



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Konisation

Anlagen

Stand: 26. Oktober 2010

Anhang A.1: Übersicht über das Recherchemodell Qualitätssicherung – „Konisation“

Target Population (disease/conditions)		Technology (Intervention / Procedures)		QI (Topic spec. Areas of Evaluation)
Genital Diseases OR Genital Neoplasms, Female OR Precancerous Conditions OR Carcinoma OR Papillomaviridae OR Cervix uteri	A N D	Diagnostic Techniques, Obstetrical and Gynecological OR Diagnostic Techniques, Surgical OR Early Diagnosis OR Cytodiagnosis OR Ablation Techniques OR Curettage	A N D	Safety Management OR Safety OR Risk Management OR Patient Care Management OR Delivery of Health Care OR Personal Health Services OR Organization and Administration OR Quality Assurance, Health Care OR Attitude OR Consumer Satisfaction OR Conization [Title/Abstract Word]

Anhang A.2: Liste der recherchierten Agenturen

Dokumentation der Recherche vom 27. Januar 2010 - 15. Februar 2010

Indikatorensysteme/Indikatorendatenbanken	Indikatoren identifiziert
AAMC - American Association of Medical Colleges (USA)	
Accreditation Canada (Canada)	
ACHS - Australian Council on Healthcare Standards (Australia)	x
AHCPR - Agency for Health Care Policy and Research (USA)	x
AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality (USA)	x
AIHW - Australian Institute of Health and Welfare (Australia)	x
ANA - American Nurses Association`s Safety and Quality Initiative (USA)	
ANAES - Agence nationale d`accréditation et d`évaluation en santé (France)	
AOK-Indikatoren für Arztnetze (Germany)	
AQUIK - Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Germany)	x
Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (Australia)	x
Australian Government Department of Health and Ageing (Australia)	x
ÄZQ - Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Germany)	
BQS - Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (Germany)	x
CAHPS - Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (USA)	x
Care Quality Commission (UK)	x
CCECOA - Comité de Coordination d`Evaluation Clinique de la Qualité en Aquitaine (France)	x
CIHI - Canadian Institute for Health Information (Canada)	x
Clinical Information Access Programme (Australia)	
CMS - Center for Medicare and Medicaid Services (USA)	x
Common Wealth Fund (USA)	x
CRAG - Clinical Resource and Audit Group (Scotland)	x
CSP - The Chartered Society of Physical Therapy (PP*)	
Department of Health (UK)	
DK NIP - Det Nationale Indikatorprojekt (Denmark)	
Dr. Foster (UK)	x
EORTC - European Organisation for Research and Treatment of Cancer / EORTC Group for Research into Quality of Life (PP*)	
ESQH - European Society for Quality in Healthcare (International)	x
Europäische Union (International)	x
FACCT - Foundation of Accountability (USA)	x
FOQUAL - Forum de la Qualité (Switzerland)	
HCC - Health Care Choices (USA)	
Health Canada (Canada)	
Health Council of Canada (Canada)	
Helios Kliniken (Germany)	
HGRD - Health Grades Inc. (USA)	
IHI - Institute for Healthcare Improvement (USA)	x
International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (International)	x
IQIP - International Quality Indicator Project (International)	x
IQPR - Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (PP*)	
JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations Hospital Core Measures (USA)	
Kaiser permanente (USA)	x

Indikatorensysteme/Indikatordatenbanken	Indikatoren identifiziert
Leapfrog – Leapfrog Group for Patient Safety (USA)	
MAPI - MAPI Institute (PP*)	
Massachusetts Health Care Quality and Cost Council (USA)	x
MOT - Medical Outcomes Trust (PP*)	
Nationaler Verein Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (Switzerland)	x
NCQA – National Committee for Quality Assurance (UK)	
NHS - National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidelines (UK)	
NHS – The Information Centre for Health Care, Indicators for Quality Improvement (UK)	x
NHS Clinical and Health Outcomes Knowledge Base (UK)	x
NHS Northwest (UK)	
NHS Quality and Outcomes Framework (UK)	
NICS - National Institute of Clinical Studies (Australia)	x
NQMC - National Quality Measures Clearinghouse (USA)	
OECD – Organisation of Economic Cooperation and Development (International)	x
Office of Statewide Healthplanning and Development (USA)	
Ontario Ministry of Health and long- term Care (Australia)	
PHI - Patient-Reported Health Instruments / Patient Reported Outcome Measurement Database (PP*)	
Premier (USA)	
PROQOLID - The Patient Reported Outcome and Quality of Life Instruments database (PP*)	
Public Health Agency of Canada (Canada)	
QISA – Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (Germany)	
Quality indicator project - A business unit of the Maryland Hospital Association (USA)	
RAND - Research and Development (USA)	x
RI - Rhode Island Health Quality Performance Measurement and Reporting Program (USA)	x
Socialstyrelsen (Sweden)	x
Statens folkhälsoinstitut (Sweden)	
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology (SFOG) (Sweden)	
University of Oxford Patient Reported Outcomes Management (UK)	
US- Department of Health and Human Services (USA)	
Verein Outcome (Switzerland)	
VGHI – Victorian Government Health Information – Clinical indicators in Victoria`s hospitals (Australia)	x
Word Health Organization	x

PP* - Patientenperspektive = Datenbanken speziell für Patientenbefragungsinstrumente

Anhang A.3: Dokumentation der Recherche

#55 Search #54 Limits: only items with abstracts, Humans, Female, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Addresses, Bibliography, Biography, Case Reports, Classical Article, Clinical Conference, Clinical Trial, Phase I, Clinical Trial, Phase II, Clinical Trial, Phase III, Clinical Trial, Phase IV, Comment, Comparative Study, Congresses, Consensus Development Conference, Consensus Development Conference, NIH, Controlled Clinical Trial, Corrected and Republished Article, Dictionary, Directory, Duplicate Publication, English Abstract, Evaluation Studies, Festschrift, Government Publications, Guideline, Historical Article, In Vitro, Interactive Tutorial, Interview, Introductory Journal Article, Journal Article, Lectures, Legal Cases, Legislation, Multicenter Study, News, Newspaper Article, Overall, Patient Education Handout, Periodical Index, Portraits, Published Erratum, Research Support, American Recovery and Reinvestment Act, Research Support, N I H, Extramural, Research Support, N I H, Intramural, Research Support, Non U S Gov't, Research Support, U S Gov't, Non P H S, Research Support, U S Gov't, P H S, Retracted Publication, Retraction of Publication, Scientific Integrity Review, Technical Report, Twin Study, Validation Studies, Webcasts, English, German, Core clinical journals, Nursing journals, All Adult: 19+ years, Adolescent: 13-18 years	07:41:33	3659
#54 Search ((#13) AND #53) AND #51	07:39:20	34269
#53 Search (#26) OR #52	07:38:41	517653
#52 Search conization[Title/Abstract Word]	07:38:21	1373
#51 Search (((((((((#30) OR #32) OR #34) OR #36) OR #38) OR #40) OR #42) OR #44) OR #46) OR #48) OR #50	07:36:58	4380219
#50 Search "Consumer Satisfaction"[Mesh]	07:35:48	56842
#48 Search "Attitude"[Mesh]	07:35:16	206623
#46 Search "Quality Assurance, Health Care"[Mesh]	07:34:48	198224
#44 Search "Quality of Health Care"[Mesh]	07:34:22	3659039
#42 Search "Patient Care Management"[Mesh]	07:33:51	398574
#40 Search "Organization and Administration"[Mesh]	07:33:00	838695
#38 Search "Personal Health Services"[Mesh]	07:32:04	1837
#36 Search "Delivery of Health Care"[Mesh]	07:31:40	610409
#34 Search "Safety"[Mesh]	07:30:46	38814
#32 Search "Risk Management"[Mesh]	07:30:24	133637
#30 Search "Safety Management"[Mesh]	07:30:01	11382
#27 Search (#13) AND #26	07:29:18	76889
#26 Search (((((#15) OR #17) OR #19) OR #21) OR #23) OR #25	07:28:59	517212
#25 Search "Curettage"[Mesh]	07:28:03	5428
#23 Search "Ablation Techniques"[Mesh]	07:27:39	71470
#21 Search "Cytodiagnosis"[Mesh]	07:27:14	207137
#19 Search "Early Diagnosis"[Mesh]	07:26:48	6261
#17 Search "Diagnostic Techniques, Surgical"[Mesh]	07:26:27	345504
#15 Search "Diagnostic Techniques, Obstetrical and Gynecological"[Mesh]	07:26:02	93125
#13 Search (((((#2) OR #4) OR #6) OR #8) OR #10) OR #12	07:25:16	695596
#12 Search "Cervix Uteri"[Mesh]	07:24:39	19044
#10 Search "Papillomaviridae"[Mesh]	07:24:17	18811
#8 Search "Carcinoma"[Mesh]	07:23:53	395800
#6 Search "Precancerous Conditions"[Mesh]	07:23:22	31376
#4 Search "Genital Neoplasms, Female"[Mesh]	07:22:57	149002
#2 Search "Genital Diseases, Female"[Mesh]	07:22:15	304086

Anhang A.4.1: Recherchierte Anbieter von Leitlinien

Fachübergreifende Anbieter	Fachspezifische Anbieter
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, D, AkdÄ	American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, ASCCP
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, D, AWMF	American College of Obstetricians and Gynecologists, USA, ACOG
Bundesärztekammer, D, BÄK	American Cancer Society, USA, ACS
Department of Health and Human Services, USA, AIDSinfo	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, D, DGGG
Canadian Medical Association, CA, CMA	Deutsches Krebsforschungszentrum, D, DkfZ, Tumorzentrum Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, D, DEGAM	Deutsche Krebsgesellschaft, DKG
Department of Health, Victoria, Australia, Public Health Division, AUS	European Society for Medical Oncology, EU, ESMO
Department of Health, South Africa	Hamburger Krebsgesellschaft, D
eGuidelines	Krebsinfo, Tumorzentrum München, D
Equip online	Schweizerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, CH, SGGG
Evidence.de	Tumorzentrum Berlin, D
The Finnish Medical Society, FI, Duodecim	Tumorzentrum Freiburg, D
Guidelines Advisory Committee, CA, GAC	Tumorzentrum Süd-Ost Niedersachsen, D
Guidelines International Network, INT, G-I-N	Tumorzentrum Tübingen, D
Government of Victoria, Australia, Department of Human Services, Public Health Division	
HUMANA Quality Improvement, HUMANA	
Institute for Clinical Systems Improvement, ICSI	
Leitliniengruppe Hessen, D	
Leitlinien.de, ÄZQ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	
National Guidelines Clearinghouse, USA, NGC	
National Institute for Health and Clinical Excellence, UK, NICE	
Scottish Intercollegiate Guidelines Network, GB, SIGN	

Verwendete Suchwörter für die Leitlinienrecherche

Englische Suchwörter: cervical*, cervix, cervical intraepithelial neoplasia, conization, cervical intraepithelial neoplasia, cervical carcinoma, cervical*, conisation, conization, cold knife conisation, conisation, cold knife, dysplasia, colposcopy, female genital disease, gynecology, gynaecology, (squamous) intraepithelial lesion, LOOP, LLETZ, Laser treatment

Deutsche Suchwörter: Zervix uteri, Cervix uteri, zervikal*, CIN, zervikale intraepitheliale Neoplasie, (zervikale) Dysplasie, Carcinoma in situ, Cis, Zervixkarzinom, Konisation, Leitlinien der Gynäkologie und Geburtshilfe, Leitlinien Onkologie, Präkanzerose

Anhang A.4.2: Volltextscreening der Leitlinien

	Titel	Quelle/Herausgeber	Veröffentlichung	Empfehlungen zu Indikator	Ein-/Ausschluss
1	Arbyn et al.: European Guidelines for quality assurance in cervical cancer screening	International Agency for Research on Cancer, European Community	2008		A3
2	Sellors et al.: Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia. A Beginners' Manual	International Agency for Research on Cancer, WHO	2003		A1
3	Guidelines for Cervical Screening in New Zealand: Incorporating the Management of Women with Abnormal Cervical Smears	National Screening Unit (NSU), Ministry of Health, New Zealand	2008	ST05, ST08, P03, P05, P06, P07, P09, P19, OU01, OU03, OU09, OU10	Einschluss gemäß der Einschlusskriterien, Leitlinie hoher methodologischer Güte
4	Kaplan et al: Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents	Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Department of Health and Human Services	2009		A3
5	Cervical Cancer screening guideline	Kaiser Permanente National Cervical Cancer Screening Guideline Development Team, Kaiser Permanente Care Management Institute	2006		A3
6	Management of cervical cancer. A national clinical guideline	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS)	2008	P10, P21, P26, P27, P28, PP05	Einschluss gemäß der Einschlusskriterien, Leitlinie hoher methodologischer Güte
7	Cervical cytology screening	The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)	2009		A3
8	Management of abnormal cervical cytology and histology	The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)	2008		A3
9	Haie-Meder et al.: Cervical Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Guidelines Working Group, European Society for Medical Oncology (ESMO)	2010		A3
10	Heinonen: Gynaecological tumours	Evidence Based Guidelines Editorial Team, Helsinki/Finnland	2009		A3

	Titel	Quelle/Herausgeber	Veröffentlichung	Empfehlungen zu Indikator	Ein-/Ausschluss
11	Management of a Patient with an abnormal cervical smear, 1998, 2002 update	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), Haute Autorité de Santé (HAS), France	2002		A3
12	McFaul: Guidelines for Training Requirements in Colposcopy and its Related Treatment Modalities	Association of Professors of Obstetrics and Gynaecology of Canada (APOG); Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC)	2006		A3
13	Prävention, Diagnostik und Therapie der HPV-Infektion und präinvasiver Läsionen des weiblichen Genitale	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Infektiologie und Infektiimmunologie in Gynäkologie und Geburtshilfe (AGII), Berufsverband der Frauenärzte (BVF), Deutsche Gesellschaft für Pathologie, Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche STD-Gesellschaft., Frauenselbsthilfe nach Krebs	2008		Einschluss gemäß der Einschlusskriterien
14	Diagnostik und Therapie des Zervixkarzinoms	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)	2008		Einschluss gemäß der Einschlusskriterien
15	Wright et al.: 2006 Consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening test	2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference	2007		Einschluss gemäß der Einschlusskriterien
16	Wright et al.: 2006 consensus guidelines for the managements of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ	2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference	2007		Einschluss gemäß der Einschlusskriterien

	Titel	Quelle/Herausgeber	Veröffentlichung	Empfehlungen zu Indikator	Ein-/Ausschluss
17	Screening to Prevent Cervical Cancer: Guidelines for the Management of Asymptomatic Women with Screen Detected Abnormalities	National Health and Medical Research Council (NHMRC), Australian Government	2005	ST06, ST08, P01, P04, P08, P09, P10, P12, P16, P17, P19, P22, P32, P35, OU10	Einschluss gemäß der Einschlusskriterien, Leitlinie hoher methodologischer Güte
18	Health Care Guideline: Initial Management of Abnormal Cervical Cytology	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	2010		Einschluss gemäß der Einschlusskriterien
19	Leitlinie für die Diagnose und Therapie von Cervikalen Intraepithelialen Neoplasien (CIN) und Mikrokarzinomen der Cervix uteri	Arbeitsgemeinschaft für Kolposkopie (AGK) in der Österreichischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (ÖGGG); Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) in der ÖGGG	2005		A2
20	Guideline zum Vorgehen bei suspektem und positivem zytologischen Abstrich der Cervix Uteri	Arbeitsgruppe „Guideline Zervixabstrich“ der Kommission Qualitätssicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (SGGG)	2004		A2
21	McLachlin et al.: Cervical Screening. A clinical practice guideline	Program in Evidence-based Care (PEBC), Cancer Care Ontario (CCO), Gynecology Cancer Disease Site Group	2005		A3

Anhang A.4.3: Kernempfehlungen zu den Indikatoren

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
ST01	Am Screening beteiligte Labore (Zytologie und Histologie) erfüllen die Standards/ Qualitätsvereinbarungen	NHS 2006a NHS Forth Valley 2006b	Indikatorensystem
ST02	Interne Qualitätskontrolle und externe Qualitätssicherung	NHS QIS 2006a NHS Forth Valley 2006b	Indikatorensystem
ST03	Rolle des Pathologen	SIGN 2008 ECN 2008	Pathological assessment should be quality assured and standardised, with readily accessible specialist review available if required, following discussion by the multidisciplinary team. SIGN
ST04	Kolposkopische Biopsien, Gewebeproben und Abstriche im Labor	NHS QIS 2006 NHS Forth Valley 2006	Indikatorensystem
ST05	Konisation im ambulanten Sektor	NSU 2008	<p>‘See and treat’ should only be considered if it is thought this may be the only opportunity to undertake treatment and:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ circumstances are appropriate or immediate treatment is necessary ▪ the colposcopic examination is consistent with the referral ▪ the limits of the lesion are visible ▪ the whole abnormality can be excised ▪ there is no suspicion of invasion ▪ there is an excisional specimen available for histological examination (ie, no ablative therapy). Grade C.
ST06	Anteil von Vollnarkosen	NHMRC 2005	Treatment may be undertaken under local anaesthetic as an office procedure, or a general anaesthetic may be required. The wishes of individual women, the preference of the practitioner and the size and location of the lesion may all influence the choice of treatment and anaesthesia.
ST07	Kooperation zwischen Frauenärzten und spezialisierten Zentren für Genitalkrebs	SIGN 2008 DKG 2008	[treatment during pregnancy] “An individualised treatment plan should be determined, in consultation with the patient, by the multidisciplinary team, which should include an obstetrician.” SIGN
ST08	Ärztliche Expertise bei der Durchführung der Kolposkopie	NHMRC 2005	<p>“High-grade lesions need early referral for colposcopic assessment (...), preferably by a colposcopist experienced in assessing the pregnant cervix. Inexperienced colposcopists may not recognise the subtle appearances of early invasive cancer in pregnancy.”</p> <p>“Immunosuppressed women: Assessment and treatment should be by an experienced colposcopist.” Level III-1.</p>

