halten.

¹⁰ Zahnd, Daniel/Weiser, Octavian (2024): Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI Version 5.5. Solventum Health Information Systems.

Seit 2022 ist es auch in Deutschland möglich, im §21-Datensatz die Intensivverweildauer in Minuten zu erfassen und zusätzlich das Merkmal Intensivstation in der FAB-Datei anzugeben. Die Vollständigkeit und Korrektheit dieser Angaben sind bisher nicht sehr zuverlässig, so dass hier keine validen Berechnungen durchgeführt werden können. Daher wird nach wie vor die Funktion F_ICU mit einer Kombination aus intensivmedizinischer Komplexbehandlung und Beatmung verwendet. Wenn die Angaben zum Intensivaufenthalt zukünftig valide sind, können diese ebenfalls verwendet werden.

Analysierte Fälle

Deutschland

Für die Berechnung der Kennzahlen werden Fälle berücksichtigt, die innerhalb des Berichtszeitraumes entlassen wurden. Es werden vollstationäre Fälle eingeschlossen, die nach DRG abgerechnet wurden.

Schweiz

Die Zuordnung eines Falles in eine Analyseperiode richtet sich nach dem Austrittsdatum. Die Daten umfassen alle Austritte des Berichtszeitraums. Gemäß der Festlegung in der Medizinischen Statistik handelt es sich hier um sogenannte «Typ A-Fälle».

Bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren werden alle stationären Fälle berücksichtigt; Sterbefälle werden unabhängig von der kodierten Behandlungsart eingeschlossen, da sie gemäß Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) als stationär gelten.

Parameter / Datensatzbeschreibung (D)

OPS-Datum und OPS-Uhrzeit

Für jeden OPS-Kode wird im §21-Datensatz eine Zeitangabe mit Datum und Uhrzeit übermittelt. Damit soll der Startzeitpunkt der Prozedur angegeben werden. Im G-DRG-System werden damit mehrzeitige Eingriffe identifiziert, wobei jedoch nur das Datum berücksichtigt wird.

Insbesondere in Bezug auf die angegebene Uhrzeit ist es unsicher, ob hier tatsächlich der Startzeitpunkt der Prozedur oder eher der Zeitpunkt der Erfassung bzw. eine Voreinstellung im KIS abgebildet wird. In Testrechnungen hat sich zusätzlich gezeigt, dass insbesondere die OPS-Uhrzeit in relevanter Häufigkeit nicht dokumentiert wird. Aus diesen Gründen wird die OPS-Uhrzeit derzeit nicht für Berechnungen verwendet.

Aufnahmedatum und Aufnahmeuhrzeit

Zu jedem Behandlungsfall wird im §21-Datensatz der Aufnahmezeitpunkt mit Datum und Uhrzeit übermittelt. Für den Parameter „Aufnahmezeitpunkt“ gibt es im §21-Datensatz jedoch keine exakte Definition, so dass Interpretationsspielraum entsteht. Der Aufnahmezeitpunkt wird in vielen Kliniken dokumentiert, „wenn die Versichertenkarte durchgezogen wird“. Aus diesem Grund ist es fraglich, ob die „Door-time“ dem Zeitpunkt des physischen Eintreffens der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus entspricht. Anreize für eine korrekte Dokumentation bestehen nur im Hinblick auf das Aufnahmedatum, das zur Berechnung der Verweildauer herangezogen wird.

Sentinel Event-Indikatoren

Neu in Version 5.5

Auf Wunsch vieler Nutzer werden Sentinel-Event-Indikatoren nur als solche gekennzeichnet, so dass Auffälligkeiten im Blick behalten werden können.

Es wurde die grundsätzliche Definition des IQTiG für Sentinel Event-Indikatoren zugrunde gelegt:

„Sentinel-Event-Indikatoren erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events) von besonderer Bedeutung. Jeder Fall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse (...) nach sich zieht.“¹¹

Entsprechend wird Patientensicherheit definiert: „Patientensicherheit ist die Abwesenheit vermeidbarer unerwünschter schädlicher Ereignisse im Rahmen der Versorgung.“¹²

Kriterien für die Einstufung jedes einzelnen G-IQI/CH-IQI als Sentinel Event-Indikator:

- Unerwartete Ereignisse, z.B. Todesfälle bei elektiven Eingriffen - ODER
- Bundesreferenzwert < 1% - ODER
- Sehr seltene Ereignisse

Im Rahmen der Vorschlagsverfahren werden die Einstufung und die Kriterien regelmäßig überprüft.

Indikatorbezeichnungen

Modifiziert in Version 5.5:

Die G-IQI und CH-IQI sind nun schon einige Jahre im Einsatz und wurden seit ihrer Einführung intensiv weiterentwickelt. Im Laufe der Zeit sind Indikatoren hinzugekommen oder wurden modifiziert. Die neuen Bezeichnungen wurden bisher eher inhaltlich und nicht systematisch vergeben.

Mit dem Ziel einer besseren Verständlichkeit, einer systematischen und konsistenten Verwendung von Bezeichnungen innerhalb der G-IQI und CH-IQI und einer möglichst weitgehenden Harmonisierung der G-IQI und CH-IQI wurden die Bezeichnungen **aller** Indikatoren überprüft und komplett überarbeitet.

- Die Eindeutigkeit und Verständlichkeit der Bezeichnungen werden verbessert.
- Die Lesbarkeit für die Anwender wird erleichtert.
- Jede Indikatorbezeichnung ist individuell und eindeutig verständlich.

Eine Gegenüberstellung der Bezeichnungen in der Version 5.4 und der Version 5.5 finden Sie hier.

Neue Systematik

¹¹ https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Jahresauswertungen_Leseanleitung-Risikoadjustierung-und-Glossar_2024-05-31.pdf - abgerufen am 1.07.2024

¹² <https://iqtig.org/das-iqtig/rahmenbedingungen/wie-definieren-wir-gute-qualitaet/> - abgerufen am 1.07.2024

- Indikator mit Grundgesamtheit Hauptdiagnose/Diagnose (Bedingungen), Anzahl/Anteil Fälle

Beispiel 1:

Vorher: Stationäre Behandlungen wegen kolorektalem Karzinom (HD)

Nachher: Hauptdiagnose kolorektales Karzinom, Anzahl Fälle

Beispiel 2:

Vorher: Pneumonie ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter >19, Anteil Todesfälle

Nachher: Hauptdiagnose Pneumonie (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter >= 20), Anteil Todesfälle

Beispiel 3:

Vorher: Anteil der Fälle mit Intervention zur Steinentfernung bei Nierenstein-Hauptdiagnose

Nachher: Hauptdiagnose Nierenstein, Anteil Fälle mit Intervention zur Steinentfernung

- Indikator mit Grundgesamtheit Operation/Eingriff (Bedingungen), Anzahl/Anteil Fälle

Beispiel 4:

Vorher: Behandlungsfälle mit Herniotomie ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle

Nachher: Herniotomien (ohne Darmoperation) bei Hauptdiagnose Hernie, Anteil Todesfälle

- Alle Bedingungen in Klammern
- Detailunterschiede mit Großschreibung deutlich machen (z.B. OHNE/MIT)

Besonderheiten Deutschland:

- Begriffe, wenn möglich ausschreiben => Abkürzungen nur, wenn Gesamtbezeichnung zu lang wird
- Einheitlich >= 20 statt > 19 verwenden

Besonderheiten Schweiz:

- Mortalität statt Anteil Todesfälle
- HD statt Hauptdiagnose, ND statt Nebendiagnose, OP statt Operation
- einheitlich weiterhin >19

Bundesreferenzwerte (D/CH)

Es gibt Abweichungen bei den Referenzwerten, SMR und Zielwerten zwischen der Auswertung, die vom BAG veröffentlicht wird und der IQM-Auswertung der CH-IQI. Woran liegt das?

Antwort:

Für die Schweiz sind die Bundesdaten des Berichtsjahres die Grundlage für die Berechnung der Referenzwerte (Veröffentlichung des BAG in der Schweiz). Dadurch sind aktuellere Daten möglich.

Für Deutschland werden für die Berechnung der Bundesreferenzwerte¹³ die Bundesdaten von Destatis (Stat. Bundesamt) verwendet. Diese sind jeweils erst mit 1 bis 2 Jahren Verzögerung verfügbar.

In den IQM-Auswertungen werden grundsätzlich Destatis-Daten bei den CH-IQI und auch den G-IQI für die Bundesreferenzwerte, die Berechnung der Erwartungswerte, der SMR und der Zielwerte verwendet. Hierdurch wird eine Vergleichbarkeit zwischen den IQM-Mitgliedskrankenhäusern hergestellt.

Erkrankungen des Herzens

G-IQI 01 (CH-IQI A.1) - Herzinfarkt

G-IQI 02 (CH-IQI A.2) - Herzinsuffizienz

G-IQI 02.16 (CH-IQI A.2.7.P) Hauptdiagnose Rechtsherzinsuffizienz (Alter ≥ 20), Anteil Fälle mit NYHA IV

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit von schwerer Herzinsuffizienz (NYHA IV) bei Rechtsherzinsuffizienz bei Erwachsenen, um die Größenordnung abschätzen zu können.

Definition:

Anteil Rechtsherzinsuffizienz NYHA IV (ICD I50.05) an allen Fällen mit Rechtsherzinsuffizienz (Tabelle Rechtsherzinsuffizienz) und Alter ≥ 20 Jahre

Frage:

Wieso wird die Rechtsherzinsuffizienz NYHA IV hier dargestellt? Sollte diese Diagnose nicht im Risikomodell für die Herzinsuffizienz berücksichtigt werden?

Antwort:

In der AG Risikoadjustierung Herzinsuffizienz wurde mit kardiologischen Experten diskutiert, ob die Rechtsherzinsuffizienz NYHA IV im Risikomodell berücksichtigt werden sollte.

Modellrechnungen auf Basis der Gesamtdaten für IQM haben gezeigt, dass es sich im Vergleich zur Linksherzinsuffizienz um relativ wenige Fälle handelt und der Einfluss auf die Ergebnisse gering war. Daher wurde entschieden, diese Variable nicht in das Risikomodell aufzunehmen, die Fälle aber zur Einschätzung der Größenordnung als zusätzliche Kennzahl darzustellen.

¹³ Nimptsch U, Assenmacher D, Cools A, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 5.5. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2022. Working Papers in Health Services Research Vol. 8. Berlin: Technische Universität Berlin 2024. DOI: [10.14279/depositonce-20906](https://doi.org/10.14279/depositonce-20906)

G-IQI 02.21 (CH-IQI A.2.8.M) Hauptdiagnose Herzinsuffizienz mit Herz-Kreislauf-Stillstand vor KH-Aufnahme, Anteil Todesfälle

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung der Sterblichkeit bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz bei Erwachsenen mit Herz-Kreislaufstillstand vor Aufnahme in das Krankenhaus, da die Sterblichkeit gegenüber allen anderen Fällen deutlich erhöht ist

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Tabelle Herzinsuffizienz) und Herz-Kreislaufstillstand vor KH-Aufnahme (Tabelle Ext_Reanimation) und Alter ≥ 20 Jahre

G-IQI 02.22 (CH-IQI A.2.9.M) Hauptdiagnose Herzinsuffizienz mit intensivmedizinischer Therapie, Anteil Todesfälle

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung der Sterblichkeit bei Erwachsenen mit intensivmedizinischer Therapie bei Herzinsuffizienz

Definition:

Anteil Todesfälle mit Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Tabelle Herzinsuffizienz) und intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Tabelle Intensivmedizinische_Komplexbehandlung) oder HMV >24 Stunden oder ECMO-Therapie (Tabellen ECMO_extrakorporal, ECMO_Herzassist, ECMO_Lungenassist) und Alter ≥ 20 Jahre

Frage:

Wieso wird die Sterblichkeit bei intensivmedizinisch versorgten Fällen separat ausgewiesen? Sollten diese nicht im Risikomodell für die Herzinsuffizienz berücksichtigt werden?

Antwort:

In der AG Risikoadjustierung Herzinsuffizienz wurde dies mit kardiologischen Experten diskutiert. Auf Basis der §21-Daten lässt sich nicht herausfinden, ob die o.g. intensivmedizinischen Prozeduren zur Behandlung einer bei Aufnahme bestehenden Erkrankung oder aufgrund einer im Krankenhaus entstandenen Komplikation erforderlich wurden. Da in einem Risikomodell nur Faktoren berücksichtigt werden sollten, auf die das Krankenhaus **keinen** Einfluss hat, ist eine Aufnahme in das Risikomodell hier nicht sinnvoll. Um jedoch die Größenordnung der Thematik bewerten zu können, werden die Fälle und die Sterblichkeit dargestellt.

G-IQI 03 (CH-IQI A.3) - Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter

G-IQI 03.11 (CH-IQI A.3.2.M) Katheter der KoronargefäÙe BEI HD Herzinfarkt (ohne Zuerlegungen oder Herz-Kreislauf-Stillstand vor KH-Aufnahme, ohne Herzoperation, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzliche Ausschlusskriterien: Zuerlegungen und Fälle mit Herz-Kreislaufstillstand vor KH-Aufnahme. Die ausgeschlossenen Fälle werden jeweils in eigenen Kennzahlen ausgewiesen.

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Erwachsenen mit Katheteruntersuchung der KoronargefäÙe bei Hauptdiagnose Herzinfarkt

Definition:

Anteil Todesfälle bei Herzkatheteruntersuchung (Tabelle Herzkatheter) bei Hauptdiagnose Herzinfarkt (Tabelle Herzinfarkt) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind zuerlegte Fälle, Fälle mit Herzoperation (Tabelle Herz_OP) und mit Herz-Kreislaufstillstand vor KH-Aufnahme (Tabelle Ext_Reanimation)

Katheter der KoronargefäÙe BEI HD Herzinfarkt (ohne Herzoperation, Alter ≥ 20), SMR (bezogen auf Fälle mit Koronarkatheter und HD Herzinfarkt)

Modifiziert in Version 5.5:

Ab der Version 5.5 wird nur noch die SMR bezogen auf die Fälle mit Koronarkatheter und Hauptdiagnose Herzinfarkt verwendet, da diese spezifischer ist.

Bis zur Version 5.4 wurden zwei SMRs ausgewiesen: Eine bezogen auf alle Fälle mit Hauptdiagnose Herzinfarkt und eine zweite bezogen nur auf die Fälle mit Koronarkatheter und Hauptdiagnose Herzinfarkt.

Zielsetzung:

Vergleich der eigenen Ergebnisse mit dem Erwartungswert auf Basis der Bundesreferenzwerte (siehe Abschnitt „Risikoadjustierte Sterblichkeit mit Erwartungswerten und standardisiertem Sterblichkeitsverhältnis (SMR)“)

SMR < 1: geringere Sterblichkeit als im Bundesdurchschnitt

SMR > 1: höhere Krankenhaussterblichkeit als im Bundesdurchschnitt

Definition:

Standardized Mortality Ratio (SMR): Aufgetretene / Erwartete Todesfälle bezogen auf Fälle mit Koronarkatheter und Hauptdiagnose Herzinfarkt.

G-IQI 03.111 (CH-IQI A.3.9.M) Katheter der KoronargefäÙe BEI HD Herzinfarkt, NUR Zuerlegungen (ohne Herzoperation, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit der zuerlegten Fälle bei Katheter der KoronargefäÙe BEI Hauptdiagnose

Herzinfarkt bei Erwachsenen, die ab der Version 5.5 aufgrund erhöhter Sterblichkeit ausgeschlossen werden. Dies erleichtert die transparente Nachvollziehbarkeit der Fallzahlen.

Definition:

Anteil Todesfälle bei ausschließlich zuverlegten Fällen mit Katheter der Koronargefäße (Tabelle Herzkatheter) bei Hauptdiagnose Herzinfarkt (Tabelle Herzinfarkt) und Alter ≥ 20 , ausgeschlossen sind Fälle mit Herzoperation (Herz_OP)

G-IQI 03.112 (CH-IQI A.3.10.M) Katheter der Koronargefäße BEI HD Herzinfarkt, MIT Herz-Kreislaufstillstand vor Aufnahme ins KH (ohne Herzoperation, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit der Fälle mit Herz-Kreislaufstillstand vor KH-Aufnahme bei Katheter der Koronargefäße BEI Hauptdiagnose Herzinfarkt bei Erwachsenen.

Diese werden ab der Version 5.5 aufgrund erhöhter Sterblichkeit ausgeschlossen und hier separat dargestellt.

Definition:

Anteil Todesfälle an Fällen mit Herz-Kreislauf-Stillstand vor KH-Aufnahme (Tabelle Ext_Reanimation) bei Katheter der Koronargefäße (Tabelle Herzkatheter) BEI Hauptdiagnose Herzinfarkt (Tabelle Herzinfarkt) und Alter ≥ 20 , ausgeschlossen sind Fälle mit Herzoperation (Tabelle Herz_OP)

G-IQI 03.121 (CH-IQI A.3.4.M) Diagnostischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt (ohne Zuverlegungen oder Herz-Kreislauf-Stillstand vor KH-Aufnahme, ohne Herzoperation, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzliche Ausschlusskriterien: Zuverlegungen und Fälle mit Herz-Kreislaufstillstand vor KH-Aufnahme

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Erwachsenen mit diagnostischer Katheteruntersuchung der Koronargefäße OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt

Definition (Auszug):

Anteil Todesfälle bei diagnostischer Herzkatheteruntersuchung (Tabelle Diagn_Katheter) OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt (Tabelle Herzinfarkt) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Zuverlegung oder mit Herz-Kreislaufstillstand vor KH-Aufnahme (Tabelle Ext_Reanimation) und mit Herzoperation (Tabelle Herz_OP).

Weitere Details zu Spezifikation und Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators G-IQI Version 5.5.

G-IQI 03.122 (CH-IQI A.3.7.M) Diagnostischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt, ohne OPS 5-*** (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Erwachsenen mit diagnostischer Katheteruntersuchung der Koronargefäße OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt ohne Operation

Definition (Auszug):

Anteil Todesfälle bei diagnostischer Herzkatheteruntersuchung (Tabelle Diagn_Katheter) OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt (Tabelle Herzinfarkt) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Prozedur aus dem Kapitel 5 des OPS-Katalogs (Tabelle Operationen_Ausschluss).

Weitere Details zu Spezifikation und Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators G-IQI Version 5.5.

G-IQI 03.123 (CH-IQI A.3.11.M) Diagnostischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt (NUR Zuverlegungen, ohne Herzoperation, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit der zuverlegten Fälle bei diagnostischer Katheteruntersuchung der Koronargefäße OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt bei Erwachsenen, die ab der Version 5.5 aufgrund erhöhter Sterblichkeit ausgeschlossen werden. Dies erleichtert die transparente Nachvollziehbarkeit der Fallzahlen.

Definition:

Anteil Todesfälle bei ausschließlich zuverlegten Fällen mit diagnostischer Herzkatheteruntersuchung der Koronargefäße (Tabelle Diagn_Katheter) OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt (Tabelle Herzinfarkt) und Alter ≥ 20 , ausgeschlossen sind Fälle mit Herzoperation (Tabelle Herz_OP)

Weitere Details zu Spezifikation und Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators Version 5.5.

G-IQI 03.124 (CH-IQI A.3.12.M) Diagnostischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt (MIT Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das KH, ohne Herzoperation, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit der Fälle mit Herz-Kreislaufstillstand vor KH-Aufnahme bei diagnostischem Katheter der Koronargefäße OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt bei Erwachsenen.

Diese werden ab der Version 5.5 aufgrund erhöhter Sterblichkeit ausgeschlossen und hier separat dargestellt.

Definition:

Anteil Todesfälle an Fällen mit Herz-Kreislauf-Stillstand vor KH-Aufnahme (Tabelle Ext_Reanimation) bei diagnostischem Katheter der Koronargefäße (Tabelle Diagn_Katheter) OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt (Tabelle Herzinfarkt) und Alter ≥ 20 , ausgeschlossen sind Fälle mit Herzoperation (Tabelle Herz_OP)

Weitere Details zu Spezifikation und Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators Version 5.5.

