
Indikatoren aus Routinedaten beim BQS-Institut

Joachim Kötting, Burkhard Fischer
BQS - Institut für Qualität und Patientensicherheit
Düsseldorf

Übersicht

- QS-Filter
- WHO-PATH
- Ausblick

Der QS-Filter

Der QS-Filter

Was ist der QS-Filter?

- Funktionen des QS-Filter
 - Auslöser für QS-Dokumentation für jeden Krankenhausfall
 - Vollzähligkeitsprüfung der zu dokumentierenden Datensätze (methodische Sollstatistik (pro Leistungsbereich / Gesamt))
- arbeitet sowohl mit § 301-Entlassungsdatensatz als auch mit § 21-Daten (Teildatensätze Fall, ICD, OPS)
- Reines Nenner-Instrument
 - definiert zu dokumentierende Grundgesamtheit eines Leistungsbereiches
 - Nenner wird teilweise weiter eingeschränkt
 - Zähler aus Erhebungsdaten

Der QS-Filter

Historie

- Mit Einführung des DRG-Systems entfielen die Fallpauschalen / Sonderentgelte
- Ersatzweise Nutzung der DRG-Grupper für die Identifikation dokumentationspflichtiger Leistungen („Auslöser“) war nicht geeignet

daher

- Abkehr vom Entgeltsystem
- Auslösung nach medizinisch-pflegerischen Kriterien

Der QS-Filter

Anforderungen

- Die Auslösung sollte sich an der Indikation bzw. medizinischen Leistung orientieren.
- Die Auslösung sollte über Gruppen aus ICD- und OPS-Schlüsseln sowie gegebenenfalls weiteren Kriterien erfolgen.
- Der QS-Filter sollte auf routinemäßig im Krankenhaus vorhandene Daten zurückgreifen, also keine zusätzliche Dokumentation verursachen.
- Der administrative Aufwand sollte reduziert werden.

Der QS-Filter

Entwicklungsschritte

- Entwicklung 12/2002 bis 06/2003
- Vorgehen bei der Entwicklung
 - Definition der Auslösekriterien
 - Versionierte formale Spezifikation (Datenbankformat)
 - Simulation 1 (Fallzahlen QS-Filter zu Fallzahlen FP/SE-System)
 - Überprüfung und Anpassung der Auslösekriterien
 - Simulation 2
- entwickelt in Zusammenarbeit mit
 - DRG Research Group des Universitätsklinikums Münster
 - BQS-interne Projektgruppen
 - BQS-Fachgruppen (Definitionen)
 - QS-Filter-Expertengruppe (Forum)
 - DRG Research Group des Universitätsklinikums Münster (Simulation)
- Routineeinsatz seit 2004 (1. DRG-Pflichtjahr)

Der QS-Filter

Daten im Eingangsdatsatz (2004)

QS-Filter-Eingangsdatsatz (aus Krankenhaus-Informationssystem (KIS)):
§ 301-Entlassungsdatsatz / § 21-Daten (Teildatsätze Fall, ICD, OPS)

Behandlungsfall:

FALLNUMMER	KH-interne Fallnummer
AUFNDATUM	Datum Aufnahme ins Krankenhaus
ENTL DATUM	Datum Entlassung aus Krankenhaus
ALTER	Alter in Jahren am Aufnahmetag

Die QS-Filter-Eingangsdaten
werden nicht übermittelt, sie
bleiben im Krankenhaus!

Diagnosenangaben (wiederholbar):

FALLNUMMER	KH-interne Fallnummer
ICD	Diagnoseschlüssel (ICD-Kode)
ICDVERSION	ICD-Version
DIAGART	Art der Diagnose

Prozedurenangaben (wiederholbar):

FALLNUMMER	KH-interne Fallnummer
OPS	Prozedurschlüssel (OPS-Kode)
OPSVERSION	OPS-Version

Tonsillektomie Textdefinition:

Elektive Tonsillektomie bei chronischer Tonsillitis unter Ausschluss des gleichzeitigen Vorliegens von Tumorerkrankungen im Rachenraum und akuten Tonsillitiden

Algorithmus in Textform:

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle TON_OPS
und

Mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle TON_ICD
und

Keine Ausschluss-Diagnose aus der Tabelle TON_ICD_EX

Algorithmus in BQS-Syntax:

```
PROZ EINSIN TON_OPS UND DIAG EINSIN TON_ICD UND DIAG  
KEINSIN TON_ICD_EX
```

Der QS-Filter

Beispiel: Auslösealgorithmus für Tonsillektomie (2004)

Tonsillektomie Textdefinition:

Elektive Tonsillektomie

OPS-Kode	Titel
5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik
5-281.4	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Rest-Tonsillektomie
5-281.x	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Sonstige
5-281.y	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): N.n.bez.
5-282.0	Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik
5-282.x	Tonsillektomie mit Adenotomie: Sonstige
5-282.y	Tonsillektomie mit Adenotomie: N.n.bez.