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
		ECN 2008	“The aim of an excisional treatment is to remove the lesion in its entirety. The entire excised specimen is then submitted for histological assessment. The same can only be planned safely by colposcopic assessment of the lesion by an experienced colposcopist.“
P01	Therapieplanung bei histologisch gesicherten Neoplasien	SIGN 2008	[treatment during pregnancy] “An individualised treatment plan should be determined, in consultation with the patient, by the multidisciplinary team, which should include an obstetrician.” Cold-knife cone biopsy should be considered the ‘gold standard’ for the assessment of glandular lesions.
		NHMRC 2005	Histological confirmation of a high-grade lesion is required before definitive treatment is undertaken. Consensus Women with a histological diagnosis of CIN 2 or CIN 3 should be treated in order to reduce the risk of developing invasive cervical carcinoma. Level III-2 Women with possible high-grade squamous cytology reports should therefore be referred to a gynaecologist for colposcopic assessment and targeted biopsy where indicated. A woman with a Pap test report of possible high-grade squamous lesion should be referred to a gynaecologist for colposcopic assessment and targeted biopsy where indicated. Level IV Cone biopsy may be necessary to treat women with high-grade squamous lesions and absolute indications that include: 1. failure to visualise the upper limit of the cervical transformation zone in a woman with a high-grade squamous abnormality on her referral cervical smear (ie unsatisfactory colposcopy) 2. suspicion of an early invasive cancer on cytology, biopsy or colposcopic assessment 3. the suspected presence of an additional significant glandular abnormality (ie adenocarcinoma in situ) on cytology or biopsy (ie a mixed lesion).
		DKG 2008	“Die Grundlage der Abklärungsdiagnostik ist die Inspektion der Portio, im Einzelfall ergänzt durch eine Kolposkopie und die bimanuelle vaginale und rektovaginale Untersuchung sowie die kolposkopisch gesteuerte Gewebeentnahme bei auffälligen Befunden.“
		DGGG 2008	„Die Differenzialkolposkopie mit Biopsie (und nicht die Konisation) ist das Goldstandardverfahren zur minimal invasiven histologischen Abklärung von Auffälligkeiten bei der primären Vorsorgeuntersuchung und zur Therapieplanung bei histologisch gesicherten Neoplasien...Die Verlässlichkeit der kolposkopisch-histologischen Diagnose ist bei ektozervikalem Befall und ausreichender Expertise des Untersuchers sehr hoch...“

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
		SGGG 2004	„Die besten Ergebnisse zur Früherkennung einer Zervixläsion erreicht man, wenn der zytologische Abstrich mit der Kolposkopie kombiniert wird“. „Der Zusammenhang zwischen Präkanzerosen und Karzinom der Zervix und der HPV-Infektion gilt als gesichert... HPV-Nachweis nur bei unklaren Fällen angezeigt, aber nur, wenn nicht sogleich eine Differenzialkolposkopie erfolgen kann...“
P02	Aufklärung der Patientin	NHS 2009	Indikatorsystem
P03	Korrelation Zytologie – Kolposkopie – Histologie	NSU 2008	In cases of ‘apparent discrepancy’ (discordance) between cytology and colposcopy, discussion with the reporting pathologist regarding an individual case is strongly recommended.
P04	Sofortige Konisation bei PAP IIID und CIN 1 ist obsolet	NHMRC 2005	A woman aged 30 years or more with a Pap test report of LSIL, without a history of negative smears in the preceding two to three years, should be offered either immediate colposcopy or a repeat Pap smear within six months.
		DKG 2008	„Obsolete Maßnahme: Sofortige Konisation bei PAP IIID und CIN 1-Läsionen.“
P05	Adoleszente Patientinnen mit CIN	NSU 2008	If a woman aged under 20 years is screened (contrary to NCSP policy) and CIN2 is found, management should be individualised and include multidisciplinary team review of cytology and histology results. If agreed by the multidisciplinary review, careful specialist colposcopic observation at 4 to 6 month intervals for up to 12 months may be appropriate, provided colposcopy is satisfactory, given the high rate of resolution of CIN2 in this age group. This applies for histologically confirmed CIN2 lesions only (not CIN3). If the colposcopic appearance of the lesion worsens, or if HSIL persists, repeat biopsy is recommended. After 2 consecutive results of ‘negative for intraepithelial lesions or malignancy’, women under 20 years with normal cytology results can return to routine cytological screening. Treatment is recommended if CIN3 is subsequently identified, or if CIN2 persists for 12 months. Grade B
		ECN 2008	„Invasive cervical carcinoma is virtually non-existent in adolescent women... cervical screening in this age group may detect prevalent low-grade disease which might have resolved spontaneously if screening were started at a later age... this could result in unnecessary attendances at colposcopy, with the resultant possible negative consequences of increased anxiety and possible over-treatment... In addition screening has not been shown to be effective at reducing the incidence of invasive cancer in women under twenty...“

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
P06	Konisationen bei Heranwachsenden	NSU 2008 ICSI 2008 Wright 2007	<p>If a woman aged under 20 years is screened (contrary to NCSP policy) and CIN2 is found, management should be individualised and include multidisciplinary team review of cytology and histology results.</p> <p>If agreed by the multidisciplinary review, careful specialist colposcopic observation at 4 to 6 month intervals for up to 12 months may be appropriate, provided colposcopy is satisfactory, given the high rate of resolution of CIN2 in this age group. This applies for histologically confirmed CIN2 lesions only (not CIN3).</p> <p>If the colposcopic appearance of the lesion worsens, or if HSIL persists, repeat biopsy is recommended.</p> <p>After 2 consecutive results of 'negative for intra-epithelial lesions or malignancy', women under 20 years with normal cytology results can return to routine cytological screening.</p> <p>Treatment is recommended if CIN3 is subsequently identified, or if CIN2 persists for 12 months. Grade B.</p>
P07	Anteil der schwangeren Patientinnen	NSU 2008 DGGG 2008	<p>Management during pregnancy</p> <p>Definitive treatment of a high-grade lesion, with the exception of invasive cancer, may be safely deferred until after delivery. Grade B.</p>
P08	Indikation zur Konisation in der Schwangerschaft	SIGN 2008	For pregnant women with early stage disease (FIGO IA1, IA2, IB) diagnosed after 16 weeks of gestation, treatment may be delayed to allow fetal maturity to occur. Grade C.
		NHMRC 2005	<p>[Management during pregnancy] Women with low-grade cytologic lesions should be managed in the same way as for women with low-grade squamous abnormalities, with a repeat smear after 12 months. Level IV</p> <p>Biopsy of the cervix is usually unnecessary in pregnancy, unless invasion is suspected colposcopically.</p> <p>Definitive treatment of a high-grade lesion, with the exception of invasive cancer, may be safely deferred until after delivery. Grade B.</p> <p>Definitive treatment of a high-grade lesion, with the exception of invasive cancer, may be deferred safely until after the pregnancy. Level IV.</p>
		DKG 2008	„Die Konisation in der Schwangerschaft bedarf einer strengen Indikationsstellung und sollte nur bei zytologischem und /oder kolposkopischem Verdacht auf ein invasives Ca durchgeführt werden ... - ergänzt durch histologische Abklärung ...“
		ICSI 2008	„In pregnancy, the only diagnosis that may alter clinical management is invasive cancer. ... Cervical cancer screening test results that are not likely to be associated with cancer may undergo colposcopic evaluation either during pregnancy or 8 to 12 weeks postpartum... Pregnant women whose cer-

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
			vical cancer test results indicate a high risk for CIN-2/3+ should undergo colposcopy without endocervical sampling reserving biopsy for visible cervical lesions consistent with CIN-3, AIS or cancer...
		ECN 2008	If invasive disease is suspected clinically or colposcopically, a biopsy adequate to make the diagnosis is essential. Cone, wedge and diathermy loop biopsies are all associated with a risk of haemorrhage and such biopsies should be taken only where appropriate facilities to deal with haemorrhage are available. Punch biopsy suggesting only CIN cannot reliably exclude invasion.
P09	CIN 3 in der Schwangerschaft	NHMRC 2005	Women with high-grade lesions should be referred for colposcopic evaluation. The aims of colposcopy in the pregnant woman are to exclude the presence of invasive cancer and to reassure the woman that her pregnancy will not be affected by an abnormal cervical smear result.
		NSU 2008 DGGG 2008	Biopsy of the cervix in pregnancy is indicated if invasion is suspected at colposcopy. If invasion is not suspected, it may be appropriate to defer biopsy of the cervix until after delivery. Grade B, NSU
P10	Behandlung der Dysplasie in der Schwangerschaft	SIGN 2008	For pregnant women with early stage disease (FIGO IA1, IA2, IB) diagnosed after 16 weeks of gestation, treatment may be delayed to allow fetal maturity to occur. An individualised treatment plan should be determined, in consultation with the patient, by the multidisciplinary team, which should include an obstetrician. Grade C.
		NHMRC 2005	Definitive treatment of a high-grade lesion, with the exception of invasive cancer, may be deferred safely until after the pregnancy. Level IV. Biopsy of the cervix is usually unnecessary in pregnancy, unless invasion is suspected colposcopically. Level IV.
		NSU 2008	Definitive treatment of a high-grade lesion, with the exception of invasive cancer, may be safely deferred until after delivery. Grade B.
P11	ECC in der Schwangerschaft obsolet	ECN 2008 Wright 2007	Endo-cervical curettage should not be performed during pregnancy. ECN
P12	Biopsie vor Konisation	NSU 2008	Perform target biopsy to make a diagnosis, if colposcopic assessment is satisfactory and abnormal. Grade C.
		NHMRC 2005	If, at colposcopy, a high-grade lesion is seen or suspected, targeted biopsy should be performed for histological confirmation before definitive therapy. (...) If the colposcopic assessment is satisfactory and a low-grade lesion is suspected, target biopsy can be performed to confirm this diagnosis.
P13	Fehlende Malignitätskriterien	BQS 2009	Indikatorensystem

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
P14	Laborergebnisse werden zeitnah ausgegeben	NHS QIS 2006 NHS Forth Valley 2006	Indikatorensystem
P15	Konisation unter Kolposkopie-Kontrolle	ECN 2008	"The procedure /excision should be carried out under colposcopic control...The size and shape of the excised specimen will be determined by the colposcopic delineation of the lesion..."
P16	Exzision ohne Verzögerung bei CIN 3 und mikroinvasivem Ca	NSU 2008	Cold knife cone biopsy may be necessary to treat women with high-grade squamous lesions. Grade C.
		NHMRC 2005	Women with a histological diagnosis of CIN 2 or CIN 3 should be treated in order to reduce the risk of developing invasive cervical carcinoma. Level III-2 See and treat is not recommended. Consensus.
P17	Schlingenkonisation als chirurgische Methode der Wahl	NHMRC 2005	LEEPs, of which large loop excision of the cervical transformation zone (LLETZ) is one, are now commonly used for the treatment of CIN. There is no clearly superior method of fertility-sparing treatment for CIN 2 and 3. Level I. It is advisable that women with CIN 3 are not treated with cryotherapy. Level IV.
		DGGG 2008	„Die Messerkonisation weist bei nachfolgenden Schwangerschaften die höchste Komplikationsrate aller Methoden auf und sollte bei Frauen mit bestehendem Kinderwunsch nicht zum Einsatz kommen.“
P18	Harnwegsverletzung während einer gynäkologischen Operation	Collopy 1999	Indikatorensystem
P19	Hitzeschädigung des Gewebes	NSU 2008	Excess diathermy artefact should be avoided when using diathermy loops in order to allow comprehensive pathological examination, including margin status. Grade C.
		NHMRC 2005	Excess diathermy artefact should be avoided when using LEEP in order to allow comprehensive pathological examination, including margin status.
P20	Vollständige Entfernung der Transformationszone bei Konisationen	NHMRC 2005	Careful attention should be paid to tailoring treatment to the individual woman, taking into account the size, extent, situation and severity of the lesion. Consensus.
		DGGG 2008	Ziel der operativen Therapie ist die vollständige Entfernung der Transformationszone mit allen neoplastischen Läsionen. Jede Operation bedarf einer Indikation.
P21	Entnahme pelviner Lymphknoten bei Konisation von FIGO IA2	SIGN 2008 DKG 2008	Women with early stage disease and no LVSI (FIGO IA2 and microscopic IB1) requesting fertility conservation may be offered cold knife conisation or LLETZ combined with pelvic lymph node dissection. (D)

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
P22	Endozervikale Kürettage bei Befall des Endozervikalkanals	NHMRC 2005 ECN 2008	Endocervical curettage is unreliable as a diagnostic procedure when used for the initial assessment of women with AIS suggested on cytology. Endocervical curettage has a false-negative rate of over 50% in the presence of high-grade glandular pathology. Where there is a high likelihood of disease, it serves no useful purpose. NHMRC
P23	Gefrierschnitte bei Konisation	Bretelle 2003 Hoffman 1993	
P24	Sturmdorfnaht ist obsolet	DKG 2008	Die früher zum Zwecke der Blutstillung und Adaptation der Wundränder durchgeführte Sturmdorfnaht ist obsolet, da eine weitere Evaluierung und Kontrolle der Wundränder dadurch erschwert oder unmöglich gemacht wird.
P25	Bluttransfusion im Rahmen einer gynäkologischen Operationen	ACHS 2008a ACHS 2008b	Indikatorensystem
P26:	Aufarbeitung des Gewebes nach Konisation	SIGN 2008 DGGG 2008 DKG 2008 ECN 2008	Pathological assessment should be quality assured and standardised, with readily accessible specialist review available if required, following discussion by the multidisciplinary team. SIGN
P27	Pathologie	SIGN 2008	Pathological assessment should be quality assured and standardised, with readily accessible specialist review available if required, following discussion by the multidisciplinary team. Diagnosis and measurement of early adenocarcinoma and squamous cell cancer should be done by specialist gynaecological pathologist.
		DGGG 2008	„... Portiokonisate sind vom Operateur räumlich zu markieren... Von Seiten der Pathologie muss eine vollständige Einbettung erfolgen... Die Aufarbeitung muss so erfolgen, dass am histopathologischen Schnittpräparat die räumliche Orientierung nachvollzogen werden kann...“ „...der pathologische Befundbericht sollte eine Diagnose unter Benutzung der allgemein akzeptierten Nomenklatur (WHO) enthalten...“ „Bei Exzisaten und Konisaten sollte eine Beurteilung der Resektionsränder erfolgen...“ DGGG
P28	Inhalt des pathologischen Befundberichts	SIGN 2008 DKG 2008 ECN 2008	Pathology reports of cervical tumours should include the following histological features: Tumor type and size, extent of tumour, depth and pattern of invasion, lymphovascular space invasion, status of resection margins, status of lymph nodes, presence of pre-invasive disease Grade D There are histological features that can be used to stratify women to higher risk or lower risk of metastatic disease. These histological features should be included in a pathology report. SIGN

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
P29	Angaben zu den Resektionsrändern im Pathologiebericht	SIGN 2008 DKG 2008 ECN 2008	Pathology reports of cervical tumours should include the following histological features: Tumor type and size, extent of tumour, depth and pattern of invasion, lymphovascular space invasion, status of resection margins, status of lymph nodes, presence of pre-invasive disease. Grade D
P30	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates nach Laserexzision	Howell 1991	
P31	Fehlende Histologie	BQS 2009	Indikatorensystem
P32	Nachsorge: HPV-Test	NHMRC 2005	Human papilloma virus (HPV) testing There is insufficient evidence to support the use of HPV testing in the triage of low-grade squamous intraepithelial lesions. A woman previously treated for HSIL requires a colposcopy and cervical cytology at 4–6 months after treatment. Cervical cytology and HPV typing should then be carried out at 12 months after treatment and annually thereafter until the woman has tested negative by both tests on two consecutive occasions. The woman should then be screened according to the recommendation for the average population. Level IV
		DGGG 2008 DKG 2008	„Die Therapie der höhergradigen CIN führt meist zu einer Elimination von HPV und stellt somit ein kausales Therapieverfahren dar. Die besondere Bedeutung eines negativen HPV-Tests nach einer CIN-Therapie liegt in dem hohen negativen Vorhersagewert. Ein negativer HPV-Test nach CIN-Therapie schließt eine CIN-Persistenz bzw. ein CIN-Rezidiv mit hoher Wahrscheinlichkeit aus. Dies gilt auch im Status nach inkompletter Resektion. Die Sensitivität des HPV-Nachweises hinsichtlich der Entdeckung einer persistierenden oder rezidivierenden CIN ist sehr hoch. Die Kombination aus Zytologie und postoperativem HPV-Test führt zu einer Steigerung der Sicherheit.“ „Freie Schnittränder: Rezidive sind selten. Es sollte sechs und zwölf Monate nach Therapie ein HPV-HR-Test mit Zytologie durchgeführt werden. Sind alle Tests negativ, erfolgt die weitere Kontrolle in Routineintervallen. Ist einer der Tests positiv, erfolgt die sofortige Kolposkopie. Alternativ erfolgen alle sechs Monate Kontrolluntersuchungen mit Zytologie und Kolposkopie. Nach drei unauffälligen Befunden erfolgen gynäkologische Kontrollen in Routineintervallen.“ „Befallene Schnittränder: In bis zu 25% erfolgt die Konisation nicht oder nur fraglich im Gesunden (positive Absetzungsänder). ... Im Fall einer CIN3 am Absetzungsrand ist in 20 bis 25% mit einem Rezidiv zu rechnen. Ist dabei der endozervikale Rand betroffen, steigt das Risiko auf bis zu 30%. ... Eine sofortige Rekonisation ist in der Regel nicht indiziert. Dies gilt insbesondere für Frauen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung. Bei den Kontrolluntersuchungen alle sechs Monate

