



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

CH-IQI / G-IQI V5.4

FAQ / Erläuterungen

9. Januar 2023



Dr. Dorothee Assenmacher
AHC Aviation & Healthcare Consulting GmbH



Impressum

© Herausgeber / éditeur / editore:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Publikationszeitpunkt / date de publication / data di pubblicazione: 01. 2023

Auszugsweiser Abdruck unter Quellenangabe gestattet.

Reproduction partielle autorisée avec mention de la source.

La riproduzione di estratti è autorizzata con citazione della fonte.

Redaktion / rédaction / redazione:

Dr. Dorothee Assenmacher, AHC Aviation & Healthcare Consulting GmbH

Theres Hauser (BAG/OFSP/UFSP), Bern

Auskünfte / complément d'informations / informazioni:

BAG, Sektion Datenmanagement und Statistik, 3003 Bern

Theres Hauser, Telefon +41 58 464 06 98, KUV-DMS@bag.admin.ch



Inhaltsverzeichnis

Einführung	6
Abkürzungen	6
Aktuelle Hinweise	7
Arten von Indikatoren	8
Risikoadjustierte Sterblichkeit mit Erwartungswerten und standardisiertem Sterblichkeitsverhältnis (SMR)	8
Sterblichkeit ohne Erwartungswert	8
Beobachtungswerte.....	9
Informationswerte	9
Prozesskennzahlen, Komplikationskennzahlen.....	9
Mengeninformation.....	9
Gesetzliche Mindestmengen.....	9
Risikoadjustierung	10
Indirekte Risikoadjustierung / SMR (Standardized Mortality Ratio)	10
Erweiterte Risikomodelle.....	10
Allgemeines zu Indikatoren	11
Datengrundlage (D/CH)	11
Analysierte Fälle.....	11
Parameter / Datensatzbeschreibung (D)	11
Bundesreferenzwerte (D/CH)	12
A - Erkrankungen des Herzens	12
B - Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall (Stroke)	13
B.1 (GIQI_09) - Schlaganfall	13
B.2 (GIQI_10) - Behandlung auf Stroke Unit.....	13
B.2.3.F (GIQI_10_1;F) - Neurologische oder andere Komplexbehandlung (Stroke Unit)	14
B.2.4.P (GIQI_10_2;Z/N) - Anteil Hirninfarkt mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung	14
B.2.2.P (GIQI_10_3;Z/N) - Anteil TIA mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung.....	14
B.2.5.P (GIQI_10_41;Z/N) - Anteil HD Hirninfarkt oder TIA (Alter >19) mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung, Direktaufnahmen	14
B.2.6.P (GIQI_10_42;Z/N) - Anteil HD Hirninfarkt oder TIA (Alter >19) mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung, Zuverlegungen.....	15
B.2.7.F (GIQI_10_5;F) - Neurologische oder andere Komplexbehandlung (Stroke Unit) bei anderen Diagnosen oder Alter <20	15
C - Altersmedizin	15
C.1 (GIQI_13) - Geriatrische Frührehabilitation.....	15