Der QS-Filter

Beispiel: Auslösealgorithmus für Tonsillektomie (2004)

Tonsillektomie Textdefinition:

Elektive Tonsillektomie

OPS-Kode	Titel
5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik
5-281.4	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Rest-Tonsillektomie
5-281.x	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Sonstige
5-281.y	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): N.n.bez.
5-282.0	Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik
5-282.x	Tonsillektomie mit Adenotomie: Sonstige
5-282.y	Tonsillektomie mit Adenotomie: N.n.bez.

bei chronischer Tonsillitis

ICD-Kode	Titel
J35.0	Chronische Tonsillitis
J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln
J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel
J35.8	Sonstige chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel
J35.9	Chronische Krankheit der Gaumenmandeln und der Rachenmandel, nicht näher bezeichnet

Der QS-Filter

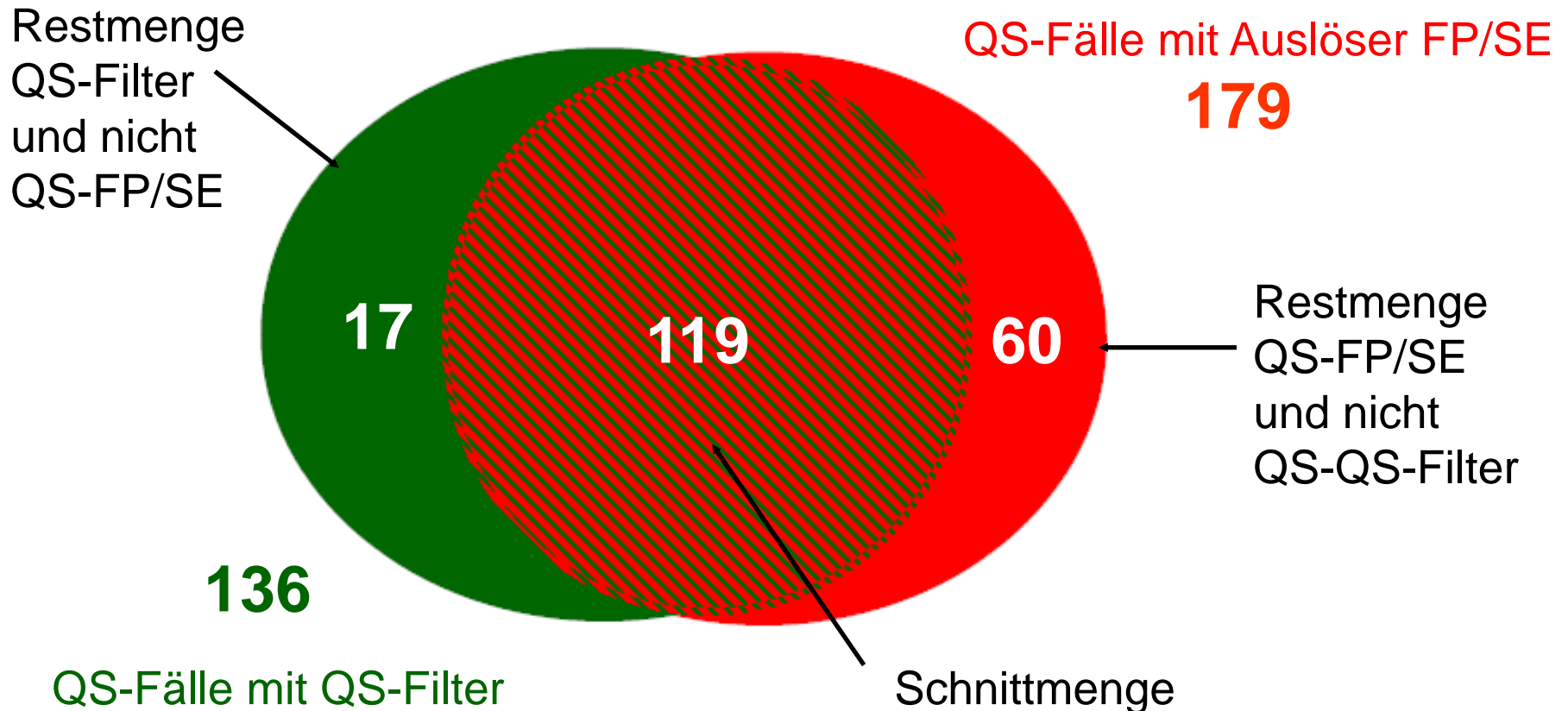
Beispiel: Auslösealgorithmus für Tonsillektomie (2004)

Tonsillektomie Textdefinition: Elektive Tonsillektomie bei chronischer Tonsillitis unter Ausschluss des gleichzeitigen Vorliegens von Tumorerkrankungen im Rachenraum und akuten Tonsillitiden

ICD-Kode	Titel
C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes
C02.-	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge
C03.-	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches
C04.-	Bösartige Neubildung des Mundbodens
C05.-	Bösartige Neubildung des Gaumens
C06.-	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes
C09.-	Bösartige Neubildung der Tonsille
C10.-	Bösartige Neubildung des Oropharynx Bösartige Neubildung: Vallecula epiglottica
C11.-	Bösartige Neubildung des Nasopharynx
C14.-	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
D10.4	Gutartige Neubildung: Tonsille
J03.-	Akute Tonsillitis
J36	Peritonsillarabszess
J39.0	Retropharyngealabszess und Parapharyngealabszess

