

Leistungsbereich 15/1: Gynäkologische Operationen

QI 10211 Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

QI 12874 Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryeingriff mit Gewebsentfernung

QI 51906 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

Feld	Feldbezeichnung	Bemerkungen	PlanQI
9	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		51906
11	Einstufung nach ASA-Klassifikation	Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesie-dokumentation zu übernehmen.	51906
13	Voroperation im OP-Gebiet	Hiermit sind Voroperationen im kleinen Becken gemeint, die für den aktuellen Eingriff mit einem erhöhten Risiko oder einem operationstechnisch erhöhtem Aufwand verbunden sind.	51906
16	Operation	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren.	10211 12874 51906
19	Art der Komplikation	<p>Eine intraop. Komplikation ist anzugeben wenn sie durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde.</p> <p>Organverletzungen sind dann als intraop. Komplikationen zu werten wenn die Patientin zu klinischem Schaden kommt und eine Behandlung notwendig ist (z.B. alle Verletzungen, die eine Re-Op. notwendig machen oder deren Versorgung die OP-Zeit deutlich verlängern).</p> <p>Eine intraop. Komplikation ist nicht anzugeben, wenn der in diesem Operationsbogen zu dokumentierende (QS-pflichtige) Eingriff ausschl. zur Behebung einer Komplikation indiziert war (z.B. im Falle einer durch eine Abrasio verursachte Perforation des Uterus und einer anschließenden Versorgung der Läsion durch einen laparoskopischen oder offen chirurgischen Eingriff und wenn bei diesem Eingriff keine (weitere) Komplikation aufgetreten ist).</p> <p>NICHT anzugeben sind z.B. präparationsbedingte Läsionen wie Serosaverletzungen bei Adhäsiolyse, bewusste Gefäßdurchtrennungen bei Freipräparation oder Absetzen von Organen.</p>	51906

22	postoperative Histologie		10211 12874
23	führender Befund	Bei mehrzeitigem Vorgehen ist der gravierendste histologische Befund einzutragen. Normalbefund ist dann zu dokumentieren, wenn keine entzündliche, benigne oder maligne Veränderung vorliegt.	10211
34	Entlassungsdiagnose(n)	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen.	10211 51906

Leistungsbereich 16/1: Geburtshilfe

- QI 318 Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
 QI 330 Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stat. Aufenthalt von mind. zwei Kalendertagen
 QI 1058 E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
 QI 50045 Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
 QI 51803 Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Feld	Feldbezeichnung	Bemerkungen	PlanQI
11	Aufnahmedatum Krankenhaus		330
28	Befunde im Mutterpass	In diesen Datenfeldern werden Schwangerschaftsbefunde gemäß Katalog A und B aus dem Mutterpass übertragen.	318 330 51803
44	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	In einem möglichst frühen Schwangerschaftsalter von 8 bis unter 12 Wochen (Mutterschaftsrichtlinien: 9. bis 12. Woche) soll anhand der Längenmaße des Kindes mittels Ultraschalluntersuchung das Schwangerschaftsalter in Wochen und Tagen ermittelt werden. Das Ergebnis dieser Bestimmung soll vorrangig dokumentiert werden.	318 330 51803
45	Tragzeit nach klinischem Befund	Nur für den seltenen Fall, dass sowohl kein errechneter Geburtstermin als auch kein sonografischer Befund vorliegt, kann hier die klinisch geschätzte Tragzeit angegeben werden.	318 330 51803
50	Aufnahmeart		318
52	Lungenreifebehandlung	Die Frage ist auch zu bejahen, wenn erst eine Gabe vorgenommen werden konnte, weil das Kind vor Ablauf von 24 Stunden seit dem Beginn der Therapie geboren wurde.	330
56	Geburtsrisiko	Bei Bejahung tragen Sie die Kennzahlen laut Schlüssel 3 (Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken) ein.	51803
105	Entbindungsmodus	Hier ist eine Prozedur (OPS-Kode), die sich auf den durchgeführten Entbindungsmodus bezieht, zu dokumentieren. (siehe Liste in Ausfüllhinweisen des IQTIG)	50045