C.1.1.F (GIQI_13_1;F) - Geriatrische Frührehabilitation.....	16
C.1.2.P (GIQI_13_111;Z/N) - Anteil geriatrische Frührehabilitation mit BarthelIndex.....	16
C.1.3.S (GIQI_13_112;W) - Mittelwert des motorischen BarthelIndex bei Aufnahme.....	16
C.1.7.P (GIQI_13_113;Z/N) - Anteil geriatrische Frührehabilitation mit erweitertem Barthel-Index.....	16
C.1.4.P (GIQI_13_121;Z/N) - Anteil geriatrische Frührehabilitation mit motorischem FIM.....	16
C.1.5.S (GIQI_13_122;W) - Mittelwert des motorischen FIM bei Aufnahme.....	17
C.1.8.P (GIQI_13_123;Z/N) - Anteil geriatrische Frührehabilitation mit kognitivem FIM.....	17
C.1.9.P (GIQI_13_131;Z/N) - Anteil geriatrische Frührehabilitation mit MMSE.....	17
D - Erkrankungen der Lunge.....	17
D.1 (GIQI_14) - Lungenentzündung (Pneumonie).....	17
D.1.16.M (GIQI_14_6;Z/N) - Nosokomiale Pneumonie, Alter >19, ohne Tumor oder Mukoviszidose, Direktaufnahmen, Mortalität.....	17
D.1.17.M (GIQI_14_611;Z/N) - Beatmungen >24h bei nosokomialer Pneumonie, Alter >19, ohne Tumor oder Mukoviszidose, Direktaufnahmen, Mortalität.....	18
D.1.17.P (GIQI_14_61;Z/N) - Anteil Beatmungen >24h bei nosokomialer Pneumonie, Alter >19, ohne Tumor oder Mukoviszidose, Direktaufnahmen.....	18
E - Erkrankungen der Bauchorgane.....	19
E.1 (GIQI_18) - Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie).....	19
G-IQI 18.2 – Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Umsteiger (nur D).....	19
F - Gefässerkrankungen.....	20
G - Geburtshilfe und Frauenheilkunde.....	20
H - Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane.....	21
H.4 (GIQI_52) - Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (ProstataTUR).....	21
H.4.2.P (GIQI_52_3;Z/N) - Anteil ProstataTUR mit Komplikationen.....	21
H.4.3.M (GIQI_52_1;Z/N) - ProstataTUR bei gutartigen Erkrankungen, Mortalität.....	22
H.4.4.M (GIQI_52_2;Z/N) - ProstataTUR bei bösartigen Neubildungen, Mortalität.....	22
I - Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe.....	22
I.1 (GIQI_41/42/43/44/45) - Gelenkersatz, Endoprothese.....	22
I.1.12.M (GIQI_42_1;Z/N) - HüftEndoprothesenWechsel, ohne Frakturen oder Infektionen bei Aufnahme/als HD, Mortalität.....	22
I.1.18.M (GIQI_44_1;Z/N) - KnieEndoprothesenWechsel, ohne Frakturen oder Infektionen bei Aufnahme/als HD, Mortalität.....	23
I.3 (GIQI_46) - Hüftgelenknahe Frakturen.....	23
J - Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review).....	24
J.3 (GIQI_58) - Komplexe Konstellationen.....	24
J.3.4.P (GIQI_58_3;Z/N) - Anteil Transfusionen gesamt.....	24
J.3.5.P (GIQI_58_31;Z/N) - Anteil Transfusionen mit >4 EK oder TK und IPS (ohne Organtransplantation)24	

J.3.6.M (GIQI_58_311;Z/N) - Transfusionen mit >4 EK oder TK und IPS (ohne Organtransplantation), konservativ versorgt, Mortalität	24
J.3.7.M (GIQI_58_312;Z/N) - Transfusionen mit >4 EK oder TK und IPS (ohne Organtransplantation), operativ versorgt, Mortalität	25
J.3.8.M (GIQI_58_41;Z/N) - ND Lungenembolie bei Behandlungsfällen mit OP, Mortalität.....	25
J.3.8.P (GIQI_58_4;Z/N) - Anteil ND Lungenembolie bei Behandlungsfällen mit OP	25
K - Hautkrankheiten	26
L - Hochspezialisierte Medizin	26
M - Palliativmedizin	26
N - Roboterassistierte Eingriffe	27
Y - COVID-19	27
Z - Zusatzinformationen	27
Z.3 (GIQI_M) - Behandlungen/Eingriffe mit Mindestfallzahl (D - G-BA)	28
Mindestmengen für Krankenhäuser (G-BA)	28
Zielsetzung	28
Mindestmengenregelungen	28
Übergangsregelung	29
Leistungen mit Mindestmengen.....	29
70 - Mindestmengen gemäss Definitionen des G-BA (D)	29
«Standort eines Krankenhauses» (= «Entlassender Standort»)	30
G-IQI M.04Z1 - Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas ab 2022 - Mindestmenge pro Standort..	30
G-IQI M.04Z2 - Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas ab 2025 - Mindestmenge pro Standort..	31
Z.3.13.F (GIQI_M_09;F) - Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	31
G-IQI M.09Z - Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) ab 2025 - Mindestmenge pro Standort.....	31
Z.3.14.F (GIQI_M_10;F) - Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen.....	32
G-IQI M.10Z - Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen ab 2025 - Mindestmenge pro Standort.....	32
Z.4 - Behandlungen/Eingriffe mit Mindestfallzahl (CH - SPLG, HSM).....	33

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
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
ICD-10-GM	International Classification of Diseases, 10. Revision, German Modification
IQI	Inpatient Quality Indicators (hier als Oberbegriff für G-IQI und CH-IQI)

IQM	Initiative Qualitätsmedizin
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
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SMR	Standardisiertes Sterblichkeitsverhältnis (Standardized Mortality Ratio)
TEP	Totalendoprothese
TIA	Transitorische Ischämische Attacke
TK	Thrombozytenkonzentrate
TUR	Transurethrale Resektion
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

Folgende Publikationen können für weitere Informationen zu neuen und veränderten Indikatoren in der Version 5.4 der G-IQI und der CH-IQI herangezogen werden:

German Inpatient Quality Indicators – G-IQI Dokumentation der Regeldesigner Syntax Version 5.4 2021. 3M Health Information Systems

CH-IQI - Swiss Inpatient Quality Indicators Spezifikationen Version 5.4 2021. Bundesamt für Gesundheit (BAG).