Tonsillektomie: Umstieg QS-Auslöser von FP/SE auf QS-Filter

Einschlussprozedur + Einschlussdiagnose + Ausschlussdiagnose



Der QS-Filter definiert zu dokumentierende Grundgesamtheit

Qualitätsindikator: Leitende Indikation

Qualitätsziel: Selten leitende Indikation "Sonstige"

Grundgesamtheit: Alle Patienten

Zähler aus
Erhebungsdaten:

chronisch rezidivierende Tonsillitis

Tonsillenhyperplasie

Resttonsillen

Z.n. Peritonsillarabszess

vor Transplantation

Sonstige

Vertrauensbereich

Referenzbereich

Der QS-Filter

definiert zu dokumentierende Grundgesamtheit
Nenner wird für QI weiter eingeschränkt

Qualitätsindikator: Nachblutungen I

Qualitätsziel: Selten behandlungspflichtige Nachblutungen bei Patienten ohne Gerinnungsstörung und ohne medikamentös behandlungspflichtigen Bluthochdruck

Grundgesamtheit: Alle Patienten ohne Gerinnungsstörung und ohne medikamentös behandlungsbedürftigen Bluthochdruck

Zähler aus
Erhebungsdaten:

Nachblutung
innerhalb der ersten 24 Std.*
Vertrauensbereich
Referenzbereich
zwischen 1 und 6. postop. Tag*
später *

QS-Filter-Entwicklung

Leistungsbereiche 2004: **Pflicht (19)** und **Freiwillig (11)**

Aortenklappenchirurgie

Appendektomie

Carotis-Rekonstruktion

Cholezystektomie

Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom

Dekompression bei Sulcus-ulnaris-Syndrom

Gynäkologische Operationen

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Herzschrittmacher-Erstimplantation

Herzschrittmacher-Revision/-Explantation

Herztransplantation

Leistenhernie

Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Kataraktoperation

**Kombinierte Koronar- und
Aortenklappenchirurgie**

Knie-Schlittenprothesen-Erstimplantation

Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

Knie-Totalendoprothesen-Wechsel

Koronarangiographie und PTCA

Koronarchirurgie

Mammachirurgie

Mitralklappenchirurgie

Nasenscheidewandkorrektur

Perinatalmedizin

Pflege

Prostataresektion

Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)

Tonsillektomie

Handbuch für den QS-Filter-Einsatz im Krankenhaus

Externe vergleichende Qualitäts- sicherung nach § 137 SGB V

Handbuch für den Einsatz der QS-Filter-Software im Krankenhaus

Inhaltsverzeichnis

Einteilung	1	4
Die Sicht der Vertragspartner und Vertragsbeteiligten des § 137 SGB V	1.1	4
Der QS-Filter	1.2	5
Einsatz der QS-Filter-Software im Krankenhaus	2	6
In die externe vergleichende Qualitätssicherung einbezogene Leistungen für das Verfahrensjahr 2004	2.1	6
Funktionen des QS-Filters	2.2	7
BQS-Spezifikationen	2.3	8
Spezifikation des Algorithmus des QS-Filters	2.3.1	8
Datengrundlagen des QS-Filters	2.3.2	9
In der Übergangszeit zu erwartende Probleme *		10
Einbindung der QS-Filter-Software in den Workflow des Krankenhauses	2.4	11
Funktionen des QS-Filters	2.4.1	11
Auslösung der Dokumentation	2.4.2	11
Administrative Regelungen, Finanzierung und Abschläge	2.5	14
Allgemeine Regelungen	2.5.1	14
Fälldefinition *		14
Abgrenzung der Verfahrensjahre *		14
Welches Aufnahmedatum und welches Entlassungsdatum gelten? *		14
Venweise auf Kodierrichtlinien *		14
Wer ist verantwortlich für die Dokumentation? *		14
Berechnung der Zuschläge und Rechnungsprüfung	2.5.2	14
Wie wird abgerechnet? *		15
Regelung der Abschläge für Nicht-Dokumentation *	2.5.3	15
Erstellung der Sollstatistik	2.5.4	16
Methodische Sollstatistik	2.5.4.1	16
Vollständigkeitsabgleich zur Berechnung der Abschläge	2.5.4.2	16
Wirtschaftsprüferstat	2.5.4.3	17
Die Erstellung der Sollstatistik im Krankenhaus *		17
Zusammenfassende Darstellung des Datenflusses im Hinblick auf den Abgleich der Vollständigkeit	2.5.5	18
Anhang		19