G-IQI 03.131 (CH-IQI A.3.5.M) Therapeutischer Katheter der KoronargefäÙe OHNE HD Herzinfarkt (ohne Zuverlegungen oder Herz-Kreislauf-Stillstand vor KH-Aufnahme, ohne Herzoperation, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzliche Ausschlusskriterien: Zuverlegungen und Fälle mit Herz-Kreislaufstillstand vor KH-Aufnahme

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Erwachsenen mit therapeutischer Katheteruntersuchung der KoronargefäÙe OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt

Definition:

Anteil Todesfälle bei therapeutischer Herzkatheteruntersuchung (Tabelle Therap_Katheter) OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt (Tabelle Herzinfarkt) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Zuverlegung oder mit Herz-Kreislaufstillstand vor KH-Aufnahme (Tabelle Ext_Reanimation) und mit Herzoperation (Tabelle Herz_OP)

Weitere Details zu Spezifikation und Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators Version 5.5.

G-IQI 03.132 (CH-IQI A.3.8.M) Therapeutischer Katheter der KoronargefäÙe OHNE HD Herzinfarkt, ohne OPS 5-*** (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Erwachsenen mit therapeutischer Katheteruntersuchung der KoronargefäÙe OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt ohne Operation

Definition (Auszug):

Anteil Todesfälle bei therapeutischer Herzkatheteruntersuchung (Tabelle Therap_Katheter) OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt (Tabelle Herzinfarkt) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Prozedur aus dem Kapitel 5 des OPS-Katalogs (Tabelle Operationen_Ausschluss).

Weitere Details zu Spezifikation und Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators G-IQI Version 5.5.

G-IQI 03.133 (CH-IQI A.3.13.M) Therapeutischer Katheter der KoronargefäÙe OHNE HD Herzinfarkt (NUR Zuverlegungen, ohne Herzoperation, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit der zuverlegten Fälle bei therapeutischer Katheteruntersuchung der KoronargefäÙe OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt bei Erwachsenen, die ab der Version 5.5 aufgrund erhöhter Sterblichkeit ausgeschlossen werden. Dies erleichtert die transparente Nachvollziehbarkeit der Fallzahlen.

Definition:

Anteil Todesfälle bei ausschließlich zuverlegten Fällen mit therapeutischer Herzkatheteruntersuchung der Koronargefäße (Tabelle Therap_Katheter) OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt (Tabelle Herzinfarkt) und Alter ≥ 20 , ausgeschlossen sind Fälle mit Herzoperation (Tabelle Herz_OP)

Weitere Details zu Spezifikation und Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators Version 5.5.

G-IQI 03.134 (CH-IQI A.3.14.M) Therapeutischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt (MIT Herz-Kreislauf-Stillstand vor Aufnahme in das KH, ohne Herzoperation, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit der Fälle mit Herz-Kreislaufstillstand vor KH-Aufnahme bei therapeutischem Katheter der Koronargefäße OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt bei Erwachsenen.

Diese werden ab der Version 5.5 aufgrund erhöhter Sterblichkeit ausgeschlossen und hier separat dargestellt.

Definition:

Anteil Todesfälle an Fällen mit Herz-Kreislauf-Stillstand vor KH-Aufnahme (Tabelle Ext_Reanimation) bei therapeutischem Katheter der Koronargefäße (Tabelle Therap_Katheter) OHNE Hauptdiagnose Herzinfarkt (Tabelle Herzinfarkt) und Alter ≥ 20 , ausgeschlossen sind Fälle mit Herzoperation (Tabelle Herz_OP)

Weitere Details zu Spezifikation und Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators Version 5.5.

G-IQI 04 (CH-IQI A.4) - Herzrhythmusstörungen

G-IQI 05 (CH-IQI A.5) - Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator

G-IQI 06 (CH-IQI A.6) - Ablative Therapie

G-IQI 07 (CH-IQI A.7) - Operationen am Herzen

G-IQI 07.21 (CH-IQI A.7.30.M) Isolierter Aortenklappenersatz offen chirurgisch OHNE HD Endokarditis und OHNE synchrone LVAD-Implantation (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzlicher Ausschluss der zeitgleichen Implantation eines VAD-Systems, da es sich dann nicht um einen isolierten Klappenersatz handelt. Klarstellung der Bezeichnung durch Streichen des Texts „ohne weitere Herz-OP“.

Zielsetzung:

Fallzahlen und Sterblichkeit des isolierten Ersatzes der Aortenklappe bei Erwachsenen OHNE Hauptdiagnose Endokarditis

Definition (Auszug):

Anteil Todesfälle bei isoliertem Aortenklappenersatz (Tabelle reiner_Aortenklappenersatz) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose Endokarditis (Tabelle Endokarditis) und der Implantation eines VAD-Systems am selben Tag (Funktion F_VAD_AKE_sameday).

Weitere Details zu Spezifikation und Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators Version 5.5.

Hinweis:

In der Version 5.4 wurde der Verlauf als G-IQI 07.212 (CH-IQI A.7.32.M) beobachtet. Dieser Indikator ist nun an die Stelle des bisherigen G-IQI 07.21 (CH-IQI A.7.30.M) (Zielwertindikator) gerückt.

G-IQI 07.211 (CH-IQI A.7.31.M) Isolierter Aortenklappenersatz offen chirurgisch MIT HD Endokarditis (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzlicher Ausschluss der zeitgleichen Implantation eines VAD-Systems, da es sich dann nicht um einen isolierten Klappenersatz handelt. Klarstellung der Bezeichnung durch Streichen des Texts „ohne weitere Herz-OP“.

Zielsetzung:

Fallzahlen und Sterblichkeit des isolierten Ersatzes der Aortenklappe bei Erwachsenen MIT Hauptdiagnose Endokarditis, um die Größenordnung der ausgeschlossenen Fälle darzustellen

Definition (Auszug):

Anteil Todesfälle bei isoliertem Aortenklappenersatz (Tabelle reiner_Aortenklappenersatz) MIT Hauptdiagnose Endokarditis (Tabelle Endokarditis) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Implantation eines VAD-Systems am selben Tag (Funktion F_VAD_AKE_sameday).

Weitere Details zu Spezifikation und Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators Version 5.5.

G-IQI 07.212 (CH-IQI A.7.32.M) Isolierter offener Aortenklappenersatz, MIT synchroner LVAD-Implantation (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzliche Berücksichtigung der zeitgleichen Implantation eines VAD-Systems, da es sich dann nicht um einen isolierten Klappenersatz handelt. Klarstellung der Bezeichnung durch Streichen des Texts „ohne weitere Herz-OP“.

Zielsetzung:

Sterblichkeit der Fälle MIT VAD-Implantation am selben Tag bei isoliertem Aortenklappenersatz bei Erwachsenen zur Darstellung der im G-IQI 07.21 (CH-IQI A.7.30.M) ausgeschlossenen Fälle

Definition (Auszug):

Anteil Todesfälle bei isoliertem Aortenklappenersatz (Tabelle reiner_Aortenklappenersatz) MIT Implantation eines VAD-Systems am selben Tag (Funktion F_VAD_AKE_sameday) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose Endokarditis (Tabelle Endokarditis).

Weitere Details zu Spezifikation und Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators Version 5.5.

Hinweis:

Der bisherige G-IQI 07.212 (CH-IQI A.7.32.M) wird nun anstelle des bisherigen G-IQI 07.21 (CH-IQI A.7.30.M) (Zielwertindikator) verwendet. Ab der Version 5.5 hat der G-IQI 07.212 (CH-IQI A.7.32.M) eine andere Bedeutung. Hier werden nun die in G-IQI 07.21 (CH-IQI A.7.30.M) ausgeschlossenen Fälle mit VAD-implantation dargestellt.

[G-IQI 07.213 \(CH-IQI A.7.25.M\) davon isolierter offener Aortenklappenersatz ohne herzunterstützende Systeme, Anteil Todesfälle](#)

Gestrichen in Version 5.5

Hinweis:

Der Indikator wurde gestrichen, da diese Fälle ab der Version 5.5 im Zielwertindikator 07.21 berücksichtigt werden. Deshalb erfolgt keine separate Darstellung mehr.

[G-IQI 07.4 \(CH-IQI A.7.23.M\) Mitral- oder Trikuspidalklappen-Eingriff - TEER, Anteil Todesfälle](#)

Modifiziert in Version 5.5:

Der Indikator wurde in Anlehnung an die aktuelle Richtlinie zur minimalinvasiven Herzklappenintervention (MHI-RL) des G-BA¹⁴ inhaltlich überarbeitet und um Trikuspidalklappen-Eingriffe ergänzt. Das Verfahren TEER wird zunehmend häufiger und auch bei Trikuspidalklappen-Eingriffen eingesetzt. Der Indikator wurde modifiziert, um die Entwicklung zu berücksichtigen und die Mengenentwicklung beobachten zu können.

Die Bezeichnung wurde gemäß der neuen Definition angepasst. Es werden nun spezifisch die TEER-Eingriffe an Mitral- und Trikuspidalklappe analysiert und die Kombination mit Aortenklappenersatz ausgeschlossen.

Die Ergebnisse sind mit Vorversionen nicht mehr vergleichbar.

Zielsetzung:

Darstellung von Menge und Sterblichkeit bei TEER-Eingriffen an der Mitral- oder Trikuspidalklappe, da die Fallzahlen aktuell steigen und somit offensichtlich die endovaskuläre Versorgung an Bedeutung gewinnt.

Definition:

Anteil Todesfälle bei TEER-Eingriff an der Mitral- oder Trikuspidalklappe (Tabelle

¹⁴ Richtlinie zur minimalinvasiven Herzklappenintervention (MHI-RL) des G-BA - Stand 1.01.2024

TEER_Herzklappen), ausgeschlossen wird die Kombination mit endovaskulärem/transapikalem Aortenklappenersatz (Tabelle TAVI_TEER_Ausschluss)

Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall (Stroke)

G-IQI 08 (CH-IQI B.3) - Bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhaut

G-IQI 09 (CH-IQI B.1) - Schlaganfall

Version 5.5

Der Bereich „09 – Schlaganfall“ wurde im Rahmen des G-IQI-/CH-IQI-Vorschlagsverfahrens 2024 in Zusammenarbeit mit der AG Schlaganfall QI weiter ausgebaut und überarbeitet. In der Arbeitsgruppe erarbeiteten Verantwortliche der verschiedenen neurologischen Fachgesellschaften und der ADSR (Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister) gemeinsam mit Fachleuten der AG G-IQI Versionierung des IQM e.V. Vorschläge für das Verfahren. Daraus sind Modifikationen von bestehenden Indikatoren und neue Kennzahlen entstanden, die nachfolgend erläutert werden.

Entfernung des Zielwertstatus für die G-IQI 9.1 (CH-IQI B.1.1.M) und 9.3 (CH-IQI B.1.7.M)

Seit der Veröffentlichung der Version 5.4 im Jahr 2023 wurde der Zielwertstatus für die Indikatoren zur Schlaganfallsterblichkeit aufgehoben. Die neurologischen Fachgesellschaften und die ADSR (Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister) hatten über die IQM Gremien dazu einen Vorschlag eingebracht.

Hintergrund ist, dass nach Einschätzung dieser Experten, aufgrund verschiedener Einflussfaktoren wie Zeit bis zur Aufnahme, Schweregrad des Hirninfarktes, Begleiterkrankungen, Erfolgsaussichten der Therapie oder Patientenverfügung u.v.m., die Behandlungsqualität durch die verwendeten Kennzahlen nicht adäquat abgebildet werden kann.

Grundsätzlich ist dies ein Umstand, der auch bei anderen Entitäten und Krankheitsbildern relevant ist. Jedoch erscheint insbesondere im Hinblick auf die Berücksichtigung der Altersklassen und „End-of-Life-Decision“ bei der Versorgung von Schlaganfällen und Hirninfarkten hier eine besondere Betrachtung erforderlich zu werden.

Für die Unterstützung der klinikinternen Behandlungsabläufe stehen zahlreiche andere Indikatoren zur Verfügung, die seit Jahren als Aufgreifkriterium für Peer Reviews eingesetzt werden.

Es wurden wie oben beschrieben Modifikationen und neue Kennzahlen erarbeitet mit dem Ziel, eine Alternative für die bisherigen Zielwertindikatoren zu finden. Trotz vieler Ideen, Testrechnungen und intensiver Diskussionen ist es bisher nicht gelungen, neue valide und belastbare Zielwertindikatoren zu identifizieren.

Version 5.4

Die Bereiche „09 – Schlaganfall“ und „10 – Transitorische Ischämische Attacke (TIA)“ wurden im G-IQI-/CH-IQI-Vorschlagsverfahren 2022 für die Version G-IQI/CH-IQI V5.4 umfangreich überarbeitet und umgestaltet. Der Bereich „10 – Transitorische Ischämische Attacke (TIA)“ wurde als eigener Bereich aufgelöst und in den Bereich „09 – Schlaganfall“ integriert. Der freigewordene Bereich 10 wird nun als „10 – Behandlung auf einer Stroke Unit“ neu genutzt. Die Vorschläge zum Thema Schlaganfallbehandlung im Rahmen des Weiterentwicklungsverfahrens zeigten die Notwendigkeit, die Schlaganfallbehandlung in den G-IQI/CH-IQI differenzierter abzubilden. Dem wurde hiermit Rechnung getragen.

Weitere Vorschläge zur differenzierteren Abbildung der Schlaganfallbehandlung aus dem Set der ADSR (Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister), die mit dem Verein Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM) erarbeitet wurden, wurden im Rahmen des Vorschlagsverfahrens auf Umsetzbarkeit geprüft. Dies waren „Hirnfarkt mit systemischer Thrombolyse, Anteil Fälle mit Door-to-Needle-Time ≤ 60 Min“ und „Hirnfarkt mit intrakranieller Thrombektomie, Anteil Fälle mit Door-to-Puncture-Time ≤ 90 Min“. Die Umsetzung ist technisch möglich, lieferte in umfangreichen Testrechnungen jedoch für keinen der Vorschläge zuverlässige Ergebnisse. Die Hauptgründe liegen in der fehlenden Verfügbarkeit und Validität einiger Parameter in den Routinedaten nach §21.

Details hierzu sind im Kapitel Parameter / Datensatzbeschreibung (D) dargestellt.

G-IQI 09.1 (CH-IQI B.1.1.M) Hauptdiagnose Schlaganfall OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzlich Ausschluss von Neubildungen und Kopfverletzungen entsprechend den Ausschüssen der ADSR-Indikatoren zur besseren Vergleichbarkeit

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Hauptdiagnose Schlaganfall bei Erwachsenen

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall (Tabelle Schlaganfall_alle) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Neubildungen und Kopfverletzungen (Tabelle ADSR_ex)

Frage:

Warum werden Fälle im Indikator G-IQI 9.1 und auch im G-IQI 9.3 erfasst, also doppelt gewertet?

Antwort:

Der Indikator G-IQI 9.1 (CH-IQI B.1.1.M) erfasst die Sterblichkeit bei jeder Art von Schlaganfall (Hirnfarkte und Hirnblutungen) für einen Gesamtüberblick. Der G-IQI 9.3 (CH-IQI B.1.7.M) ist eine Teilmenge von G-IQI 9.1 (CH-IQI B.1.1.M), denn hier werden ausschließlich Hirnfarkte analysiert, da Hirnblutungen anders therapiert werden. Aufgrund der beschriebenen Spezifikationen werden Fälle mit Hirnfarkt in beiden Indikatoren gezählt.

G-IQI 09.11 (CH-IQI B.1.2.M) Hauptdiagnose Schlaganfall OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter 20-44), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzlich Ausschluss von Neubildungen und Kopfverletzungen entsprechend den Ausschüssen der ADSR-Indikatoren zur besseren Vergleichbarkeit

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Hauptdiagnose Schlaganfall bei Erwachsenen zwischen 20 und 44 Jahren

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall (Tabelle Schlaganfall_alle) und Alter 20 – 44 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Neubildungen und Kopfverletzungen (Tabelle ADSR_ex)

G-IQI 09.12 (CH-IQI B.1.3.M) Hauptdiagnose Schlaganfall OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter 45-64), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzlich Ausschluss von Neubildungen und Kopfverletzungen entsprechend den Ausschüssen der ADSR-Indikatoren zur besseren Vergleichbarkeit

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Hauptdiagnose Schlaganfall bei Erwachsenen zwischen 45 und 64 Jahren

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall (Tabelle Schlaganfall_alle) und Alter 45-64 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Neubildungen und Kopfverletzungen (Tabelle ADSR_ex)

G-IQI 09.13 (CH-IQI B.1.4.M) Hauptdiagnose Schlaganfall OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter 65-84), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzlich Ausschluss von Neubildungen und Kopfverletzungen entsprechend den Ausschüssen der ADSR-Indikatoren zur besseren Vergleichbarkeit

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Hauptdiagnose Schlaganfall bei Erwachsenen zwischen 65 und 84 Jahren

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall (Tabelle Schlaganfall_alle) und Alter 65-84 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Neubildungen und Kopfverletzungen (Tabelle ADSR_ex)

G-IQI 09.14 (CH-IQI B.1.5.M) Hauptdiagnose Schlaganfall OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter >=85), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzlich Ausschluss von Neubildungen und Kopfverletzungen entsprechend den Ausschüssen der ADSR-Indikatoren zur besseren Vergleichbarkeit

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Hauptdiagnose Schlaganfall bei Erwachsenen ab 85 Jahren

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall (Tabelle Schlaganfall_alle) und Alter \geq 85 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Neubildungen und Kopfverletzungen (Tabelle ADSR_ex)

G-IQI 09.3 (CH-IQI B.1.7.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter \geq 20), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzlich Ausschluss von Neubildungen und Kopfverletzungen entsprechend den Ausschüssen der ADSR-Indikatoren zur besseren Vergleichbarkeit

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Fällen mit Hauptdiagnose Hirninfarkt

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63.-) und Alter \geq 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Neubildungen und Kopfverletzungen (Tabelle ADSR_ex)

Frage:

Warum werden Fälle im Indikator G-IQI 9.3 und auch im G-IQI 9.1 erfasst, also doppelt gewertet?

Antwort:

Der Indikator G-IQI 9.1 (CH-IQI B.1.1.M) erfasst die Sterblichkeit bei jeder Art von Schlaganfall (Hirninfarkte und Hirnblutungen) für einen Gesamtüberblick. Der G-IQI 9.3 (CH-IQI B.1.7.M) ist eine Teilmenge von G-IQI 9.1 (CH-IQI B.1.1.M), denn hier werden ausschließlich Hirninfarkte analysiert, da Hirnblutungen anders therapiert werden. Aufgrund der beschriebenen Spezifikationen werden Fälle mit Hirninfarkt in beiden Indikatoren gezählt.

Hauptdiagnose Hirninfarkt OHNE Neubildungen oder Kopfverletzungen (Alter \geq 20), SMR (differenziertes Risikomodell)

Im Rahmen von erweiterten Risikomodellen werden seit der Version 5.3 für ausgewählte Indikatoren zusätzlich weitere Merkmale einbezogen.¹⁵ Die erweiterten Risikomodelle berücksichtigen neben Alter und Geschlecht auch Begleiterkrankungen, ggf. die Erkrankungsschwere sowie den Zuverlegungsstatus. Die differenzierten Risikomodelle werden ab sofort und ausschließlich eingesetzt. Die reine Risikoadjustierung nach Alter und Geschlecht, die bisher parallel ausgewiesen wurde, wird für die Indikatoren, für die ein erweitertes Risikomodell verfügbar ist, zukünftig nicht mehr berechnet oder dargestellt.

¹⁵ Schwarzkopf D, Graf R, Nimptsch U. Weiterentwicklung der Risikoadjustierung für die German Inpatient Quality Indicators. In: Martin J, Braun JP, Zacher J (Hrsg.) Handbuch IQM. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2023, 213-24.