<https://www.bag.admin.ch/qiss>

Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020. Working Papers in Health Services Research Vol. 6. Berlin: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2022. DOI:

<http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-15869>

CH-IQI Struktur mit Überleitungstabelle zu G-IQI

https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/chiqi_struktur.xlsx?v=1663341339

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. Die G-IQI-/CH-IQI-Indikatorensysteme umfassen 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 weiteren Verbesserung der medizinischen Prozess- und Ergebnisqualität herangezogen werden können.

Risikoadjustierte Sterblichkeit mit Erwartungswerten und standardisiertem Sterblichkeitsverhältnis (SMR)

Hier wird das Verfahren der indirekten Standardisierung angewendet. Dabei wird jedem Behandlungsfall aufgrund seiner Eigenschaften das gemäss dem Bundesdurchschnitt zu erwartende Sterberisiko zugewiesen. Bei der bisherigen Methodik werden dabei nur die Merkmale Alter und Geschlecht berücksichtigt, während bei den erweiterten Risikomodellen darüber hinaus weitere Merkmale einbezogen werden (Details dazu siehe Abschnitt Risikoadjustierung). 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). Eine SMR unter 1 bedeutet, dass die Sterblichkeit in einem Krankenhaus – unabhängig von den in der Risikoadjustierung berücksichtigten Faktoren – geringer als im Bundesdurchschnitt ist, während eine SMR über 1 eine höhere Krankenhaussterblichkeit im Vergleich zum Bundesdurchschnitt anzeigt.

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. Eine Risikostratifizierung mit Darstellung möglichst homogener Gruppen erscheint hier sinnvoller. Dafür werden die Fälle in risikostratifizierten Untergruppen ausgewiesen (z.B. Operationen der Becken-Bein-Arterien unterteilt nach Fontaine-Stadien) oder es werden anhand definierter Ausschlusskriterien weitgehend homogene Patientengruppen gebildet (z.B. Resektion/Ersatz abdominale Aorta bei Aneurysma, nicht rupturiert, offen operiert). Dies ermöglicht eine sinnvolle fachliche Beurteilung und ggf. gezielte Fallanalysen. Einige der Sterblichkeitsindikatoren ohne Erwartungswert sind als Zielwerte definiert.

¹ Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020. Working Papers in Health Services Research Vol. 6. Berlin: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-15869>

Beobachtungswerte

Bei einigen Indikatoren (beispielsweise grossen Operationen an der Speiseröhre) sind die Fallzahlen in einzelnen Kliniken so niedrig und 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 sind in einem Extrablock separat von den medizinischen Indikatoren ausgewiesen und können Klinikintern zum Vergleich und für weitergehende Analysen verwendet werden.

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 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 Klinikfallzahl der Kliniken, die die entsprechende Leistung erbringen, dargestellt. Anhand dieser Kennzahlen können klinikinterne Fallzahlen im Vergleich eingeordnet und bewertet werden.

Gesetzliche Mindestmengen

Seit der Version 4.1 bilden die Indikatoren 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 Mindestmengenregelung mehr oder weniger gut einhalten als der Bundesdurchschnitt.

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).

Erweiterte Risikomodelle

Für die Risikoadjustierung wurden bisher die Merkmale Alter und Geschlecht berücksichtigt. Im Rahmen von erweiterten Risikomodellen werden für ausgewählte Indikatoren zusätzlich weitere Merkmale einbezogen.² Diese Modelle wurden in der Version 5.3 erstmals erprobt. Die erweiterten Risikomodelle berücksichtigen neben Alter und Geschlecht auch Begleiterkrankungen, ggf. die Erkrankungsschwere sowie den Zuverlegungsstatus. Erweiterte Risikomodelle werden derzeit für die folgenden Indikatoren berechnet:

- A.1.1.M HD Herzinfarkt (Alter >19), Mortalität
- A.2.1.M HD Herzinsuffizienz (Alter >19), Mortalität
- B.1.7.M Hirninfarkt (ICD10 I63, Alter >19), Mortalität
- D.1.15.M HD Pneumonie, Alter >19, ohne Tumor, Mukoviszidose oder COVID-19, Direktaufnahmen, Mortalität
- E.4.2.M Kolonresektionen bei kolorektalem Karzinom ohne komplizierende Diagnose, Mortalität

Details zur Risikoadjustierung finden sich in der Veröffentlichung der G-IQI Bundesreferenzwerte (zur Standardisierung nach Alter und Geschlecht ab S. 61, zu den erweiterten Risikomodellen auf S. 71).³

² Schwarzkopf, Daniel et al. (2021): Möglichkeiten und Grenzen der Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren aus Krankenhausabrechnungsdaten - ein Werkstattbericht. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 163, S. 1–12.

³ Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020. Working Papers in Health Services Research Vol. 6. Berlin: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-15869>

Allgemeines zu Indikatoren

Datengrundlage (D/CH)

Deutschland

Datengrundlage: Datensatz gemäss § 21 Abs.1 KHEntg

Klassifikation Diagnosen: ICD-10-GM des jeweiligen Erfassungsjahres

Klassifikation Prozeduren/Operationen: OPS-Katalog des jeweiligen Erfassungsjahres

Schweiz

Datengrundlage: BFS-Datensatz⁴

Klassifikationen Diagnosen: Seit 1.01.2021 ICD-10-GM des jeweiligen Erfassungsjahres, bis 31.12.2020 wurde der ICD-10-GM 2018 verwendet

Klassifikation Prozeduren/Operationen: CHOP-Katalog des jeweiligen Erfassungsjahres

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

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

⁴ Bundesamt für Statistik (BFS) (2020): Variablen der Medizinischen Statistik - Spezifikationen gültig ab 1.01.2020

⁵ Zahnd, Daniel/Weiser, Octavian (2022): Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI Version 5.4. 3M Health Information Systems.

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 Versicherungskarte 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.

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 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.

A - Erkrankungen des Herzens

A.1 (GIQI_01) - Herzinfarkt

A.2 (GIQI_02) - Herzinsuffizienz

A.3 (GIQI_03) - Herzkatheter

A.4 (GIQI_04) - Herzrhythmusstörungen

A.5 (GIQI_05) - Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator

A.6 (GIQI_06) - Ablative Therapie

A.7 (GIQI_07) - Operationen am Herzen

B - Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall (Stroke)

B.1 (GIQI_09) - Schlaganfall

Die Bereiche „09 - Schlaganfall“ und „10 – Transitorische Ischämische Attacke (TIA)“ der Version G-IQI/CH-IQI V5.4 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 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 \leq 60 Min“ und „Hirnfarkt mit intrakranieller Thrombektomie, Anteil Fälle mit Door-to-Puncture-Time \leq 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 der Routinedaten nach §21.

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

B.2 (GIQI_10) - Behandlung auf Stroke Unit

Die Bereiche „10 – Transitorische Ischämische Attacke (TIA)“ und „09 - Schlaganfall“ der Version G-IQI/CH-IQI V5.4 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.

Neue Indikatoren:

B.2.3.F (GIQI_10_1;F) - Neurologische oder andere Komplexbehandlung (Stroke Unit)

Zielsetzung:

Fälle mit entsprechender Komplexbehandlung zur Darstellung des Umfangs von Behandlungen auf einer Stroke Unit

Definition:

Anzahl Fälle mit einer Komplexbehandlung aus der Tabelle OPS_GIQI_Stroke bzw. CHOP_CHIQI_Stroke

B.2.4.P (GIQI_10_2;Z/N) - Anteil Hirninfarkt mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung

Zielsetzung:

Darstellung Anteil der Behandlungen auf einer Stroke Unit bei Fällen mit Hirninfarkt

Definition:

Anteil der Fälle mit Komplexbehandlung aus der Tabelle OPS_GIQI_Stroke bzw. CHOP_CHIQI_Stroke an allen Fällen mit Hauptdiagnose Hirninfarkt (I63.-)

B.2.2.P (GIQI_10_3;Z/N) - Anteil TIA mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung

Zielsetzung:

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

Definition:

Anteil Fälle mit Komplexbehandlung aus der Tabelle OPS_GIQI_Stroke bzw. CHOP_CHIQI_Stroke an allen Fällen mit Hauptdiagnose Transitorisch-ischämische Attacke (TIA)

B.2.5.P (GIQI_10_41;Z/N) - Anteil HD Hirninfarkt oder TIA (Alter >19) mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung, Direktaufnahmen

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.