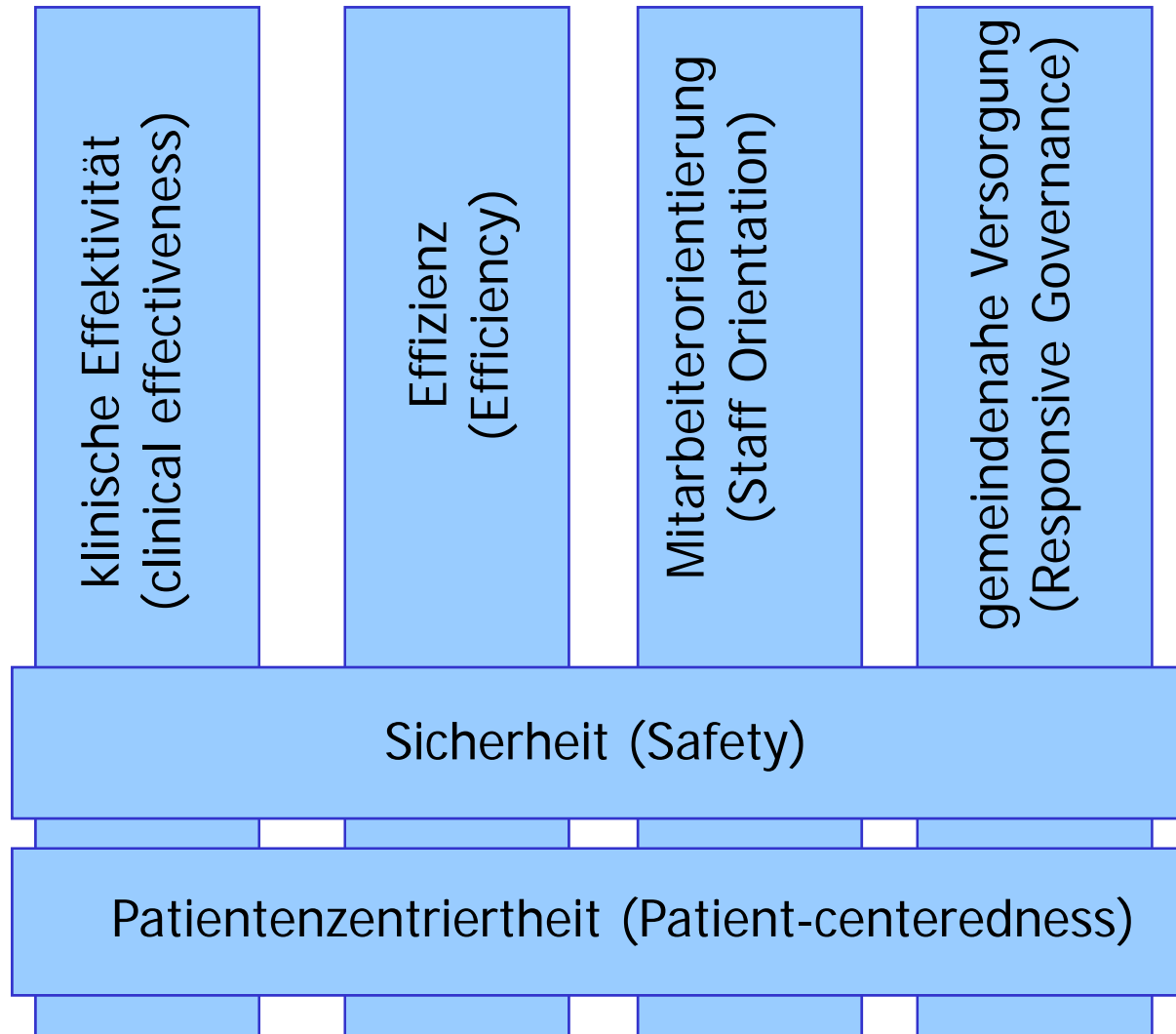
Routinedaten-Indikatoren für PATH

Das WHO-PATH-Projekt

- WHO **P**erformance **A**ssessment **T**ool for Quality Improvement in **H**ospitals (**PATH**)
- Projekt des World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe
- Ziele:
 - Unterstützung von Krankenhäusern bei interner Leistungsbewertung
 - Hinterfragen von Ergebnissen
 - Umsetzung in mögliche Qualitätsverbesserungen

Das PATH Modell

Sechs Dimensionen der Versorgungsqualität



PATH 2007

Kern-Indikatoren

C o r e i n d i c a t o r s

■ Clinical effectiveness & safety

- C1. Caesarean Section.
- C2. Prophylactic Antibiotic use (*planned surgery for colorectal cancer, coronary artery bypass graft, hip replacement, hysterectomy*).
- C3. Mortality (*acute myocardial infarction, stroke, community acquired pneumonia, hip fracture, coronary artery bypass graft*).
- C4. Readmission (*acute myocardial infarction, stroke, community acquired pneumonia, hip fracture, coronary artery bypass graft, asthma, diabetes mellitus*).
- C5. Day surgery for eight tracers (*cataract surgery, knee arthroscopy, inguinal hernia, curettage of the uterus, tonsillectomy and/or adenoidectomy, cholecystectomy, tube litigation, varicose veins stripping and litigation*).
- C6. Admission after day surgery (*same tracers as day surgery*).
- C7 Return to ICU.

■ Efficiency

- C8. Length of stay (*acute myocardial infarction, stroke, community acquired pneumonia, hip fracture, coronary artery bypass graft*).
- C9. Surgical Theatre use.