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
			nach Primärtherapie ist ein zytologischer Abstrich und eine Kolposkopie indiziert. Bestätigt sich hier die CIN, sollte eine Rekonisation erfolgen. Ein negativer HPV-Test ist mit einem geringen Persistenzrisiko assoziiert. Bei primärem Befall der endozervikalen Schnittränder oder bei positivem HPV-Nachweis kann zudem eine endozervikale Kürettage durchgeführt werden. Bei drei aufeinander folgenden unauffälligen Befunden erfolgen die weiteren Kontrollen in Routineintervallen.“ DGGG
		ECN 2008	Research into optimal follow-up algorithms of HPV-positive women is necessary. Adequate triage methods are needed to identify those HPV-positive women that are at risk of developing cancer. Piloting with validated HPV DNA testing can be recommended if performed in an organised screening programme with careful monitoring of the quality and systematic evaluation of the aimed outcomes, adverse effects and costs. Rollout towards national implementation can be considered only after the pilot project has demonstrated successful results with respect to effectiveness (relative sensitivity, positive predictive value of the screening test, triage and diagnostic assessment), costeffectiveness and after key organisational problems have been resolved adequately.
P33	Nachoperation im Rahmen einer Aufnahme für eine gynäkologische Operation	Collopy 1999	Indikatorensystem
P34	Anteil der Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand	NHMRC 2005	Involved endocervical and stromal excision margins after LEEP are of concern, but their involvement does not in itself justify retreatment.
		DGGG 2008 DKG 2008	„Befallenen Schnitträndern: In bis zu 25% erfolgt die Konisation nicht oder nur fraglich im Gesunden (positive Absetzungsränder). ... Im Fall einer CIN3 am Absetzungsrand ist in 20 bis 25% mit einem Rezidiv zu rechnen. Ist dabei der endozervikale Rand betroffen, steigt das Risiko auf bis zu 30%. ... Eine sofortige Rekonisation ist in der Regel nicht indiziert. Dies gilt insbesondere für Frauen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung. Bei den Kontrolluntersuchungen alle sechs Monate nach Primärtherapie ist ein zytologischer Abstrich und eine Kolposkopie indiziert. Bestätigt sich hier die CIN, sollte eine Rekonisation erfolgen. Ein negativer HPV-Test ist mit einem geringen Persistenzrisiko assoziiert. Bei primärem Befall der endozervikalen Schnittränder oder bei positivem HPV-Nachweis kann zudem eine endozervikale Kürettage durchgeführt werden. Bei drei aufeinander folgenden unauffälligen Befunden erfolgen die weiteren Kontrollen in Routineintervallen.“ DGGG
P35	Indikation zur Rekonisation	NHMRC 2005 DGGG 2008	Involved endocervical and stromal excision margins after LEEP are of concern, but their involvement does not in itself justify retreatment. NHMRC

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
OU01	Soziodemographische und klinische Merkmale	NSU 2008 ECN 2008	The risk of further high-grade disease and invasive cervical cancer increases with age. NSU
OU02	Risikofaktoren für eine non-in-sano-Läsion	DGGG 2008	In bis zu 25% erfolgt die Konisation nicht oder nur fraglich im Gesunden (positive Absetzungsränder). Risikofaktoren für eine non-in-sano-Resektion sind CIN3, große Läsion, endozervikaler (Mit-)Befall, Alter. In über 80% der Fälle ist trotz positiver Absetzungsränder bei sofortiger Nachkonisation keine Dysplasie mehr nachweisbar.
OU03	Exzision „in sano“ als Ziel der Konisation	NSU 2008 DKG 2008 DGGG 2008	Involved excision margins after large loop excision of the transformation zone (LLETZ) or cold knife cone biopsy are a risk factor for treatment failure. NSU
OU04	Inkomplette Resektion bei Konisation	NSU 2008	Involved excision margins after large loop excision of the transformation zone (LLETZ) or cold knife cone biopsy are a risk factor for treatment failure.
OU05	Entfernung der gesamten Transformationszone	ECN 2008 DGGG 2008	Ziel der operativen Therapie ist die vollständige Entfernung der Transformationszone mit allen neoplastischen Läsionen. Jede Operation bedarf einer Indikation. DGGG
OU06	Unvollständige Exzision und die Konsequenz für die Nachsorge	NSU 2008	Involved excision margins after large loop excision of the transformation zone (LLETZ) or cold knife cone biopsy are a risk factor for treatment failure.
OU07	Die Bedeutung des negativen Absetzungsrandes bei Konisaten	DGGG 2008	Rezidive sind selten. Es sollte 6-12 Monate nach Therapie ein HPV-HR-Test mit Zytologie durchgeführt werden. Sind alle Tests negativ, erfolgt die weitere Kontrolle in Routineintervallen. Ist einer der Test positiv, erfolgt die sofortige Kolposkopie. Alternativ erfolgen alle 6 Monate Kontrolluntersuchungen mit Zytologie und Kolposkopie. Nach drei unauffälligen Befunden erfolgen gynäkologische Kontrollen in Routineintervallen.
OU08	Negative Absetzungsrande bei Konisation von CIN 3	DGGG 2008	„Im Fall einer CIN3 am Absetzungsrand ist in 20-25% mit einem Rezidiv zu rechnen. Ist dabei der endozervikale Rand betroffen, steigt das Risiko auf bis zu 30%.“ „Freie Schnittränder: Rezidive sind selten.“
OU09	Bedeutung eines positiven Absetzungsrandes bei Konisaten	NSU 2008	Treatment failure rates have been reported to average around 10%. Involved excision margins after large loop excision of the transformation zone (LLETZ) or cold knife cone biopsy are a risk factor for treatment failure.
		DGGG 2008	In bis zu 25% erfolgt die Konisation nicht oder nur fraglich im Gesunden (positive Absetzungsränder). Risikofaktoren für eine non-in-sano-Resektion sind CIN3, große Läsion, endozervikaler (Mit-)Befall, Alter. In über 80% der Fälle ist trotz positiver Absetzungsränder bei sofortiger Nachkonisation keine Dysplasie mehr nachweisbar.

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
OU10	Bedeutung des Konusrandes bei Adenocarcinoma in situ	NSU 2008	The management of these women will depend on the age and fertility expectations of the woman and the status of the excision margins. ... if the cone biopsy has positive margins on the results, further treatment should be considered. If the margins are clear, follow-up colposcopy and cytology should be undertaken by endocervical brush 6 months after treatment. ... Early follow-up of symptoms is recommended. Grade B
		NHMRC 2005	Management of women with AIS The management of women diagnosed with AIS on cone biopsy will be dependent upon the age and fertility requirements of the women and the status of excision margins. Level IV
OU11	Nachblutungen nach Konisation	DKG 2008	„In 2 - 3 % kommt es nach Konisationen zu Nachblutungen. Im Falle einer Konisation in der Schwangerschaft ist die Nachblutungsgefahr deutlich erhöht ... Die früher zum Zwecke der Blutstillung und Adaptation der Wundränder durchgeführte Sturmdorfnah ist obsolet, da eine weitere Evaluierung und Kontrolle der Wundränder dadurch erschwert oder unmöglich gemacht wird.“
OU12	Blutung, Ausfluss oder Infektion nach Konisation	ECN 2008;	Two trials provided sufficient data to allow analysis of the incidence of malodorous vaginal discharge. Laser ablation caused significantly less symptoms.
S01	Anästhesie-induzierte Komplikationen (PSI 1)	AHRQ 2007;	Indikatorensystem
S02	Unerwünschte Nebenwirkungen und iatrogene Komplikationen	Muri 2001	Indikatorensystem
S03	Postoperative Blutung oder Hämatom (Einrichtungen) (PSI 9)	AHRQ 2007	Indikatorensystem
S04	Postoperative Blutung oder Hämatom (Region) (PSI 27)	AHRQ 2007	Indikatorensystem
S05	Postoperative Blutungen	AIHW 2009b; AHRQ 2007	Indikatorensystem
S06	Postoperative Blutungen	Kristensen 1990	Indikatorensystem
S07	Infektionen als Folge eines chirurgischen Eingriffs (Einrichtungen) (PSI 7)	AHRQ 2007	Indikatorensystem

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
S08	Infektionen als Folge eines chirurgischen Eingriffs (Region) (PSI 23)	AHRQ 2007	Indikatorensystem
S09	Registrierung nosokomialer Infektionen	Kristensen 2007	Indikatorensystem
S10	Wundinfektion	Kristensen 2007	Indikatorensystem
S11	Erhöhte Komplikationsrate nach Messerkonisationen	DGGG 2008	„Die Messerkonisation weist bei nachfolgenden Schwangerschaften die höchste Komplikationsrate aller Methoden auf und sollte bei Frauen mit bestehendem Kinderwunsch nicht zum Einsatz kommen.“ DGGG
		DKG 2008	„In 2-3% kommt es nach Konisation zu Nachblutungen... Im Falle einer Konisation in der Schwangerschaft ist die Nachblutungsgefahr deutlich erhöht, es kommt vermehrt zu Frühgeburten.“ DKG
S12	Unbeabsichtigte Punktion oder Schnittverletzung (Einrichtungen) (PSI 15)	AHRQ 2007	Indikatorensystem
S13	Unbeabsichtigte Punktionen oder Schnittverletzungen (Region) (PSI) 16	AHRQ 2007	Indikatorensystem
PP01	Telefonische Erreichbarkeit der Einrichtung	Socialstyrelsen 2007	Indikatorensystem
PP02	Wartezeit bis zur Durchführung des operativen Eingriffs	Socialstyrelsen 2007	Indikatorensystem
PP03	Wartezeit bis Zuweisung von Zimmer/Krankenbett	NHS 2009; SAPHORA 2006	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE05: Score for patients who reported that on arrival at the hospital they did not have to wait a long time to get a bed on a ward.
PP04	Zugang und Wartezeiten insgesamt	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PEXIS1: Patient Experience Headline score for Access and Waiting.
PP05	Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen vor und nach der Intervention	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE15: Score for patients who reported that the 'right amount' of information was given about conditions/treatments by healthcare professionals.
		SIGN 2008	Patients should be offered support sessions by a designated member of their care team, as soon as possible after treatment, which may include one or more of the following: Relaxation, personalised information about their disease and treatment, emotional support and care. SIGN
		DKG 2008	Die Aufklärung der Patientin über Diagnose, Prognose und Behandlungsmaßnahmen ist eine der zentralen Aufgaben des Arztes und ein entscheidender Bestandteil der Arzt-Patient-Kommunikation. Der Wunsch nach Aufklärung ist bei Patientinnen erfahrungsgemäß groß. Es gibt keine gesetzlichen Vorschriften über Form und

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
			Inhalt der Patiententinnenaufklärung, sie ist aber nach deutschem Recht zwingend vorgeschrieben, sofern die Patientin einsichtsfähig ist. Als Vorbedingung für das informierte Einverständnis der Patientin (informed consent) ermöglicht die Aufklärung erst ärztliches Handeln. Sie dient der Selbstbestimmung der Patientin, der rechtlich ein höheres Gewicht beigemessen wird als der ärztlichen Hilfeleistungspflicht.
		DGGG 2008	Informationen, die im Patientengespräch bei auffälliger Zytologie und/ oder positivem HPV-Test vermittelt werden sollten, sind: Natur/ Grund einer auffälligen Zytologie, Managementoptionen, Auswirkung auf Fertilität, Risiko eines Karzinoms.
		ECN 2008	Each woman must be informed (verbally or written) about the screening test result.
PP06	Gemeinsame Entscheidungsfindung bzgl. der Durchführung der Behandlung	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE 16: Score for patients who reported that they were involved as much as they wanted to be in decisions about their care and treatment.
		SAPHORA 2006	Lors de votre hospitalisation, avez-vous été impliqué autant que vous le souhaitez pour participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement
		DKG 2008	In der Regel ist die Aufklärung nicht ein einziges Gespräch sondern ein behandlungsbegleitender Prozess. Idealerweise mündet sie in einem gemeinsamen partizipativen Entscheidungsprozess (shared decision making). Als Vorbedingung für das informierte Einverständnis der Patientin (informed consent) ermöglicht die Aufklärung erst ärztliches Handeln. Sie dient der Selbstbestimmung der Patientin, der rechtlich ein höheres Gewicht beigemessen wird als der ärztlichen Hilfeleistungspflicht.
PP07	Informationen über Risiken und mögliche Spätfolgen der Behandlung	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE 15: Score for patients who reported that the 'right amount' of information was given about conditions/treatments by healthcare professionals.
		DKG 2008	Hinsichtlich der Behandlung sollten die Grundsätze der Behandlung in Bezug auf Zweck, Art, Umfang und Durchführung sowie der Nutzen wie auch das mit den Behandlungsmaßnahmen verbundene Risiko dargestellt werden. Auch die Nebenwirkungen oder mögliche Spätfolgen einer Behandlung mit ihren Auswirkungen auf die Lebensführung und Lebensqualität der Patienten sind zu erörtern.
PP08	Informationen über Erkrankung und Behandlung	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE 15: Score for patients who reported that the 'right amount' of information was given about conditions/treatments by healthcare professionals.
		DKG 2008	In Bezug auf die Diagnose soll der Arzt die Patientin wahrheitsgemäß informieren, ohne Inhalte zu verharmlosen. Trotzdem soll je nach individueller

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
			<p>Ausgangssituation der Erkrankung der Hoffnung auf Heilung oder Linderung genug Raum gegeben werden.</p> <p>Hinsichtlich der Behandlung sollten die Grundsätze der Behandlung in Bezug auf Zweck, Art, Umfang und Durchführung sowie der Nutzen wie auch das mit den Behandlungsmaßnahmen verbundene Risiko dargestellt werden.</p>
PPO9	Verständliche Beantwortung von Fragen durch Pflegepersonal	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: P 42 Score for patients who reported that when they had important questions to ask a nurse, they always or sometimes got answers they could understand.
		DKG 2008	Abschnitt Aufklärung der Patientin, S. 5: Die Aufklärung sollte umfassend, verständlich (möglichst unter Verzicht auf medizinische Fachbegriffe) und wahrheitsgemäß sein. Hierbei ist insbesondere auf das Informationsbedürfnis und die Belastbarkeit der Patientin Rücksicht zu nehmen.
PP10	Verständliche Beantwortung von Fragen durch ärztliches Personal	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: Score for patients who reported that when they had important questions to ask a doctor, they always or sometimes got answers they could understand.
		DKG 2008	Abschnitt Aufklärung der Patientin, S. 5: Die Aufklärung sollte umfassend, verständlich (möglichst unter Verzicht auf medizinische Fachbegriffe) und wahrheitsgemäß sein. Hierbei ist insbesondere auf das Informationsbedürfnis und die Belastbarkeit der Patientin Rücksicht zu nehmen.
		SAPHORA 2006	6 - Quand vous aviez des questions à poser à un medecin, avez-vous obtenu des responses que vous comprenez?
PP11	Gemeinsame Entscheidungsfindung bezüglich Pflege und Behandlung	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE 16: Score for patients who reported that they were involved as much as they wanted to be in decisions about their care and treatment.
		DKG 2008	Die Aufklärung der Patientin über Diagnose, Prognose und Behandlungsmaßnahmen bei Zervixkarzinomen ist eine zentrale Aufgabe des Arztes und ein entscheidender Anteil der Arzt-Patient-Kommunikation. (...) In der Regel ist die Aufklärung nicht ein einziges Gespräch sondern ein behandlungsbegleitender Prozess. Idealerweise mündet sie in einem gemeinsamen partizipativen Entscheidungsprozess (shared decision making).

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
PP12	Wahrgenommene unerwünschte Ereignisse während der Durchführung des Eingriffs	Kristensen 2007	Indikatorensystem, PSI 3: Patients experiencing Adverse Events: "The frequency of adverse events is cause for serious concern. A comprehensive approach to reduce adverse events involves not just health care organisations but patients as well as patients are an important source of observations and information about adverse events, though. All though it is a known fact within patient safety experts that patients comprehend adverse events as errors, patient's experiences of adverse events is considered important as a source for identifying areas for improvement. Thus patient's experience of adverse events is an important measure of patient safety."
PP13	Einbeziehung des Patienten in Gespräche durch das ärztliche Personal	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: P 38: Score for patients who reported that the doctors did not talk in front of them as if they were not there.
PP14	Einbeziehung des Patienten in Gespräche durch das Pflegepersonal	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: P 39: Score for patients who reported that the nurses did not talk in front of them as if they were not there. NHS
PP15	Gesprächsmöglichkeit über Ängste und Sorgen	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE08: Score for patients who said that they found a member of hospital staff to talk to about their worries and fears.
PP16	Patientenzentrierung insgesamt	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PEXIS6: Patient Experience Headline score for Focus on the person.
PP17	Wahrung der Privatsphäre bei Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE35: Score for patients who said they were given enough privacy when discussing their condition or treatment, PE36: Score for patients who said they were given enough privacy when being examined or treated.
		SAPHORA 2006	F4: Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité étaient... (excellentes - très mauvais).
PP18	Respektvoller Umgang mit dem Patienten insgesamt	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE37: Score for patients who overall felt they were treated with respect and dignity whilst in hospital.
		SAPHORA 2006	F4: Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité étaient... (excellentes - très mauvais)
PP19	Reaktion auf Rufknopf und erfolgte Unterstützung	HCAHPS 2009	During this hospital stay, after you pressed the call button, how often did you get help as soon as you wanted it?