Zielsetzung:

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

Definition:

Anteil der Fälle mit Komplexbehandlung aus der Tabelle OPS_GIQI_Stroke bzw. CHOP_CHIQI_Stroke an Fällen mit Hirninfarkt (I63.-) oder Transitorisch-ischämischer Attacke (TIA), die nicht von extern zuverlegt wurden (Ausschluss)

B.2.6.P (GIQI_10_42;Z/N) - Anteil HD Hirninfarkt oder TIA (Alter >19) mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung, Zuverlegungen

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.

Zielsetzung:

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

Definition:

Anteil der Fälle mit Komplexbehandlung aus der Tabelle OPS_GIQI_Stroke bzw. CHOP_CHIQI_Stroke an Fällen mit Hirninfarkt (I63.-) oder Transitorisch-ischämischer Attacke (TIA) und externer Zuverlegung (Einschluss).

B.2.7.F (GIQI_10_5;F) - Neurologische oder andere Komplexbehandlung (Stroke Unit) bei anderen Diagnosen oder Alter <20

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 keine Fälle verloren gehen.

Definition:

Anzahl der Fälle mit Komplexbehandlung aus der Tabelle OPS_GIQI_Stroke bzw. CHOP_CHIQI_Stroke, für die weder die Hauptdiagnose Hirninfarkt (I63.-) noch Transitorisch-ischämischer Attacke (TIA) kodiert ist.

B.3 (GIQI_08) - Bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhäute

B.4 (GIQI_11) - Epilepsie

B.5 (GIQI_12) - Multiple Sklerose

C - Altersmedizin

C.1 (GIQI_13) - Geriatrische Frührehabilitation

Die Indikatoren im Bereich „13.1 - Geriatrische Frührehabilitation“ bezogen sich in den bisherigen Versionen ausschliesslich auf motorische Funktionseinschränkungen (motorischer Barthel-Index, motorischer FIM™). Vorschläge zum Thema Geriatrische Frührehabilitation im Rahmen des Weiterentwicklungsverfahrens 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.

C.1.1.F (GIQI_13_1;F) - Geriatrische Frührehabilitation

Zielsetzung:

Fälle mit geriatrischer Frührehabilitation zur Darstellung des Versorgungsbereichs

Definition:

Fälle mit OPS-Kode aus der Tabelle OPS_GIQI_Ger_Fruehrea bzw. CHOP_CHIQI_Ger_Fruehrea

C.1.2.P (GIQI_13_111;Z/N) - Anteil geriatrische Frührehabilitation mit BarthelIndex

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

Neu in V5.4: zusätzliche Berücksichtigung der Fälle mit erweitertem Barthel-Index (kognitive Funktionseinschränkung ICD U51.00, .10, .20)

C.1.3.S (GIQI_13_112;W) - Mittelwert des motorischen BarthelIndex bei Aufnahme

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

C.1.7.P (GIQI_13_113;Z/N) - Anteil geriatrische Frührehabilitation 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

C.1.4.P (GIQI_13_121;Z/N) - Anteil geriatrische Frührehabilitation mit motorischem FIM

Zielsetzung:

Dokumentationsrate eines FIM™ bei Aufnahme bei Fällen mit geriatrischer Frühreha

Defintion:

Anteil Fälle mit geriatrischer Frühreha und dokumentiertem FIM™ bei Aufnahme

C.1.5.S (GIQI_13_122;W) - Mittelwert des motorischen FIM bei Aufnahme

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

C.1.8.P (GIQI_13_123;Z/N) - Anteil geriatrische Frührehabilitation 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

C.1.9.P (GIQI_13_131;Z/N) - Anteil geriatrische Frührehabilitation 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

C.2 (GIQI_13) - Mangelernährung bei Älteren

D - Erkrankungen der Lunge

D.1 (GIQI_14) - Lungenentzündung (Pneumonie)

D.1.16.M (GIQI_14_6;Z/N) - Nosokomiale Pneumonie, Alter >19, ohne Tumor oder Mukoviszidose, Direktaufnahmen, Mortalität

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 High-Risk-Fälle auszuschliessen.