G-IQI 09.311 (CH-IQI B.1.9.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt (OHNE Zuverlegungen, Neubildungen und Kopfverletzungen, Alter ≥ 20), Anteil Fälle mit systemischer Thrombolyse

Modifikation in Version 5.5:

Zusätzlich Ausschluss von Zuverlegungen, Neubildungen und Kopfverletzungen entsprechend den Ausschüssen der ADSR-Indikatoren zur besseren Vergleichbarkeit

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit der systemischen Thrombolyse bei Hauptdiagnose Hirninfarkt bei Erwachsenen

Definition:

Anteil Fälle mit systemischer Thrombolyse (Tabelle Thrombolyse) bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63.-) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Zuverlegung und mit Neubildungen und Kopfverletzungen (Tabelle ADSR_ex)

G-IQI 09.312 (CH-IQI B.1.9.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt mit systemischer Thrombolyse (OHNE Zuverlegungen, Neubildungen und Kopfverletzungen, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Modifikation in Version 5.5:

Zusätzlich Ausschluss von Zuverlegungen, Neubildungen und Kopfverletzungen entsprechend den Ausschüssen der ADSR-Indikatoren zur besseren Vergleichbarkeit

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Erwachsenen mit systemischer Thrombolyse bei Hauptdiagnose Hirninfarkt

Definition:

Anteil Todesfälle bei systemischer Thrombolyse (Tabelle Thrombolyse) bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63.-) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Zuverlegung und mit Neubildungen und Kopfverletzungen (Tabelle ADSR_ex)

G-IQI 09.321 (CH-IQI B.1.18.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter ≥ 20), Anteil Fälle mit intrakranieller Thrombektomie

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit der intrakraniellen Thrombektomie bei Erwachsenen mit Hauptdiagnose Hirninfarkt

Definition:

Anteil Fälle mit intrakranieller Thrombektomie (Tabelle Thrombektomie_intra) bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63.-) und Alter ≥ 20 Jahre

G-IQI 09.322 (CH-IQI B.1.18.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt - mit intrakranieller Thrombektomie (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Darstellung der Sterblichkeit der intrakraniellen Thrombektomie bei Erwachsenen mit Hauptdiagnose Hirninfarkt

Definition:

Anteil Todesfälle bei intrakranieller Thrombektomie (Tabelle Thrombektomie_intra) bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63.-) und Alter \geq 20 Jahre

G-IQI 09.323 (CH-IQI B.1.21.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt mit intrakranieller Thrombektomie (Alter 20-69), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Darstellung der Sterblichkeit der intrakraniellen Thrombektomie bei Erwachsenen zwischen 20 und 69 Jahren mit Hauptdiagnose Hirninfarkt

Definition:

Anteil Todesfälle bei intrakranieller Thrombektomie (Tabelle Thrombektomie_intra) bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63.-) und Alter 20-69 Jahre

G-IQI 09.324 (CH-IQI B.1.22.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt mit intrakranieller Thrombektomie (Alter 70-79), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Darstellung der Sterblichkeit der intrakraniellen Thrombektomie bei Erwachsenen zwischen 70 und 79 Jahren mit Hauptdiagnose Hirninfarkt

Definition:

Anteil Todesfälle bei intrakranieller Thrombektomie (Tabelle Thrombektomie_intra) bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63.-) und Alter 70-79 Jahre

G-IQI 09.325 (CH-IQI B.1.23.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt mit intrakranieller Thrombektomie (Alter 80-89), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Darstellung der Sterblichkeit der intrakraniellen Thrombektomie bei Erwachsenen von 80 bis 89 Jahren mit Hauptdiagnose Hirninfarkt

Definition:

Anteil Todesfälle bei intrakranieller Thrombektomie (Tabelle Thrombektomie_intra) bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63.-) und Alter 80-89 Jahre

G-IQI 09.326 (CH-IQI B.1.24.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt mit intrakranieller Thrombektomie (Alter \geq 90), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Darstellung der Sterblichkeit der intrakraniellen Thrombektomie bei Erwachsenen ab 90 Jahren mit Hauptdiagnose Hirninfarkt

Definition:

Anteil Todesfälle bei intrakranieller Thrombektomie (Tabelle Thrombektomie_intra) bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63.-) und Alter \geq 90 Jahre

G-IQI 09.331 (CH-IQI B.1.14.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter ≥ 20), Anteil Fälle mit Pneumonie (ohne vorbestehende)

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzlicher Ausschluss von vorstehenden Pneumonien über ICD-Kode U69.04, um solche zu identifizieren, die wahrscheinlich nosokomial entstandene sind

Zielsetzung:

Häufigkeit von Pneumonien, die wahrscheinlich im Krankenhaus entstanden sind, bei Erwachsenen mit Hauptdiagnose Hirninfarkt

Definition:

Anteil Fälle mit Nebendiagnose Pneumonie (Tabelle Pneumonie_ND) bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63.-) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen werden Fälle mit der Diagnose „U69.04 Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt“ (Tabelle Pneumonie_vorbestehend).

Besonderheit CH-IQI:

Eine vorbestehende Pneumonie wird über den ICD-Kode U69.04 identifiziert, der ab dem ICD-10-GM 2023 verfügbar ist. Da in der Schweiz bis Ende 2024 der ICD-10-GM 2022 gültig ist, wird die bisherige Spezifikation (V5.4) zunächst beibehalten. Die vollständige Umsetzung des Indikators erfolgt für 2025.

G-IQI 09.332 (CH-IQI B.1.14.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt mit Pneumonie (OHNE vorbestehende, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zusätzlicher Ausschluss von vorstehenden Pneumonien über ICD-Kode U69.04, um solche zu identifizieren, die wahrscheinlich nosokomial entstandene sind

Zielsetzung:

Sterblichkeit von Pneumonien, die wahrscheinlich im Krankenhaus entstanden sind, bei Erwachsenen mit Hauptdiagnose Hirninfarkt

Definition:

Anteil Todesfälle mit Nebendiagnose Pneumonie (Tabelle Pneumonie_ND) bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63.-) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen werden Fälle mit der Diagnose „U69.04 Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt“ (Tabelle Pneumonie_vorbestehend).

Besonderheit CH-IQI:

Eine vorbestehende Pneumonie wird über den ICD-Kode U69.04 identifiziert, der ab dem ICD-10-GM 2023 verfügbar ist. Da in der Schweiz bis Ende 2024 der ICD-10-GM 2022 gültig ist, wird die bisherige Spezifikation (V5.4) zunächst beibehalten. Die vollständige Umsetzung des Indikators erfolgt für 2025.

G-IQI 09.341 (CH-IQI B.1.8.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt OHNE Zuverlegungen (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Hauptdiagnose Hirninfarkt bei Erwachsenen ohne zuverlegte Fälle, da diese ein höheres Sterblichkeitsrisiko aufweisen

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63-) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Aufnahmegrund „Zuverlegung“

G-IQI 09.342 (CH-IQI B.1.13.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt NUR Zuverlegungen (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Hauptdiagnose Hirninfarkt bei Erwachsenen von ausschließlich zuverlegten Fällen, um den Unterschied zu der Kennzahl ohne zuverlegte Fälle darzustellen

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63-) und Alter ≥ 20 Jahre und Aufnahmegrund „Zuverlegung“

G-IQI 09.351 (CH-IQI B.1.16.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt OHNE Zuverlegungen (Alter ≥ 20), Anteil Fälle mit Frühreha

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit von Frühreha-Maßnahmen bei Erwachsenen mit Hauptdiagnose Hirninfarkt ohne zuverlegte Fälle, da diese ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko aufweisen

Definition:

Anteil Fälle mit Frühreha bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63-) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Aufnahmegrund „Zuverlegung“

G-IQI 09.352 (CH-IQI B.1.17.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt NUR Zuverlegungen (Alter ≥ 20), Anteil Fälle mit Frühreha

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit von Frühreha-Maßnahmen bei Erwachsenen mit Hauptdiagnose Hirninfarkt von ausschließlich zuverlegten Fällen, um den Unterschied zu der Kennzahl ohne zuverlegte Fälle darzustellen

Definition:

Anteil Fälle mit Frühreha bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63-) und Alter ≥ 20 Jahre und Aufnahmegrund „Zuverlegung“

G-IQI 09.4 (CH-IQI B.1.10.M) Hauptdiagnose Intrazerebrale Blutung (OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Ausschluss von Neubildungen und Kopfverletzungen entsprechend den Ausschüssen der ADSR-Indikatoren zur besseren Vergleichbarkeit

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Erwachsenen mit Hauptdiagnose Intrazerebrale Blutung

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Intrazerebrale Blutung (ICD-Bereich I61-) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Neubildungen und Kopfverletzungen entsprechend den Ausschüssen der ADSR-Indikatoren (Tabelle ADSR_ex)

G-IQI 09.5 (CH-IQI B.1.11.M) Hauptdiagnose Subarachnoidalblutung (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Darstellung der Sterblichkeit bei Erwachsenen mit Hauptdiagnose Subarachnoidalblutung

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Subarachnoidalblutung (ICD-Bereich I60-) und Alter ≥ 20 Jahre

G-IQI 09.61 (CH-IQI B.1.12.P) Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter ≥ 20), Anteil Fälle nicht näher bezeichnet (ICD I64)

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit unspezifisch kodierter Fälle mit Hauptdiagnose Schlaganfall bei Erwachsenen. Dieser Anteil sollte möglichst klein sein, da die Diagnose zum Schlaganfall nach erfolgter Diagnostik normalerweise spezifisch kodiert werden kann.

Definition:

Anteil Fälle mit Hauptdiagnose „Schlaganfall nicht näher bezeichnet“ (I64) an allen Fällen mit Hauptdiagnose Schlaganfall (Tabelle Schlaganfall_alle) und Alter ≥ 20 Jahre

G-IQI 09.611 (CH-IQI B.1.27.P) Hauptdiagnose Schlaganfall (OHNE Ein-Tages-Fälle mit Weiterverlegung in anderes KH), Anteil Fälle nicht näher bezeichnet (ICD I64)

Neu in Version 5.5

Modifikation von G-IQI 9.61 (CH-IQI B.1.12.P):

G-IQI 9.61 (CH-IQI B.1.12.P) mit zusätzlichem Ausschluss von Ein-Tages-Fällen mit Weiterverlegung in ein anderes Krankenhaus

In der Schweiz scheint die kurzzeitige Aufnahme in die nächstgelegene Akutklinik und schnellstmögliche Weiterverlegung in eine Spezialklinik gängige Praxis zu sein, so dass der Anteil der Fälle mit Hauptdiagnose I64 per se höher ist. Um Verfälschungen durch diese

Vorgehensweise auszuschließen, wurde der Indikator G-IQI 9.611 (CH-IQI B.1.27.P) als Modifikation hier zusätzlich aufgenommen.

Da dieser Sachverhalt in Deutschland offensichtlich weniger relevant ist, bleibt die bisherige Kennzahl G-IQI 9.61 (CH-IQI B.1.12.P) einschließlich Zielwert bestehen.

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit unspezifisch kodierter Fälle mit Hauptdiagnose Schlaganfall bei Erwachsenen ohne Fälle mit Weiterverlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb eines Tages. Dieser Anteil sollte möglichst klein sein, da die Diagnose zum Schlaganfall normalerweise spezifisch kodiert werden sollte.

Definition:

Anteil Fälle mit Hauptdiagnose „Schlaganfall nicht näher bezeichnet“ (I64) an allen Fällen mit Hauptdiagnose Schlaganfall (Tabelle Schlaganfall_alle) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen werden Fälle, die innerhalb eines Tages in ein anderes Krankenhaus weiterverlegt wurden (Funktion F_Ausschluss_VWD_kleiner_2_und Weiterverlegung)

G-IQI 09.62 (CH-IQI B.1.12.M) Hauptdiagnose Schlaganfall - nicht näher bezeichnet (ICD I64) (Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Darstellung der Sterblichkeit bei Fällen mit unspezifisch kodierter Hauptdiagnose Schlaganfall bei Erwachsenen.

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose „Schlaganfall nicht näher bezeichnet“ (I64) und Alter ≥ 20 Jahre

G-IQI 09.7 (CH-IQI B.1.25.M) Hauptdiagnose Transitorisch ischämische Attacke (TIA) (OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Ausschluss von Neubildungen und Kopfverletzungen entsprechend den Ausschüssen der ADSR-Indikatoren zur besseren Vergleichbarkeit

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Erwachsenen mit Hauptdiagnose Transitorisch ischämische Attacke (TIA)

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose transitorisch ischämische Attacke (TIA) (Tabelle TIA) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Neubildungen und Kopfverletzungen entsprechend den Ausschüssen der ADSR-Indikatoren (Tabelle ADSR_ex)

G-IQI 09.8 (CH-IQI B.1.26.M) Hauptdiagnose Hirninfarkt oder Intrazerebrale Blutung BEI Neubildung oder Kopfverletzung, Anteil Todesfälle

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Die Kennzahl enthält die Fälle, die aufgrund von Neubildung oder Kopfverletzung bei G-IQI/CH-IQI mit Hauptdiagnose Hirninfarkt oder Intrazerebrale Blutung im Bereich 09 – Schlaganfall ausgeschlossen wurden, damit die Darstellung vollständig ist.

Definition:

Anzahl Fälle mit Hauptdiagnose Hirninfarkt und/oder Intrazerebrale Blutung (Tabelle Hirninfarkt_ICB) **und** Nebendiagnose Neubildung oder Kopfverletzung (Tabelle ADSR_ex) und Alter ≥ 20 Jahre

G-IQI 10 (CH-IQI B.2) - Behandlung auf einer Stroke Unit

Die Bereiche „10 – Transitorische Ischämische Attacke (TIA)“ und „09 – Schlaganfall“ der G-IQI/CH-IQI Version 5.4 wurden im Zuge des G-IQI/CH-IQI-Vorschlagsverfahrens 2022 umfangreich überarbeitet und umgestaltet. Der Bereich „10 – Transitorische Ischämische Attacke (TIA)“ wurde als eigener Bereich aufgelöst und in den Bereich „09 – Schlaganfall“ integriert. Der freigewordene Bereich 10 wird nun als „10 – Behandlung auf einer Stroke Unit“ neu genutzt. Die Vorschläge zum Thema Schlaganfallbehandlung im Rahmen des Weiterentwicklungsverfahrens zeigten die Notwendigkeit, die Schlaganfallbehandlung in den G-IQI/CH-IQI differenzierter abzubilden. Dem wurde mit neuen G-IQI/CH-IQI Rechnung getragen.

Hinweise:

Verstorbene innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme sind hier nicht erfasst, da die OPS-Kodes für eine Komplexbehandlung für diese Fälle nicht verwendet werden dürfen.

Fälle mit geriatrischer Frührehabilitation werden bereits separat ausgewiesen (G-IQI 9.351/2 bzw. CH-IQI B.1.16.P/17.P) und sind hier eingeschlossen, da sonst Fälle, bei denen beide Komplexbehandlungen durchgeführt wurden, wegfallen würden.

G-IQI 10.1 (CH-IQI B.2.3.F) Neurologische oder andere Komplexbehandlung (Stroke Unit), Anzahl Fälle

Zielsetzung:

Fälle mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung zur Darstellung des Umfangs von Behandlungen auf einer Stroke Unit

Definition:

Anzahl Fälle mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung (Tabelle Stroke)

G-IQI 10.2 (CH-IQI B.2.4.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter ≥ 20), Anteil Fälle mit neurolog. oder anderer Komplexbehandlung

Zielsetzung:

Darstellung Anteil der Behandlungen auf einer Stroke Unit bei Erwachsenen mit Hauptdiagnose Hirninfarkt

Definition:

Anteil Fälle mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung (Tabelle Stroke) bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (I63.-) und Alter ≥ 20 Jahre

G-IQI 10.3 (CH-IQI B.2.2.P) Hauptdiagnose Transitorisch ischämische Attacke (TIA) (Alter ≥ 20), Anteil Fälle mit neurolog. oder anderer Komplexbehandlung

Modifiziert in Version 5.5:

Die Tabelle TIA wurde um die ICD-Gruppe G45.4- Transiente globale Amnesie [amnestische Episode] bereinigt.

Zielsetzung:

Darstellung Anteil der Behandlungen auf einer Stroke Unit bei Erwachsenen mit Transitorisch-ischämischer Attacke (TIA)

Definition:

Anteil Fälle mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung (Tabelle Stroke) bei Hauptdiagnose Transitorisch-ischämische Attacke (TIA) (Tabelle TIA) und Alter ≥ 20 Jahre

G-IQI 10.41 (CH-IQI B.2.5.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt oder TIA OHNE Zuverlegungen (Alter ≥ 20), Anteil Fälle mit neurolog. oder anderer Komplexbehandlung (in Anlehnung an ADSR)

Die G-IQI 10.41 und 10.42 bzw. CH-IQI B.2.5.P und CH-IQI 2.6.P wurden in Anlehnung an die entsprechenden Indikatoren der ADSR (Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister) im Rahmen der Möglichkeiten von Routinedaten (§21) bestmöglich umgesetzt.

Modifiziert in Version 5.5:

Die Tabelle TIA wurde um die ICD-Gruppe G45.4- Transiente globale Amnesie [amnestische Episode] bereinigt.

Zielsetzung:

Darstellung Anteil Behandlungen auf einer Stroke Unit bei initial aufgenommenen Fällen mit Hauptdiagnose Hirninfarkt (I63.-) oder Transitorisch-ischämischer Attacke (TIA)

Definition:

Anteil Fälle mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung (Tabelle Stroke) bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (I63.-) oder Transitorisch-ischämische Attacke (TIA) (Tabelle TIA) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Aufnahmegrund „Zuverlegung“

G-IQI 10.42 (CH-IQI B.2.6.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt oder TIA NUR Zuverlegungen (Alter ≥ 20), Anteil Fälle mit neurolog. oder anderer Komplexbehandlung (in Anlehnung an ADSR)

Die G-IQI 10.41 und 10.42 bzw. CH-IQI B.2.5.P und CH-IQI 2.6.P wurden in Anlehnung an die entsprechenden Indikatoren der ADSR (Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister) im Rahmen der Möglichkeiten von Routinedaten (§21) bestmöglich umgesetzt.

Modifiziert in Version 5.5:

Die Tabelle TIA wurde um die ICD-Gruppe G45.4- Transiente globale Amnesie [amnestische Episode] bereinigt.

Zielsetzung:

Darstellung Anteil Behandlungen auf einer Stroke Unit bei ausschließlich zuverlegten Erwachsenen mit Hauptdiagnose Hirninfarkt (I63.-) oder Transitorisch-ischämische Attacke (TIA)

Definition:

Anteil Fälle mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung (Tabelle Stroke) bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (I63.-) oder Transitorisch-ischämische Attacke (TIA) (Tabelle TIA) und Alter ≥ 20 Jahre UND Aufnahmegrund „Zuverlegung“

G-IQI 10.5 (CH-IQI B.2.7.F) Neurologische oder andere Komplexbehandlung bei anderer Hauptdiagnose (NICHT Hirninfarkt oder TIA oder Alter < 20), Anzahl Fälle

Modifiziert in Version 5.5:

Die Tabelle TIA wurde um die ICD-Gruppe G45.4- Transiente globale Amnesie [amnestische Episode] bereinigt.

Zielsetzung:

Darstellung aller Fälle mit Behandlung auf einer Stroke Unit, die in den G-IQI 10.1 bis 10.4 bzw. CH-IQI B.2.2.P bis B.2.6.P nicht erfasst sind. Dies ist als „Resteklasse“ zu verstehen und stellt sicher, dass alle Fälle dargestellt werden.

Definition:

Anteil Fälle mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung (Tabelle Stroke) bei anderer Hauptdiagnose und Alter < 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose Hirninfarkt (I63.-) oder Transitorisch-ischämische Attacke (TIA) und Alter ≥ 20 Jahre

G-IQI 10.6 (CH-IQI B.2.8.P) Hauptdiagnose Intrazerebrale Blutung, Anteil Fälle mit neurologischer, anderer oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Einschätzung der Behandlungshäufigkeit von Fällen mit Hauptdiagnose Intrazerebrale Blutung auf einer Stroke Unit oder vergleichbaren Einheit

Fälle mit Intrazerebraler Blutung sollten möglichst auf einer Stroke Unit behandelt werden; vor allem dann, wenn nicht operiert wird. Da die neurologische Komplexbehandlung auch bei Behandlung auf einer Intensivstation kodiert werden darf, werden Fälle mit intensivmedizinischer oder neurologischer Komplexbehandlung betrachtet.