108	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	Bitte geben Sie „ja, prophylaktische Gabe“ an, wenn eine perioperative Antibiotikaprophylaxe unmittelbar vor OP (ab Anästhesie-Einleitung) oder nach Abklemmen der Nabelschnur während der Kaiserschnitt-Entbindung durchgeführt worden ist. „ja, laufende antibiotische Therapie“ wäre zu dokumentieren, wenn bereits vor der Sectiovorbereitung aus anderen Gründen (z. B. nach vorzeitigem Blasensprung) eine Antibiotikatherapie begonnen wurde.	50045
110	Notsektio	Mit einer Notsektio ist eine aufgrund der klin. Symptomatik unverzügliche Entbindung gemeint. Eilige Kaiserschnitte ohne Auslösung eines Notsektioalarmes oder ohne die Zielsetzung der möglichst kürzesten E-E-Zeit dürfen hier auf keinen Fall mit JA angegeben werden.	1058
112	E-E-Zeit bei Notsektio	In der Primärdokumentation in der Patientenakte muss die genaue Uhrzeit des Entschlusses zur Notsectio nachvollziehbar eingetragen werden. Es sollte auch deutlich hervorgehen, wer die Entscheidung getroffen hat.	1058
116	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend	Wenn hier ein „Ja“ angegeben ist, sollte in der Patientenakte dokumentiert sein, dass der Pädiater bei der Entwicklung des Kindes tatsächlich anwesend war und dieses in Empfang genommen hat oder zumindest jederzeit bei Bedarf unverzüglich hätte hinzutreten können. Besonders bei Frühgeburten mit 24+0 bis unter 35+0 muss die korrekte Dokumentation überprüft werden.	318
118	Geburtsdatum des Kindes		318 330 51803
124	APGAR		51803
126	Gewicht des Kindes		318 1058
129	Base Excess BGA Nabelschnurarterie	Tragen Sie bitte den Base-Excess-Wert in mmol/l mit einer Nachkommastelle ein. Der hier zu dokumentierende, relevante Wert ist der wahre, nicht korrigierte oder abgeleitete Base-Excess-Wert. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Der Wert kann negativ sein. Bitte tragen Sie das Vorzeichen (-) für negativ ein.	51803
130	pH-Wert BGA Nabelschnurarterie	Tragen Sie bitte den pH-Wert der Blutgasanalyse aus der Nabelschnurarterie eines Lebendgeborenen mit zwei Nachkommastellen ein. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Bei Geräten, die drei Nachkommastellen ausgeben, ist die dritte Stelle kaufmännisch zu runden.	51803

137	Fehlbildung vorhanden		51803
140	Totgeburt	Eine Totgeburt liegt vor, wenn das Kind nach der Entwicklung keine Lebenszeichen und ein Gewicht von 500g oder darüber hat. Maßgeblich ist das Personenstandsgesetz.	318 330 51803
142	Todeszeitpunkt bei Totgeburt		318
148	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind		51803
152	Tod des lebend-geborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage	Diese Frage sollte im QS-Datensatz nur beantwortet werden, wenn der Status des Kindes bekannt ist. Bei Beantwortung der Frage mit „Ja“ oder „Nein“ sollte in der Patientenakte der Mutter dokumentiert sein, wie und von wem die Auskunft eingeholt wurde oder zumindest der Entlassbrief/eine Mitteilung aus der Kinderklinik vorhanden sein.	51803