D.1.17.M (GIQI_14_611;Z/N) - Beatmungen >24h bei nosokomialer Pneumonie, Alter >19, ohne Tumor oder Mukoviszidose, Direktaufnahmen, Mortalität

Zielsetzung:

Todesfälle bei Beatmungen > 24h (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 > 24h 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 High-Risk-Fälle 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.

D.1.17.P (GIQI_14_61;Z/N) - Anteil Beatmungen >24h bei nosokomialer Pneumonie, Alter >19, ohne Tumor oder Mukoviszidose, Direktaufnahmen

Zielsetzung:

Anteil Beatmungen > 24h 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 > 24h (schwere Fälle) 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 High-Risk-Fälle auszuschliessen.

D.2 (GIQI_15) - Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

D.3 (GIQI_16) - Lungenkrebs

D.4 (GIQI_17) - Operationen an der Lunge



E - Erkrankungen der Bauchorgane

E.1 (GIQI_18) - Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)

G-IQI 18.2 – Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Umsteiger (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 (von laparoskopischem auf offen-chirurgischen OP-Zugang) an allen Cholezystektomien bei Gallensteinen.

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.

E.2 (GIQI_19) - Hernienoperationen

E.3 (GIQI_20) - Eingriffe an der Schilddrüse

E.4 (GIQI_21) - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm

E.5 (GIQI_22) - Erkrankungen des Magens

E.6 (GIQI_24) - Operationen am Ösophagus

E.7 (GIQI_25) - Operationen an Bauchspeicheldrüse und Leber



E.8 (GIQI_23) - Bariatrische Eingriffe

F - Gefässerkrankungen

F.1 (GIQI_26) - Eingriffe an den hirnversorgenden Arterien

F.2 (GIQI_27) - Erkrankungen der Aorta

F.3 (GIQI_28) - Operationen an Becken/Beinarterien

F.4 (GIQI_29) - Amputationen

F.5 (GIQI_30) - Perkutan transluminale Gefässinterventionen (PTA)

F.6 (GIQI_31) - Arteriovenöser Shunt

G - Geburtshilfe und Frauenheilkunde

G.1 (GIQI_32) - Geburten

G.2 (GIQI_33) - Neugeborene

G.3 (GIQI_34) - Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)

G.4 (GIQI_35/36/37) - Bösartige Neubildungen der Brust und der weiblichen Geschlechtsorgane

G.5 (GIQI_38) - Eingriffe an der Brust

G.6 (GIQI_39) - Eingriffe am Beckenboden bei der Frau

H - Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane

H.1 (GIQI_50) - Entfernung der Niere (Nephrektomie)

H.2 (GIQI_54) - Nierensteine

H.3 (GIQI_51) - Eingriffe an der Harnblase

H.4 (GIQI_52) - Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (ProstataTUR)

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

H.4.2.P (GIQI_52_3;Z/N) - Anteil ProstataTUR mit Komplikationen

Zielsetzung:

Komplikationsfälle bei isolierten Eingriffen an der Prostata

Definition:

Anteil Fälle mit schweren Komplikationen (F_schwere_Komplikationen) bei isolierten Prostata-TUR (Tabelle OPS_GIQI_Prostata_TUR bzw. CHOP_CHIQI_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 OPS_GIQI_Prostata_TUR), obwohl sie ebenfalls TUR-Operationen abbilden?

Antwort:

In den o.g. Indikatoren sind in der Tabelle OPS_GIQI_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.

H.4.3.M (GIQI_52_1;Z/N) - ProstataTUR bei gutartigen Erkrankungen, Mortalität

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 ICD_GIQI_TUMOR bzw. ICD_CHIQI_TUMOR).

H.4.4.M (GIQI_52_2;Z/N) - ProstataTUR bei bösartigen Neubildungen, Mortalität

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 L.3.2.F, d.h. es werden die Fälle mit bösartigen Erkrankungen separat ausgewiesen, die im G-IQI 52.1 bzw. CH-IQI L.3.2.F ausgeschlossen wurden (Tabelle ICD_GIQI_TUMOR bzw. ICD_CHIQI_TUMOR).

H.5 (GIQI_53) - Prostatakarzinom

I - Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe

I.1 (GIQI_41/42/43/44/45) - Gelenkersatz, Endoprothese

I.1.12.M (GIQI_42_1;Z/N) - HüftEndoprothesenWechsel, ohne Frakturen oder Infektionen bei Aufnahme/als HD, Mortalität

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.