Definition:

Anteil Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Tabelle Intensivmedizinische_Komplexbehandlung) oder neurologischer Komplexbehandlung (Tabelle Stroke) bei Fällen mit Hauptdiagnose Intrazerebrale Blutung (ICD-Bereich I61-) und Alter ≥ 20 Jahre

G-IQI 11 (CH-IQI B.4) - Epilepsie

G-IQI 12 (CH-IQI B.5) - Multiple Sklerose

Altersmedizin

G-IQI 13.1 (CH-IQI C.1) - Geriatrische Frührehabilitation

Die Indikatoren im Bereich „13.1 – Geriatrische Frührehabilitation“ bezogen sich in den bisherigen Versionen (bis Version 5.3) ausschließlich auf motorische Funktionseinschränkungen (motorischer Barthel-Index, motorischer FIM™).

Vorschläge zum Thema Geriatrische Frührehabilitation im Rahmen des Weiterentwicklungsverfahrens für die Version 5.4 zeigten die Notwendigkeit, in diesem Bereich der G-IQI/CH-IQI auch kognitive Funktionseinschränkungen abzubilden. Daher wurden zusätzliche Indikatoren zu weiteren Testverfahren aus dem ICD-Bereich U50.- und U51.- (Barthel-Index, FIM™, MMSE) in das Indikatorenset aufgenommen.

G-IQI 13.1 (CH-IQI C.1.1.F) Geriatrische Frührehabilitation, Anzahl Fälle

Zielsetzung:

Fälle mit geriatrischer Frührehabilitation zur Darstellung des Versorgungsbereichs

Definition:

Fälle mit OPS-Kode aus der Tabelle Ger_Fruehrea

G-IQI 13.111 (CH-IQI C.1.2.P) Geriatrische Frührehabilitation, Anteil Fälle mit Barthel-Index

Modifiziert in Version 5.4:

Zusätzliche Berücksichtigung der Fälle mit erweitertem Barthel-Index (kognitive Funktionseinschränkung ICD U51.00, .10, .20)

Zielsetzung:

Dokumentationsrate eines Barthel-Index (motorisch oder kognitiv) bei Aufnahme bei Fällen mit geriatrischer Frühreha

Definition:

Anteil Fälle mit geriatrischer Frühreha und dokumentiertem Barthel-Index (motorisch und/oder kognitiv) bei Aufnahme

G-IQI 13.112 (CH-IQI C.1.3.S) Geriatrische Frührehabilitation - motorischer Barthel-Index bei Aufnahme, Mittelwert

Zielsetzung:

Die durchschnittliche Schwere der motorischen Einschränkung der aufgenommenen Patienten gemäß Barthel-Index wird dargestellt.

Definition:

Berechnung des Durchschnittswertes aus den Werten, die den jeweils kodierten ICD-Kodes zugeordnet sind

G-IQI 13.113 (CH-IQI C.1.7.P) Geriatrische Frührehabilitation, Anteil Fälle mit erweitertem Barthel-Index

Zielsetzung:

Dokumentationsrate des erweiterten Barthel-Index bei Aufnahme bei Fällen mit geriatrischer Frühreha

Definition:

Anteil Fälle mit geriatrischer Frühreha und dokumentiertem erweitertem Barthel-Index (U51.00, .10, .20) bei Aufnahme

G-IQI 13.121 (CH-IQI C.1.4.P) Geriatrische Frührehabilitation, Anteil Fälle mit motorischem FIM™

Zielsetzung:

Dokumentationsrate eines FIM™ bei Aufnahme bei Fällen mit geriatrischer Frühreha

Definition:

Anteil Fälle mit geriatrischer Frühreha und dokumentiertem FIM™ bei Aufnahme

G-IQI 13.122 (CH-IQI C.1.5.S) Geriatrische Frührehabilitation - motorischer FIM™ bei Aufnahme, Mittelwert

Zielsetzung:

Die durchschnittliche Schwere der motorischen Einschränkung der aufgenommenen Patienten gemäß FIM™ wird dargestellt.

Definition:

Berechnung des Durchschnittswertes aus den Werten, die den jeweils kodierten ICD-Kodes zugeordnet sind

G-IQI 13.123 (CH-IQI C.1.8.P) Geriatrische Frührehabilitation, Anteil Fälle mit kognitivem FIM™

Zielsetzung:

Dokumentationsrate des kognitiven FIM™ bei Aufnahme bei Fällen mit geriatrischer Frühreha

Definition:

Anteil Fälle mit geriatrischer Frühreha und dokumentiertem kognitivem FIM™ bei Aufnahme

G-IQI 13.131 (CH-IQI C.1.9.P) Geriatrische Frührehabilitation, Anteil Fälle mit MMSE

Zielsetzung:

Dokumentationsrate des MMSE bei Aufnahme bei Fällen mit geriatrischer Frühreha

Definition:

Anteil Fälle mit geriatrischer Frühreha und dokumentiertem MMSE (U51.02, .12, .22) bei Aufnahme

G-IQI 13.2 (CH-IQI C.2) - Mangelernährung bei Älteren

G-IQI 13.2 (CH-IQI C.2.1.P) Patienten ≥ 65 Jahre (ohne Tumor), Anteil Fälle mit erheblicher Mangelernährung / Kachexie

Zielsetzung:

Die Häufigkeit von Mangelernährung von älteren Erwachsenen ab 65 Jahren wird dargestellt

Definition:

Anteil von Fällen mit Diagnose Mangelernährung (Tabelle Mangelernaehrung) an allen Fällen mit Alter ≥ 65 Jahre, ausgeschlossen sind Tumorerkrankungen (Tabelle Tumor)

G-IQI 13.21 (CH-IQI C.2.2.P) Patienten ≥ 65 Jahre mit erheblicher Mangelernährung / Kachexie (ohne Tumor), Anteil Fälle mit Ernährungstherapie

Modifiziert in Version 5.5:

Bei einer ernährungsmedizinischen Komplexbehandlung als Haupt- oder Nebenbehandlung muss zusätzlich die Art der Ernährungstherapie angegeben werden (enteral/parenteral). Um keine Fälle zu verlieren ist es dennoch sinnvoll, auch die Haupt-OPS-Kodes für diese Komplexbehandlung in die Tabelle aufzunehmen. Die Ernährungsberatung/-therapie im CHOP-Katalog bildet ebenfalls Maßnahmen zur Ernährungstherapie ab und wurde ergänzt. Die Ernährungstherapie wird dann vollständiger abgebildet. Entsprechend wurde die Bezeichnung geändert.

- Ergänzung des OPS 8-98j.0-3 Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung
- Ergänzung der CHOP-Kodes 89.0A.32, 89.0A.4 zur Ernährungstherapie
- Textanpassung: „mit Ernährungstherapie“ statt „mit enteraler/parenteraler Ernährungstherapie“

Zielsetzung:

Es wird dargestellt, wie häufig eine Ernährungstherapie bei älteren Erwachsenen mit Mangelernährung durchgeführt wurde.

Definition:

Anteil Fälle mit durchgeführter Ernährungstherapie (Tabelle Mangelernaehrung_Therapie) bei Diagnose Mangelernährung (Tabelle Mangelernaehrung) und Alter ≥ 65 Jahre, ausgeschlossen sind Tumorerkrankungen (Tabelle Tumor)

G-IQI 13.3 (CH-IQI C.3) - Postoperatives Delir

Der Bereich Delir wurde erweitert und der bestehende Indikator G-IQI 13.3 (CH-IQI C.3.1.P) modifiziert. Die Delir-Kennzahlen G-IQI 13.31 bis G-IQI 13.36 (CH-IQI C.3.2.P bis C.3.7.P) wurden für die Version 5.5 neu in das G-IQI-/CH-IQI-Set aufgenommen, nachdem sie von der Arbeitsgruppe Delir mit Fachexperten entwickelt wurden und bereits seit einiger Zeit in Sonderauswertungen im Einsatz sind.

G-IQI 13.3 (CH-IQI C.3.1.P) Alle Operationen (Alter ≥ 60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir

Modifiziert in Version 5.5:

Der Ausschluss Demenz als Haupt- oder Nebendiagnose wurde entfernt, so dass bei allen Delir-Kennzahlen dieselbe Grundgesamtheit betrachtet wird. Demenz als Risikofaktor für die Entwicklung eines postoperativen Delirs sollte eingeschlossen sein.

Zielsetzung:

Darstellung wie häufig operierte Patienten ab 60 Jahren ein Delir entwickelt haben

Definition:

Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir (Tabelle Delir) bei operierten Patienten (Tabelle Operationen_Ausschluss) und Alter ≥ 60 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose Delir

G-IQI 13.31 (CH-IQI C.3.2.P) Kolorektale Operationen (Alter ≥ 60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung wie häufig Patienten ab 60 Jahren mit kolorektaler Resektion ein Delir entwickelt haben

Definition:

Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir (Tabelle Delir) bei Fällen mit kolorektaler Resektion (Tabellen Kolonresektion_erweitert_total, Kolonresektion_partiell, Rektumresektion) und Alter ≥ 60 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose Delir

G-IQI 13.32 (CH-IQI C.3.3.P) Hüft- oder Kniegelenkendoprothese (Alter ≥ 60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung wie häufig Patienten ab 60 Jahren mit Hüft- oder Kniegelenksendoprothese ein Delir entwickelt haben

Definition:

Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir (Tabelle Delir) bei Fällen mit Operation einer Hüft- oder Kniegelenksendoprothese (Tabellen siehe Handbuch) und Alter ≥ 60 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose Delir

Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators G-IQI Version 5.5

G-IQI 13.33 (CH-IQI C.3.4.P) Hauptdiagnose Pneumonie (Alter ≥ 60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung wie häufig Patienten ab 60 Jahren mit Hauptdiagnose Pneumonie ein Delir entwickelt haben

Definition:

Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir (Tabelle Delir) bei Fällen mit Hauptdiagnose Pneumonie (Tabelle Pneumonie) und Alter ≥ 60 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose Delir

G-IQI 13.34 (CH-IQI C.3.5.P) Hüftgelenknahe Fraktur (Alter ≥ 60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung wie häufig Patienten ab 60 Jahren mit hüftgelenknaher Fraktur ein Delir entwickelt haben

Definition:

Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir (Tabelle Delir) bei Fällen mit Hauptdiagnose hüftgelenknahe Fraktur (Tabellen Schenkelhalsnahe_Fraktur oder Pertrochantäre_Fraktur) und Alter ≥ 60 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose Delir

G-IQI 13.35 (CH-IQI C.3.6.P) Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter ≥ 60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung wie häufig Patienten ab 60 Jahren mit Hauptdiagnose Hirninfarkt ein Delir entwickelt haben

Definition:

Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir (Tabelle Delir) bei Fällen mit Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD-Bereich I63-) und Alter ≥ 60 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose Delir

G-IQI 13.36 (CH-IQI C.3.7.P) Fälle OHNE Operation (Alter ≥ 60), Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung wie häufig NICHT operierte Patienten ab 60 Jahren ein Delir entwickelt haben

Definition:

Anteil Fälle mit Nebendiagnose Delir (Tabelle Delir) bei NICHT operierten Patienten und Alter ≥ 60 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Operation (Tabelle Operationen_Ausschluss) und mit Hauptdiagnose Delir

Erkrankungen der Lunge

G-IQI 14 (CH-IQI D.1) - Lungenentzündung (Pneumonie)

G-IQI 14.2 (CH-IQI D.1.8.M) Hauptdiagnose Pneumonie (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Hauptdiagnose Pneumonie bei Erwachsenen ohne Risikokonstellation

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie (Tabelle Pneumonie) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Zuverlegung, Tumor und Mukoviszidose

Hinweis:

Im Bereich G-IQI 14.2* (CH-IQI D.1.8.M) werden über das Merkmal „Hauptdiagnose Pneumonie“ und den Ausschluss des ICD-Kodes U69.01 die Pneumonien identifiziert, die nicht im Krankenhaus entstanden sind, d.h. die ambulant erworbenen Pneumonien.

Für das deutsche Qualitätsverfahren im Bereich der externen Qualitätssicherung „Ambulant erworbene Pneumonie“ ist die Vorgehensweise umgekehrt: Durch den ICD-Kode U69.01 im QS-Filter wird die Verpflichtung zur Dokumentation ausgelöst.

Die Kodierung des Kodes U69.01 kann hier zu einem Zielkonflikt führen.

G-IQI 14.26 (CH-IQI D.1.15.M) Hauptdiagnose Pneumonie OHNE COVID-19 (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Hauptdiagnose Pneumonie bei Erwachsenen OHNE COVID-19 und ohne Risikokonstellation

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie (Tabelle Pneumonie) OHNE COVID-19 (ICD-Kode U07.1!) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Zuverlegung, Tumor und Mukoviszidose

Hauptdiagnose Pneumonie OHNE COVID-19 (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter ≥ 20), SMR (differenziertes Risikomodell)

Modifiziert in Version 5.5:

Gemeinsam mit Expert:innen aus dem Fachbereich Pneumologie wurde das Risikomodell für den IQI 14.26 Hauptdiagnose Pneumonie OHNE COVID-19 (ohne Zuverlegung, Tumor, Mukoviszidose, Alter ≥ 20) um einige Variablen erweitert und modifiziert. Hierdurch wird die Vergleichbarkeit der Kennzahlen weiter verbessert.

Im Rahmen von erweiterten Risikomodellen werden seit der Version 5.3 für ausgewählte Indikatoren zusätzlich weitere Merkmale einbezogen.¹⁶ Die erweiterten Risikomodelle berücksichtigen neben Alter und Geschlecht auch Begleiterkrankungen, ggf. die Erkrankungsschwere sowie den Zuverlegungsstatus.

Die differenzierten Risikomodelle werden ab sofort und ausschließlich eingesetzt. Die reine Risikoadjustierung nach Alter und Geschlecht, die bisher parallel ausgewiesen wurde, wird für die Indikatoren, für die ein erweitertes Risikomodell verfügbar ist, zukünftig nicht mehr berechnet oder dargestellt.

G-IQI 14.27 (CH-IQI D.1.20.M) Hauptdiagnose Pneumonie MIT COVID-19 (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Hauptdiagnose Pneumonie bei Erwachsenen MIT COVID-19, um die Entwicklung auch nach dem offiziellen Ende der Pandemie beobachten zu können, und ohne Risikokonstellation

Darstellung der Fälle, die im G-IQI 14.26 (CH-IQI D.1.15.M) ausgeschlossen werden.

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie (Tabelle Pneumonie) MIT COVID-19 (ICD-Kode U07.1!) und Alter ≥ 20 Jahre, ausgeschlossen sind Fälle mit Zuverlegung, Tumor und Mukoviszidose

G-IQI 14.6 (CH-IQI D.1.16.M) Nosokomiale Pneumonie (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Todesfälle bei nosokomialer Pneumonie (übergreifende Komplikation) als Hinweis auf Verbesserungspotenzial und mögliches Aufgreifkriterium für Peer Reviews. Je besser die Prozesse, Schnittstellen und die Kommunikation, desto besser sollte das Ergebnis sein.

Definition:

Anteil Todesfälle bei Fällen mit „U69.01! Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt“ UND Hauptdiagnose ist nicht Pneumonie (A48.1, J10.0, J11.0, J12.-, J13.-, J14.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-). Ausschlüsse wie bei G-IQI 14.2 bzw. CH-IQI D.1.8.M (ohne Zuverlegungen, Tumoren, Mukoviszidose), um Fälle mit Risikokonstellation auszuschließen.

¹⁶ Schwarzkopf D, Graf R, Nimptsch U. Weiterentwicklung der Risikoadjustierung für die German Inpatient Quality Indicators. In: Martin J, Braun JP, Zacher J (Hrsg.) Handbuch IQM. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2023, 213-24.

G-IQI 14.61 (CH-IQI D.1.17.P) Nosokomiale Pneumonie (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter ≥ 20), Anteil Fälle mit Beatmung > 24 h

Zielsetzung:

Anteil Beatmungen > 24 h bei nosokomialer Pneumonie (übergreifende Komplikation) als Hinweis auf Verbesserungspotenzial und mögliches Aufgreifkriterium für Peer Reviews. Mit Beatmungen über 24 Stunden sollen schwere Fälle identifiziert werden.

Definition:

Anteil Beatmungen > 24 h bei Fällen mit ICD-Kode „U69.01! Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt“ UND Hauptdiagnose ist nicht Pneumonie (A48.1, J10.0, J11.0, J12.-, J13.-, J14.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-). Ausschlüsse wie G-IQI 14.2 bzw. CH-IQI D.1.8.M (ohne Zuverlegungen, Tumoren, Mukoviszidose), um Fälle mit Risikokonstellation auszuschließen.

G-IQI 14.611 (CH-IQI D.1.17.M) Nosokomiale Pneumonie mit Beatmung > 24 Std. (ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Todesfälle bei Beatmungen > 24 h (schwere Fälle) bei nosokomialer Pneumonie (übergreifende Komplikation) als Hinweis auf Verbesserungspotenzial und mögliches Aufgreifkriterium für Peer Reviews. Mit Beatmungen über 24 Stunden sollen schwere Fälle identifiziert werden.

Definition:

Todesfälle bei Beatmung > 24 h bei Fällen mit „U69.01! Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt“ UND Hauptdiagnose ist nicht Pneumonie (A48.1, J10.0, J11.0, J12.-, J13.-, J14.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-). Ausschlüsse wie G-IQI 14.2 bzw. CH-IQI D.1.8.M (ohne Zuverlegungen, Tumoren, Mukoviszidose), um Fälle mit Risikokonstellation auszuschließen

Frage:

Nosokomiale Pneumonien können Krankenhausassoziiert und Ventilator-assoziiert sein, d.h. ein Patient entwickelt eine Pneumonie und wird deshalb beatmungspflichtig (Fall 1) oder ein beatmungspflichtiger Patient entwickelt im Rahmen der Beatmung eine Pneumonie (Fall 2).

Können die beiden Fallgruppen separat dargestellt werden?

Antwort:

Anhand der §21-Daten kann nicht ermittelt werden, zu welchem Zeitpunkt die nosokomiale Pneumonie entstanden ist. Das bedeutet, dass beide o.g. Gruppen in die Berechnung eingehen und nur in einer gemeinsamen Kennzahl dargestellt werden können. Der Anteil der jeweiligen Patientengruppe lässt sich nicht ermitteln.

G-IQI 14.71 (CH-IQI D.1.18.M) Behandlungsfälle mit COVID-19, Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Der Bereich „COVID-19-Kennzahlen“ wurde entfernt und einzelne relevante Indikatoren in die jeweils thematisch passenden Bereiche integriert.

Zielsetzung:

Sterblichkeit der Gesamtzahl der kodierten COVID-19-Behandlungsfälle, um die Entwicklung auch nach dem offiziellen Ende der Pandemie beobachten zu können

Definition:

Anteil Todesfälle bei COVID-19-Infektion (Tabelle COVID19_Infektion_gesichert)

G-IQI 14.72 (CH-IQI D.1.19.M) Behandlungsfälle mit COVID-19 und SARI, Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Zielsetzung:

Sterblichkeit der kodierten COVID-19-Behandlungsfälle mit SARI, um die Entwicklung auch nach dem offiziellen Ende der Pandemie beobachten zu können

Definition:

Anteil Todesfälle bei COVID-19-Infektion (Tabelle COVID19_Infektion_gesichert) und SARI (Tabelle COVID19_SARI)

Hinweis:

Der Bereich „COVID-19-Kennzahlen“ wurde entfernt und einzelne relevante Indikatoren in die jeweils thematisch passenden Bereiche integriert.

G-IQI 15 (CH-IQI D.2) - Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

G-IQI 16 (CH-IQI D.3) - Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)

G-IQI 17 (CH-IQI D.4) - Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe)

Erkrankungen der Bauchorgane

G-IQI 18 (CH-IQI E.1) - Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen (Cholezystektomie)

G-IQI 18.2 (kein CH-IQI) Cholezystektomie bei Gallensteinen (ohne Tumor), Anteil Fälle mit OP-Umstieg (nur D)

Zielsetzung:

Es soll abgebildet werden, wie gut die präoperativen Voraussetzungen für einen geplanten laparoskopischen Eingriff eingeschätzt wurden. Wenn bei einer Operation der Umstieg von einem laparoskopischen auf einen offen-chirurgischen OP-Zugang häufiger vorkommt als der Referenzwert vorgibt, ist das ein Anlass für eine Detailanalyse.

