

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

**Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL
(Rechenregeln)**

Auswertungsjahr 2024

Berichtszeitraum Q1/2022 – Q4/2023

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL. Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2024

Datum der Abgabe 31.05.2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	4
852103: Angabe EF "unbekannt"	4
Eigenschaften und Berechnung	5
852104: Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie.....	7
Eigenschaften und Berechnung	8
852105: Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt"	10
Eigenschaften und Berechnung	11
852106: Angabe Kreatininwert "unbekannt"	13
Eigenschaften und Berechnung	14
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit.....	16
852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	16
Eigenschaften und Berechnung	17
852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	19
Eigenschaften und Berechnung	20
852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	22
Eigenschaften und Berechnung	23
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	25
Anhang II: Listen	27
Anhang III: Vorberechnungen	28
Anhang IV: Funktionen	29
Impressum.....	30

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852103: Angabe EF "unbekannt"

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	Ejektionsfraktion unter 40%	M	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt	EJEKTIONSFRAKTION
59.3:PROZ	Exitus im Herzkatheterlabor	K	1 = ja	EXITUS

Eigenschaften und Berechnung

ID	852103
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die EF geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlerhafte Dokumentation der Ejektionsfraktion (EF)</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie</p> <p>56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI</p> <p>56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt</p> <p>56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)</p> <p>56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)</p>
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 17,01 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2022	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Alle Fälle mit einer als "unbekannt" dokumentierten EF</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten die im Herzkatheterlabor verstorben sind</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	EJEKTIONSFRAKTION %==% 9
Nenner (Formel)	all(EXITUS %!=% 1) %group_by% TDS_B
Verwendete Funktionen	-

Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

852104: Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
31:PROZ	Art der Prozedur	M	1= isolierte Koronarangiographie 2= isolierte PCI 3= einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
38:KORO	führende Indikation für diese Koronarangiographie	M	1= V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2= Verdacht auf Progression der bekannten KHK 3= akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 4= akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 5= akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 6= subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden) 7= elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8= Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%) 9= Vitium bzw. Endokarditis 10= Komplikation nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 99=sonstige	INDIKKORO

Eigenschaften und Berechnung

ID	852104
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Eingriffe, für die eine Angabe "Sonstiges" erfolgt ist, werden nicht in die u. g. QI einbezogen.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation der führenden Indikation für die Koronarangiographie.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie</p> <p>56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund</p>
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	Nicht definiert
Referenzbereich 2022	≤ 4,17 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Prozeduren, für die eine Angabe "sonstiges" als führende Indikation für eine Koronarangiographie dokumentiert wurde</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Prozeduren, bei denen eine isolierte Koronarangiographie oder eine einzeitige PCI erfolgt ist</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:KORO
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	INDIKKORO %==% 99
Nenner (Formel)	ARTPROZEDUR %in% c(1,3)
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

**Erläuterung der Vergleichbarkeit
zum Vorjahr**

-

852105: Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt"

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
18:B	Zustand nach koronarer Bypass-OP	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	ZNBYPASS

Eigenschaften und Berechnung

ID	852105
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Das Datenfeld zum "Zustand nach koronarer Bypass-OP" geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation. Die Angabe liegt für die Darstellung der Koronargefäße vor.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie</p> <p>56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI</p> <p>56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt</p> <p>56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)</p> <p>56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)</p>
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 1,32 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2022	≤ 2,01 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Alle Fälle mit einer Angabe "unbekannt" für den Zustand nach Bypass-OP</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	ZNBYPASS %==% 9
Nenner (Formel)	TRUE

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

852106: Angabe Kreatininwert "unbekannt"

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
33:PROZ	Dringlichkeit der Prozedur	M	1= elektiv 2= dringend 3= notfallmäßig	DRINGLICHPROZ
34.3:PROZ	Kreatininwert i.S. unbekannt	K	1= ja	KREATININWERTNB