I.1.18.M (GIQI_44_1;Z/N) - KnieEndoprothesenWechsel, ohne Frakturen oder Infektionen bei Aufnahme/als HD, Mortalität

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.

I.2 (GIQI_47) - Behandlungen/Operationen an der Wirbelsäule und am Rückenmark

I.3 (GIQI_46) - Hüftgelenknahe Frakturen

Frage:

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

Antwort:

Die Tabelle „ICD_GIQI_Schenkelhalsnahe_Frakturen“ bzw. „ICD_CHIQI_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 fehlerkodierten Fälle in der Berechnung nicht zu verlieren, wurde der Code wieder in die Tabelle aufgenommen.

I.4 (GIQI_40) - Bösartige Neubildungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe

I.5 (GIQI_48) - Endoprothese Schulter Ellenbogen

I.6 (GIQI_49) - Polytraumen

J - Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer Review)

J.1 (GIQI_56) - Beatmung und extrakorporale Verfahren

J.2 (GIQI_57) - Sepsis

J.3 (GIQI_58) - Komplexe Konstellationen

J.3.4.P (GIQI_58_3;Z/N) - Anteil Transfusionen gesamt

Zielsetzung:

Quantitative Darstellung des Transfusionsgeschehens

Definition:

Anteil Transfusionen bezogen auf die Gesamtzahl der Behandlungsfälle

J.3.5.P (GIQI_58_31;Z/N) - Anteil Transfusionen mit >4 EK oder TK und IPS (ohne Organtransplantation)

Zielsetzung:

Darstellung des Transfusionsgeschehens in der Intensivmedizin

Definition:

Anteil der Fälle mit Transfusion von mehr als 5 Erythrozyten- und/oder Thrombozytenkonzentraten und Intensivaufenthalt bezogen auf alle transfundierten Fälle, Organtransplantationen sind ausgeschlossen

J.3.6.M (GIQI_58_311;Z/N) - Transfusionen mit >4 EK oder TK und IPS (ohne Organtransplantation), konservativ versorgt, Mortalität

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 konservativ versorgten Intensiv-Fällen mit Transfusion von mehr als 5 Erythrozyten- und/oder Thrombozytenkonzentraten bezogen auf alle transfundierten Intensiv-Fälle, Organtransplantationen sind ausgeschlossen

J.3.7.M (GIQI_58_312;Z/N) - Transfusionen mit >4 EK oder TK und IPS (ohne Organtransplantation), operativ versorgt, Mortalität

Zielsetzung:

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

Die operativ und konservativ 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 mehr als 5 Erythrozyten- und/oder Thrombozytenkonzentraten bezogen auf alle transfundierten Intensiv-Fälle, Organtransplantationen sind ausgeschlossen

J.3.8.M (GIQI_58_41;Z/N) - ND Lungenembolie bei Behandlungsfällen mit OP, Mortalität

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.

J.3.8.P (GIQI_58_4;Z/N) - Anteil ND Lungenembolie bei Behandlungsfällen mit OP

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

K - Hautkrankheiten

K.1 (GIQI_55) - Hautkrankheiten

L - Hochspezialisierte Medizin

L.1 (GIQI_60) - Herztransplantationen

L.2 (GIQI_61) - Lungentransplantationen

L.3 (GIQI_62) - Lebertransplantationen

L.4 (GIQI_63) - Pankreastransplantationen

L.5 (GIQI_64) - Nierentransplantationen

L.6 (GIQI_65) - Transplantation/Transfusionen von Stammzellen

L.7 (GIQI_67) - Hypertherme Chemotherapie

M - Palliativmedizin

M.1 (GIQI_68) - Palliativmedizin



N - Roboterassistierte Eingriffe

N.1 (GIQI_69) - Roboterassistierte Eingriffe

Y - COVID-19

Y.1 (GIQI_C) - COVID-19 - Testen auf Infektion

Y.2 (GIQI_C) - COVID-19 - Überblick

Y.3 (GIQI_C) - COVID-19 - Intensivstation und Beatmung

Y.4 (GIQI_C) - COVID-19 - ECMO-Einsatz

Y.5 (GIQI_C) - COVID-19 - Komplikationen

Y.6 (GIQI_C) - Post-COVID-19 - Überblick

Y.7 (GIQI_C) - COVID-19 - Impfreaktionen

Z - Zusatzinformationen

Z.1 (GIQI_A) - Aufenthaltsdauer

Z.2 (GIQI_A) - Verlegungsraten

Z.3 (GIQI_M) - Behandlungen/Eingriffe mit Mindestfallzahl (D - G-BA)

Mindestmengen für Krankenhäuser (G-BA)⁶⁷

Dieser Bereich beschreibt die Regelungen und Kennzahldefinitionen für die Mindestmengenregelung des G-BA für Krankenhäuser in Deutschland. Diese sind sowohl inhaltlich wie auch betreffend die Schwellenwerte nicht mit den in der Schweiz gängigen Konzepten (Mindestfallzahlen) kompatibel.⁸

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.