■ Staff orientation & safety

- C10. Training expenditure.
- C11. Absenteeism.
- C12. Excessive working hours.
- C13. Needle injuries.
- C14. Staff smoking prevalence.

■ Responsive governance

- C15. Breastfeeding at discharge.
- C16. Health care transitions.

■ Patient centeredness

- C17. Patient expectations.

PATH-Indikatoren 2007: Auswahl für deutsche Teilnahme

- C1 Kaiserschnitt
- C2 Antibiotikaprophylaxe
- C3 Mortalität
- C8 Liegezeit
- C9 Auslastung des Operationssaals
- C11 Fehlzeiten
- C13 Nadelstichverletzungen
- C17 Patientenerwartungen

PATH 2007

Teilnahme deutscher Krankenhäuser

- 8 Indikatoren
- 22 (+ 2) Kennzahlen
- 46 teilnehmende Krankenhäuser

Übersetzung und Implementierung der PATH-Dokumente und -Indikatoren

Dokument	Sprache	C1	C2	C3	C8	C9	C11	C13	C17
Indikator Erläuterungsbögen	Deutsch	x	x	x	x	x	x	x	x
Datenerfassungsbögen (EXCEL)	Englisch					x	x	x	x
Daten aus Routinedaten (D)	-	x	x*	x	x				
Daten aus QS-Verfahren (D)	-		x						
Anzahl Kennzahlen pro QI		1	2 (+2)	10	5	2	1	1	n.a.

Übersetzung der PATH Indicator Fact Sheets

	C1. Kaiserschnitt
Bezeichnung des Indikators	
Rationale (einschließlich Begründung, Stärken und Schwächen)	<p>Der Kaiserschnitt ist ein Indikator der klinischen Wirksamkeit und kann – bei fehlender Indikationsstellung – einen Sicherheitsaspekt für die Gebärenden darstellen, indem diese einem unnötigen operativen Eingriff ausgesetzt werden. Kaiserschnitte werden assoziiert mit erhöhter Morbidität und Mortalität, einschließlich tiefer Beinvenenthrombose, Lungenembolie, postthrombotischem Syndrom, Endometriose und Wundinfektionen.</p> <p>Die WHO sieht als Ziel einen prozentualen Anteil an Kaiserschnitten von 10-15%; die nordischen Staaten bewegen sich konstant auf diesem Niveau, während der Anteil an Kaiserschnitten in Großbritannien, Kanada und den Vereinigten Staaten ständig zunimmt.</p> <p><u>Stärken:</u> Der Kaiserschnitt ist in den USA der am häufigsten durchgeführte operative Eingriff. Evident sind dabei eine erhebliche Varianz und ein zu häufiger Einsatz dieser Methode. Der Indikator hat also möglicherweise ein großes Potential für Qualitätsverbesserungen in einer Reihe von Einrichtungen.</p> <p><u>Schwächen:</u> Die Bidirektionalität des Indikators macht eine Interpretation schwierig. Verfälschungen durch subjektive Selektion sind zu erwarten; zusätzlich besteht die Notwendigkeit, Hochrisikopatienten zu identifizieren (z.B. HIV-positive Mütter). Patienten, bei denen eine Indikation für einen Kaiserschnitt besteht, sind nur in beschränktem Umfang aufgrund administrativer Daten zu identifizieren und nicht-klinische (kulturelle und soziodemographische) Faktoren sowie die Präferenzen der Patienten sind nur schwer mit einzurechnen.</p>
Gebiet	Klinische Wirksamkeit, Sicherheit.
Definition	Prozentualer Anteil der Kaiserschnitte an der Gesamtzahl der Geburten.

Indikatortyp	Prozessindikator.
Zähler	Anzahl der Kaiserschnitte -ICD 9: 669.7 -ICD 9 CM: 740, 741, 742, 744, 749.9 -ICD 10: O82
Nenner	Gesamtzahl der Entbindungen -ICD 9: 640-676, -AHRQ DRGs: 370, 373, 371, 374, 372, 375 -ICD 10: O1, O2, O4, O6-O8, O30-37, O90-O92, O95, O98, O99 mit 6. Stelle 1 oder 2, oder Z-/
Optional	a)Verhältnis Anzahl primärer Kaiserschnitte zur Anzahl primärer Entbindungen b)Verhältnis Anzahl vaginaler Entbindungen zur Gesamtzahl aller Entbindungen mit früherem Kaiserschnitt.
Einschlusskriterien	Entbindung nach der 37. Schwangerschaftswoche.
Ausschlusskriterien	Abnorme Präsentation, Tod des Fötus, Mehrlingsschwangerschaft, Beckenendlage.
Interpretation	Aufgrund der Hinweise auf eine zu häufige Durchführung der Kaiserschnitte sind niedrigere Raten erstrebenswert; da der Indikator aber bidirektional ist, können andererseits zu niedrige Raten eine zu seltene Durchführung widerspiegeln. Verhältnisse unter ca. 15% und über 25% können ein Hinweis auf eine unzureichende Versorgung sein.
Datenquellen	Geburts-, Operations-, Kreissaalregister, Mutterschaftspässe, Patientenakten, administrative Datenquellen, Entlassungsunterlagen, spezielle nationale Register.
Beobachtungszeitraum	Der Beobachtungszeitraum hängt von den Fallzahlen in den jeweiligen Einrichtungen ab. Die Datenerhebung kann sowohl retrospektiv als auch prospektiv erfolgen; retrospektiv sollten alle Fälle in 2006 erfasst werden, prospektiv ist ein Zeitraum von 1-3 Monaten sinnvoll.
Weiterführende Informationen	Grundlage dieses Indikators ist die von der Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) vorgeschlagene Definition. Zusätzliche Informationen zu Evidenz und technischen Spezifikationen sind unter folgendem Link zu finden: AHRQ Inpatient Quality Indicators (AHRQ Qualitätsindikatoren für stationäre Behandlung): http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/iqi/iqi_guide_v31.pdf (S. 60ff.) und http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/iqi/iqi_technical_specs_v31.pdf (S. 21ff.)