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
PP20	Schmerzreduktion/Umgang mit Schmerz	NHS 2009 HCAHPS 2009	NHS 2009: Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE09: Score for patients who thought that the hospital staff did everything they could to help control their pain. NHS HCAHPS: During this hospital stay, how often did the hospital staff do everything they could to help you with your pain?
PP21	Wahrgenommene Hygiene in der Einrichtung	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE49-54: Score for patients who reported that the hospital room or ward / the toilets and bathrooms in hospital was very or fairly clean. Score for patients who reported that doctors / nurses always or sometimes washed or cleaned their hands between touching patients.
PP22	Erreichbarkeit eines Arztes für Angehörige	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE07: Score for patients who reported that their family or someone close had the opportunity to talk to a doctor if they wanted to.
PP23	Gemeinsame Entscheidungsfindung bzgl. Entlassungszeitpunkt	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE 17: Score for patients who reported that they were involved in decisions about their discharge from hospital.
PP24	Informationen über Kontaktpersonen nach der Entlassung (bezüglich Fragen zum ihres gesundheitlichen Befindens / der Behandlung)	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE 25 Score for patients who reported they were told who to contact if they were worried about their condition or treatment after they left hospital.
		DKG 2008	Im Rahmen der Aufklärung sollte auch auf weiterführende Hilfen hingewiesen werden, vor allem auf Unterstützung durch Psychoonkologen, Seelsorge oder Selbsthilfegruppen.
PP25	Kopien der Arztbriefe an Patient	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE 26: Score for patients who reported that they received copies of letters sent between hospital doctors and their GP.
PP26	Informationen über zu Hause zu beachtende Alarmsignale	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE23: Score for patients who reported that staff told them about any danger signals to watch out for after they went home.
PP27	Informationen über die zu Hause einzunehmenden Medikamente	NHS 2009	NHS 2009, Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE 19: Score for patients who reported that staff explained the purpose of the medicines they were to take at home in a way they could understand. PE 21: Score for patients who reported that staff told them how to take their medication in a way they could understand.

Indikator	ursprünglicher Indikatorname	Indikatorensystem/ Leitlinie	Kernempfehlungen mit Evidenzgrad
PP28	Informationen über Verhalten nach Entlassung	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE 18: Score for patients who reported that when leaving hospital they were given written or printed information about what they should or should not do.
PP29	Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten nach der Entlassung (z.B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen).	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PE25: Score for patients who reported they were told who to contact if they were worried about their condition or treatment after they left hospital.
		DKG 2008	Die Patientinnenaufklärung sollte (folgenden Punkt beinhalten): Weiterführende Hilfen anbieten (beispielsweise Selbsthilfegruppen, Psychoonkologie, psychosoziale Krebsberatung).
PP30	Erlebte Sicherheit, Qualität und Koordination insgesamt	NHS 2009	Indikatorensystem, validiertes Befragungsinstrument: PEXIS2: Patient Experience Headline score for safe high quality coordinated care.

Klassifikationssysteme zu Evidenzgraduierung und Empfehlungen

NHMRC 2005: Wiedergabe in der Originalsprache der Veröffentlichung

Evidenzgrad	Erläuterung zur Interpretation
I	Evidence obtained from a systematic review of all relevant randomised controlled trials.
II	Evidence obtained from at least one properly designed randomised controlled trial.
III-1	Evidence obtained from well-designed pseudo-randomised controlled trials (alternate allocation or some other method).
III-2	Evidence obtained from comparative studies with concurrent controls and allocation not randomised (cohort studies), case-control studies, or interrupted time series with a control group.
III-3	Evidence obtained from comparative studies with historical control, two or more singlearm studies, or interrupted time series without a parallel control group.
IV	Evidence obtained from case series, either post-test or pretest and post-test.

SIGN 2008: Wiedergabe in der Originalsprache der Veröffentlichung

Evidenzgrad	Erläuterung zur Interpretation
A	At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population; or A body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results
B	A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+
C	A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 2++
D	Evidence level 3 or 4; or Extrapolated evidence from studies rated as 2+

NSU 2008: Wiedergabe in der Originalsprache der Veröffentlichung

Evidenzgrad	Erläuterung zur Interpretation
A	The recommendation is supported by GOOD evidence. There are a number of studies that are valid, consistent, applicable and clinically relevant.
B	The recommendation is supported by FAIR evidence based on studies that are valid, but there are some concerns about the volume, consistency, applicability and/ or clinical relevance of the evidence that may cause some uncertainty (but they are not likely to be overturned by other evidence).
C	The recommendation is supported by EXPERT OPINION only, from external opinion, published or unpublished (eg, consensus guidelines).
I	No recommendation can be made. The evidence is lacking, of poor quality or conflicting, and the balance of benefits and harms cannot be determined.
✓	Good practice point. Where no external evidence is available, best practice recommendations are made by consensus, based on the experience of the Guideline Development Team, or feedback from consultation within New Zealand.

Eingeschlossene Leitlinien mit sehr hoher methodologischer Güte:

SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of cervical cancer – A national clinical guideline 2008

NSU New Zealand Government Guidelines for Cervical Screening in New Zealand – Incorporating the Management of Women with Abnormal Cervical Smears 2008

NHMRC Australian Government, National Health and Medical Research Council. Screening to Prevent Cervical Cancer: Guidelines for the Management of Asymptomatic Women with Screen Detected Abnormalities 2005

Anhang B.1: Indikatorenbewertungsformular für die erste Runde

Indikator Nr.001:	Name des Indikators
Beschreibung	Enthält eine Beschreibung der Zielpopulation und des zu beobachtenden Ereignisses/Verfahrens, inkl. Definition des Zählers (Anzahl der Patienten, für die der Indikator zutrifft) und des Nenners (Grundgesamtheit, auf die sich der Indikator bezieht).
Ein- und Ausschlusskriterien	Beschreibt Personengruppen innerhalb der Zielpopulation, für die eine Anwendung des Indikators nicht sinnvoll ist. Bei Indikatoren, die sich auf Einrichtungen beziehen, können Ausschlusskriterien für ganze Einrichtungen definiert werden.
Zielstellung	Welche Ausprägung des Indikators stellt eine gute Versorgung dar? Sind in der Literatur Referenzwerte/Referenzbereiche genannt?
Begründung	Gründe, warum die Zielstellung des Indikators sinnvoll ist und warum die Erreichung des Qualitätsziels des Indikators sinnvoll ist.
Anmerkungen	Anmerkungen des Autors (z.B. Verweise auf ähnliche Indikatoren, abweichende Zielwerte etc.), Nennung von Abweichungen vom Originalindikator. De-novo-Erstellung aufgrund von Empfehlungen aus Leitlinien oder Studien.
Indikatortyp	Einordnung in einen Indikatorentyp (Struktur, Prozess, Ergebnis).
Qualitätsdimension	Einordnung in eine Qualitätsdimension (Effektivität, Patientenperspektive, Patientensicherheit, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)).
Literatur/Quellen, Evidenzstufe	Angaben zu Literatur/Quellen (inkl. Leitlinien, andere Indikatorensysteme) und (sofern möglich) Evidenzgrad entsprechend der Agency for Health Care Policy and Research
Bewertung des Indikators (bitte ankreuzen bzw. ausfüllen):	
Relevanz	1=überhaupt nicht relevant 9=sehr relevant
Ist der Indikator für das Thema relevant?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Klarheit / Verständlichkeit	
Ist der Indikator klar und verständlich formuliert?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?	

Anhang B.2: Indikatorenbewertungsformular für die zweite Runde (mit Beispielauswertungen)

Indikator Nr. 001:	Name des Indikators
Beschreibung	Enthält eine Beschreibung der Zielpopulation und des zu beobachtenden Ereignisses/Verfahrens, inkl. Definition des Zählers (Anzahl der Patienten, für die der Indikator zutrifft) und des Nenners (Grundgesamtheit, auf die sich der Indikator bezieht).
Ein- und Ausschlusskriterien	Beschreibt Personengruppen innerhalb der Zielpopulation, für die eine Anwendung des Indikators nicht sinnvoll ist. Bei Indikatoren, die sich auf Einrichtungen beziehen, können Ausschlusskriterien für ganze Einrichtungen definiert werden.
Zielstellung	Welche Ausprägung des Indikators stellt eine gute Versorgung dar? Sind in der Literatur Referenzwerte/Referenzbereiche genannt?
Begründung	Gründe, warum die Zielstellung des Indikators sinnvoll ist und warum die Erreichung des Qualitätsziels des Indikators sinnvoll ist.
Anmerkungen	Anmerkungen des Autors (z.B. Verweise auf ähnliche Indikatoren, abweichende Zielwerte etc.), Nennung von Abweichungen vom Originalindikator. De-novo-Erstellung aufgrund von Empfehlungen aus Leitlinien oder Studien.
Indikatortyp	Einordnung in einen Indikatortyp (Struktur, Prozess, Ergebnis).
Qualitätsdimension	Einordnung in eine Qualitätsdimension (Effektivität, Patientenperspektive, Patientensicherheit, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)).
Korrekturfeld	Anmerkungen des AQUA-Teams zu den durchgeführten Korrekturen.
Bewertung des Indikators (bitte ankreuzen):	
Relevanz	1=überhaupt nicht relevant 9=sehr relevant
Ist der Indikator für das Thema relevant?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Häufigkeit der Bewertungen in der ersten Runde²:	6 2 1 0 1 0 0 2 1
Auswertung Klarheit/Verständlichkeit³:	Ja: 4 Nein: 8 Keine Angabe: 2
Anmerkungen der Experten zum Indikator:	

¹ Ein Beispiel der Markierung des Medians bei der Auswertung der Relevanz des Indikators

² Ein Beispiel der Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Relevanz des Indikators durch das Panel

³ Ein Beispiel der Auswertung der Klarheit/Verständlichkeit des Indikators

Anhang B.3.1: Indikatorenbewertungsformular für die dritte Runde

Indikator Nr. 001: Name des Indikators	
Beschreibung	Enthält eine Beschreibung der Zielpopulation und des zu beobachtenden Ereignisses/Verfahrens, inkl. Definition des Zählers (Anzahl der Patienten, für die der Indikator zutrifft) und des Nenners (Grundgesamtheit, auf die sich der Indikator bezieht).
Ein- und Ausschlusskriterien	Beschreibt Personengruppen innerhalb der Zielpopulation, für die eine Anwendung des Indikators nicht sinnvoll ist. Bei Indikatoren, die sich auf Einrichtungen beziehen, können Ausschlusskriterien für ganze Einrichtungen definiert werden.
Zielstellung	Welche Ausprägung des Indikators stellt eine gute Versorgung dar? Sind in der Literatur Referenzwerte/Referenzbereiche genannt?
Begründung	Gründe, warum die Zielstellung des Indikators sinnvoll ist und warum die Erreichung des Qualitätsziels des Indikators sinnvoll ist.
Anmerkungen	Anmerkungen des Autors (z.B. Verweise auf ähnliche Indikatoren, abweichende Zielwerte etc.), Nennung von Abweichungen vom Originalindikator. De-novo-Erstellung aufgrund von Empfehlungen aus Leitlinien oder Studien.
Indikatortyp	Einordnung in einen Indikatortyp (Struktur, Prozess, Ergebnis).
Qualitätsdimension	Einordnung in eine Qualitätsdimension (Effektivität, Patientenperspektive, Patientensicherheit, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)).
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	Angaben zu Literatur/Quellen (inkl. Leitlinien, andere Indikatorensysteme) und (sofern möglich) Evidenzgrad entsprechend der Agency for Health Care Policy and Research.

Instrumente/Datenquellen
Spezifizierung für Berechnung:
Auffälligkeit:
Risikoadjustierung:

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß § 301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß § 295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinischen Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung

Bewertung des Indikators (bitte ankreuzen bzw. ausfüllen):

Öffentliche Berichterstattung

Ist der Indikator für eine einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung geeignet?

1=überhaupt nicht geeignet

9=sehr geeignet

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Praktikabilität/Umsetzbarkeit

Ist der Indikator in der Praxis gut umsetzbar?

1=überhaupt nicht praktikabel/umsetzbar

9=sehr praktikabel/umsetzbar

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Anmerkungen

Anhang B.3.2: Indikatorenbewertungsformular für die dritte Runde Patientenperspektive

Indikator Nr. 001: Name des Indikators

Bewertung des Indikators (bitte ankreuzen bzw. ausfüllen):	
<p>Öffentliche Berichterstattung</p> <p>Ist der Indikator für eine einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung geeignet?</p>	<p>1=überhaupt nicht geeignet 9=sehr geeignet</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>Häufigkeit der Bewertungen in der 3. Runde¹: 2 1 2 0 0 0 2 2 3</p>
<p>Praktikabilität/Umsetzbarkeit</p> <p>Ist der Indikator in der Praxis gut umsetzbar?</p>	<p>1=überhaupt nicht praktikabel/umsetzbar 9=sehr praktikabel/umsetzbar</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>Häufigkeit der Bewertungen in der 3. Runde³: 0 2 1 0 2 1 3 2 1</p>
<p>Kommentare der Expertinnen/Experten:</p>	

¹ Ein Beispiel der Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Öffentlichen Berichterstattung des Indikators durch das Panel

² Ein Beispiel der Markierung des Medians bei der Auswertung der Öffentlichen Berichterstattung des Indikators

³ Ein Beispiel der Häufigkeitsverteilung der Bewertung der Praktikabilität/Umsetzbarkeit des Indikators durch das Panel

⁴ Ein Beispiel der Markierung des Medians bei der Auswertung der Praktikabilität/Umsetzbarkeit des Indikators

Anhang C.1: Ablauf Panelverfahren

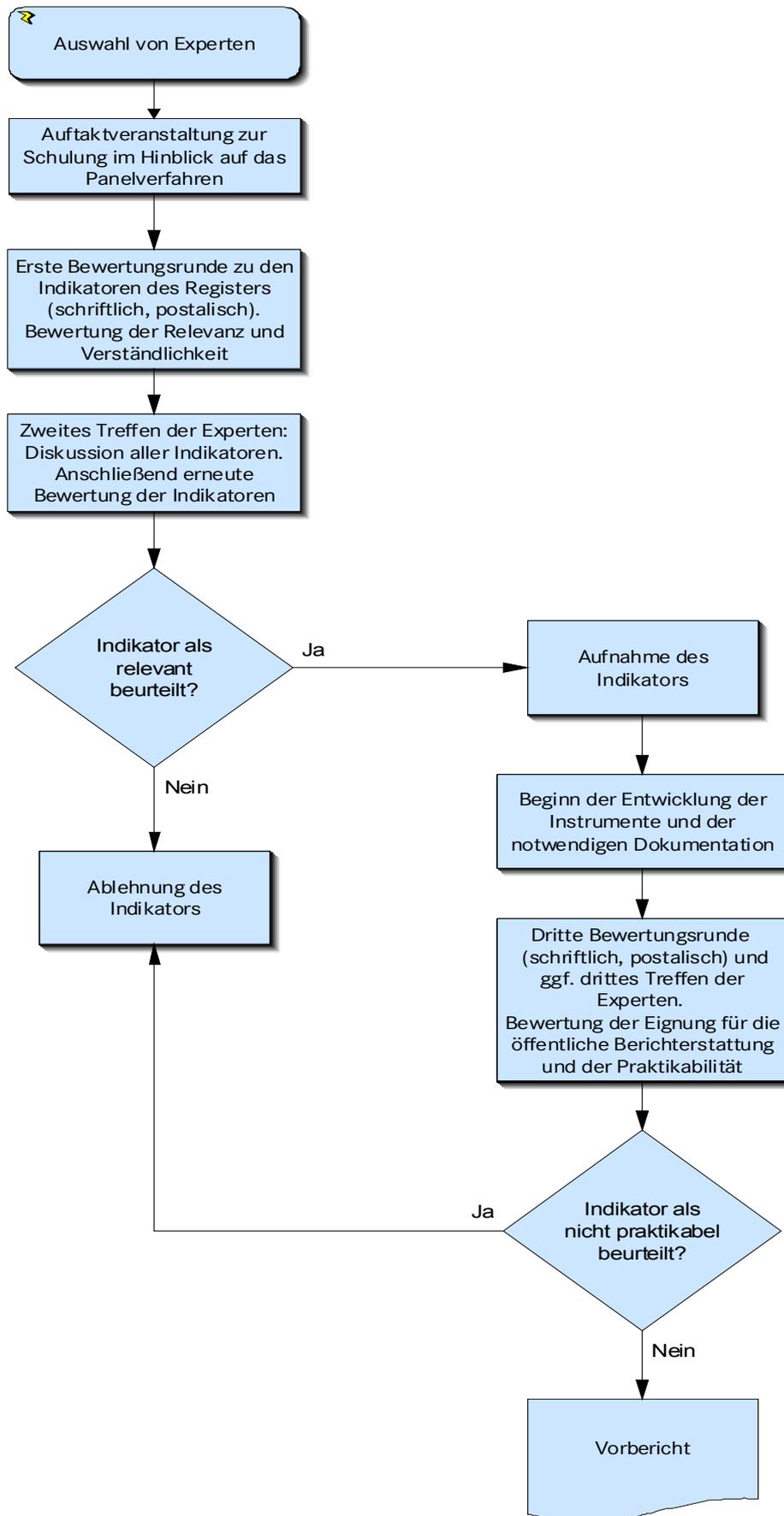


Abbildung: Ablauf der Bewertung und Auswahl der Indikatoren

Anhang C.2: Einzelbewertungen nach der ersten Bewertungsrunde

Indikator	Qualitätsdimension	N	Bewertungen in den Kategorien			Median	Relevanz ¹
			[1-3]	[4-6]	[7-9]		
ind_ST01	Effektivität	13	3	4	6	6	2
ind_ST02	Effektivität	13	9	1	3	2	2
ind_ST03	Effektivität	12	7	1	4	3	2
ind_ST04	Effektivität	13	1	4	8	8	2
ind_ST05	Effektivität	11	4	0	7	8	2
ind_ST06	Effektivität	13	8	3	2	3	2
ind_ST07	Zugang	12	5	4	3	4	2
ind_ST08	Effektivität	13	0	0	13	9	1
ind_P01	Zugang	14	0	0	14	9	1
ind_P02	Effektivität	14	4	1	9	8	2
ind_P03	Effektivität	13	3	1	9	8	2
ind_P04	Effektivität	14	1	2	11	9	1
ind_P05	Effektivität	14	2	2	10	8	2
ind_P06	Effektivität	14	4	2	8	7	2
ind_P07	Effektivität	13	2	1	10	8	2
ind_P08	Effektivität	14	2	2	10	9	2
ind_P09	Effektivität	13	4	3	6	6	2
ind_P10	Effektivität	12	7	1	4	3	2
ind_P11	Effektivität	13	7	1	5	3	2
ind_P12	Patientensicherheit	14	3	0	11	9	1
ind_P13	Effektivität	13	1	3	9	8	2
ind_P14	Effektivität	14	4	5	5	6	2
ind_P15	Patientensicherheit	14	0	3	11	8	1
ind_P16	Effektivität	12	3	2	7	7	2
ind_P17	Effektivität	14	3	1	10	7	2
ind_P18	Effektivität	13	11	1	1	1	3
ind_P19	Effektivität	14	2	5	7	6	2
ind_P20	Effektivität	14	7	0	7	5	2
ind_P21	Effektivität	13	4	2	7	7	2
ind_P22	Effektivität	14	3	1	10	8	2
ind_P23	Effektivität	13	11	0	2	1	3
ind_P24	Effektivität	12	2	2	8	7	2
ind_P25	Effektivität	13	9	2	2	3	2
ind_P26	Effektivität	14	0	2	12	9	1
ind_P27	Effektivität	14	2	1	11	8	1
ind_P28	Effektivität	12	2	0	10	8	1
ind_P29	Effektivität	13	3	0	10	8	2
ind_P30	Effektivität	13	4	2	7	7	2
ind_P31	Effektivität	13	4	1	8	7	2
ind_P32	Effektivität	13	4	1	8	8	2
ind_P33	Effektivität	12	5	1	6	5	2
ind_P34	Effektivität	13	2	3	8	8	2
ind_P35	Effektivität	11	2	3	6	7	2
ind_OU01	Effektivität	12	3	2	7	7	2
ind_OU02	Effektivität	11	4	2	5	6	2
ind_OU03	Effektivität	14	4	1	9	8	2
ind_OU04	Effektivität	11	3	1	7	8	2
ind_OU05	Effektivität	14	7	1	6	4	2
ind_OU06	Effektivität	12	1	1	10	8	1
ind_OU07	Effektivität	13	5	2	6	6	2
ind_OU08	Effektivität	13	6	1	6	4	2
ind_OU09	Effektivität	11	4	0	7	8	2
ind_OU10	Effektivität	14	3	0	11	8	1
ind_OU11	Effektivität	13	2	2	9	8	2