Definition:

Anteil der Fälle mit Umstieg (Tabelle Galle_Umsteiger) an allen Cholezystektomien bei Gallensteinen (Funktion F_Cholezystektomie)

Frage:

Aus welchem Grund sind in der Nennerpopulation die offen-chirurgischen Fälle eingeschlossen? Hier kann es doch per definitionem keine Umsteiger geben, und die Rate wird hierdurch verwässert, also niedriger.

Antwort:

Die Entscheidung für eine laparoskopische oder offen-chirurgische Operation steht ganz am Anfang. Die Entscheidung, direkt offen chirurgisch zu operieren, ist in Ordnung und die Umsteigerate dann auch richtigerweise niedriger. Dies soll mit abgebildet werden. Deshalb werden alle potenziellen Cholezystektomie-Operationen als Grundgesamtheit zugrunde gelegt.

Besonderheit CH-IQI:

Für die OPS-Kodes der Gruppe „5-511.2- Cholezystektomie - Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch“ gibt es im CHOP-Katalog keine Entsprechung. Daher kann dieser Indikator für die CH-IQI nicht umgesetzt werden.

G-IQI 19 (CH-IQI E.2) - Operation von Leisten-, Schenkel- und Nabelbrüchen (Herniotomie)

G-IQI 20 (CH-IQI E.3) - Eingriffe an der Schilddrüse

G-IQI 21 (CH-IQI E.4) - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm

G-IQI 21.3 (CH-IQI E.4.1.M) Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Überblick über Sterblichkeit bei kolorektalen Resektionen

Definition:

Anteil Todesfälle bei Kolonresektionen (Tabellen Kolonresektion_erweitert_total, Kolonresektion_partiell) und/oder Rektumresektionen (Tabelle Rektumresektion)

G-IQI 21.311 (CH-IQI E.4.2.M) Kolonresektion bei kolorektalem Karzinom OHNE kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit für Kolonresektion bei unkomplizierter kolorektaler Krebserkrankung

Definition:

Anteil Todesfälle bei Kolonresektionen (Funktionen F_Rektum_ex, F_Kolonresektion) bei kolorektalem Karzinom (Tabelle kolorektales_Karzinom) ohne komplexe Diagnose (Funktion F_nicht_komplexe_Diagnose)

Kolonresektion bei kolorektalem Karzinom OHNE kompl. Diagnose, SMR (differenziertes Risikomodell)

Modifiziert in Version 5.5:

Im Rahmen von erweiterten Risikomodellen werden seit der Version 5.3 für ausgewählte Indikatoren zusätzlich weitere Merkmale einbezogen.¹⁷ Die erweiterten Risikomodelle berücksichtigen neben Alter und Geschlecht auch Begleiterkrankungen, ggf. die Erkrankungsschwere sowie den Zuverlegungsstatus.

Die differenzierten Risikomodelle werden ab sofort und ausschließlich eingesetzt. Die reine Risikoadjustierung nach Alter und Geschlecht, die bisher parallel ausgewiesen wurde, wird für die Indikatoren, für die ein erweitertes Risikomodell verfügbar ist, zukünftig nicht mehr berechnet oder dargestellt.

G-IQI 21.312 (CH-IQI E.4.3.M) Kolonresektion bei kolorektalem Karzinom MIT kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit für Kolonresektionen bei Risiko-Konstellation (komplexe Diagnose)

Definition:

Anteil Todesfälle bei Kolonresektionen (Funktionen F_Rektum_ex, F_Kolonresektion) mit Diagnose kolorektales Karzinom (Tabelle Kolorektales_Karzinom) und komplexer Diagnose (Funktion F_komplexe_Diagnose)

G-IQI 21.313 (CH-IQI E.4.4.M) Rektumresektion bei kolorektalem Karzinom, Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Rektumresektion bei kolorektalem Karzinom

Definition:

Anteil Todesfälle bei Rektumresektionen (OPS 5-484.-) bei Rektumkarzinom (Tabelle Rektumkarzinom) oder erweiterte Rektumresektionen (OPS 5-485.-) bei kolorektalem Karzinom (Tabelle Kolorektales_Karzinom), ausgeschlossen sind Kolonresektionen (Tabelle Kolonresektion_erweitert_total)

G-IQI 21.9 (CH-IQI E.4.17.P) Kolorektale Resektion BEI Karzinom, Anteil Fälle mit roboterassistiertem Eingriff

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit von roboterassistierten Eingriffen bei kolorektalen Resektionen bei Karzinom

¹⁷ Schwarzkopf D, Graf R, Nimptsch U. Weiterentwicklung der Risikoadjustierung für die German Inpatient Quality Indicators. In: Martin J, Braun JP, Zacher J (Hrsg.) Handbuch IQM. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2023, 213-24.

Definition:

Anteil Fälle mit roboterassistiertem Eingriff (Tabelle Roboterchirurgie) bei kolorektalen Resektionen bei Karzinom (Nenner: G-IQI 21.311 oder G-IQI 21.312 oder G-IQI 21.313, Details siehe dort)

G-IQI 22 (CH-IQI E.5) - Erkrankungen des Magens

G-IQI 22.3 (CH-IQI E.5.1.F) Magenresektionen, Anzahl Fälle

Zielsetzung:

Darstellung der Menge durchgeführter Magenresektionen

Definition:

Anzahl Fälle mit Magenresektion (Tabelle Magen_OP)

G-IQI 22.31 (CH-IQI E.5.2.M) Magenresektion OHNE komplexen Ösophaguseingriff (bei Magenkarzinom), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit nach Magenresektion bei Magenkarzinom nach Ausschluss von komplexen Ösophaguseingriffen

Definition:

Anteil Todesfälle an Magenresektionen (Tabelle Magen_OP) bei Magenkarzinom (Tabelle Magen_Ca), ausgeschlossen sind komplexe Ösophaguseingriffe (Tabelle Oesophagus)

G-IQI 22.32 (CH-IQI E.5.3.M) Magenresektion MIT komplexem Ösophaguseingriff, Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit nach Magenresektion in Kombination mit komplexem Ösophaguseingriff

Definition:

Anteil Todesfälle an Magenresektionen (Tabelle Magen_OP) mit komplexem Ösophaguseingriff (Tabelle Oesophagus)

G-IQI 22.33 (CH-IQI E.5.6.M) Magenresektion OHNE komplexen Ösophaguseingriff (nicht bei Magenkarzinom), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit nach Magenresektion nach Ausschluss von Magenkarzinom und komplexen Ösophaguseingriffen

Definition:

Anteil Todesfälle bei Magenresektionen (Tabelle Magen_OP), ausgeschlossen sind Fälle mit komplexen Ösophaguseingriffen (Tabelle Oesophagus) und Magenkarzinom (Tabelle Magen_Ca)

G-IQI 22.4 (CH-IQI E.5.7.F) Revisionsoperation (OPS 5-447-) nach Magen-Operation (wenn nicht in 22.3/31/32/33), Anzahl Fälle

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung der Menge an Revisionsoperationen nach Magen-Operation in einem früheren stationären Aufenthalt

Definition:

Anzahl Fälle mit Revisionsoperation nach Magen-Operation (Tabelle Magen_OP_Revision), ausgeschlossen sind Fälle mit Magen-Operation im selben stationären Aufenthalt (Tabelle Magen_OP) und Fälle mit Hauptdiagnose Adipositas (Tabelle Adipositas)

Frage:

Aus welchem Grund sind Fälle mit Magen-Operation und solche mit Adipositas ausgeschlossen? Auch hier finden doch Revisionsoperationen statt.

Antwort:

Seit dem Jahr 2023 sind im OPS-Katalog die Revisionsoperationen nach Magen-Operation differenziert kodierbar. Die Kennzahl soll diese Art Revisionen möglichst gut vergleichbar abbilden. Fälle mit einer Magen-Operation im selben stationären Aufenthalt werden ausgeschlossen, da es sich wahrscheinlich um ein akutes Problem handelt. Bei Fällen mit Hauptdiagnose Adipositas ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass es sich um die Revision nach einer bariatrischen Operation handelt. Deshalb werden auch diese Fälle ausgeschlossen.

G-IQI 23 (CH-IQI E.8) - Bariatrische Eingriffe

G-IQI 24 (CH-IQI E.6) - Große Operationen an der Speiseröhre

G-IQI 25 (CH-IQI E.7) - Operationen der Bauchspeicheldrüse und Leber

Gefäßoperationen

G-IQI 26 (CH-IQI F.1) - Eingriffe an den hirnversorgenden Arterien

G-IQI 27 (CH-IQI F.2) - Eingriffe an der Hauptschlagader (Aorta)

G-IQI 27.51 (CH-IQI F.2.14.P) Resektion/Ersatz abdominale Aorta, Anteil Fälle mit Kolonischämie

Neu in Version 5.5

Die Kolonischämie ist eine schwerwiegende Komplikation im Zusammenhang mit einer Aortenresektion, die am häufigsten bis zu 3 Tagen postoperativ auftritt.

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit der Kolonischämie bei Ersatz oder Resektion der abdominalen Aorta

Definition:

Anteil Fälle mit Diagnose Kolonischämie (Tabelle Kolonischämie) bei Resektion / Ersatz der abdominalen Aorta (Tabellen Aorta_abdom_offen und Aorta_abdom_evar), ausgeschlossen sind Resektion und Ersatz der thorakalen Aorta

G-IQI 27.52 (CH-IQI F.2.15.P) Resektion/Ersatz thorakale Aorta, Anteil Fälle mit Kolonischämie
Neu in Version 5.5

Die Kolonischämie ist eine schwerwiegende Komplikation im Zusammenhang mit einer Aortenresektion, die am häufigsten bis zu 3 Tagen postoperativ auftritt.

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit der Kolonischämie bei Ersatz oder Resektion der thorakalen Aorta

Definition:

Anteil Fälle mit Diagnose Kolonischämie (Tabelle Kolonischämie) bei Resektion/Ersatz der thorakalen Aorta (Tabellen Aorta_thorak_offen und Aorta_thorak_evar)

G-IQI 28 (CH-IQI F.3) - Operationen der Becken-/Bein-Arterien

G-IQI 29 (CH-IQI F.4) - Amputationen

G-IQI 30 (CH-IQI F.5) - Perkutan transluminale Gefäßinterventionen (PTA, stationär)

G-IQI 31 (CH-IQI F.6) - Arteriovenöser Shunt

Geburtshilfe und Frauenheilkunde

G-IQI 32 (CH-IQI G.1) - Geburten

G-IQI 32.1 (CH-IQI G.1.1.P) Geburten insgesamt, Anteil mütterliche Todesfälle

Zielsetzung:

Darstellung der Anzahl Geburten und der mütterlichen Todesfälle als Sentinel Events

Da es sich bei diesen Todesfällen um sehr seltene Ereignisse im Sinne von Sentinel Events handelt, sollte jeder Einzelfall unabhängig von der Rate analysiert werden.

Definition:

Anteil Todesfälle bei allen Geburten (Funktion F_Geburt, Tabelle Geburt_gesamt, Tabelle Resultat_Entbindung)

G-IQI 32.21 (CH-IQI G.1.2.P) Vaginale Geburt, Anteil Fälle mit Dammriss 4. Grades

Modifiziert in Version 5.5:

Dammrisse 3. Grades werden nicht mehr berücksichtigt, da hier die Streuung der Ergebnisse sehr groß ist. Analog zur externen Qualitätssicherung werden nun ausschließlich Dammriss 4. Grades in die Berechnung einbezogen.

Zielsetzung:

Häufigkeit von Dammrissen 4. Grades bei vaginalen Geburten

Definition:

Anteil Dammriss 4. Grades (Tabelle Dammriss) bei Geburten (Funktion F_Geburt, Tabelle Geburt_gesamt, Tabelle Resultat_Entbindung), ausgeschlossen sind Sectio-Entbindungen (Tabelle Sectio)

G-IQI 33 (CH-IQI G.2) - Neugeborene

In diesem Kapitel wird die Anzahl der behandelten Neugeborenen insgesamt und die Anzahl in verschiedenen Gewichtgruppen dargestellt.

Unterschiede G-IQI - CH-IQI

G-IQI

Im §21-Datensatz ist für Geburtsgewicht und Aufnahmegewicht ein Datenfeld „Aufnahmegewicht“ vorgesehen. In der Datensatzbeschreibung findet sich der Text: „Aufnahmegewicht: In Gramm, nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres. Bei Neugeborenen ist als Aufnahmegewicht das Geburtsgewicht anzugeben.“¹⁸

CH-IQI

Im BFS-Datensatz werden Aufnahmegewicht und Geburtsgewicht in getrennten Datenfeldern erfasst. Für die CH-IQI werden beide Angaben alternativ verwendet, da Verwechslungen nicht ausgeschlossen sind.

Details siehe Bericht zur Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI Version 5.5¹⁹.

¹⁸ [v21-KHEntgG_A-2024_2024_Änderungsfassung_20240503.pdf](#) (828,59 kB)

¹⁹ Bundesamt für Statistik (BFS) (2020): Variablen der Medizinischen Statistik - Spezifikationen gültig ab 1.01.2020

G-IQI 34 (CH-IQI G.3) - Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)

G-IQI 35/36/37 (CH-IQI G.4) - Bösartige Neubildungen der Brust und der weiblichen Geschlechtsorgane

G-IQI 38 (CH-IQI G.5) - Eingriffe an der Brust

G-IQI 39 (CH-IQI G.6) - Eingriffe am Beckenboden bei der Frau

Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe

G-IQI 40 (CH-IQI I.4) - Bösartige Neubildungen

G-IQI 41/42/43/44/45 (CH-IQI I.1) - Gelenkersatz, Endoprothese

G-IQI 42.1 (CH-IQI I.1.12.M) Hüft-Endoprothesen-Wechsel OHNE Hauptdiagnose Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Todesfälle bei geplanten Eingriffen werden als Sentinel Events ermittelt.

Definition:

Anteil Todesfälle an allen Fällen mit einem Hüft-Endoprothesenwechsel. Ausgeschlossen werden Fälle, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht elektiv waren (z.B. Fraktur oder Infektion bei Aufnahme)

Frage:

Wieso sind Fälle mit Fraktur oder Infektion im Indikator enthalten, obwohl diese im Titel ausgeschlossen werden?

Antwort:

Ausgeschlossen werden nicht alle Fälle mit Fraktur oder Infektion, sondern nur solche mit Fraktur oder Infektion bei Aufnahme, da es sich hier eher nicht um elektive Fälle handelt. Der Indikator wird gemäß der Zielsetzung richtig berechnet, Fraktur als Nebendiagnose ist bewusst eingeschlossen, da diese nicht Grund für die Aufnahme war, d.h. wahrscheinlich während des stationären Aufenthaltes aufgetreten ist. Diese Fälle mit Komplikation / Sturzfolge sollen angezeigt werden. Zur Klarstellung wird die Bezeichnung für die Zukunft in „G-IQI 42.1 Hüft-Endoprothesenwechsel ohne Fraktur oder Infektion bei Aufnahme/als HD, Anteil Todesfälle“ bzw. „CH-IQI I.1.12.M Hüft-Endoprothesenwechsel ohne Fraktur oder Infektion bei Aufnahme/als HD, Mortalität“ geändert.

Entsprechendes gilt für den Indikator G-IQI 44.1 / CH-IQI I.1.18.M Wechsel einer Kniegelenkendoprothese (siehe dort). Die Bezeichnungen werden ebenfalls geändert.

G-IQI 44.1 (CH-IQI I.1.18.M) Knie-Endoprothesen-Wechsel OHNE Hauptdiagnose Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Todesfälle bei geplanten Eingriffen werden als Sentinel Events ermittelt.

Definition:

Anteil Todesfälle an allen Fällen mit einem Knie-Endoprothesenwechsel. Ausgeschlossen werden Fälle, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht elektiv waren (z.B. Fraktur oder Infektion bei Aufnahme).

Ergänzung:

Ausgeschlossen werden nicht alle Fälle mit Fraktur oder Infektion, sondern solche bei Aufnahme, da es sich hier eher nicht um elektive Fälle handelt. Fraktur als Nebendiagnose ist bewusst eingeschlossen, da diese nicht Grund für die Aufnahme war, d.h. wahrscheinlich während des stationären Aufenthaltes aufgetreten ist. Diese Fälle mit Komplikation / Sturzfolge sollen angezeigt werden. Zur Klarstellung wurde die Bezeichnung für die Zukunft in „G-IQI 44.1 Knie-Endoprothesenwechsel ohne Fraktur oder Infektion bei Aufnahme/als HD, Anteil Todesfälle“ bzw. CH-IQI I.1.18.M Knie-Endoprothesenwechsel ohne Fraktur oder Infektion bei Aufnahme/als HD, Mortalität“ geändert.

G-IQI 46 (CH-IQI I.3) - Hüftgelenknahe Frakturen

Frage:

Aus welchem Grund ist der ICD-Kode S72.02 – Schenkelhalsfraktur: (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung in der Tabelle Schenkelhalsnahe_Frakturen enthalten, obwohl er für Erwachsene nicht verwendet werden darf? Das IQTiG und das WIdO nutzen diesen Code nicht.

Antwort:

Die Tabelle Schenkelhalsnahe_Frakturen wurde mit den entsprechenden Spezifikationen von IQTiG und WIdO abgeglichen. Einzig der ICD-Kode S72.02 – Schenkelhalsfraktur: (Proximale) Epiphyse, Epiphysenlösung wurde in den G-IQI/CH-IQI-Spezifikationen für die Version 5.4 wieder aufgenommen.

Es ist davon auszugehen, dass das Vorkommen des Codes S72.02 eine Fehlkodierung ist, da die „echten“ Epiphysenlösungen über die Altersspezifikation (Alter > 19 Jahre) ausgeschlossen sind. Um diese fehlerkodierte Fälle in der Berechnung nicht zu verlieren, wurde der Code wieder in die Tabelle aufgenommen.

G-IQI 47 (CH-IQI I.2) - Behandlungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks

G-IQI 48 (CH-IQI I.5) - Weitere Eingriffe am Bewegungsapparat inkl. Endoprothetik

G-IQI 49 (CH-IQI I.6) - Polytraumen

Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane

G-IQI 50 (CH-IQI H.1) - Entfernung der Niere (Nephrektomie und partielle Nephrektomie)

G-IQI 50.9 (CH-IQI H.1.11.P) Nephrektomie bei bösartiger Neubildung Niere, Anteil Fälle mit roboterassistiertem Eingriff

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit roboterassistierter Eingriffe bei Nephrektomien bei Nierenkarzinom

Definition:

Anteil Fälle mit roboterassistiertem Eingriff (Tabelle Roboterchirurgie) bei Nephrektomie (Tabellen Nephrektomie, Partielle_Nephrektomie) wegen Nierenkarzinom (Tabelle Nieren_Tumor), ausgeschlossen sind Eingriffe zur Organentnahme (Tabelle Nephrektomie_Ausschluss), Transplantationen (Tabelle Organ_Tx_alle) und Polytraumafälle

G-IQI 51 (CH-IQI H.3) - Eingriffe an der Harnblase

G-IQI 51.9 (CH-IQI H.3.7.P) Zystektomie und Eviszeration des Beckens, Anteil Fälle mit roboterassistiertem Eingriff

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit roboterassistierter Eingriffe bei Zystektomie und Eviszeration des Beckens

Definition:

Anteil Fälle mit roboterassistiertem Eingriff (Tabelle Roboterchirurgie) bei Zystektomie (Tabelle Zystektomie) oder Eviszeration des Beckens (Tabelle Eviszeration)

G-IQI 52 (CH-IQI H.4) - Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (Prostata-TUR)

Der Bereich 52 umfasst derzeit 3 Indikatoren, die sich auf die Grundgesamtheit der isolierten, in den meisten Fällen elektiven Prostata-TUR beziehen.

G-IQI 52.1 (CH-IQI H.4.3.M) Transurethrale Prostata-Resektion - bei GUTartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Todesfälle bei geplanten Eingriffen werden als Sentinel Events ermittelt.

Definition:

Anteil Todesfälle an allen isolierten Prostata-TUR. Ausgeschlossen werden hier alle Fälle mit einer bösartigen Erkrankung (Tabelle TUMOR).