⁶ Mindestmengen für Krankenhäuser. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

⁷ 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 (2021).

⁸ Zahnd, Daniel/Weiser, Octavian (2022): Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI Version 5.4. 3M Health Information Systems.

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.

Leistungen mit Mindestmengen

In der Anlage der Mindestmengenregelung sind die zehn Leistungen aufgeführt, für die der G-BA bislang Mindestmengen festgelegt hat⁹:

- Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)
- Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)
- Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene (Speiseröhre)
- Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)
- Stammzelltransplantation
- Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)
- koronarchirurgische Eingriffe (derzeit ohne Festlegung einer konkreten Mindestmenge)
- Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm
- Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)
- Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen

70 - Mindestmengen gemäss Definitionen des G-BA (D) ¹⁰¹¹

«Seit der Version 4.1 bilden die Indikatoren 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 jeweiligen Mindestmenge erreicht haben, ausgewiesen. Diese Information kann herangezogen werden, um zu prüfen, inwieweit Gruppen von Kliniken die Mindestmengenregelung mehr oder weniger gut einhalten als der Bundesdurchschnitt.» ¹²

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

⁹ Mindestmengen für Krankenhäuser. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

¹⁰ Mindestmengen für Krankenhäuser. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

¹¹ 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 (2021).

¹² Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020. Working Papers in Health Services Research Vol. 6. Berlin: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-15869>

Die Spezifikationen der Mindestmengen-Kennzahlen im G-IQ/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-IQ/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-IQ/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.

Nachfolgend werden zunächst die ab der Version 5.4 veränderten bzw. neu hinzugekommenen Mindestmengenkenntzahlen erläutert.

G-IQI M.04Z1 - Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas ab 2022 - 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) in der Mm-R für das Jahr 2022 (Nummer 4 in der Anlage) verschlüsselt wurde, wird für die Mindestmengenfallzahl berücksichtigt. Die OPS-Kodes 5-525.3 und 5-525.4 (siehe Übergangsregelung) werden hierbei nicht gezählt. **(Zielwert >= 10)**

Übergangsregelung

Für die Berechnung der Leistungsmenge der ersten zwei Quartale des Kalenderjahres 2022 sind neben den unter Nummer 4 der Anlage aufgeführten OPS-Kodes auch die OPS-Kodes 5-525.3 und 5-525.4 anrechenbar.

In den Kalenderjahren 2022 und 2023 gilt übergangsweise jeweils eine Mindestmenge von 10 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

G-IQI M.04Z2 - 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 2022) in der Mm-R für das Jahr 2022 (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.

Z.3.13.F (GIQI_M_09;F) - Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)

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 2022) und gleichzeitig ein Kode aus der ICD-Liste (ICD-GM Version 2022) in der Mm-R für 2022 (Nummer 9 in der Anlage) kodiert wurde. (Zielwert ≥ 50)__

Übergangsregelungen:

In den Kalenderjahren 2022 und 2023 gilt übergangsweise keine Mindestmenge.

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 2022) und gleichzeitig ein Kode aus der ICD-Liste (ICD-GM Version 2022) in der Mm-R für 2022 (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.

Z.3.14.F (GIQI_M_10;F) - Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen

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 Code aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2022) und gleichzeitig ein Code aus der ICD-Liste (ICD-GM Version 2022) in der Mm-R für 2022 (Nummer 10 in der Anlage) 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-Code C78.0 für die sekundäre bösartige Neubildung der Lunge nicht verwendet wird.

Übergangsregelungen:

In den Kalenderjahren 2022 und 2023 gilt übergangsweise keine Mindestmenge.

Im Kalenderjahr 2024 gilt übergangsweise eine Mindestmenge von 40 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.

G-IQI M.10Z - Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen 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 Code aus der OPS-Kodeliste (OPS Version 2022) und gleichzeitig ein Code 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 Code 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.

Z.4 - Behandlungen/Eingriffe mit Mindestfallzahl (CH - SPLG, HSM)