Indikator	Qualitätsdimension	N	Bewertungen in den Kategorien			Median	Relevanz ¹
			[1-3]	[4-6]	[7-9]		
ind_OU12	Effektivität	13	7	2	4	3	2
ind_S01	Patientensicherheit	12	7	1	4	3	2
ind_S02	Patientensicherheit	12	5	4	3	5	2
ind_S03	Patientensicherheit	12	6	2	4	3	2
ind_S04	Patientensicherheit	12	8	2	2	2	2
ind_S05	Patientensicherheit	12	6	2	4	3	2
ind_S06	Patientensicherheit	12	4	2	6	6	2
ind_S07	Patientensicherheit	13	7	1	5	2	2
ind_S08	Patientensicherheit	12	8	1	3	2	2
ind_S09	Patientensicherheit	12	9	2	1	2	2
ind_S10	Patientensicherheit	12	8	3	1	2	2
ind_S11	Patientensicherheit	13	3	0	10	8	2
ind_S12	Patientensicherheit	12	9	3	0	2	2
ind_S13	Patientensicherheit	12	10	2	0	1	3
ind_PP01	Patientenorientierung	14	7	2	5	4	2
ind_PP02	Patientenorientierung	12	5	2	5	6	2
ind_PP03	Patientenorientierung	14	11	1	2	2	3
ind_PP04	Patientenorientierung	13	7	2	4	3	2
ind_PP05	Patientenorientierung	14	1	4	9	8	2
ind_PP06	Patientenorientierung	14	0	5	9	7	2
ind_PP07	Patientenorientierung	12	2	2	8	7	2
ind_PP08	Patientenorientierung	14	3	2	9	7	2
ind_PP09	Patientenorientierung	14	9	1	4	3	2
ind_PP10	Patientenorientierung	13	3	2	8	7	2
ind_PP11	Patientenorientierung	14	7	5	2	3	2
ind_PP12	Patientenorientierung	13	6	1	6	5	2
ind_PP13	Patientenorientierung	14	6	4	4	4	2
ind_PP14	Patientenorientierung	14	8	2	4	3	2
ind_PP15	Patientenorientierung	14	3	3	8	7	2
ind_PP16	Patientenorientierung	14	2	4	8	7	2
ind_PP17	Patientenorientierung	14	3	4	7	6	2
ind_PP18	Patientenorientierung	14	4	3	7	6	2
ind_PP19	Patientenorientierung	14	6	5	3	4	2
ind_PP20	Patientenorientierung	14	5	5	4	5	2
ind_PP21	Patientenorientierung	14	4	3	7	6	2
ind_PP22	Patientenorientierung	14	4	7	3	5	2
ind_PP23	Patientenorientierung	13	7	1	5	3	2
ind_PP24	Patientenorientierung	14	4	2	8	7	2
ind_PP25	Patientenorientierung	14	5	6	3	4	2
ind_PP26	Patientenorientierung	14	3	1	8	8	2
ind_PP27	Patientenorientierung	13	6	2	5	4	2
ind_PP28	Patientenorientierung	14	4	3	7	6	2
ind_PP29	Patientenorientierung	14	7	5	2	3	2
ind_PP30	Patientenorientierung	13	4	2	7	7	2

Abkürzungen und Erläuterungen:

- P process (Prozessqualität)
- S safety (Sicherheitsindikatoren)
- OU outcome (Ergebnisqualität)
- PP patient perspective (Indikatoren zur Patientenperspektive)
- ST structure (Strukturqualität)

¹Relevanz 1 = relevant; 2 = fraglich relevant; 3 = nicht relevant

Anhang C.3: Einzelbewertungen nach der zweiten Bewertungsrunde

Indikator	Qualitätsdimension	N	Bewertungen in den Kategorien			Median	Relevanz ¹
			[1-3]	[4-6]	[7-9]		
ind_ST01	Effektivität	14	7	4	3	2	2
ind_ST01_A	Effektivität	14	3	4	7	6	2
ind_ST02	Effektivität	14	11	1	2	1	3
ind_ST02_A	Effektivität	14	9	2	3	2	2
ind_ST03	Effektivität	14	12	0	2	1	3
ind_ST04	Effektivität	14	3	3	8	8	2
ind_ST05	Effektivität	14	10	0	4	2	2
ind_ST06	Effektivität	14	11	2	1	1	3
ind_ST07	Zugang	14	9	2	3	2	2
ind_ST08	Effektivität	14	0	1	13	9	1
ind_P01	Zugang	14	0	2	12	9	1
ind_P02	Effektivität	14	7	3	4	3	2
ind_P03	Effektivität	14	9	0	5	3	2
ind_P03_A	Effektivität	14	2	2	10	8	2
ind_P04	Effektivität	14	0	1	13	9	1
ind_P05	Effektivität	14	9	2	3	2	2
ind_P05_A	Effektivität	14	1	1	12	8	1
ind_P06	Effektivität	14	7	1	6	3	2
ind_P07	Effektivität	14	6	2	6	5	2
ind_P08	Effektivität	14	6	1	7	6	2
ind_P08_A	Effektivität	14	0	2	12	9	1
ind_P09	Effektivität	14	10	0	4	1	2
ind_P10	Effektivität	14	9	1	4	1	2
ind_P10_A	Effektivität	14	6	0	8	7	2
ind_P11	Effektivität	14	12	1	1	1	3
ind_P12	Patientensicherheit	14	2	2	10	9	2
ind_P13	Effektivität	14	5	6	3	5	2
ind_P13_A	Effektivität	14	1	1	12	8	1
ind_P14	Effektivität	14	10	3	1	1	2
ind_P15	Patientensicherheit	14	2	1	11	8	1
ind_P15_A	Patientensicherheit	14	1	1	12	8	1
ind_P16	Effektivität	14	10	3	1	1	2
ind_P16_A	Effektivität	14	8	4	2	2	2
ind_P17	Effektivität	14	8	2	4	3	2
ind_P17_A	Effektivität	14	0	1	13	9	1
ind_P18	Effektivität	14	14	0	0	1	3
ind_P19	Effektivität	14	9	3	2	3	2
ind_P20	Effektivität	14	12	2	0	1	3
ind_P21	Effektivität	14	10	3	1	1	2
ind_P22	Effektivität	14	7	3	4	4	2
ind_P23	Effektivität	14	14	0	0	1	3
ind_P24	Effektivität	14	6	0	8	7	2
ind_P25	Effektivität	14	12	2	0	1	3
Ind_P26	Effektivität	-	-	-	-	-	-

Indikator	Qualitätsdimension	N	Bewertungen in den Kategorien			Median	Relevanz ¹
			[1-3]	[4-6]	[7-9]		
ind_P27	Effektivität	14	3	0	11	8	1
ind_P27_A	Effektivität	14	1	0	13	9	1
ind_P28	Effektivität	-	-	-	-	-	-
ind_P29	Effektivität	-	-	-	-	-	-
ind_P30	Effektivität	14	6	3	5	5	2
ind_P30_A	Effektivität	14	0	1	13	9	1
Ind_P31	Effektivität	-	-	-	-	-	-
ind_P32	Effektivität	14	4	1	9	8	2
ind_P32_A	Effektivität	14	2	1	11	8	1
ind_P33	Effektivität	14	5	6	3	5	2
ind_P33_A	Effektivität	14	3	3	8	8	2
ind_P34	Effektivität	14	3	3	8	7	2
ind_P34_A	Effektivität	14	0	2	12	8	1
Ind_P35	Effektivität	-	-	-	-	-	-
ind_OU01	Effektivität	14	7	1	6	3	2
ind_OU02	Effektivität	14	6	4	4	5	2
ind_OU03	Effektivität	14	7	4	3	3	2
ind_OU03_A	Effektivität	14	4	0	10	8	2
ind_OU04	Effektivität	-	-	-	-	-	-
ind_OU05	Effektivität	-	-	-	-	-	-
ind_OU06	Effektivität	14	4	1	9	7	2
ind_OU06_A	Effektivität	14	5	0	9	7	2
ind_OU07	Effektivität	14	7	3	4	3	2
ind_OU07_A	Effektivität	14	3	0	11	8	1
Ind_OU08	Effektivität	-	-	-	-	-	-
ind_OU09	Effektivität	14	8	1	5	2	2
ind_OU09_A	Effektivität	14	4	1	9	8	2
ind_OU10	Effektivität	14	2	0	12	8	1
ind_OU11	Effektivität	14	3	4	7	6	2
ind_OU11_A	Effektivität	14	1	1	12	8	1
ind_OU12	Effektivität	14	13	0	1	1	3
ind_OU12_A	Effektivität	14	8	0	6	2	2
ind_S01	Patientensicherheit	13	9	1	3	2	2
ind_S02	Patientensicherheit	13	7	3	3	4	2
ind_S03	Patientensicherheit	-	-	-	-	-	-
ind_S04	Patientensicherheit	-	-	-	-	-	-
ind_S05	Patientensicherheit	-	-	-	-	-	-
ind_S06	Patientensicherheit	-	-	-	-	-	-
ind_S07	Patientensicherheit	-	-	-	-	-	-
ind_S08	Patientensicherheit	-	-	-	-	-	-
ind_S09	Patientensicherheit	12	10	0	2	1	2
ind_S10	Patientensicherheit	-	-	-	-	-	-
ind_S11	Patientensicherheit	12	3	3	6	7	2
ind_S11_A	Patientensicherheit	12	2	0	10	8	1
ind_S12	Patientensicherheit	12	12	0	0	1	3

Indikator	Qualitätsdimension	N	Bewertungen in den Kategorien			Median	Relevanz ¹
			[1-3]	[4-6]	[7-9]		
ind_S13	Patientensicherheit	-	-	-	-	-	-
ind_PP01	Patientenorientierung	12	6	0	6	5	2
ind_PP02	Patientenorientierung	12	9	1	2	2	3
ind_PP03	Patientenorientierung	12	7	1	4	2	2
ind_PP04	Patientenorientierung	12	11	0	1	2	3
ind_PP05	Patientenorientierung	12	0	2	10	8	1
ind_PP05_A	Patientenorientierung	11	0	2	9	8	1
ind_PP06	Patientenorientierung	12	3	2	7	8	2
ind_PP07	Patientenorientierung	12	5	0	7	7	2
ind_PP07_A	Patientenorientierung	11	7	2	2	3	2
ind_PP08	Patientenorientierung	12	9	1	2	2	3
ind_PP09	Patientenorientierung	12	6	1	5	4	2
ind_PP10	Patientenorientierung	12	0	1	11	8	1
ind_PP11	Patientenorientierung	12	9	3	0	2	3
ind_PP12	Patientenorientierung	12	6	3	3	4	2
ind_PP13	Patientenorientierung	12	5	1	6	6	2
ind_PP14	Patientenorientierung	12	7	1	4	3	2
ind_PP15	Patientenorientierung	12	2	1	9	8	1
ind_PP16	Patientenorientierung	12	5	1	6	7	2
ind_PP17	Patientenorientierung	12	1	2	9	9	1
ind_PP18	Patientenorientierung	12	0	2	10	8	1
ind_PP19	Patientenorientierung	12	8	3	1	2	2
ind_PP19_A	Patientenorientierung	11	3	5	3	5	2
ind_PP20	Patientenorientierung	12	2	3	7	7	2
ind_PP21	Patientenorientierung	12	3	2	7	8	2
ind_PP22	Patientenorientierung	12	10	1	1	2	3
ind_PP23	Patientenorientierung	12	10	2	0	2	3
ind_PP24	Patientenorientierung	12	2	1	9	8	1
ind_PP25	Patientenorientierung	12	7	3	2	2	2
ind_PP26	Patientenorientierung	12	0	0	12	8	1
ind_PP27	Patientenorientierung	12	5	3	4	4	2
ind_PP28	Patientenorientierung	11	2	3	6	8	2
ind_PP28_A	Patientenorientierung	12	1	3	8	8	2
ind_PP29	Patientenorientierung	12	10	1	1	2	3
ind_PP30	Patientenorientierung	12	2	2	8	8	2
ind_PP30_A	Patientenorientierung	11	4	3	4	6	2
ind_PP31	Patientenorientierung	11	0	2	9	8	1
ind_PP31_A	Patientenorientierung	11	6	0	5	2	2

Abkürzungen und Erläuterungen:

- P process (Prozessqualität)
- S safety (Sicherheitsindikatoren)
- OU outcome (Ergebnisqualität)
- PP patient perspective (Indikatoren zur Patientenperspektive)
- ST structure (Strukturqualität)

¹Relevanz 1 = relevant; 2 = fraglich relevant; 3 = nicht relevant

Anhang D.1: Indikatorendatenblätter

Indikator Nr. ST08: Ärztliche Expertise bei der Durchführung der Kolposkopie	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Ärzte mit Expertise bei der Durchführung einer Kolposkopie bei Patientinnen mit Verdacht auf Dysplasie.
Zähler	Anzahl der Kolposkopien je Qualifikationsstufe des Durchführenden
Nenner	Alle Kolposkopien mit Verdacht auf Dysplasie
Ausschlusskriterien	Keine Angabe
Zielstellung	Erhöhung des Anteils an richtiger Diagnosestellung und korrekter Indikationsstellung für die Konisation.
Begründung	Vermeidung unnötiger Konisationen
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Aus der EU-Leitlinie geht folgende Stellungnahme hervor: „[...] excision can only be planned safely by colposcopic assessment of the lesion by an experienced colposcopist [...]“ (ECN 2008).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHMRC 2005 [1]; ECN 2008 [2] NHMRC 2005: “High-grade lesions need early referral for colposcopic assessment (...), preferably by a colposcopist experienced in assessing the pregnant cervix. Inexperienced colposcopists may not recognise the subtle appearances of early invasive cancer in pregnancy.” “Immunosupprimised women: Assessment and treatment should be by an experienced colposcopist.” Level III-1 ECN 2008: “The aim of an excisional treatment is to remove the lesion in its entirety. The entire excised specimen is then submitted for histological assessment. The same can only be planned safely by colposcopic assessment of the lesion by an experienced colposcopist.“

Instrumente/Datenquellen		
<u>Spezifizierung für Berechnung:</u> Auswertung erfolgt, wenn kolposkopiert wird.		
<u>Auffälligkeit:</u> Kein Referenzbereich definiert		
<u>Risikoadjustierung:</u> Risikoadjustierung nicht erforderlich		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	
	Beschreibung	
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 1-671
	Diagnose	ICD-10-GM 2010 C53.*; D06.*; N72; N86.-; N87.*; N88.* aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Diagnose	Erhebung über Datenquelle 1 ICD-10-GM 2010 C53.*; D06.-; N72; N86.-; N87.*; N88.* aus Datenquelle 1
	Qualifikation des Durchführenden	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Arzt in der Weiterbildung 2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	
	Beschreibung	
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 1-671
	Diagnose	ICD-10-GM 2010 N86; N87.-; N88.-; D06.-; P01.0; O34.3; O34.4; N72 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Diagnose	Erhebung über Datenquelle 2 ICD-10-GM 2010 C53.*; D06.*; N72; N86.-; N87.*; N88.* aus Datenquelle 2
	Qualifikation des Durchführenden	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Arzt in der Weiterbildung 2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P01: Differenzialkolposkopie vor Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen vor einer Konisation eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt wurde.
Zähler	Alle Patientinnen, bei denen eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt wird.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Bei allen Patientinnen sollte eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt werden. Kein Referenzbereich angegeben.
Begründung	Die Differenzialkolposkopie mit Biopsie ist das Goldstandardverfahren zur minimal invasiven histologischen Abklärung von Auffälligkeiten und zur Therapieplanung bei histologisch gesicherten Neoplasien (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Die Leitlinien der DGGG (2008) und der SGGG (2004) definieren Differenzialkolposkopie als die genaue kolposkopische Untersuchung bei suspektem und positivem zytologischen Abstrich der Cervix uteri. Die Differenzialkolposkopie dient der Abklärung auffälliger zytologischer und positiver HPV-Befunde.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	SIGN 2008 [3]; NHMRC 2005 [1]; DKG 2008 [4]; DGGG 2008 [5]; SGGG 2004 [6]; TOMBOLA Group 2009 [7]; Berdichevsky 2004 [8]; Heinzl 1989 [9] SIGN 2008: [Treatment during pregnancy] "An individualised treatment plan should be determined, in consultation with the patient, by the multidisciplinary team, which should include an obstetrician." Cold-knife cone biopsy should be considered the 'gold standard' for the assessment of glandular lesions. NHMRC 2005: Histological confirmation of a high-grade lesion is required before definitive treatment is undertaken. [Consensus] Women with a histological diagnosis of CIN 2 or CIN 3 should be treated in order to reduce the risk of developing invasive cervical carcinoma. [Level III-2] Women with possible high-grade squamous cytology reports should therefore be referred to a gynaecologist for colposcopic assessment and targeted biopsy where indicated. A woman with a Pap test report of possible high-grade squamous lesion should be referred to a gynaecologist for colposcopic assessment and targeted biopsy where indicated. [Level IV] Cone biopsy may be necessary to treat women with high-grade squamous lesions and absolute indications that include: 1. Failure to visualise the upper limit of the cervical transformation zone in a woman with a high-grade squamous abnormality on her referral cervical smear (ie unsatisfactory colposcopy) 2. Suspicion of an early invasive cancer on cytology, biopsy or colposcopic assessment 3. The suspected presence of an additional significant glandular abnormality (ie adenocarcinoma in situ) on cytology or biopsy (ie a mixed lesion). DKG 2008: "Die Grundlage der Abklärungsdiagnostik ist die Inspektion der Portio, im Einzelfall ergänzt durch eine Kolposkopie und die bimanuelle vaginale und rektovaginale

Untersuchung sowie die kolposkopisch gesteuerte Gewebeentnahme bei auffälligen Befunden”.