G-IQI 52.2 (CH-IQI H.4.4.M) Transurethrale Prostata-Resektion - bei BÖSartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Todesfälle bei geplanten Eingriffen bei Fällen mit einer bösartigen Erkrankung

Definition:

Anteil Todesfälle an allen isolierten Prostata-TUR. Der Indikator ist komplementär zu G-IQI 52.1 bzw. CH-IQI H.4.3.M, d.h. es werden die Fälle mit bösartigen Erkrankungen separat ausgewiesen, die im G-IQI 52.1 bzw. CH-IQI H.4.3.M ausgeschlossen wurden (Tabelle TUMOR).

G-IQI 52.3 (CH-IQI H.4.2.P) Transurethrale Prostata-Resektion, Anteil Fälle mit Komplikationen (ohne Todesfälle)

Zielsetzung:

Komplikationsfälle bei isolierten Eingriffen an der Prostata

Definition:

Anteil Fälle mit schweren Komplikationen (Funktion F_schwere_Komplikationen) bei isolierten Prostata-TUR (Tabelle Prostata_TUR bzw. Prostata_TUR)

Frage:

Aus welchem Grund werden die OPS-Kodes des Bereiches „5-601.- Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: ... im Rahmen eines anderen Eingriffs“ in den o.g. Indikatoren nicht berücksichtigt (siehe Tabelle Prostata_TUR), obwohl sie ebenfalls TUR-Operationen abbilden?

Antwort:

In den o.g. Indikatoren sind in der Tabelle Prostata_TUR die OPS_Kodes des Bereiches 5-601.- bewusst nicht eingeschlossen, Es werden nur „reine“ TUR-Fälle berücksichtigt, um eine möglichst homogene Gruppe zu betrachten.

G-IQI 53 (CH-IQI H.5) - Fälle mit Prostatakarzinom und Radikalentfernung der Prostata

G-IQI 53.9 (CH-IQI H.5.3.P) Radikale Prostatovesikulektomie, Anteil Fälle mit roboterassistiertem Eingriff

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit roboterassistierter Eingriffe bei radikaler Prostatovesikulektomie

Definition:

Anteil Fälle mit roboterassistiertem Eingriff (Tabelle Roboterchirurgie) bei radikaler Prostatovesikulektomie (Tabelle Radikale_Prostatovesikulektomie)

G-IQI 54 (CH-IQI H.2) - Nierensteine

G-IQI 54.1 (CH-IQI H.2.1.F) Hauptdiagnose Nierensteine, Anzahl Fälle

Modifiziert in Version 5.5:

Ergänzung von ICD-Kodes „N13.6- Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und/oder Ureterstein mit Infektion“ der Niere in der Tabelle Nierensteine

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit der Behandlung von Nierensteinen

Definition:

Anzahl Fälle mit Hauptdiagnose Nierensteine (Tabelle Nierensteine)

G-IQI 54.2 (CH-IQI H.2.2.P) Hauptdiagnose Nierensteine, Anteil Fälle mit Intervention zur Steinentfernung

Modifiziert in Version 5.5:

Ergänzung von ICD-Kodes „N13.6- Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und/oder Ureterstein mit Infektion“ der Niere in der Tabelle Nierensteine

Zielsetzung:

Darstellung der Interventionshäufigkeit bei Fällen mit Hauptdiagnose Nierensteine

Definition:

Anteil Fälle mit einer Intervention zur Steinentfernung (Tabelle Steinentfernung) bei Hauptdiagnose Nierensteine (Tabelle Nierensteine)

Hautkrankheiten

G-IQI 55 (CH-IQI K.1) - Hautkrankheiten

Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)

G-IQI 56 (CH-IQI J.1) - Beatmung, ARDS und extrakorporale Verfahren

G-IQI 56.3 (CH-IQI J.1.9.M) Beatmung > 24 Stunden OHNE COVID-19 (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Darstellung der Sterblichkeit bei Fällen mit Beatmung von mehr als 24 Stunden als wichtiger Bestandteil der Intensivmedizin – hier OHNE Nachweis von COVID-19

Definition:

Anteil Todesfälle bei Fällen mit Beatmung > 24 Stunden (HMV > 24) ohne Nachweis einer COVID-19-Infektion (Tabelle COVID19_Infektion_gesichert), ausgeschlossen sind Neugeborene

G-IQI 56.31 (CH-IQI J.1.10.M) Beatmung > 24 Stunden MIT COVID-19 (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle

Neu in Version 5.5

Der Bereich „COVID-19-Kennzahlen“ wurde entfernt und einzelne relevante Indikatoren in die jeweils thematisch passenden Bereiche integriert.

Zielsetzung:

Darstellung der Sterblichkeit bei Fällen mit Beatmung von mehr als 24 Stunden als wichtiger Bestandteil der Intensivmedizin – hier MIT Nachweis von COVID-19 -, um die Entwicklung auch nach dem offiziellen Ende der Pandemie beobachten zu können.

Definition:

Anteil Todesfälle bei Fällen mit Beatmung > 24 Stunden (HMV > 24) mit Nachweis einer COVID-19-Infektion (Tabelle COVID19_Infektion_gesichert). Neugeborene sind ausgeschlossen.

Bereich 56.4* ARDS – Acute Respiratory Distress Syndrome

Der Bereich ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) wurde aufgrund eines Vorschlages neu aufgenommen, der im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Version 5.5 eingebracht wurde. Insbesondere im Zusammenhang mit Beatmung über 24 Stunden und speziellen operativen Eingriffen stellt das ARDS einen wichtigen qualitätsrelevanten Bereich der Intensivmedizin dar. Aus diesem Grund wurde beschlossen, diesen durch die nachfolgenden Indikatoren differenzierter abzubilden.

G-IQI 56.4 (CH-IQI J.1.11.P) Alle Fälle, Anteil mit ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

Neu in Version 5.5

Der Bereich ARDS wurde als wichtiger qualitätsrelevanter Bereich der Intensivmedizin neu aufgenommen.

Zielsetzung:

Darstellung der Gesamthäufigkeit des ARDS bezogen auf alle Behandlungsfälle

Definition:

Anteil der Fälle mit ARDS (Tabelle COVID19_ARDS) an allen Fällen in der Grundgesamtheit.

G-IQI 56.41 (CH-IQI J.1.12.P) Beatmung, Anteil Fälle mit ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

Neu in Version 5.5

Der Bereich ARDS wurde als wichtiger qualitätsrelevanter Bereich der Intensivmedizin neu aufgenommen.

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit von ARDS bei erhöhtem Risiko, hier bei Fällen mit maschineller Beatmung

Definition:

Anteil der Fälle mit ARDS (Tabelle COVID19_ARDS) an allen Fällen mit maschineller Beatmung (HMV > 0)

G-IQI 56.42 (CH-IQI J.1.13.P) Große Operation oder Transfusion von mind. 5 EK oder TK, Anteil Fälle mit ARDS

Neu in Version 5.5

Der Bereich ARDS wurde als wichtiger qualitätsrelevanter Bereich der Intensivmedizin neu aufgenommen.

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit von ARDS bei erhöhtem Risiko, hier bei Fällen mit ausgewählten großen Operationen oder Massentransfusion

Definition:

Anteil der Fälle mit ARDS (Tabelle COVID19_ARDS) an Fällen mit großer Operation (Tabellen siehe Handbuch) oder Transfusion von mindestens 5 Erythrozyten- und/oder Thrombozytenkonzentraten (Tabelle Massentransfusion_EK_TK)

Frage:

Warum werden Fälle mit großen Operationen und Massentransfusion in einem Indikator zusammengefasst und nicht differenziert dargestellt?

Antwort:

Eine Massentransfusion ist sehr häufig Folge einer großen Operation oder eines Traumas, so dass in vielen Fällen beides kombiniert auftritt.

G-IQI 56.43 (CH-IQI J.1.14P) Lungenresektion, Anteil Fälle mit ARDS

Neu in Version 5.5

Der Bereich ARDS wurde als wichtiger qualitätsrelevanter Bereich der Intensivmedizin neu aufgenommen.

Zielsetzung:

Darstellung der Häufigkeit von ARDS bei einem ausgewählten Eingriff mit erhöhtem Risiko, hier Lungenresektion.

Definition:

Anteil Fälle mit Nebendiagnose ARDS (Tabelle COVID19_ARDS) an Fällen mit Lungenresektion (Tabelle Thoraxchirurgische_Eingriffe)

G-IQI 57 (CH-IQI J.2) - Sepsis

Im Kapitel Sepsis werden verschiedene Kennzahlen zu diesem Krankheitsbild mit erheblichem Sterblichkeitsrisiko ausgewiesen.

Der Bereich wurde in der Version 5.5. deutlich erweitert und differenziert. Es werden nun Sepsis-Erkrankungen durch ALLE bakteriellen Erreger in die Berechnung einbezogen. Zusätzlich wurde ein Indikator für Sepsis durch nicht-bakterielle Erreger (Viren, Pilze etc.) aufgenommen.

Aufgrund der seit dem ICD-Katalog 2023 bestehenden Möglichkeit zu kodieren, ob eine Sepsis nosokomial war oder nicht, wurden einige Kennzahlen zu dieser Fragestellung ergänzt.

Parallel werden weiterhin die bisherigen Ersatzparameter verwendet:

Hauptdiagnose Sepsis: Annahme, dass bei Aufnahme vorhanden

Nebendiagnose Sepsis: Annahme, dass im Krankenhaus entstanden

Wenn die Kodierung der Nosokomialität in Häufigkeit und Qualität stabil ist, kann erwogen werden, diese ICD-Kodes vermehrt zu nutzen.

G-IQI 57.1 (CH-IQI J.2.1.M) Hauptdiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger, Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Es werden nun Sepsis-Erkrankungen durch ALLE bakteriellen Erreger in die Berechnung einbezogen und die Bezeichnung entsprechend angepasst.

Zielsetzung:

Die Sterblichkeit der Fälle mit bakterieller Sepsis als Hauptdiagnose wird ermittelt.

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose bakterielle Sepsis (Tabelle Sepsis)

Frage 1:

In welcher Kennzahl werden die Fälle mit den ICD-Kodes „A41.8 Sonstige näher bezeichnete Sepsis und A41.9 Sepsis, nicht näher bezeichnet“ berücksichtigt? Es fehlt hier die Information zum Erreger.

Antwort 1:

Fälle mit den Kodes A41.8 und A41.9 sind wie bisher auch in G-IQI 57.1 und 57.2 (CH-IQI J.2.2.M und J.2.4.M) enthalten, auch wenn eine gewisse Unschärfe nicht auszuschließen ist.

Frage 2:

Aus welchem Grund wurde der Zielwert für den Indikator „Hauptdiagnose Sepsis, Anteil Todesfälle“ erst ausgesetzt und jetzt wieder eingesetzt?

Antwort 2:

Für die G-IQI/CH-IQI Version 5.3 hatte der IQM Vorstand aus verschiedenen Gründen beschlossen, den Zielwert vorübergehend auszusetzen.

Der Indikator „G-IQI 57.1 Sepsis als Hauptdiagnose, Anteil Todesfälle“ war von Beginn an einer der Zielwertindikatoren und wurde als Aufgreifkriterium für Peer Reviews genutzt.

Gründe für die Aussetzung als Zielwert:

Die deutschen Kodierrichtlinien (DKR) wurden 2020 an die seit 2017 geltende geänderte medizinische Definition der Sepsis angepasst. Seitdem darf nur noch die Sepsis mit Organkomplikationen als Sepsis kodiert werden. Dies führte zu deutlichen Fallzahlverschiebungen im Bereich der Sepsis-Indikatoren. Erfahrungsgemäß brauchen neue Kodierregeln in der Praxis ein bis zwei Jahre bis zur konsequenten Umsetzung. Daher war eine valide Bewertung der Fallzahlen und damit einhergehend der Todesfallraten zu diesem Zeitpunkt nicht möglich.

Die Bundesreferenzwerte, die zur Bestimmung des Zielwertes herangezogen werden, stehen in der Regel erst ca. zwei Jahre später zur Verfügung. Die Daten basierten noch auf den in den Vorjahren geltenden DKR, sodass die Werte nicht vergleichbar und damit für die Ermittlung des Zielwertes nicht geeignet waren.

Nach wiederholter Überprüfung hat der IQM Vorstand nun beschlossen, den Zielwert für die Sepsis ab der G-/CH-IQI Version 5.4 wieder einzusetzen, da die Gründe für die Aussetzung weggefallen sind.

Gründe für die Wiedereinsetzung als Zielwert:

Erstens kann man davon ausgehen, dass die im Jahr 2020 geänderten DKR nun weitestgehend konsequent umgesetzt werden, sodass sich eine konsistente Kodierung ergibt und dies kein Grund mehr für abweichende Fallzahlen ist. Zweitens stammt die aktuelle Datengrundlage für die Berechnung der Bundesreferenzwerte aus dem Jahr 2022, in dem die geänderten DKR ebenfalls schon gültig und auch etabliert waren und kann daher wieder für die Ermittlung des Zielwertes verwendet werden.

Um die Vergleichbarkeit weiter zu verbessern, wurde zusätzlich eine Risikoadjustierung nach Alter und Geschlecht implementiert.

G-IQI 57.11 (CH-IQI J.2.2.M) Hauptdiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger MIT Organkomplikation/Schock, Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Es werden nun Sepsis-Erkrankungen durch ALLE bakteriellen Erreger in die Berechnung einbezogen und die Bezeichnung entsprechend angepasst.

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei bakterieller Sepsis als Hauptdiagnose MIT Organkomplikation und/oder septischem Schock

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose bakterielle Sepsis (Tabelle Sepsis) MIT Diagnose Organkomplikation oder septischer Schock (Tabelle Sepsis_Komplikation)

G-IQI 57.12 (CH-IQI J.2.3.M) Hauptdiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger OHNE Organkomplikation/Schock, Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Es werden nun Sepsis-Erkrankungen durch ALLE bakteriellen Erreger in die Berechnung einbezogen und die Bezeichnung entsprechend angepasst.

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei bakterieller Sepsis als Hauptdiagnose OHNE Organkomplikation und/oder septischem Schock. Komplementäre Kennzahl zu G-IQI 57.11 (CH-IQI J.2.2.M)

Definition:

Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose bakterielle Sepsis (Tabelle Sepsis) und NICHT Diagnose Organkomplikation oder septischer Schock (Tabelle Sepsis_Komplikation)

G-IQI 57.13 (CH-IQI J.2.8.P) Hauptdiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger, Anteil Fälle nicht-nosokomial

Neu in Version 5.5

Seit dem ICD-Katalog 2023 besteht die Möglichkeit zu kodieren, ob eine Sepsis nosokomial entstanden ist oder nicht. Deshalb wurden einige Kennzahlen zu dieser Fragestellung neu aufgenommen.

Es werden nun Sepsis-Erkrankungen durch ALLE bakteriellen Erreger in die Berechnung einbezogen und die Bezeichnung entsprechend angepasst.

Zielsetzung:

Anteil der Fälle mit ICD-Kode für die nicht-nosokomiale Entstehung an allen Fällen mit Hauptdiagnose Sepsis

Definition:

Anteil Fälle mit Nebendiagnose nicht-nosokomiale Sepsis (Tabelle Non_nosokomial) an Fällen mit Hauptdiagnose bakterielle Sepsis (Tabelle Sepsis)

Besonderheit CH-IQI:

Die Angabe, ob eine Sepsis nosokomial oder nicht-nosokomial ist, wird über einen ICD-Kode aus der Gruppe U69.8- identifiziert, der ab dem ICD-10-GM 2023 verfügbar ist. Da in der Schweiz bis Ende 2024 der ICD-10-GM 2022 gültig ist, wird dieser Indikator für 2025 umgesetzt.

G-IQI 57.14 (CH-IQI J.2.9.P) Hauptdiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger, Anteil Fälle ohne Angabe der Sepsis-Entstehung (U69.8-)

Neu in Version 5.5

Seit dem ICD-Katalog 2023 besteht die Möglichkeit zu kodieren, ob eine Sepsis nosokomial entstanden ist oder nicht. Deshalb wurden einige Kennzahlen zu dieser Fragestellung neu aufgenommen.

Es werden nun Sepsis-Erkrankungen durch ALLE bakteriellen Erreger in die Berechnung einbezogen und die Bezeichnung entsprechend angepasst.

Zielsetzung:

Anteil der Fälle OHNE einen ICD-Kode für die Sepsis-Entstehung an allen Fällen mit Hauptdiagnose Sepsis

Definition:

Anteil Fälle ohne Angabe eines Kodes aus U69.8- „Spezifizierung des zeitlichen Bezugs einer Sepsis und eines septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme“ an Fällen mit Hauptdiagnose bakterielle Sepsis (Tabelle Sepsis)

Besonderheit CH-IQI:

Die Angabe, ob eine Sepsis nosokomial oder nicht-nosokomial ist, wird über einen ICD-Kode aus der Gruppe U69.8- identifiziert, der ab dem ICD-10-GM 2023 verfügbar ist. Da in der Schweiz bis Ende 2024 der ICD-10-GM 2022 gültig ist, wird dieser Indikator für 2025 umgesetzt.

G-IQI 57.2 (CH-IQI J.2.4.M) Nebendiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger oder SIRS, Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Es werden nun Sepsis-Erkrankungen durch ALLE bakteriellen Erreger in die Berechnung einbezogen und die Bezeichnung entsprechend angepasst.

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Fällen mit Nebendiagnose bakterielle Sepsis oder SIRS (Annahme: im Krankenhaus entstanden)

Definition:

Anteil Todesfälle bei Fällen mit Nebendiagnose bakterielle Sepsis (Tabelle Sepsis),

ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose bakterielle Sepsis oder Hauptdiagnose Sepsis durch sonstige Erreger (Tabelle Sepsis_sonstige_Erreger)

G-IQI 57.21 (CH-IQI J.2.5.M) Nebendiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger oder SIRS MIT Organkomplikation/Schock, Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Es werden nun Sepsis-Erkrankungen durch ALLE bakteriellen Erreger in die Berechnung einbezogen und die Bezeichnung entsprechend angepasst.

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Fällen mit Nebendiagnose bakterielle Sepsis oder SIRS (Annahme: im Krankenhaus entstanden) MIT Organkomplikation und/oder septischem Schock

Definition:

Anteil Todesfälle bei Fällen mit Nebendiagnose bakterielle Sepsis (Tabelle Sepsis) und Nebendiagnose Organkomplikation (Tabelle Sepsis_Komplikation), ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose bakterielle Sepsis oder Hauptdiagnose Sepsis durch sonstige Erreger (Tabelle Sepsis_sonstige_Erreger)

G-IQI 57.22 (CH-IQI J.2.10.P) Nebendiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger, Anteil Fälle nosokomial

Neu in Version 5.5

Seit dem ICD-Katalog 2023 besteht die Möglichkeit zu kodieren, ob eine Sepsis nosokomial entstanden ist oder nicht. Deshalb wurden einige Kennzahlen zu dieser Fragestellung neu aufgenommen.

Es werden nun Sepsis-Erkrankungen durch ALLE bakteriellen Erreger in die Berechnung einbezogen und die Bezeichnung entsprechend angepasst.

Zielsetzung:

Anteil der Fälle mit ICD-Kode für die nicht-nosokomiale Entstehung an allen Fällen mit Nebendiagnose Sepsis

Definition:

Anteil Fälle mit Nebendiagnose nicht-nosokomiale Sepsis (Tabelle Non_nosokomial) an Fällen mit Nebendiagnose bakterielle Sepsis (Tabelle Sepsis), ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose bakterielle Sepsis oder Hauptdiagnose Sepsis durch sonstige Erreger (Tabelle Sepsis_sonstige_Erreger)

Besonderheit CH-IQI:

Die Angabe, ob eine Sepsis nosokomial oder nicht-nosokomial ist, wird über einen ICD-Kode aus der Gruppe U69.8- identifiziert, der ab dem ICD-10-GM 2023 verfügbar ist. Da in der Schweiz bis Ende 2024 der ICD-10-GM 2022 gültig ist, wird dieser Indikator für 2025 umgesetzt.