Textliche Beschreibung SQL-Umsetzung

C1- Kaiserschnitt

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus den Tabelle Einschlusskriterien Geburt oder
 mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Einschlusskriterien Geburt.
 und keine Ausschluss-Diagnose aus der Tabelle Ausschlusskriterien Geburt

Prozeduren der Tabelle Einschlusskriterien Geburt

5-720	Zangenentbindung
5-724	Drehung des kindlichen Kopfes mit Zange
5-725	Extraktion bei Beckenendlage
5-727	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage
5-728	Vakuumentbindung
5-732.2	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion, ohne weitere
5-732.3	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion durch Zange am (nachfolgenden) Becken
5-732.4	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion bei sonstiger Komplikation
5-732.5	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Am zweiten Zwilling
5-740	Klassische Sectio caesarea
5-741	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal
5-742	Sectio caesarea extraperitonealis
5-745	Sectio caesarea kombiniert mit anderen gynäkologischen Eingriffen
5-749	Andere Sectio caesarea
8-515	Partus mit Manualhilfe
9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
9-268	Überwachung und Leitung einer Geburt, n.n.bez.
5-729	Andere instrumentelle Entbindung

ICD-Kode	Diagnosen der Tabelle Einschlusskriterien Geburt
Z37.-	Resultat der Entbindung

ICD-Kode	Diagnosen der Tabelle Ausschlusskriterien Geburt
O30	Mehrlingsschwangerschaft
O09.1	Schwangerschaftsdauer: 5 bis 13 vollendete Wochen
O09.2	Schwangerschaftsdauer: 14. Woche bis 19 vollendete Wochen
O09.3	Schwangerschaftsdauer: 20. Woche bis 25 vollendete Wochen
O09.4	Schwangerschaftsdauer: 26. Woche bis 33 vollendete Wochen
O09.5	Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 36 vollendete Wochen
O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage
O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage

Zähler: Kaiserschnitte

OPS-Code	Prozeduren der Tabelle Kaiserschnitte
5-740	Klassische Sectio caesarea
5-741	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal
5-742	Sectio caesarea extraperitonealis
5-745	Sectio caesarea kombiniert mit anderen gynäkologischen Eingriffen
5-749	Andere Sectio caesarea

PATH Country Report – GERMANY

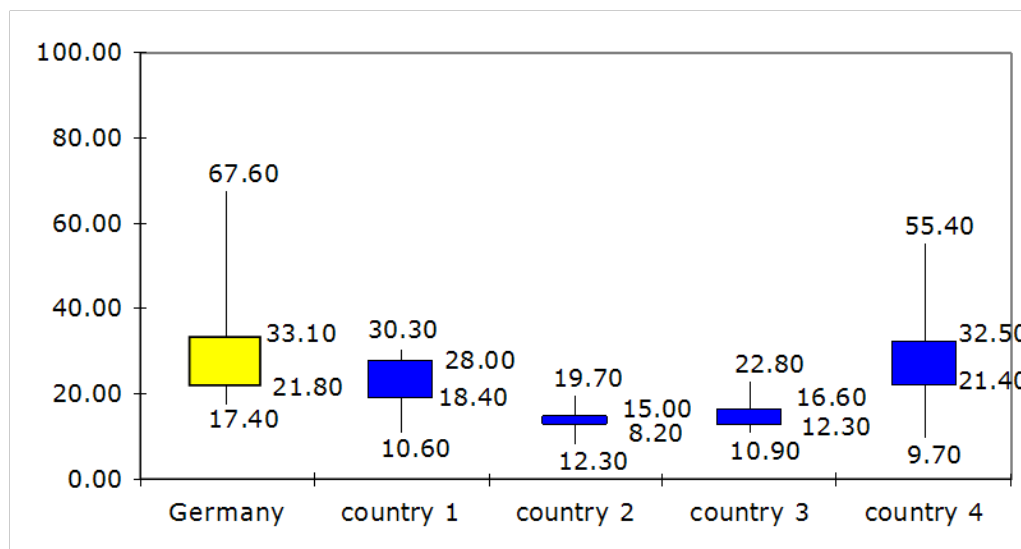
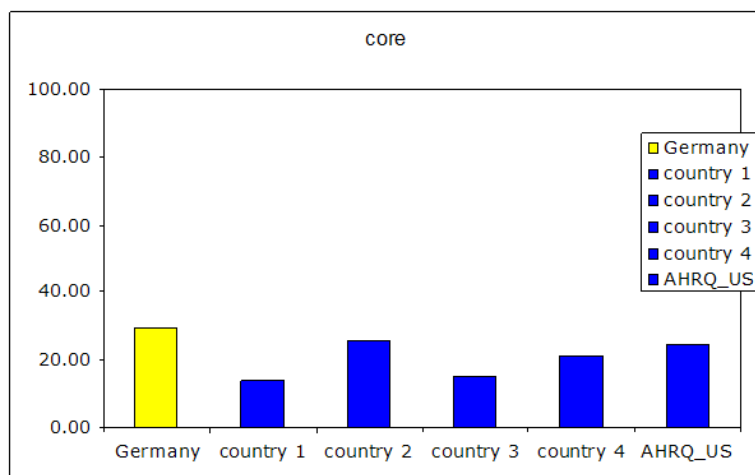
C.1. C-section rate