DGGG 2008:

„Die Differenzialkolposkopie mit Biopsie (und nicht die Konisation) ist das Goldstandardverfahren zur minimal invasiven histologischen Abklärung von Auffälligkeiten bei der primären Vorsorgeuntersuchung und zur Therapieplanung bei histologisch gesicherten Neoplasien...Die Verlässlichkeit der kolposkopisch-histologischen Diagnose ist bei ektozervikalem Befall und ausreichender Expertise des Untersuchers sehr hoch...“

SGGG 2004:

„Die besten Ergebnisse zur Früherkennung einer Zervixläsion erreicht man, wenn der zytologische Abstrich mit der Kolposkopie kombiniert wird...Der Zusammenhang zwischen Präkanzerosen und Karzinom der Zervix und HPV-Infektion gilt als gesichert...HPV-Nachweis nur bei unklaren Fällen angezeigt, aber nur, wenn nicht sogleich eine Differenzialkolposkopie erfolgen kann...“

Instrumente/Datenquellen

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst.

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Präoperative Differenzialkolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 (in Zukunft über Datenquelle 1 OPS) 0 = nein 1 = ja
	Präoperative Histologie (Biopsie)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2.
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Präoperative Differenzialkolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 (in Zukunft über Datenquelle 2 OPS) 0 = nein 1 = ja
	Präoperative Histologie (Biopsie)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P04: Sofortige Konisation bei maximal PAP IIID oder CIN 1 ist obsolet	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, die sofort konisiert wurden, obwohl nur PAP IIID oder CIN 1 vorlagen.
Zähler	Patientinnen mit präoperativer Diagnose PAP IIID oder CIN 1.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Korrekte Indikationsstellung
Begründung	Vermeiden unnötiger Konisationen
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Aus der Leitlinie geht hervor, dass „sofortige Konisationen bei PAP IIID und CIN 1-Läsionen obsolet sind.“ (DKG 2008)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHMRC 2005 [1]; DKG 2008 [4] NHMRC 2005: “A woman aged 30 years or more with a Pap test report of LSIL, without a history of negative smears in the preceding two to three years, should be offered either immediate colposcopy or a repeat Pap smear within six months.” DKG 2008: „Obsolete Maßnahme: Sofortige Konisation bei PAP IIID und CIN1-Läsionen.“

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei der Patientin Zytologie- und Histologiebefunde vorliegen

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = PAP I 1 = PAP II 2 = PAP III 3 = PAP IIID 4 = PAP IV 5 = PAP V 9 = Keine Angabe
Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = PAPI 1 = PAP II 2 = PAP III 3 = PAP IIID 4 = PAP IV 5 = PAPV 9 = Keine Angabe
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P05: Adoleszente Patientinnen mit Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen im Alter von 12-18 Jahren, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen 12-18 Jahre.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Aufgrund der Spätergebnisse sind Interventionen bei adoleszenten Patientinnen mit CIN zu vermeiden. Die meisten CIN 1 und 2 bilden sich spontan zurück und CIN 3 ist in dieser Altersgruppe sehr selten. Referenzbereich: Aufgrund der voraussichtlich niedrigen Fallzahl: Sentinel Event.
Begründung	Invasiver Gebärmutterhalskrebs kommt in dieser Altersgruppe praktisch nicht vor. Vermeiden unnötiger Konisationen.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien und Studien.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	<p>NSU 2008 [10]; ECN 2008 [2]; Moscicki 2008 [11]; Moore 2007 [12]; Wright 2005 [13]</p> <p>NSU 2008: “If a woman aged under 20 years is screened ...and CIN2 is found, management should be individualised and include multidisciplinary team review of cytology and histology results.” “If agreed by the multidisciplinary review, careful specialist colposcopic observation at 4 to 6 month intervals for up to 12 months may be appropriate, provided colposcopy is satisfactory, given the high rate of resolution of CIN2 in this age group. This applies for histologically confirmed CIN2 lesions only (not CIN3).” If the colposcopic appearance of the lesion worsens, or if HSIL persists, repeat biopsy is recommended. After 2 consecutive results of ‘negative for intra-epithelial lesions or malignancy’, women under 20 years with normal cytology results can return to routine cytological screening. Treatment is recommended if CIN3 is subsequently identified, or if CIN2 persists for 12 months. [Grade B]</p> <p>ECN 2008: „Invasive cervical carcinoma is virtually non-existent in adolescent women... cervical screening in this age group may detect prevalent low-grade disease which might have resolved spontaneously if screenings were started at a later age... This could result in unnecessary attendances at colposcopy, with the resultant possible negative consequences of increased anxiety and possible over-treatment... In addition screening has not been shown to be effective at reducing the incidence of invasive cancer in women under twenty...“</p>

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt wenn Alter der Patientin von 12 bis 18 Jahre ist.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert, voraussichtlich Sentinel Event

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter 12 bis 18 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter 12 bis 18 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P08: Indikation zur Konisation in der Schwangerschaft	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Indikationsstellung zur Konisation in der Schwangerschaft.
Zähler	Anzahl der schwangeren Patientinnen.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Verbesserung der Behandlung schwangerer Frauen mit Dysplasien. Referenzbereich: Aufgrund der voraussichtlich niedrigen Fallzahl Sentinel Event.
Begründung	Verminderung der Morbidität (Frühgeburt etc.). Die Konisation in der Schwangerschaft bedarf einer strengen Indikationsstellung und sollte nur bei Verdacht (zytologisch und/oder kolposkopisch) auf ein invasives Karzinom durchgeführt werden. Bei histologisch gesichertem CIN 2 und CIN 3 in der Schwangerschaft soll lediglich eine Verlaufskontrolle erfolgen (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Die Konisation in der Schwangerschaft bedarf einer strengen Indikationsstellung und sollte nur bei zytologischem und/oder kolposkopischem Verdacht auf ein invasives Ca durchgeführt werden (DKG 2008, ICSI 2008) – ergänzt durch histologische Abklärung.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	SIGN 2008 [3]; NHMRC 2005 [1]; DKG 2008 [4]; ECN 2008 [2]; ICSI 2008 [14] SIGN 2008: For pregnant women with early stage disease (FIGO IA1, IA2, IB) diagnosed after 16 weeks of gestation, treatment may be delayed to allow fetal maturity to occur. [Grade C] NHMRC 2005: [Management during pregnancy] Women with low-grade cytologic lesions should be managed in the same way as women with low-grade squamous abnormalities, with a repeat smear after 12 months. [Level IV] Biopsy of the cervix is usually unnecessary in pregnancy, unless invasion is suspected colposcopically. Definitive treatment of a high-grade lesion, with the exception of invasive cancer, may be safely deferred until after delivery. [Grade B] Definitive treatment of a high-grade lesion, with the exception of invasive cancer, may be deferred safely until after the pregnancy. [Level IV] DKG 2008: “Die Konisation in der Schwangerschaft bedarf einer strengen Indikationsstellung und sollte nur bei zytologischem und/oder kolposkopischem Verdacht auf ein invasives Ca durchgeführt werden... - ergänzt durch histologische Abklärung ...“ ECN 2008: If invasive disease is suspected clinically or colposcopically, a biopsy adequate to make the diagnosis is essential. Cone, wedge and diathermy loop biopsies are all associated with a risk of haemorrhage and such biopsies should be taken only where appropriate facilities to deal with haemorrhage are available. Punch biopsy suggesting only CIN cannot reliably exclude invasion. ICSI 2008: „In pregnancy, the only diagnosis that may alter clinical management is invasive cancer... Cervical cancer screening test results that are not likely to be associated with cancer may undergo colposcopic evaluation either during pregnancy or 8 to 12 weeks postpartum... Pregnant women whose cervical cancer test results indicate a high risk for CIN-2/3+ should undergo colposcopy without endocervical sampling reserving biopsy for visible cervical lesions consistent with CIN-3, AIS or cancer...“

Instrumente/Datenquellen (Beispieltext)

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt wenn bei der Patientin eine Schwangerschaft festgestellt wurde

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert, voraussichtlich Sentinel Event

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Bestehende Schwangerschaft?	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = PAP I 1 = PAP II 2 = PAP III 3 = PAP IIID 4 = PAP IV 5 = PAP V 9 = Keine Angabe
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Bestehende Schwangerschaft?	0 = nein 1 = ja
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = PAP I 1 = PAP II 2 = PAP III 3 = PAP IIID 4 = PAP IV 5 = PAPV 9 = Keine Angabe
	Histologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P13: Fehlende hochgradige präkanzeröse Befunde der Konisate	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Konisation, bei denen sich postoperativ keine hochgradige Präkanzerose nachweisen lässt (CIN 2 und mehr).
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit führender Histologie „Ektopie“ oder mit histologischem Normalbefund oder <= CIN 1.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Der Anteil der Konisationen, bei denen sich keine präneoplastischen Befunde nachweisen lassen, soll möglichst niedrig sein. Kein Referenzbereich angegeben.
Begründung	Fehlende präneoplastische Befunde in der histopathologischen Untersuchung können sowohl Ausdruck einer nicht indizierten Konisation (Patientin war gesund) als auch eines falschen Befundes (unauffälliger Befund trotz kranker Patientin) sein. Fehlende präneoplastische Befunde können aber auch als Folge einer bioptisch komplett entfernten Läsion auftreten und stellen in diesem Fall kein Qualitätsdefizit dar.
Anmerkungen	Indikator entstammt dem Indikatorenset der BQS (Nr. 66238). Der Indikator bildet fachübergreifend die Versorgungsqualität von Gynäkologen und Pathologen ab. Darüber hinaus eignet er sich besonders für die Qualitätssicherung beim „ambulanten Operieren“ nach §115b SGB V.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	BQS 2009 [15]

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei mindestens einem Eingriff aus der berücksichtigten Grundgesamtheit eine führende Histologie „Ektopie“ oder „histologisch Normalbefund“ oder CIN 1 vorliegt.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert. 95. Perzentilen sind wegen einer hohen Variabilität der Ergebnisse und wegen des Fehlens von evidenzbasierten Kriterien für die Festlegung eines Zielbereichs gewählt worden.

Risikoadjustierung: Risikoadjustierung nicht erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Histologischer Befund, postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P15: Konisation unter Kolposkopie-Kontrolle	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Konisationen unter Kolposkopie-Kontrolle durch den Operateur.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit Kolposkopie-Kontrolle (ein- oder zweizeitig) durch Operateur.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahren
Zielstellung	Verbesserung der Qualität der Durchführung.
Begründung	Die Durchführung der Konisation (Exzision) unter Kolposkopiekontrolle verbessert die Qualität des Eingriffs (genaue Lokalisation der Läsion) und erhöht langfristig die Patientensicherheit. Der Operateur soll die Patientin mindestens einmal persönlich kolposkopiert haben.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. „The procedure/excision should be carried out under colposcopic control“ (ECN 2008).
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	ECN 2008 [2] ECN 2008: ”The procedure /excision should be carried out under colposcopic control...The size and shape of the excised specimen will be determined by the colposcopic delineation of the lesion...”

Instrumente/Datenquellen		
<u>Auffälligkeit:</u> Kein Referenzbereich definiert		
<u>Risikoadjustierung:</u> Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst.		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Zeitpunkt der Kolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä- und intraoperativ
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)		
AMBULANT	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Zeitpunkt der Kolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä- und intraoperativ
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P17: Reduzierung von Messerkonisationen	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen eine Messerkonisation durchgeführt wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit Messerkonisationen
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Vermeiden von Methoden mit einer hohen Komplikationsrate wie der Messerkonisation.
Begründung	Verminderung der perioperativen und langfristigen Morbidität.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Die Leitlinie beschreibt die Schlingenkonisation als chirurgische Methode der Wahl. (DGGG 2008) Panelkonsens: Ziel ist es, die Anzahl der Messerkonisationen (wegen der höheren Komplikationsrate) zu reduzieren.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHMRC 2005 [1]; DGGG 2008 [5] NHMRC 2005: LEEPs, of which large loop excision of the cervical transformation zone (LLETZ) is one, are now commonly used for the treatment of CIN. [S 55] There is no clearly superior method of fertility-sparing treatment for CIN 2 and 3. [Level I] It is advisable that women with CIN 3 are not treated with cryotherapy. [Level IV] DGGG 2008: „Die Messerkonisation weist bei nachfolgenden Schwangerschaften die höchste Komplikationsrate aller Methoden auf und sollte bei Frauen mit bestehendem Kinderwunsch nicht zum Einsatz kommen.“

Instrumente/Datenquellen		
<u>Auffälligkeit:</u> Kein Referenzbereich definiert		
<u>Risikoadjustierung:</u> Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst.		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung	
	Beschreibung entfällt	

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung
	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P27: Histologische Beurteilung des Konus	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit postoperativer histologischer Beurteilung der Konisation.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit schriftlicher histologischer Beurteilung der Konisation (Art und, Größe bei allen Läsionen – nicht metrisch –, vertikale und horizontale Ausdehnung bei invasiven Läsionen, Resektionsränder, Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand in mm).
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Bei allen Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wird, soll eine Beurteilung der Konisation mit eindeutiger schriftlicher Information über die Größe, die Ausdehnung der Läsion, die Resektionsränder und zu eventuell vorliegenden invasiven Läsionen vorliegen.
Begründung	Bei der histologischen Beurteilung der Konisation sollte eine eindeutige schriftliche Information über die Größe, die Ausdehnung der Läsion, die Resektionsränder und zu eventuell vorliegenden invasiven Läsionen vorliegen (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Stratifizierung nach Operationsmethode.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	SIGN 2008 [3]; DGGG 2008 [5] SIGN 2008: Pathological assessment should be quality assured and standardised, with readily accessible specialist review available if required, following discussion by the multidisciplinary team. Diagnosis and measurement of early adenocarcinoma and squamous cell cancer should be done by specialist gynaecological pathologist. DGGG 2008: „Portiokonisate sind vom Operateur räumlich zu markieren... Von Seiten der Pathologie muss eine vollständige Einbettung erfolgen... Die Aufarbeitung muss so erfolgen, dass am histopathologischen Schnittpräparat die räumliche Orientierung nachvollzogen werden kann...“ „Der pathologische Befundbericht sollte eine Diagnose unter Benutzung der allgemein akzeptierten Nomenklatur (WHO) enthalten ... Bei Exzisaten und Konisaten sollte eine Beurteilung der Resektionsränder erfolgen...“

Instrumente/Datenquellen

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Indikator wird nicht von Risikofaktoren beeinflusst.