G-IQI 57.23 (CH-IQI J.2.11.P) Nebendiagnose Sepsis durch bakterielle Erreger, Anteil Fälle ohne Angabe der Sepsis-Entstehung (U69.8-)

Neu in Version 5.5

Seit dem ICD-Katalog 2023 besteht die Möglichkeit zu kodieren, ob eine Sepsis nosokomial entstanden ist oder nicht. Deshalb wurden einige Kennzahlen zu dieser Fragestellung neu aufgenommen.

Es werden nun Sepsis-Erkrankungen durch ALLE bakteriellen Erreger in die Berechnung einbezogen und die Bezeichnung entsprechend angepasst.

Zielsetzung:

Anteil der Fälle OHNE einen ICD-Kode für die Sepsis-Entstehung an allen Fällen mit Nebendiagnose Sepsis

Definition:

Anteil Fälle ohne Angabe eines Kodes aus U69.8- „Spezifizierung des zeitlichen Bezugs einer Sepsis und eines septischen Schocks zur stationären Krankenhausaufnahme“ an Fällen mit Nebendiagnose bakterielle Sepsis (Tabelle Sepsis), ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose bakterielle Sepsis oder Hauptdiagnose Sepsis durch sonstige Erreger (Tabelle Sepsis_sonstige_Erreger)

Besonderheit CH-IQI:

Die Angabe, ob eine Sepsis nosokomial oder nicht-nosokomial ist, wird über einen ICD-Kode aus der Gruppe U69.8- identifiziert, der ab dem ICD-10-GM 2023 verfügbar ist. Da in der Schweiz bis Ende 2024 der ICD-10-GM 2022 gültig ist, wird dieser Indikator für 2025 umgesetzt.

G-IQI 57.3 (CH-IQI J.2.6.M) Haupt- oder Nebendiagnose SIRS OHNE Organkomplikation, Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Fällen mit SIRS ohne Organkomplikationen

Definition:

Anteil Todesfälle bei Diagnose SIRS ohne Organkomplikationen (R65.0), ausgeschlossen sind Fälle mit Hauptdiagnose bakterielle Sepsis (Tabelle Sepsis), oder Hauptdiagnose Sepsis durch sonstige Erreger (Tabelle Sepsis_sonstige_Erreger)

G-IQI 57.4 (CH-IQI J.2.7.M) Haupt- oder Nebendiagnose Sepsis durch NICHT bakterielle Erreger, Anteil Todesfälle

Neu in Version 5.5

Sepsis-Erkrankungen durch NICHT-bakterielle Erreger als komplementäre Kennzahl zu denen durch bakterielle Erreger (s.o.)

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei Diagnose Sepsis durch nicht-bakterielle Erreger (Viren, Protozoen, Pilze etc.), um die Sepsis-Fälle vollständig darzustellen

Definition:

Anteil Todesfälle bei Diagnose Sepsis durch nicht-bakterielle Erreger (Tabelle Sepsis_sonstige_Erreger), ausgeschlossen sind Fälle mit Diagnose bakterielle Sepsis (Tabelle Sepsis)

G-IQI 58 (CH-IQI J.3) - Komplexe Konstellationen

Transfusionen

Der Bereich Transfusionen wurde aufgrund der zunehmenden Bedeutung insbesondere in der Intensivmedizin und verschiedener Eingaben im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Version 5.5 umfangreich überarbeitet und erweitert. Dabei ergaben sich einige Verschiebungen von Kennzahlen und deren Bezeichnungen. Für einige Kennzahlen-Nummerierungen hat sich aufgrund der Umstrukturierung des Bereichs die Bedeutung verändert.

Frage 1:

Aus welchem Grund sind offen chirurgischen Operationen an der Trikuspidal- und der Pulmonalklappe in der Tabelle Herz_OP_offen nicht berücksichtigt?

Antwort 1:

Im Bereich Transfusionen wird die Tabelle Herz_OP_offen für verschiedenen Zwecke verwendet. Die Tabelle soll Operationen mit einem erhöhten Transfusionsrisiko abbilden, die bei einigen Indikatoren als Hochrisikogruppe ausgeschlossen werden. An anderer Stelle werden gerade diese Fälle betrachtet, um die Transfusionsraten zu vergleichen, und Abweichungen als Aufgreifkriterium für Peer Reviews zu nutzen. Isolierte Vitien der Trikuspidalklappe und der Pulmonalklappe sind selten symptomatisch, eine isolierte Operation ist daher ebenfalls selten und birgt kaum ein Risiko für eine Transfusion. Wenn ein Eingriff an diesen Herzklappen im Rahmen einer anderen größeren Herzoperation stattfindet, ist das erhöhte Risiko dann darüber abgebildet.

Frage 2:

In der Berechnung der Kennzahlen zur Transfusion wird die Tabelle Massentransfusion_EK_TK mehrmals verwendet. Wie wird der Begriff „Massentransfusion“ hier definiert?

Antwort 2:

In der Spezifikation werden die OPS-Kodes für die Transfusion von Erythrozyten- und/oder Thrombozytenkonzentraten verwendet. Dabei unterscheiden sich die Grenzen geringfügig.
Erythrozytenkonzentrate: mehr als 5, d.h. ab 6 Einheiten

Thrombozytenkonzentrate: 5 und mehr, d.h. ab 5 Einheiten

Mit dem Ziel der besseren Verständlichkeit wird bei den Bezeichnungen der Indikatoren durchgehend der Ausdruck „mind. 5 EK oder TK“ verwendet.

G-IQI 58.3 (CH-IQI J.3.4.P) Alle Behandlungen, Anteil Fälle mit Transfusion

Zielsetzung:

Quantitative Darstellung des Transfusionsgeschehens

Definition:

Anteil Transfusionen bezogen auf die Gesamtzahl der Behandlungsfälle

G-IQI 58.31 (CH-IQI J.3.5.P) Fälle mit Operation, Anteil Fälle mit Transfusion

Modifiziert in Version 5.5:

Siehe Hinweis

Zielsetzung:

Darstellung des Transfusionsgeschehens bei operativ versorgten Fällen

Definition:

Anteil der Fälle mit Transfusion (Tabelle Transfusion_gesamt) bei operativ versorgten Fällen (Tabelle Operationen_Ausschluss)

Hinweis:

Der bisherige Indikator „G-IQI 58.31 (CH-IQI J.3.5.P) Behandlungsfälle mit Transfusion (ohne Organtransplantation), Anteil Fälle mit Transfusion von mind. 5 EK oder TK und Intensivaufenthalt“ existiert so nicht mehr und wurde durch eine Differenzierung in verschiedene Indikatoren ersetzt.

Siehe folgende Indikatoren:

- G-IQI 58.31 (CH-IQI J.3.5.P) Fälle mit Operation, Anteil Fälle mit Transfusion
- G-IQI 58.311 (CH-IQI J.3.7.M) Operation MIT Transfusion von mind. 5 EK oder TK und Intensivaufenthalt (ohne Organtransplantation, Polytrauma, Herz-OP offen oder Hämato-Onkologische Diagnose), Anteil Todesfälle
- G-IQI 58.32 (CH-IQI J.3.11.P) Konservative Versorgung, Anteil Fälle mit Transfusion
- G-IQI 58.321 (CH-IQI J.3.6.M) Konservative Versorgung MIT Transfusion von mind. 5 EK oder TK und Intensivaufenthalt (ohne Polytrauma oder Hämato-Onkologische Diagnose), Anteil Todesfälle

G-IQI 58.311 (CH-IQI J.3.7.M) Operation MIT Transfusion von mind. 5 EK oder TK und Intensivaufenthalt (ohne Organtransplantation, Polytrauma, Herz-OP offen oder Hämato-Onkologische Diagnose), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Siehe Hinweis

Zielsetzung:

Bessere Darstellung der Intensivmedizin und Nutzung als Aufgreifkriterium für Peer Reviews, da die Ermittlung von Verbesserungspotenzial zu erwarten ist.

Die konservativ und operativ versorgten Fälle werden separat ausgewiesen, da sich Transfusionshäufigkeit und -gründe bei den Gruppen deutlich unterscheiden.

Definition:

Anteil Todesfälle bei operativ versorgten Intensiv-Fällen mit Transfusion von mindestens 5 Erythrozyten- und/oder Thrombozytenkonzentraten bezogen auf alle transfundierten Intensiv-

Fälle. Organtransplantationen, Polytrauma, offene Herz-Operationen und Hämato-Onkologische Diagnosen sind ausgeschlossen.

Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators G-IQI Version 5.5 2023.

Hinweis:

Der bisherige Indikator „G-IQI 58.311 (CH-IQI J.3.6.M) - davon konservativ versorgte Fälle mit Transfusion von mind. 5 EK oder TK und Intensivaufenthalt (ohne Organtransplantationen), Anteil Todesfälle“ findet sich nun als „G-IQI 58.321 (CH-IQI J.3.6.M) Konservative Versorgung MIT Transfusion von mind. 5 EK oder TK und Intensivaufenthalt (ohne Polytrauma oder Hämato-Onkologische Diagnose), Anteil Todesfälle“. Die Ausschlusskriterien wurden erweitert.

[G-IQI 58.312 \(CH-IQI J.3.9.P\) Herzoperation offen chirurgisch, Anteil Fälle mit Transfusion](#)

Neu in Version 5.5

Siehe Hinweis

Zielsetzung:

Bessere Darstellung der Intensivmedizin und Nutzung als Aufgreifkriterium für Peer Reviews, da die Ermittlung von Verbesserungspotenzial zu erwarten ist.

Die offene Herzchirurgie wird als Fachbereich mit tendenziell höherem Transfusionsbedarf separat betrachtet, da sich auch hier deutliche Unterschiede bei der Transfusionshäufigkeit zeigen.

Definition:

Anteil Fälle mit Transfusion (Tabelle Transfusion_gesamt) bei Fällen mit offen chirurgischer Herzoperation (Tabelle Herz_OP_offen)

Hinweis:

Der bisherige Indikator „G-IQI 58.312 (CH-IQI J.3.7.M) - davon operativ versorgte Fälle mit Transfusion von mind. 5 EK oder TK und Intensivaufenthalt (ohne Organtransplantationen), Anteil Todesfälle“ findet sich nun als „G-IQI 58.311 (CH-IQI J.3.7.M) Operation MIT Transfusion von mind. 5 EK oder TK und Intensivaufenthalt (ohne Organtransplantation, Polytrauma, Herz-OP offen oder Hämato-Onkologische Diagnose), Anteil Todesfälle“. Die Ausschlusskriterien wurden erweitert.

[G-IQI 58.313 \(CH-IQI J.3.10.M\) Herzoperation offen chirurgisch MIT Transfusion von mind. 5 EK oder TK und Intensivaufenthalt, Anteil Todesfälle](#)

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Bessere Darstellung der Intensivmedizin und Nutzung als Aufgreifkriterium für Peer Reviews, da die Ermittlung von Verbesserungspotenzial zu erwarten ist.

Die offene Herzchirurgie wird als Fachbereich mit tendenziell höherem Transfusionsbedarf und häufigerer Behandlung auf der Intensivstation separat betrachtet.

Definition:

Anteil Todesfälle bei Fällen mit offen chirurgischer Herzoperation (Tabelle Herz_OP_offen) und Transfusion von mindestens 5 Erythrozyten- oder Thrombozytenkonzentraten (Tabelle Massentransfusion_EK_TK) und Intensivaufenthalt (Funktion F_ICU)

G-IQI 58.32 (CH-IQI J.3.11.P) Konservative Versorgung, Anteil Fälle mit Transfusion

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung des Transfusionsgeschehens bei konservativ versorgten Fällen

Definition:

Anteil Transfusionen (Tabelle Transfusionen_gesamt) an Fällen ohne Operation (Tabelle Operationen_Ausschluss)

G-IQI 58.321 (CH-IQI J.3.6.M) Konservative Versorgung MIT Transfusion von mind. 5 EK oder TK und Intensivaufenthalt (ohne Polytrauma oder Hämato-Onkologische Diagnose), Anteil Todesfälle

Modifiziert in Version 5.5:

Siehe Hinweis

Zielsetzung:

Bessere Darstellung der Intensivmedizin und Nutzung als Aufgreifkriterium für Peer Reviews

Definition:

Anteil Todesfälle bei konservativ versorgten Intensiv-Fällen mit Transfusion von mindestens 5 Erythrozyten- und/oder Thrombozytenkonzentraten bezogen auf alle transfundierten Intensiv-Fälle. Organtransplantationen, Polytrauma, offene Herz-Operationen und Hämato-Onkologische Diagnosen sind ausgeschlossen.

Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators G-IQI Version 5.5 2023.

Hinweis:

Dieser Indikator G-IQI 58.321 (CH-IQI J.3.6.M) entspricht dem bisherigen G-IQI 58.311 (CH-IQI J.3.6.M)

G-IQI 58.33 (CH-IQI J.3.12.P) ECMO-Therapie, Anteil Fälle mit Transfusion von mind. 5 EK oder TK

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung des Transfusionsgeschehens bei ECMO-Fällen (hoch spezialisierte Intensivmedizin)

Definition:

Anteil Fälle mit Transfusion von mindestens 5 E Erythrozyten- und/oder Thrombozytenkonzentraten (Tabelle Massentransfusion_EK_TK) bei Fällen mit ECMO-Therapie (Tabelle ECMO_COVID)

G-IQI 58.4 (CH-IQI J.3.8.P) Fälle mit Operation oder Eingriff insgesamt, Anteil Fälle mit Nebendiagnose Lungenembolie

Zielsetzung:

Die Kennzahl kann Hinweise auf Verbesserungspotenzial, z.B. bei perioperativen Prozessen oder dem perioperativen Management, geben.

Definition:

Anteil Fälle mit Operation und Lungenembolie als Nebendiagnose
Eingriffe an der Vena Cava sind ausgeschlossen

G-IQI 58.41 (CH-IQI J.3.8.M) Fälle mit Operation oder Eingriff mit Nebendiagnose Lungenembolie, Anteil Todesfälle

Zielsetzung:

Die Kennzahl kann Hinweise auf Verbesserungspotenzial, z.B. bei perioperativen Prozessen oder dem perioperativen Management, geben.

Definition:

Anteil Todesfälle an operativen Fällen mit Lungenembolie als Nebendiagnose
Eingriffe an der Vena Cava sind ausgeschlossen

Wichtiger Hinweis:

Die Kennzahlen sind für Vergleiche ungeeignet (siehe auch AOK QSR Revisionsbericht 2020). Sie können jedoch als Information im Zeitverlauf für das eigene Krankenhaus sinnvoll genutzt werden.

In Deutschland fehlt bisher ein Diagnosekennzeichen für die Eigenschaft „Bei Aufnahme vorhanden“ (Present on Admission (POA)) (siehe auch AHRQ-PSI 12). Es wird zudem in den §21-Daten kein Diagnosedatum oder -zeitpunkt erfasst. Bei der Interpretation der Kennzahlen ist daher zu berücksichtigen, dass es schwierig ist, Diagnosen aus dem §21-Datensatz als Komplikationen zu identifizieren und vom Behandlungsanlass zu unterscheiden.

G-IQI 59 - Obduktionsrate

Hochspezialisierte Medizin

G-IQI 60 (CH-IQI L.1) - Herz-Lungentransplantation

G-IQI 61 (CH-IQI L.2) - Lungentransplantation

G-IQI 62 (CH-IQI L.3) - Lebertransplantation

G-IQI 63 (CH-IQI L.4) - Pankreastransplantation

G-IQI 64 (CH-IQI L.5) - Nierentransplantation

G-IQI 65 (CH-IQI L.6) - Stammzelltransplantation

G-IQI 66 (nicht in CH-IQI) - Stammzelltherapie

G-IQI 67 (CH-IQI L.7) - Hypertherme Chemotherapie

Palliativmedizin

G-IQI 68 (CH-IQI M.1) - Palliativmedizin

Roboterassistierte Eingriffe

G-IQI 69 (CH-IQI N.1) - Roboterassistierte Eingriffe

G-IQI 69.1 (CH-IQI N.1.3.F) Roboterassistierte Eingriffe gesamt in G-IQI (21.9, 50.9, 51.9 und 53.9), Anzahl Fälle

Modifiziert in Version 5.5:

Die Bedeutung des Indikators hat sich geändert. Der bisherige G-IQI 69.1 (CH-IQI N.1.1.F) Roboterchirurgie bei urologischen Index-Eingriffen wurde inhaltlich differenziert und die neuen Einzelkennzahlen den jeweiligen Organbereichen zugeordnet (siehe G-IQI 21.9, 50.9, 51.9 und 53.9 bzw. CH-IQI E.4.17.P, H.1.11.P, H.3.7.P, H.5.3.P).

Zielsetzung:

Darstellung der Menge an roboterassistierten Eingriffen innerhalb der G-IQI / CH-IQI zu roboterassistierten Eingriffen (G-IQI 21.9, 50.9, 51.9 und 53.9 bzw. CH-IQI E.4.17.P, H.1.11.P, H.3.7.P, H.5.3.P)

Definition:

Anzahl Fälle mit roboterassistiertem Eingriff (Tabelle Roboterchirurgie) innerhalb der Summe der Nennerpopulationen folgender Indikatoren: kolorektale Resektionen bei Karzinom, Nephrektomien, Zystektomien und Eviszerationen des Beckens und radikale Prostatovesikulektomien

Weitere Details zu Spezifikation und Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators G-IQI Version 5.5.

G-IQI 69.2 (CH-IQI N.1.4.F) Roboterassistierte Eingriffe gesamt NICHT in G-IQI (21.9, 50.9, 51.9 und 53.9), Anzahl Fälle

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Darstellung der Menge an roboterassistierten Eingriffen außerhalb der G-IQI zu roboterassistierten Eingriffen (alle außer G-IQI 21.9, 50.9, 51.9 und 53.9 bzw. CH-IQI E.4.17.P, H.1.11.P, H.3.7.P, H.5.3.P)

Definition:

Anzahl Fälle mit roboterassistiertem Eingriff (Tabelle Roboterchirurgie), ausgeschlossen sind die Nennerpopulationen folgender Indikatoren: kolorektale Resektionen bei Karzinom, Nephrektomien, Zystektomien und Eviszerationen des Beckens und radikale Prostatovesikulektomien

Weitere Details zu Spezifikation und Tabellen siehe Handbuch mit technischer Spezifikation der German Inpatient Quality Indicators G-IQI Version 5.5.

G-IQI 69.3 (CH-IQI N.1.2.F) Roboterassistierte Eingriffe gesamt, Anzahl Fälle

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Gesamtzahl roboterassistierter Eingriffe

Definition:

Anzahl Fälle mit roboterassistiertem Eingriff (Tabelle Roboterchirurgie)

Mindestmengen für Krankenhäuser (G-BA)²⁰²¹

Dieser Bereich beschreibt die Regelungen und Kennzahlendefinitionen für die Mindestmengenregelung des G-BA für Krankenhäuser in Deutschland. Diese sind sowohl

²⁰ Mindestmengen für Krankenhäuser. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

²¹ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Mindestmengenregelung (Mm-R). Gemeinsamer Bundesausschuss (2023).

inhaltlich wie auch betreffend die Schwellenwerte nicht mit den in der Schweiz gängigen Konzepten (Mindestfallzahlen) kompatibel.²²

Zielsetzung

Hinter der gesetzgeberischen Idee der Mindestmenge steht das Ziel, besonders schwierige Eingriffe aus Gründen der Qualitätssicherung nur von solchen Kliniken durchführen zu lassen, deren Ärztinnen und Ärzte damit ausreichend Erfahrung haben.

Der G-BA benennt planbare stationäre Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Durchführungshäufigkeit und der Behandlungsqualität besteht. Für diese Leistungen legt er auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse Mindestmengen je Ärztin und Arzt und/oder Standort eines Krankenhauses fest.

Mindestmengenregelungen

In den Mindestmengenregelungen des G-BA ist näher definiert, in welchem Fall ein Krankenhaus die Leistungen, zu denen Mindestmengen festgelegt sind, erbringen darf. Das ist dann der Fall, wenn die Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird. Der Krankenhausträger hat diese Erwartung als Prognose gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich darzulegen.

Eine ausnahmsweise Leistungserbringung mit entsprechendem Vergütungsanspruch ist beispielsweise nur dann möglich, wenn ein Krankenhaus eine Leistung erstmalig oder erneut erbringen möchte.