Part 1. Population level

Core indicator: C-section rate for low-risk deliveries	GERMANY
Number hospitals	28
Number deliveries included	18056
Global rate on the German sample*	29,6%

Part 2. Hospital level (indicator)

	Total	GERMANY	Country 1	Country 2	Country 3	Country 4
Core: % of C-section for low risk deliveries						
Mean	23.2%	29.1%	22.4%	14.1%	15.2%	27.0%
Median	21.4%	25.7%	24.4%	14.5%	15.2%	27.7%
Std. Dev.	10.5%	11.3%	5.9%	2.8%	3.4%	10.5%
HOSPITAL	--		--	--	--	--



Ausblick

Routinedaten-Indikatoren für Qualitätskliniken.de

Ausblick

Qualitätskliniken.de (BDPK-Portal)

Vier Dimensionen zur Qualitätsdarstellung im Krankenhaus:

Medizinische
Qualität

Patienten-
sicherheit

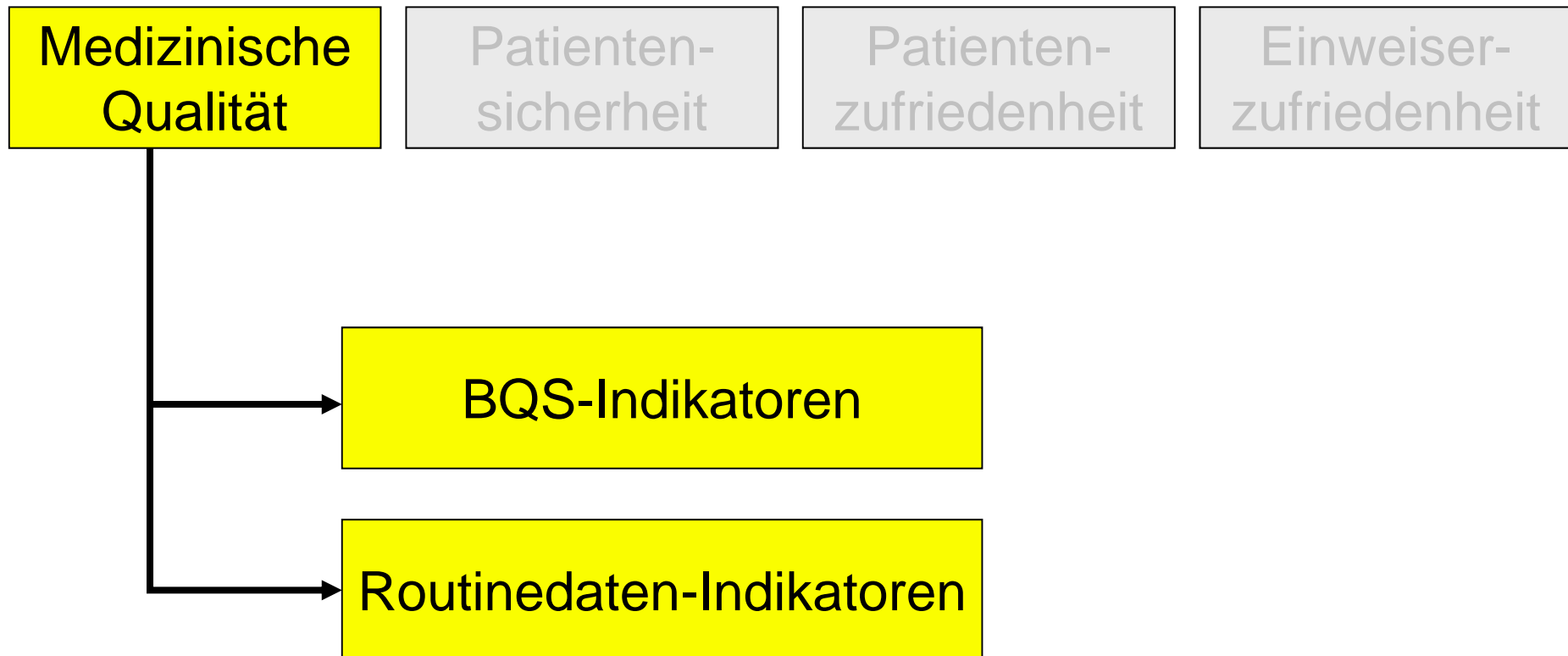
Patienten-
zufriedenheit

Einweiser-
zufriedenheit

Ausblick

Qualitätskliniken.de (BDPK-Portal)