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv

Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung	
STATIONÄR	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)		
Feld	Beschreibung	
Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)	
Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2	
Datenfelder für die Berechnung		
Feld	Beschreibung	
AMBULANT	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben	
Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben	
Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv	
Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv	

Datenfelder für die Risikoadjustierung		
AMBULANT	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri

Indikator Nr. P30: Beurteilbarkeit des histologischen Präparats nach Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen das Präparat der Konisation gut beurteilbar war.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit gut beurteilbarem Präparat.
Nenner	Alle Patientinnen mit Konisationspräparat nach Konisation.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Quote der beurteilbaren Konisationspräparate durch den Pathologen soll sehr hoch sein.
Begründung	Verminderung der übersehenen Läsionen, Verbesserung der Rezidivrate.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Studien. Stratifizierung per OP-Verfahren sollte möglich sein. Über das Follow-up wird eine Zusammenführung der Daten mit den Daten des Operateurs sichergestellt.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	Howell 1991 [16]

Instrumente/DatenquellenAuffälligkeit: Kein Referenzbereich definiertRisikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Bericht liegt vor Postoperative Histologie	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates, postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, gut 2 = ja, schlecht
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Bericht liegt vor Postoperative Histologie	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates, postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja, gut 2 = ja, schlecht
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. P32: Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen 6-12 Monate nach Konisation ein HPV-Test durchgeführt wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach der Konisation.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahren
Zielstellung	Alle Patientinnen sollten zwischen 6 und 12 Monaten nach der Konisation einen HPV-Test durchführen lassen. Keine Angaben zum Referenzwert .
Begründung	Die besondere Bedeutung eines negativen HPV-Tests nach einer CIN-Therapie liegt im hohen negativen Vorhersagewert. Ein negativer HPV-Test nach CIN-Therapie schließt eine CIN-Persistenz bzw. ein CIN-Rezidiv mit hoher Wahrscheinlichkeit aus. Dies gilt auch im Status nach inkompletter Resektion (befallene Schnittränder). Die Sensitivität des HPV-Nachweises hinsichtlich der Entdeckung einer persistierenden oder rezidivierenden CIN ist sehr hoch (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien und Studien.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	<p>NHMRC 2005 [1]; DGGG 2008 [5]; DKG 2008 [4]; ECN 2008 [2]; Park 2009 [17]; Safaeian 2007 [18]; Almog 2003 [19]</p> <p>NHMRC 2005: [Human papilloma virus (HPV) testing] There is insufficient evidence to support the use of HPV testing in the triage of low-grade squamous intraepithelial lesions. A woman previously treated for HSIL requires a colposcopy and cervical cytology at 4–6 months after treatment. Cervical cytology and HPV typing should then be carried out at 12 months after treatment and annually thereafter until the woman has tested negative by both tests on two consecutive occasions. The woman should then be screened according to the recommendation for the average population. [Level IV]</p> <p>DGGG 2008: „Die Therapie der höhergradigen CIN führt meist zu einer Elimination von HPV und stellt somit ein kausales Therapieverfahren dar. Die besondere Bedeutung eines negativen HPV-Tests nach einer CIN-Therapie liegt in dem hohen negativen Vorhersagewert. Ein negativer HPV-Test nach CIN-Therapie schließt eine CIN-Persistenz bzw. ein CIN-Rezidiv mit hoher Wahrscheinlichkeit aus. Dies gilt auch im Status nach inkompletter Resektion. Die Sensitivität des HPV-Nachweises hinsichtlich der Entdeckung einer persistierenden oder rezidivierenden CIN ist sehr hoch. Die Kombination aus Zytologie und postoperativem HPV-Test führt zu einer Steigerung der Sicherheit.“ „Frei Schnittränder: Rezidive sind selten. Es sollte sechs und zwölf Monate nach Therapie ein HPV-HR-Test mit Zytologie durchgeführt werden. Sind alle Tests negativ, erfolgt die weitere Kontrolle in Routineintervallen. Ist einer der Tests positiv, erfolgt die sofortige Kolposkopie. Alternativ erfolgen alle sechs Monate Kontrolluntersuchungen mit Zytologie und Kolposkopie. Nach drei unauffälligen Befunden erfolgen gynäkologische Kontrollen in Routineintervallen.“ „Befallenen Schnitträndern: In bis zu 25% erfolgt die Konisation nicht oder nur fraglich im Gesunden (positive Absetzungsänder). ... Im Fall einer CIN3 am Absetzungsrand ist in 20 bis 25% mit einem Rezidiv zu rechnen. Ist dabei der endozervikale Rand betroffen, steigt das Risiko auf bis zu 30%. ... Eine sofortige Rekonisation ist in der Regel nicht indiziert. Dies gilt insbesondere für Frauen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung. Bei den Kontrolluntersuchungen alle sechs Monate nach Primärtherapie ist ein zytologischer Abstrich und eine Kolposkopie indiziert. Bestätigt sich hier die CIN, sollte eine Rekonisation erfolgen. Ein negativer HPV-Test ist mit einem</p>

geringen Persistenzrisiko assoziiert. Bei primärem Befall der endozervikalen Schnittränder oder bei positivem HPV-Nachweis kann zudem eine endozervikale Kürettage durchgeführt werden. Bei drei aufeinander folgenden unauffälligen Befunden erfolgen die weiteren Kontrollen in Routineintervallen.“

ECN 2008:

Research into optimal follow-up algorithms of HPV-positive women is necessary. Adequate triage methods are needed to identify those HPV-positive women that are at risk of developing cancer. Piloting with validated HPV DNA testing can be recommended if performed in an organised screening programme with careful monitoring of the quality and systematic evaluation of the aimed outcomes, adverse effects and costs. Rollout towards national implementation can be considered only after the pilot project has demonstrated successful results with respect to effectiveness (relative sensitivity, positive predictive value of the screening test, triage and diagnostic assessment), cost-effectiveness and after key organisational problems have been resolved adequately.

Instrumente/Datenquellen		
<u>Spezifizierung für Berechnung:</u> Auswertung erfolgt wenn bei der Patientin eine Konisation durchgeführt wurde.		
<u>Auffälligkeit:</u> kein Referenzbereich definiert		
<u>Risikoadjustierung:</u> Keine Risikoadjustierung erforderlich		
Mögliche Datenquellen:		
1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)		
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)		
3. manuell erfasste klinische Daten		
AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 2 Datum der Durchführung der Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Follow-Up ambulant: Als Auslöser: Konisation muss als Index-Leistung erfasst werden.

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
HPV-Test	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja (es liegt ein HPV-Test nach der Konisation vor)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
HPV-Test	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja (es liegt ein HPV-Test nach der Konisation vor)
Datum HPV-Tests	Erhebung über Datenquelle 3 Datum des HPV-Tests (TT,MM,JJJJ)
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. P34: Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit positivem Absetzungsrand bei vorausgegangener Konisation ≤ 3 Monate vor dem erneuten Eingriff
Nenner	Alle Patientinnen mit positivem Absetzungsrand, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre; ACIS; Invasion; alle Erstkonisationen
Zielstellung	Keine sofortige Rekonisationen bei positivem Absetzungsrand unter 3 Monate.
Begründung	Bei positivem Absetzungsrand ist eine sofortige Rekonisation in der Regel nicht indiziert. Dies gilt insbesondere für Frauen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung. Bei den Kontrolluntersuchungen alle sechs Monate nach Primärtherapie sind ein zytologischer Abstrich und eine Kolposkopie indiziert. Bestätigt sich hier die CIN, sollte eine Rekonisation erfolgen (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Unter 3 Monaten keine Rekonisation! Stratifizierung Patientinnen unter 50 Jahren und über 50 Jahren denkbar.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHMRC 2005 [1]; DGGG 2008 [5]; DKG 2008 [4] NHMRC 2005: Involved endocervical and stromal excision margins after LEEP are of concern, but their involvement does not in itself justify retreatment. DGGG 2008: „Befallene Schnittränder: In bis zu 25% erfolgt die Konisation nicht oder nur fraglich im Gesunden (positive Absetzungsränder)... Im Fall einer CIN3 am Absetzungsrand ist in 20 bis 25% mit einem Rezidiv zu rechnen. Ist dabei der endozervikale Rand betroffen, steigt das Risiko auf bis zu 30%...Eine sofortige Rekonisation ist in der Regel nicht indiziert. Dies gilt insbesondere für Frauen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung. Bei den Kontrolluntersuchungen alle sechs Monate nach Primärtherapie ist ein zytologischer Abstrich und eine Kolposkopie indiziert. Bestätigt sich hier die CIN, sollte eine Rekonisation erfolgen. Ein negativer HPV-Test ist mit einem geringen Persistenzrisiko assoziiert. Bei primärem Befall der endozervikalen Schnittränder oder bei positivem HPV-Nachweis kann zudem eine endozervikale Kürettage durchgeführt werden. Bei drei aufeinander folgenden unauffälligen Befunden erfolgen die weiteren Kontrollen in Routineintervallen.“

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei der Patientin eine Konisation durchgeführt wurde.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 1 Datum der Durchführung der Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
	Hatte die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation?	Erhebung über Datenquelle 1 0 = nein 1 = ja
	Datum der vorangegangenen Konisation	Erhebung über Datenquelle 1 Datum der vorangegangenen Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthalts?	Erhebung über Datenquelle 1 1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 1 OP-Datum (TT,MM,JJJJ)
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 2 Datum der Durchführung der Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
	Hatte die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation?	Erhebung über Datenquelle 2 0 = nein 1 = ja
	Datum der vorangegangenen Konisation	Erhebung über Datenquelle 2 Datum der vorangegangenen Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthalts?	Erhebung über Datenquelle 2 1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 2 OP-Datum (TT,MM,JJJJ)
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt

Indikator Nr. OU10: Bedeutung des positiven Absetzungsrandes bei Adenocarcinoma in situ	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Adenocarcinoma in situ, deren Konisate einen positiven Absetzungsrand aufwiesen.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit positiven Absetzungsrand.
Nenner	Alle Patientinnen mit Adenocarcinoma in situ, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahren
Zielstellung	Möglichst wenige Patientinnen mit Adenocarcinoma in situ, deren Konisate einen positiven Absetzungsrand aufwiesen: „Determine the value of conization margin status in predicting residual and recurrent adenocarcinoma in situ (ACIS) of the cervix.“
Begründung	Verbesserung des Ergebnisses der Konisation und Erhöhung der Sicherheit der Patientinnen mit der Diagnose Adenocarcinoma in situ: Freie Schnittränder sind erforderlich wegen hoher Rezidivgefahr bei dieser Gruppe von Patientinnen.“
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Studien. Information aus der Metaanalyse von Salani 2009: Metaanalysis with pooled Mantel-Haenszel odds ratio to compare the risk of residual and recurrent disease according to margin status (33 studies, 1278 patients): a repeated excisional procedure was performed in 607 patients; a positive conization margin was associated with a significant increase in the risk of residual disease; of the 671 patients followed up with surveillance only, 2,6% with negative margins and 19,4% with positive margins developed a recurrence; invasive adenocarcinoma was more commonly associated with positive margins (5,2%) compared with negative margins (0,1%).
Indikatortyp	Ergebnis
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NSU 2008 [10]; NHMRC 2005 [1]; Salani 2009 [20]; Soutter 2001 [21] NSU 2008: “The management of these women will depend on the age and fertility expectations of the woman and the status of the excision margins...if the cone biopsy has positive margins on the results, further treatment should be considered. If the margins are clear, follow-up colposcopy and cytology should be undertaken by endocervical brush 6 months after treatment...Early follow-up of symptoms is recommended.” [Grade B] NHMRC 2005: [Management of women with AIS] The management of women diagnosed with AIS on cone biopsy will be dependent upon the age and fertility requirements of the women and the status of excision margins. [Level IV]

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei der Patientin eine Konisation bei Adenokarzinom in situ durchgeführt wurde.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
Feld	Beschreibung
Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 (Erhebung aus Datenquelle 1)
Datenfelder für die Berechnung	
Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
Datenfelder für die Risikoadjustierung	
Feld	Beschreibung entfällt

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Histologischer Befund postoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
	Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
Datenfelder für die Risikoadjustierung		
Feld	Beschreibung entfällt	

Indikator Nr. OU11: Behandlungsbedürftige Nachblutungen nach Konisation	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit behandlungsbedürftigen Nachblutungen nach Konisation.
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit behandlungsbedürftigen Nachblutungen (Bluttransfusion oder Re-OP) nach Konisation.
Nenner	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Verminderung der Komplikationen, insbesondere von Nachblutungen.
Begründung	Verminderung der perioperativen Morbidität.
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. „In 2-3% kommt es nach Konisation zu Nachblutungen.“ Stratifizierung nach Operationsmethode.
Indikatortyp	Ergebnis
Qualitätsdimension	Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	DKG 2008 [4] DKG 2008: „In 2-3% kommt es nach Konisation zu Nachblutungen...Im Falle einer Konisation in der Schwangerschaft ist die Nachblutungsgefahr deutlich erhöht...die früher zum Zwecke der Blutstillung und Adaptation der Wundränder durchgeführte Sturmdorfnaht ist obsolet, da eine weitere Evaluierung und Kontrolle der Wundränder dadurch erschwert oder unmöglich gemacht wird...“

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn eine Patientin transfundiert wurde oder eine Rekonisation erfahren hat

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Art der postoperativen Komplikation	Erhebung über Datenquelle 3 1 = OP-pflichtige Nachblutung, 2 = transfusionspflichtige Nachblutung, 3 = nicht OP-pflichtige und nicht transfusionspflichtige Nachblutung
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri	

AMBULANT	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri
	Art der postoperativen Komplikation	Erhebung über Datenquelle 3 1 = OP-pflichtige Nachblutung, 2 = transfusionspflichtige Nachblutung, 3 = nicht OP-pflichtige und nicht transfusionspflichtige Nachblutung
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri	

Indikator Nr. S11: Erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft nach Konisationen	
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der schwangeren Patientinnen mit Komplikationen nach Konisation (z.B. Frühgeburten etc.).
Zähler	Anzahl der Patientinnen mit Spätkomplikationen nach Konisation (z.B. Frühgeburten etc.).
Nenner	Schwangere Frauen mit Entbindung nach vorangegangener Konisation
Ausschlusskriterien	Alter < 12 Jahre
Zielstellung	Verbesserung der perioperativen Morbidität bei Konisationen.
Begründung	Die Konisation weist bei nachfolgenden Schwangerschaften die höchste Komplikationsrate aller Methoden auf und sollte bei Frauen mit bestehendem Kinderwunsch nicht zum Einsatz kommen (DGGG 2008).
Anmerkungen	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Spätkomplikationen: Zervixinsuffizienz, Frühgeburt, „low birth weight“, Zervixstenose (Kaiserschnitt als Konsequenz zur Vernarbung). Stratifizierung nach Operationsmethode. Erhebung ist nur im stationären Bereich (Aufnahme der Schwangeren) vorgesehen. Keine direkte Messung der Komplikationsrate bei Schwangeren, sondern Erfassung der Komplikationen nach Konisation bei Schwangeren über eine Follow-up im stationären Bereich.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientensicherheit, Effektivität
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	DGGG 2008 [5]; DKG 2008 [4] DGGG 2008: „Die Messerkonisation weist bei nachfolgenden Schwangerschaften die höchste Komplikationsrate aller Methoden auf und sollte bei Frauen mit bestehendem Kinderwunsch nicht zum Einsatz kommen...“ DKG 2008: „In 2-3% kommt es nach Konisation zu Nachblutungen...Im Falle einer Konisation in der Schwangerschaft ist die Nachblutungsgefahr deutlich erhöht, es kommt vermehrt zu Frühgeburten...“

Instrumente/Datenquellen

Spezifizierung für Berechnung: Auswertung erfolgt, wenn bei der Patientin eine Messerkonisation durchgeführt wurde.

Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiert

Risikoadjustierung: Keine Risikoadjustierung erforderlich

Mögliche Datenquellen:

1. Daten gemäß §301 SGB V (Abrechnung stationär)
2. Daten gemäß §295 SGB V (Abrechnung ambulant)
3. manuell erfasste klinische Daten

STATIONÄR	Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)	
	Feld	Beschreibung
	Geburtsdatum	Alter \geq 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	Erhebung über Datenquelle 1 Entbindung OPS Codes 9-26
	Schwangerschaft	Erhebung über Datenquelle 1 Schwangere Patientinnen, ICD-10 Schlüssel (O00.- bis O99.-)
	Datenfelder für die Berechnung	
	Feld	Beschreibung
	Zustand nach Konisation	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja

<p>Indikation für stationären Aufenthalt</p>	<p>Erhebung über Datenquelle 3 (Liste wurde der Vollständigkeit halber 1:1 aus dem Datensatz Geburtshilfe übernommen)</p> <p>1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (nach Schwangerschaft) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahren 14 = Schwangere über 35 Jahren 15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung 17 = Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen) 18 = Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g) 19 = Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen 20 = Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese 21 = Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen 22 = Komplikationen post partum 23 = Z. n. Sectio caesarea 24 = Z. n. anderen Uterusoperationen 25 = rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) 26 = sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde 27 = behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen 28 = Dauermedikation 29 = Abusus 30 = besondere psychische Belastung 31 = besondere soziale Belastung 32 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen 33 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr 34 = Placenta praevia 35 = Mehrlingsschwangerschaft 36 = Hydramnion 37 = Oligohydramnie 38 = Terminunklarheit 39 = Placentainsuffizienz 40 = Isthmozervikale Insuffizienz 41 = vorzeitige Wehentätigkeit 42 = Anämie 43 = Harnwegsinfektion 44 = indirekter Coombstest positiv 45 = Risiko aus anderen serologischen Befunden 46 = Hypertonie (Blutdruck über 140/90) 47 = Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr 48 = Mittelgradige - schwere Ödeme 49 = Hypotonie 50 = Gestationsdiabetes 51 = Lageanomalie 52 = sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf 53 = Hyperemesis 54 = Z. n. HELLP-Syndrom 55 = Z. n. Eklampsie 56 = Z. n. Hypertonie</p>
<p>Zervixverschluss-OP</p>	<p>Erhebung über Datenquelle 3</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

STATIONÄR	Tragzeit nach klinischem Befund	Erhebung über Datenquelle 3 Wochen
	Geburtsrisiko	Erhebung über Datenquelle 3 (Liste wurde der Vollständigkeit halber 1:1 aus dem Datensatz Geburtshilfe übernommen) 60 = vorzeitiger Blasensprung 61 = Überschreitung des Termins 62 = Fehlbildung 63 = Frühgeburt 64 = Mehrlingsschwangerschaft 65 = Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) 66 = Gestose/Eklampsie 67 = Rh-Inkompatibilität 68 = Diabetes mellitus 69 = Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen 70 = Placenta praevia 71 = vorzeitige Plazentalösung 72 = sonstige uterine Blutungen 73 = Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf) 74 = Fieber unter der Geburt 75 = mütterliche Erkrankung 76 = mangelnde Kooperation der Mutter 77 = pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne 78 = grünes Fruchtwasser 79 = Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse) 80 = Nabelschnurvorfal 81 = V. a. sonstige Nabelschnurkomplikationen 82 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode 83 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode 84 = absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken 85 = drohende/erfolgte Uterusruptur 86 = Querlage/Schräglage 87 = Beckenendlage 88 = hintere Hinterhauptslage 89 = Vorderhauptslage 90 = Gesichtslage/Stirnlage 91 = tiefer Querstand 92 = hoher Geradstand 93 = sonstige regelwidrige Schädellagen 94 = sonstige 95 = HELLP-Syndrom 96 = intrauteriner Fruchttod 97 = pathologischer Dopplerbefund 98 = Schulterdystokie
	Gewicht des Kindes	Erhebung über Datenquelle 3 Gramm
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Feld	Beschreibung entfällt
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 1. Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6. Amputation der Cervix uteri	

Das Instrument/die Datenquelle für die Indikatoren zur Patientenperspektive sind, bis auf die konkrete Frage zur Abbildung des Indikators, für alle Indikatoren gleich. Darstellung daher nur einmalig bei Indikator PP31 am Ende des Dokuments.