Der G-BA aktualisiert je Mindestmengenbereich die jährlich zu erreichenden Fallzahlen und veröffentlicht die entsprechenden Tabellen mit OPS-Kodes, die zur Ermittlung der „Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses“ zugrunde gelegt werden.

Übergangsregelung

Für den Fall, dass für eine Leistung eine Mindestmenge neu festgelegt, erhöht oder ein Arztbezug für die Bemessung eingeführt wird, gilt eine Übergangsfrist von in der Regel zwölf, jedoch maximal 24 Monaten, innerhalb welcher die Mindestmenge nicht in voller Höhe erfüllt werden muss.

²² Zahnd, Daniel/Weiser, Octavian (2024): Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI Version 5.5. Solventum Health Information Systems.

Leistungen mit Mindestmengen

In der Anlage der Mindestmengenregelungen – im sogenannten Mindestmengenkatalog – sind die Leistungen aufgeführt, für die der G-BA bislang Mindestmengen pro Standort eines Krankenhauses festgelegt hat²³:

- Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)
- Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)
- Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene
- Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsenen
- Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen
- Kniegelenk-Totalendoprothesen
- koronarchirurgische Eingriffe
- Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1250 Gramm
- Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)
- Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen
- Herztransplantation

Im Mindestmengenkatalog ist auch festgehalten, wie sich die Leistungsmenge berechnet und ob eine Übergangsregelung gilt. Die Aufnahme von koronarchirurgischen Eingriffen in den Katalog erfolgte vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.

G-IQI 70 (CH-IQI Z.3) - Mindestmengen gemäß Definition des G-BA^{24,25}

„Die Indikatoren bilden auch ab, ob ein Krankenhaus die gesetzliche Mindestmengenvorgabe (gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V) erreicht. Für das Einzelkrankenhaus wird dargestellt, ob die Mindestfallzahl erreicht wurde oder nicht. Als Bundesreferenzwert wird der bundesweite Anteil der Kliniken, die die jeweilige Mindestmenge erreicht haben, ausgewiesen. Diese Information kann herangezogen werden, um zu prüfen, inwieweit Gruppen von Kliniken die Mindestmengenregelungen mehr oder weniger gut einhalten als der Bundesdurchschnitt. Seit dem Jahr 2018 beziehen sich alle geltenden Mindestmengen auf den Krankenhausstandort. Da sich der Standortbezug anhand der verfügbaren Informationen in der DRG-Statistik noch nicht sicher abbilden lässt, beziehen sich die Bundesreferenzwerte zur Mindestmengenerreichung auf das Institutionskennzeichen, das ggf. mehrere Krankenhausstandorte umfassen kann. Daher kann der Anteil der Krankenhäuser, die die jeweilige Mindestmenge erreichten, in den Bundesreferenzwerten überschätzt sein“.²⁶

²³ Mindestmengen für Krankenhäuser. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

²⁴ Mindestmengen für Krankenhäuser. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

²⁵ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Mindestmengenregelung (Mm-R). Gemeinsamer Bundesausschuss (2023).

²⁶ Nimptsch U, Assenmacher D, Cools A, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 5.5. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2022. Working Papers in Health Services Research Vol. 8. Berlin: Technische Universität Berlin 2024. DOI: [10.14279/depositonce-20906](https://doi.org/10.14279/depositonce-20906)

Die Zielsetzung für die Festlegung von Mindestmengen bezieht sich auf alle Kennzahlen und ist weiter oben ausgeführt.

Die Spezifikationen der Mindestmengen-Kennzahlen im G-IQI/CH-IQI-Paket orientieren sich im Wesentlichen an den Vorgaben des G-BA. An einigen Stellen bestehen Abweichungen, oder es werden auch zusätzliche Kennzahlen berechnet. Dies wird bei den jeweiligen Kennzahlen erläutert.

„Standort eines Krankenhauses“ (= „Entlassender Standort“)

Bezeichnung:

In den IQM-Auswertungen der G-IQI/CH-IQI bis einschließlich Version 5.3 und in den Bundesreferenzdaten wird statt „Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses“ die Bezeichnung „Mindestmenge pro Krankenhaus“ verwendet. Die Bezeichnungen in den IQM-Auswertungen sind ab der G-IQI/CH-IQI Version 5.4 geändert auf „Mindestmenge pro Standort“.

Berechnung:

Die Mindestmengenregelung des G-BA gibt vor, dass sich die Leistungsmengen auf den „Standort eines Krankenhauses“ beziehen. Hiermit ist in der Regel der erbringende Standort gemeint. Angaben zum erbringenden Standort sind in den §21-Daten jedoch nicht dokumentiert. Daher wird in den Spezifikationen der Mindestmengen-Kennzahlen bei IQM hierfür der Parameter „Entlassender Standort“ verwendet.

Hierbei ist zu beachten, dass Verschiebungen in den Kennzahlen entstehen können, wenn der erbringende Standort nicht IQM-Mitglied ist, der entlassende Standort jedoch sehr wohl, so dass die Leistungsmengen fälschlicherweise dem entlassenden statt dem erbringenden Standort zugerechnet werden.

Hinweis:

In den Bundesreferenzwerten wird aufgrund der Unsicherheiten in Bezug auf den erbringenden bzw. entlassenden Standort auf die Verwendung des Standortkennzeichens verzichtet. Daher kann der Anteil der Krankenhäuser, die die jeweilige Mindestmenge erreichten, in den Bundesreferenzwerten überschätzt sein.

Hinweise zur Version 5.5

Es sind Sterblichkeitskennzahlen zu einigen ausgewählten Mindestmengen hinzugekommen, und es wurden Kennzahlen zu Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Daraus ergeben sich einige Verschiebungen der Nummerierung innerhalb der jeweiligen Kennzahlenbereiche.

G-IQI M.01 (CH-IQI Z.3.1.F) Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende) - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) in der Mm-R für das Jahr 2024 (Nummer 1 in der Anlage) verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt. (Zielwert ≥ 20)

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.011 (CH-IQI Z.3.2.F) Lebertransplantation (ohne Teilleber-Lebendspende) - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Darstellung der Mindestmenge für reine Transplantations-Eingriffe ohne Eingriffe zur Teilleber-Lebendspende

Definition:

Anzahl Fälle mit Lebertransplantation, bereinigt um Eingriffe zur Organspende (Tabelle MiMe_Leber_ohne_Spende)

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.02 (CH-IQI Z.3.3.F) Nierentransplantation (inkl. Lebendspende) - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) in der Mm-R für das Jahr 2024 (Nummer 2 in der Anlage) verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt. (Zielwert ≥ 25)

Hinweis:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.03 (CH-IQI Z.3.4.F) Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) in der Mm-R für das Jahr 2024 (Nummer 3 in der Anlage) verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt. (Zielwert ≥ 26)

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.031 (CH-IQI Z.3.5.F) Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus, Alter ≥ 20 - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Darstellung der Mindestmenge für Eingriffe bei Erwachsenen als Information für Kliniken, für die die Mindestmenge nicht gilt, weil sie nur Kinder behandeln

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) in der Mm-R für das Jahr 2024 (Nummer 3 in der Anlage) und Alter ≥ 20 Jahre verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt. (Zielwert ≥ 26)

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.032 (CH-IQI Z.3.5.M) Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Alter ≥ 20), MiMe, Anteil Todesfälle (vgl. G-IQI 24.1)

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Sterblichkeit von Eingriffen am Ösophagus (MiMe) bei Erwachsenen

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Anteil Todesfälle bei Ösophagus-Eingriffen nach der Mindestmengenregelung und Alter ≥ 20 Jahre

Mindestmenge: Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) in der Mm-R für das Jahr 2024 (Nummer 3 in der Anlage) und Alter ≥ 20 Jahre verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt. (Zielwert ≥ 26)

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

[G-IQI M.04 \(CH-IQI Z.3.6.F\) Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas - Mindestmenge pro Standort](#)

Zielsetzung:

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) in der Mm-R für das Jahr 2024 (Nummer 4 in der Anlage) verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt. (Zielwert ≥ 15)

Übergangsregelung:

Im Kalenderjahr 2024 gilt übergangsweise eine Mindestmenge von 15 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

[G-IQI M.041 \(CH-IQI Z.3.7.F\) Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas, Alter \$\geq 20\$ - Mindestmenge pro Standort](#)

Zielsetzung:

Darstellung der Mindestmenge für Eingriffe bei Erwachsenen als Information für Kliniken, für die die Mindestmenge nicht gilt, weil sie nur Kinder behandeln

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) in der Mm-R für das Jahr 2024 (Nummer 4 in der Anlage) und Alter ≥ 20 Jahre verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt. (Zielwert ≥ 15)

Hinweis:

Der bisherige Indikator M.041 - davon komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas ohne postmortale Entnahmen wurde inhaltlich gestrichen.

Ab 2023 ist der OPS-Kode 5-525.4 Pankreatektomie postmortal (zur Transplantation) nicht mehr in der Tabelle zur Berechnung der Mindestmenge „Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas“ enthalten, so dass die Kennzahl nicht mehr berechnet werden kann.

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.042 (CH-IQI Z.3.7.M) Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Alter ≥ 20), MiMe, Anteil Todesfälle (vgl. G-IQI 25.1 (CH-IQI E.7.1.M))

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Sterblichkeit von Eingriffen am Pankreas (MiMe) bei Erwachsenen

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Anteil Todesfälle bei Pankreas-Eingriffen nach der Mindestmengenregelung und Alter ≥ 20 Jahre

Mindestmenge: Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) in der Mm-R für das Jahr 2024 (Nummer 4 in der Anlage) und Alter ≥ 20 Jahre verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt. (Zielwert ≥ 15)

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.04Z Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas ab 2025 - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) in der Mm-R für das Jahr 2024 (Nummer 4 in der Anlage) verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt (Zielwert ≥ 20)

Übergangsregelung:

Im Kalenderjahr 2024 gilt übergangsweise eine Mindestmenge von 15 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

Übergangsregelung beendet

Im Kalenderjahr 2025 wird die Mindestmenge von 20 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses wirksam.

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.05 (CH-IQI Z.3.8.F) Allogene Stammzelltransplantation - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) in der Mm-R für das Jahr 2024 (Nummer 5 in der Anlage) verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt. (Zielwert ≥ 40)

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.051 (CH-IQI Z.3.9.F) Allogene Stammzelltransplantation, Alter ≥ 20 - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Darstellung der Mindestmenge für Eingriffe bei Erwachsenen als Information für Kliniken, für die die Mindestmenge nicht gilt, weil sie nur Kinder behandeln

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) in der

Mm-R für das Jahr 2024 (Nummer 5 in der Anlage) und Alter ≥ 20 Jahre verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt. (Zielwert ≥ 40)

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.052 (CH-IQI Z.3.9.M) Allogene Stammzelltransplantation (Alter ≥ 20), MiMe, Anteil Todesfälle

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Sterblichkeit der Allogenen Stammzelltransplantation (MiMe) bei Erwachsenen

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Anteil Todesfälle bei Allogener Stammzelltransplantation nach der Mindestmengenregelung und Alter ≥ 20 Jahre

Mindestmenge: Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) in der Mm-R für das Jahr 2024 (Nummer 5 in der Anlage) und Alter ≥ 20 Jahre verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt. (Zielwert ≥ 40)

Hinweis:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.06 (CH-IQI Z.3.10.F) Kniegelenk Totalendoprothesen - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) in der Mm-R für das Jahr 2024 (Nummer 6 in der Anlage) verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt. (Zielwert ≥ 50)

G-IQI M.07 (CH-IQI Z.3.11.F) Koronarchirurgische Eingriffe - vom GBA nicht definiert (siehe hierzu G-IQI 07.12)

Zielsetzung:

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Bisher wurde keine OPS-Kodeliste festgelegt (Zielwert: bisher nicht definiert)

G-IQI M.08 (CH-IQI Z.3.12.F) Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g – Mindestmenge pro Standort mit ausgewiesenem Level 1 (entspr. QFR-RL)

Zielsetzung:

Besonders schwierige Versorgungs- und Behandlungsleistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jeder Behandlungsfall eines Kindes mit einem Aufnahmegewicht < 1250g, das am Geburtstag oder am darauffolgenden Kalendertag im betreffenden Krankenhausstandort aufgenommen wurde (Zielwert \geq (14) 20)

Übergangsregelungen:

In den Kalenderjahren 2021 und 2022 galt übergangsweise jeweils eine Mindestmenge von 14 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses, im Kalenderjahr 2023 eine Mindestmenge von 20 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

G-IQI M.08Z Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g ab 2024 – Mindestmenge pro Standort mit ausgewiesenem Level 1 (entspr. QFR-RL)

Zielsetzung:

Besonders schwierige Versorgungs- und Behandlungsleistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jeder Behandlungsfall eines Kindes mit einem Aufnahmegewicht < 1250g, das am Geburtstag oder am darauffolgenden Kalendertag im betreffenden Krankenhausstandort aufgenommen wurde (Zielwert \geq 25)

G-IQI M.09 (CH-IQI Z.3.13.F) Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) ab 2024 - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der

Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Als Leistung wird pro Körperseite gezählt:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) und gleichzeitig ein Kode aus der ICD-Liste (ICD-GM Version 2024) in der Mm-R für 2024 (Nummer 9 in der Anlage) kodiert wurde. (Zielwert ≥ 50)

Übergangsregelung:

Im Kalenderjahr 2024 gilt übergangsweise eine Mindestmenge von 50 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

G-IQI M.09Z Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) ab 2025 - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Als Leistung wird pro Körperseite gezählt:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) und gleichzeitig ein Kode aus der ICD-Liste (ICD-GM Version 2024) in der Mm-R für 2024 (Nummer 9 in der Anlage) kodiert wurde. (Zielwert ≥ 100)

Übergangsregelung beendet

Im Kalenderjahr 2025 wird die Mindestmenge von 100 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses wirksam.

G-IQI M.10 (CH-IQI Z.3.14.F) Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) und gleichzeitig ein Kode aus der ICD-Liste (ICD-GM Version 2024) in der Mm-R für 2024 (Nummer 10 in der Anlage) kodiert wurde. (Zielwert ≥ 40)

Hinweis:

Im Bereich 17 – Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe) sind ebenfalls verschiedene Kennzahlen zur thoraxchirurgischen Behandlung des Lungenkarzinoms abgebildet. Die Definitionen mit Ein- und Ausschlusskriterien weichen allerdings teilweise von der

Mindestmengendefinition des G-BA ab, da bei den G-IQI/CH-IQI der Fokus auf anderen Fragestellungen liegt.

Der Schwerpunkt liegt bei den G-IQI-/CH-IQI-Kennzahlen auf Karzinomen der Lunge, so dass beispielsweise der ICD-Kode C78.0 für die sekundäre bösartige Neubildung der Lunge nicht verwendet wird.

Übergangsregelungen:

Im Kalenderjahr 2024 gilt übergangsweise eine Mindestmenge von 40 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.101 (CH-IQI Z.3.15.F) Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms, Alter ≥ 20 - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Darstellung der Mindestmenge für Eingriffe bei Erwachsenen als Information für Kliniken, für die die Mindestmenge nicht gilt, weil sie nur Kinder behandeln

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Code aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) und gleichzeitig ein Code aus der ICD-Liste (ICD-GM Version 2024) in der Mm-R für 2024 (Nummer 10 in der Anlage) und Alter ≥ 20 Jahre kodiert wurde (Zielwert ≥ 40)

Hinweis:

Im Bereich 17 – Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe) sind ebenfalls verschiedene Kennzahlen zur thoraxchirurgischen Behandlung des Lungenkarzinoms abgebildet. Die Definitionen mit Ein- und Ausschlusskriterien weichen allerdings teilweise von der Mindestmengendefinition des G-BA ab, da bei den G-IQI/CH-IQI der Fokus auf anderen Fragestellungen liegt.

Der Schwerpunkt liegt bei den G-IQI-/CH-IQI-Kennzahlen auf Karzinomen der Lunge, so dass beispielsweise der ICD-Kode C78.0 für die sekundäre bösartige Neubildung der Lunge nicht verwendet wird.

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.102 (CH-IQI Z.3.15.M) Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms (Alter \geq 20), MiMe, Anteil Todesfälle (vgl. G-IQI 17*)

Neu in Version 5.5

Zielsetzung:

Sterblichkeit bei thoraxchirurgischer Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2024) und gleichzeitig ein Kode aus der ICD-Liste (ICD-GM Version 2024) in der Mm-R für 2024 (Nummer 10 in der Anlage) und Alter \geq 20 Jahre kodiert wurde (Zielwert \geq 40)

Hinweis:

Im Bereich 17 – Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe) sind ebenfalls verschiedene Kennzahlen zur thoraxchirurgischen Behandlung des Lungenkarzinoms abgebildet. Die Definitionen mit Ein- und Ausschlusskriterien weichen allerdings teilweise von der Mindestmengendefinition des G-BA ab, da bei den G-IQI/CH-IQI der Fokus auf anderen Fragestellungen liegt.

Der Schwerpunkt liegt bei den G-IQI-/CH-IQI-Kennzahlen auf Karzinomen der Lunge, so dass beispielsweise der ICD-Kode C78.0 für die sekundäre bösartige Neubildung der Lunge nicht verwendet wird.

Nummerierung:

Es wurden Kennzahlen für Übergangsregelungen gestrichen, die nicht mehr gültig sind. Bitte beachten Sie, dass sich daraus geringfügige Änderungen der Kennzahlennummerierung ergeben.

G-IQI M.10Z Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms ab 2025 - Mindestmenge pro Standort

Zielsetzung:

Besonders schwierige planbare Eingriffe, bei denen ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erbringung und der Behandlungsqualität besteht, sollen nur erbracht werden, wenn entsprechende Erfahrung nachgewiesen wird.

Definition:

Jede Operation, bei der mindestens ein Kode aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2022) und gleichzeitig ein Kode aus der ICD-Liste (ICD-GM Version 2022) in der Mm-R für 2022 (Nummer 10 in der Anlage) kodiert wurde. (Zielwert \geq 75)

Hinweis:

Im Bereich 17 – Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe) sind ebenfalls verschiedene Kennzahlen zur thoraxchirurgischen Behandlung des Lungenkarzinoms abgebildet.

Die Definitionen mit Ein- und Ausschlusskriterien weichen allerdings teilweise von der Mindestmengendefinition des G-BA ab, da bei den G-IQI/CH-IQI der Fokus auf anderen Fragestellungen liegt.

Der Schwerpunkt liegt bei den G-IQI-/CH-IQI-Kennzahlen auf Karzinomen der Lunge, so dass beispielsweise der Kode C78.0 für die sekundäre bösartige Neubildung der Lunge nicht verwendet wird.

Übergangsregelung beendet

Im Kalenderjahr 2025 wird die Mindestmenge von 75 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses wirksam.

Zusatzinformationen

G-IQI 80 (CH-IQI Z.1) - Verweildauer

COVID-19

Die COVID-19-Kennzahlen werden als eigener Bereich ab der Version 5.5 entfernt, da ein Reporting in der bisherigen Detailtiefe nicht mehr erforderlich ist.

Folgende ausgewählte Indikatoren werden in den Bereichen „14 – Lungenentzündung (Pneumonie)“ und „56 – Beatmung, ARDS und extrakorporale Verfahren“ (56.3* Beatmung) ausgewiesen, da diese Organbereiche bei einer COVID-19-Infektion am häufigsten betroffen sind.

- Neu: G-IQI 14.27 (CH-IQI D.1.20.M) Hauptdiagnose Pneumonie MIT COVID-19 (ohne Zuverlegung, Tumor, Mukoviszidose, Alter ≥ 20), Anteil Todesfälle
- Versoben: G-IQI 14.71 (CH-IQI D.1.18.M) Behandlungsfälle mit COVID-19, Anteil Todesfälle (bisher C-14)
- Neu: G-IQI 14.72 (CH-IQI D.1.19.M) Behandlungsfälle mit COVID-19 und SARI, Anteil Todesfälle
- Neu: G-IQI 56.31 (CH-IQI J.1.10.M) Beatmung > 24 Stunden MIT COVID-19 (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle

Details zu den Kennzahlen finden sich in den zugehörigen Kapiteln.