Vier Dimensionen zur Qualitätsdarstellung im Krankenhaus:



Ausblick

Qualitätskliniken.de (BDPK-Portal)

Routinedaten-Indikatoren

Leistungsbereiche

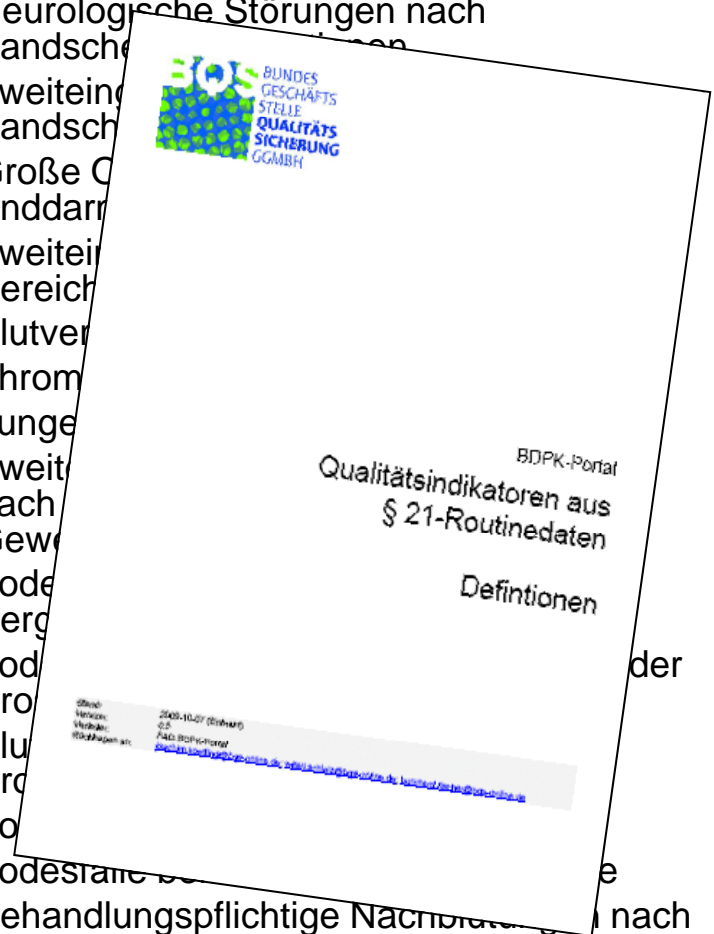
- Bandscheibenoperationen
- kolorektale Operationen
- Operationen
- Operationen an der Harnblase
- Operationen an der Prostata
- (Teil-) Entfernung der Niere
- Tonsillektomie

„Best of“ (Quellen)

- AHRQ
- HELIOS/QSR I
- Rhön Kliniken
- SIMPATHIE
- Universitätsklinika Baden-Württemberg
- VUD

Indikatoren

- Neurologische Störungen nach Bandscheibenoperationen
- Zweiteilige Bandscheibenoperationen
- Große Colonsigmoidectomie
- Zweiteilige Bandscheibenoperationen im Bereich des Colon ascendens
- Blutverlust
- Thrombose
- Lungenembolie
- Zweitoperierte Patienten nach Gewebeentnahme
- Todesrate
- Vergleichen
- Todesrate
- Prognose
- Blut
- Prognose
- Todesrate
- Todesrate
- Behandlungspflichtige Nachbetreuung nach Tonsillektomie



Routinedaten-Indikator: Todesfälle bei Teilentfernung der Niere

Einschluss Nenner:

5-553 – Partielle Resektion der Niere

Ausschluss Nenner:

5-554.4 – Nephrektomie, radikal

5-554.5 – Nephrektomie, radikal, mit Ureterektomie

5-554.6 – Nephrektomie, radikal, mit endoskopischer Ureterexhairese

5-554.7 – Nephrektomie einer transplantierten Niere

5-554.8 – Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender

5-554.a – Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen

5-554.b – Nephrektomie, mit Ureterektomie

5-554.x – Nephrektomie: Sonstige

5-554.y – Nephrektomie: N.n.bez.

Ausblick

Weiterentwicklung bestehender Routinedaten-Indikatoren

Neuentwicklung eigener Routinedaten-Indikatoren

Neuentwicklung eigener risikoadjustierter Routinedaten-Indikatoren

The logo consists of the letters 'BQS' in a bold, orange, sans-serif font. The letter 'Q' is stylized with a red triangle pointing downwards from its bottom-right corner.

INSTITUT FÜR QUALITÄT
& PATIENTENSICHERHEIT

www.bqs-institut.de