Leistungsbereich 18/1: Mammachirurgie

QI 2163 Primäre Axilladisektion bei DCIS

QI 52279 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

QI 52330 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Feld	Feldbezeichnung	Bemerkungen	PlanQI
11	Erkrankung an dieser Brust		2163
17	<i>(präoperative Informationen)</i> maligne Neoplasie	Es wird empfohlen darauf hinzuwirken, dass von Seiten des beauftragten pathologischen Institutes in der Befundmitteilung zuverlässig die Kodierung des Tumors nach dem ICD-O-3-Schlüssel erfolgt. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass an dieser Stelle ausschließlich der präoperativ bekannte histologische Befund anzugeben ist. Eine sich nach Exzision ergebende Veränderung im Befund ist in diesem Feld nicht zu berücksichtigen.	2163
22	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	Diese Frage ist auch zu bejahen, wenn z.B. im Rahmen der präoperativ durchgeführten Stanzbiopsie eine Clip-Markierung durchgeführt wurde. Reine Hautmarkierungen mit Farbstift dürfen hier nicht dokumentiert werden.	52279 52330
23	intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie		52279 52330
28	maligne Neoplasie	Bei mehrzeitigem Operieren sind alle vorliegenden histolog. Befunde zu berücksichtigen. Beim tumorfreien Nachresektat nach Karzinomentfernung muss dennoch das Mammakarzinom als führender Befund dokumentiert werden. Dies gilt auch bei Vollremission nach neoadjuvanter Therapie. Hier ist das prätherapeutisch diagnostizierte Malignom zu dokumentieren. Bei Folgeoperationen zum Ausschluss eines lokoregionären Rezidivs nach abgeschlossener primär-operativer Behandlung eines Mammakarzinoms (z. B. PE an der Brust auch im Rahmen eines Prothesenwechsels oder PE an der Axilla) mit benigner Histologie, ist der aktuelle benigne Befund zu dokumentieren. Wurde ausschließlich eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ohne Brusteingriff) durchgeführt, ist der histologische Befund der ggf. vorausgegangenen Brustbiopsie anzugeben.	2163

29	primär-operative Therapie abgeschlossen	<p>Die op. Therapie ist dann abgeschlossen, wenn keine weitere Operation zur Tumorentfernung bzw. zum lokoregionären Staging empfohlen wird. Dies gilt auch, wenn die operative Behandlung aufgrund des Allgemeinzustandes der Patientin beendet wird. Die folgenden Datenfelder (Datenfelder: "pT" bis "Datum des Gespräches mit Patientin") dürfen erst dann ausgefüllt werden, wenn die operative Therapie (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen) abgeschlossen ist. Nur so kann gesichert werden, dass die endgültigen Befunde eingetragen werden. Im Falle der Empfehlung einer weiteren op. Therapie werden die genannten Datenfelder beim letzten stat. Aufenthalt ausgefüllt.</p> <p>Wenn die Patientin der Empfehlung für eine weitere operative Behandlung bekannterweise nicht folgt, dann ist in diesem Feld „nein“ anzugeben, da dann davon abhängig im Folgefeld nach der konkreten empfohlenen weiteren Therapieempfehlung gefragt wird.</p>	2163
31	pT	<p><i>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS, invasives Karzinom oder Sarkom</i></p>	2163
43	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	<p><i>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</i></p> <p>Bei mehrzeitigem operativem Vorgehen muss die Abfrage bejaht werden, wenn im Rahmen der Behandlung der Primärerkrankung eine axilläre Lymphknotenentfernung (ausgenommen alleinige SLNB) durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn dies in einer anderen Einrichtung erfolgt ist.</p> <p>auch "1 = ja, einzelne Lymphknoten", wenn im Rahmen einer SLNB einzelne zusätzliche, nicht markierte Lymphknoten entfernt wurden oder wenn ohne SLNB keine systematische Axilladissektion erfolgte</p> <p>"2 = ja, Axilladissektion", wenn eine systematische Axilladissektion erfolgte</p>	2163
44	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	<p><i>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</i></p> <p>Bei mehrzeitigem operativem Vorgehen muss die Abfrage bejaht werden, wenn im Rahmen der Behandlung der Primärerkrankung eine SLNB durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn dies in einer anderen Einrichtung erfolgt ist.</p>	2163