Eigenschaften und Berechnung

ID	852106
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Das Datenfeld "Kreatininwert" geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation des Kreatininwertes (Bei Kontrastmittelgabe ist in der Regel die Nierenfunktion vorher bekannt).</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie</p> <p>56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI</p> <p>56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt</p> <p>56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)</p> <p>56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)</p>
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 1,98 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2022	≤ 2,73 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Prozeduren, für die eine Angabe "unbekannt" beim Kreatininwert dokumentiert wurde</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Prozeduren, unter Ausschluss von Notfallprozeduren</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	KREATININWERTNB %==% 1
Nenner (Formel)	DRINGLICHPROZ %!=% 3

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
23:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
70:B	Entlassungsdatum	K	-	ENTLDATUM
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	ZUQSMODUL
MDS: EF*	Quartal des Entlassungstages	-	quartal(ENTLDATUM)	entlquartal

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	852201
Jahr der Erstanwendung	2022
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2022	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Dokumentationsrate zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Formel	year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak{

	<pre> specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, to_year(ENTLDATUM) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(ENTLDATUM))) }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'PCI' & (to_year(entlquartal) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(entlquartal)))) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, (modul %==% 'PCI_LKG' modul %==% 'PCI_KV' modul %==% 'PCI_SV') & datensaetze_modul %!=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
23:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
70:B	Entlassungsdatum	K	-	ENTLDATUM
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	ZUQSMODUL
MDS: EF*	Quartal des Entlassungstages	-	quartal(ENTLDATUM)	entlquartal

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	852208
Jahr der Erstanwendung	2022
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2022	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Formel	<pre>year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, to_year(ENTLDATUM) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr &</pre>

	<pre> is.na(ENTLDATUM))) }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'PCI' & (to_year(entlquartal) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(entlquartal)))) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, (modul %==% 'PCI_LKG' modul %==% 'PCI_KV' modul %==% 'PCI_SV') & datensaetze_modul %!=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
23:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	ZUQSMODUL
MDS: EF*	Quartal des Entlassungstages	-	quartal(ENTLDATE)	entlquartal

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	852209
Jahr der Erstanwendung	2022
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten, Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2022	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl Minimaldatensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
Erläuterung der Rechenregel	Die Anzahl der Minimaldatensätze pro Modul wird zur Anzahl der Fälle, die im betreffenden Modul hätten dokumentiert werden müssen, in Relation gesetzt, um die Rate der Minimaldatensätze zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Formel	<pre>year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, FALSE) },</pre>

	<pre> filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'PCI' & (to_year(entlquartal) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(entlquartal)))) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, (modul %==% 'PCI_LKG' modul %==% 'PCI_KV' modul %==% 'PCI_SV') & datensaetze_modul !=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: Modul	
01/1	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom
01/2	Dekompression bei Sulcus-ulnaris-Syndrom
03/1	Kataraktoperation
05/1	Nasenscheidewandkorrektur
07/1	Tonsillektomie
09/1	Herzschrittmacher-Implantation
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
10/1	Varizenchirurgie
10/2	Karotis-Rekonstruktion
12/1	Cholezystektomie
12/2	Appendektomie
12/3	Leistenhernie
14/1	Prostataresektion
15/1	Gynäkologische Operationen
16/1	Geburtshilfe
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur
17/6	Knie-Schlittenprothesen-Erstimplantation
18/1	Mammachirurgie
CHE	Cholezystektomie
CHE_HE	Cholezystektomie (nur Hessen)
DEK	Dekubitusprophylaxe
DIAL	Dialyse
HCH	Herzchirurgie
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
KEP	Knieendoprothesenversorgung

Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL

PCI - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: Modul	
LLS	Leberlebenspende
LTX	Lebertransplantation
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
NEO	Neonatalogie
NLS	Nierenlebenspende
NNH	Endonasale Nasennebenhöhleingriffe
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation
PPCI	Patientenbefragung für die Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL
PCI - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Anhang II: Listen

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Erfassungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2023

Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL
PCI - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Anhang IV: Funktionen

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL
PCI - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Impressum

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org