Indikator Nr. PP05: Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen vor der Konisation	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben.
Begründung	Ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen unterstützen das Verständnis und die realistische Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch die Patientin, vermeiden ggf. unnötige Beunruhigung, und sind Grundlage für die Beteiligung an Behandlungsentscheidungen.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an PE15 (NHS Indicators for Quality Improvement 2009), auf der Basis von Studienergebnissen und Leitlinienempfehlungen der DKG Präzisierung des Indikators durch das Panel im Hinblick auf den Zeitpunkt der Untersuchung („vor der Konisation“)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SIGN 2008 [3]; DKG 2008 [4]; DGGG 2008 [5]; ECN 2008 [2]; Kavanagh 1997 [23]; Lauver 1999 [24] NHS 2009: PE15: Score for patients who reported that the 'right amount' of information was given about conditions/treatments by healthcare professionals. SIGN 2008: Patients should be offered support sessions by a designated member of their care team, as soon as possible after treatment, which may include one or more of the following: Relaxation, personalised information about their disease and treatment, emotional support and care. DKG 2008: “Die Aufklärung der Patientin über Diagnose, Prognose und Behandlungsmaßnahmen ist eine der zentralen Aufgaben des Arztes und ein entscheidender Bestandteil der Arzt-Patient-Kommunikation. Der Wunsch nach Aufklärung ist bei Patientinnen erfahrungsgemäß groß. Es gibt keine gesetzlichen Vorschriften über Form und Inhalt der Patiententinnenaufklärung, sie ist aber nach deutschem Recht zwingend vorgeschrieben, sofern die Patientin einsichtsfähig ist. Als Vorbedingung für das informierte Einverständnis der Patientin (informed consent) ermöglicht die Aufklärung erst ärztliches Handeln. Sie dient der Selbstbestimmung der Patientin, der rechtlich ein höheres Gewicht beigemessen wird als der ärztlichen Hilfeleistungspflicht. Es existieren eine Reihe von ausführlichen Leitfäden zu diesem Thema, die bei Bedarf zu Rate gezogen werden können.” DGGG 2008: Informationen, die im Patientengespräch bei auffälliger Zytologie und/oder positivem HPV-Test vermittelt werden sollten, sind: Natur/Grund einer auffälligen Zytologie, Managementoptionen, Auswirkung auf Fertilität, Risiko eines Karzinoms. ECN 2008: Each woman must be informed (verbally or written) about the screening test result.

Indikator Nr. PP05A:	Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen <u>nach</u> der Konisation
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>nach</u> der Konisation erhalten haben
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>nach</u> der Konisation / erhalten haben
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>nach</u> der Konisation erhalten haben.
Begründung	Ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen unterstützen das Verständnis und die realistische Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch die Patientin, vermeiden ggf. unnötige Beunruhigung und fördern das Verständnis für die Notwendigkeit von Nachsorgeuntersuchungen.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an PE15 (NHS Indicators for Quality Improvement 2009), auf der Basis von Studienergebnissen und Leitlinienempfehlungen der DKG Präzisierung des Indikators durch das Panel im Hinblick auf den Zeitpunkt der Untersuchung („nach der Konisation“)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	<p>NHS 2009 [22]; SIGN 2008 [3]; DKG 2008 [4]; DGGG 2008 [5]; Kavanagh 1997 [23]; Lauver 1999 [24]</p> <p>NHS 2009: PE15: Score for patients who reported that the 'right amount' of information was given about conditions/treatments by healthcare professionals.</p> <p>SIGN 2008: Patients should be offered support sessions by a designated member of their care team, as soon as possible after treatment, which may include one or more of the following: Relaxation, personalised information about their disease and treatment, emotional support and care.</p> <p>DKG 2008: Die Aufklärung der Patientin über Diagnose, Prognose und Behandlungsmaßnahmen ist eine der zentralen Aufgaben des Arztes und ein entscheidender Bestandteil der Arzt-Patient-Kommunikation. Sie dient dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und der aktiven Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patientin. Der Wunsch nach Aufklärung ist bei Patientinnen erfahrungsgemäß groß. Es gibt keine gesetzlichen Vorschriften über Form und Inhalt der Patiententinnenaufklärung, sie ist aber nach deutschem Recht zwingend vorgeschrieben, sofern die Patientin einsichtsfähig ist. Als Vorbedingung für das informierte Einverständnis der Patientin (informed consent) ermöglicht die Aufklärung erst ärztliches Handeln. Sie dient der Selbstbestimmung der Patientin, der rechtlich ein höheres Gewicht beigemessen wird als der ärztlichen Hilfeleistungspflicht. Es existieren eine Reihe von ausführlichen Leitfäden zu diesem Thema, die bei Bedarf zu Rate gezogen werden können.</p> <p>DGGG 2008: Informationen, die im Patientengespräch bei auffälliger Zytologie und/oder positivem HPV-Test vermittelt werden sollten, sind: Natur/Grund einer auffälligen Zytologie, Managementoptionen, Auswirkung auf Fertilität, Risiko eines Karzinoms.</p>

Indikator Nr. PP10: Verständliche Beantwortung von Fragen durch ärztliches Personal	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass, wenn sie wichtige Fragen an Ärzte hatten, diese verständlich beantwortet wurden.
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten dass, wenn sie wichtige Fragen an Ärzte hatten, diese verständlich beantwortet wurden
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass ihre Fragen von Ärzten verständlich beantwortet wurden.
Begründung	Die verständliche Beantwortung der individuellen Fragen der Patientinnen durch Ärzte ist wichtig zu deren Information, emotionaler Unterstützung und zur Förderung eines angemessenen Verhaltens bezogen auf die Erkrankung.
Anmerkungen	Vergleichbarer Indikator: SAPHORA MCO 2006, Frage ID-Nr. 5-7 Der Indikator im NHS-Indikatorenset mit der ID-Nr. PE42 bezieht sich auf die verständliche Beantwortung von Patientenfragen durch das Pflegepersonal. Die ermittelte Literatur legt nahe, dass dieser Aspekt mit Bezug auf die Ärzte ebenso wichtig ist. Der Indikator basiert darüber hinaus auf Leitlinienempfehlungen der DKG 2008 zur angemessenen und verständlichen Information der Patientinnen, und wird vielfach durch Studienergebnisse unterstützt (s. Literatur).
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SAPHORA 2006 [25]; DKG 2008 [4]; Balasubramani 2007 [26]; Campion 1988 [27]; Hellsten 2008a [28]; Hellsten 2008b [29]; Jefferies 2009 [30]; Kavanagh 1997 [23]; Lauver 1999 [24]; Politi 2008 [31]; NHS 2009: PE 42: Score for patients who reported that when they had important questions to ask a doctor, they always or sometimes got answers they could understand. SAPHORA 2006: 6 - Quand vous aviez des questions à poser à un medecin, avez-vous obtenu des responses que vous comprenez? DKG 2008, Aufklärung der Patientin: Die Aufklärung sollte umfassend, verständlich (möglichst unter Verzicht auf medizinische Fachbegriffe) und wahrheitsgemäß sein. Hierbei ist insbesondere auf das Informationsbedürfnis und die Belastbarkeit der Patientin Rücksicht zu nehmen. Die Aufklärung ist in der Krankenakte zu dokumentieren.

Indikator Nr. PP15: Gesprächsmöglichkeit über Ängste und Sorgen	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie die Möglichkeit hatten, in der Einrichtung mit einem Arzt oder einer Pflegeperson über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen.
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie die Möglichkeit hatten, im Krankenhaus mit einem Arzt oder einer Pflegeperson über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die in der Einrichtung bei Ärzten oder Pflegepersonen die Möglichkeit zur Aussprache über Sorgen und Ängste fanden.
Begründung	Die Möglichkeit, bei Bedarf über Sorgen und Ängste sprechen zu können, ist für Patientinnen eine wichtige Voraussetzung für die Minderung von Angst und Beunruhigung.
Anmerkungen	<p>Der Indikator entstammt den „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE08 Vergleichbarer Dimension Indikator OMB-0938-098 1(2): Aufmerksames Zuhören durch Pflegepersonal (HCAHPS 2009).</p> <p>Vergleichbarer Dimension Indikator OMB-0938-098 1(5): Aufmerksames Zuhören durch ärztliches Personal (HCAHPS 2009).</p> <p>Der Indikator wird vielfach durch Studienergebnisse unterstützt, die darauf hinweisen, dass Ängste und Sorgen bei Patientinnen im Zusammenhang mit Untersuchungen bzw. Behandlungen der Cervix eine bedeutende Rolle spielen (s. Literatur).</p>
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	<p>NHS 2009 [22]; HCAHPS 2009 [32]; Campion 1988 [27]; Cruickshank 2005 [33]; Goodman 1991 [34]; Hellsten 2008a [28]; Hellsten 2008b [29]; Jefferies 2009 [30]; Lauver 1999 [24]; Walsh 2004 [35]</p> <p>NHS 2009: PE08: Score for patients who said that they found a member of hospital staff to talk to about their worries and fears.</p>

Indikator Nr. PP17: Wahrung der Privatsphäre bei Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass bei allen Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen der Schutz ihrer Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass bei allen Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen der Schutz ihrer Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass ihre Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde.
Begründung	Der Schutz der Privatsphäre dient der Wahrung der Würde der Patientin. Dies bezieht sich sowohl auf den Umgang mit der Patientin bei Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen als auch auf die Möglichkeiten der räumlichen Abtrennung, z.B. im Hinblick auf Sichtschutz, akustische Abschirmung von Gesprächen, etc.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: Zusammenfassung PE35, PE36 Vergleichbarer Indikator: SAPHORA Questionnaire Satisfaction V3 ID-Nr. 3
Indikatortyp	Prozess, Struktur
Qualitätsdimension	Patientenperspektive
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SAPHORA 2006 [25]; Politi 2008 [31] NHS 2009: PE35: Score for patients who said they were given enough privacy when discussing their condition or treatment, PE36: Score for patients who said they were given enough privacy when being examined or treated. SAPHORA 2006: F4: Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité étaient... (excellentes – trais mauvais)

Indikator Nr. PP18: Respektvoller Umgang mit den Patientinnen insgesamt	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
Begründung	Der respektvolle Umgang dient der Wahrung der Patientenwürde
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE37, PEXIS8 Vergleichbarer Indikator: SAPHORA Questionnaire V3, ID-Nr. 2 (erfahrene Beachtung des Patienten bei der Anreise)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; SAPHORA 2006 [25]; Jefferies 2009 [30]; Politi 2008 [31] NHS 2009: PE37: Score for patients who overall felt they were treated with respect and dignity whilst in hospital. SAPHORA 2006: F4: Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité étaient... (excellentes – trais mauvais)

Indikator Nr. PP24: Informationen über Kontaktpersonen nach der Entlassung	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass ihnen gesagt wurde, an wen sie sich nach der Entlassung aus der Einrichtung wenden können, wenn sie sich bezüglich ihres gesundheitlichen Befindens oder der Behandlung Sorgen machen (medizinisch/pflegerische Fragestellung, z.B. Telefonnummer und Name der Kontaktperson/des Arztes).
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass ihnen gesagt wurde, an wen sie sich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wenden können, wenn sie sich bezüglich ihres gesundheitlichen Befindens oder der Behandlung Sorgen machen
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten dass ihnen gesagt wurde, an wen sie sich nach der Entlassung bei Sorgen bezüglich ihres gesundheitlichen Befindens wenden können.
Begründung	Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung nach der Entlassung, insbesondere beim Auftreten von gesundheitlichen Problemen; Vermittlung von Sicherheit für die Patientin.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE25 Präzisierung durch das Panel durch Zusatz: medizinisch-pflegerische Fragestellungen, z.B. Telefonnummer und Name der Kontaktperson/des Arztes
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; DKG 2008 [4] NHS 2009: PE 25 Score for patients who reported they were told who to contact if they were worried about their condition or treatment after they left hospital. DKG 2008: Im Rahmen der Aufklärung sollte auch auf weiterführende Hilfen hingewiesen werden, vor allem auf Unterstützung durch Psychoonkologen, Seelsorge oder Selbsthilfegruppen.

Indikator Nr. PP26: Informationen über zu Hause zu beachtende Alarmsignale	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie darüber informiert wurden, auf welche Alarmsignale bezüglich ihrer Erkrankung sie zu Hause achten sollen.
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie darüber informiert wurden, auf welche Alarmsignale bezüglich ihrer Erkrankung sie zu Hause achten sollen
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie über zuhause zu beachtende Alarmsignale informiert wurden.
Begründung	Reduzierung von Unsicherheiten im Umgang mit der Erkrankung und auftretenden Symptomen im Alltag sowie angemessene Reaktion auf ernst zu nehmende Alarmsignale.
Anmerkungen	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE23
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22] NHS 2009: PE23: Score for patients who reported that staff told them about any danger signals to watch out for after they went home.

Indikator Nr. PP3 1: Informationen über Nachsorgeuntersuchungen	
Beschreibung	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie beim Verlassen der Einrichtung ausreichende Informationen darüber erhalten haben (oder bereits darüber verfügten), aus welchen Gründen und wann Nachsorgeuntersuchungen notwendig sind.
Zähler	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie beim Verlassen der Einrichtung ausreichende Informationen darüber erhalten haben (oder bereits darüber verfügten), aus welchen Gründen und wann Nachuntersuchungen notwendig sind.
Nenner	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
Ausschlusskriterien	Alter unter 18 Jahren, schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz), Patientin verstorben, Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht, Patientin kann nicht lesen und schreiben, Patientin möchte nicht an der Befragung teilnehmen (Ausschluss nur, wenn Ausschlusskriterium sicher vorliegt).
Zielstellung	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie bei der Entlassung ausreichende Informationen darüber erhalten haben (oder bereits darüber verfügten), aus welchen Gründen und wann Nachsorgeuntersuchungen notwendig sind
Begründung	Damit Patientinnen nach einer Konisation notwendige Nachsorgeuntersuchungen adäquat in Anspruch nehmen können, müssen sie ausreichend darüber informiert sein, wann und warum diese Untersuchungen notwendig sind.
Anmerkungen	Der Indikator wurde formuliert in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE18 (Informationen über Verhalten nach Entlassung). Präzisierung durch das Panel bezogen auf Nachsorgeuntersuchungen (ursprünglicher Indikator bezogen auf Verhalten nach der Entlassung allgemein)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension	Patientenorientierung, Patientensicherheit
Literatur/ Quellen, Evidenzstufe	NHS 2009 [22]; Cardin 2001 [36]; Hartz 2001 [37]; Martin 2008 [38] NHS 2009: PE18. Score for patients who reported that when leaving hospital they were given written or printed information about what they should or should not do.

Instrumente/Datenquellen	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
Befragungsinstrument:	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der ggf. zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:	<input type="checkbox"/> Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) <input type="checkbox"/> Pseudonym der Einrichtung
Basisdaten für das Verfahren Konisation im Fragebogen:	<input type="checkbox"/> Bestätigung, dass die Konisation im gg. Zeitraum durchgeführt wurde.
Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:	Beispiel: „Haben Sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>vor</u> der Konisation erhalten?“
	<p>Die Alternativen A und B stellen, zur Veranschaulichung, zwei mögliche Antwortskalen dar. Die endgültige Festlegung der Antwortskala erfolgt im Rahmen der Fragebogenentwicklung.</p> <p>A) <input type="checkbox"/> Ja, voll und ganz <input type="checkbox"/> Ja, einigermaßen <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>B) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Teils / teils <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht</p>
Art der Befragung:	schriftlich, postalisch, anonym
Zeitpunkt der Befragung:	<input type="checkbox"/> Ca. 2 Wochen nach der Index-Leistung in der Einrichtung
Stichprobe:*	<input type="checkbox"/> Zweistufige Klumpenstichprobe: <input type="checkbox"/> 1. Bundesweite Zufallsstichprobe von 64 Einrichtungen (ambulante und stationäre Versorgung) <input type="checkbox"/> 2. Befragung einer definierten Anzahl von Patienten (z.B. N=58) in den Einrichtungen <input type="checkbox"/> Ggf. erfolgt nach Vorliegen von Erfahrungen aus Machbarkeitsstudie und Probetrieb eine Anpassung der Vorgaben zur Stichprobenziehung
Versendung der Fragebögen:	<input type="checkbox"/> Fragebogenversendung durch die Einrichtungen (2 Wochen postoperativ) an alle entlassenen Patienten zum Verfahren Konisation; konsekutiv, bis eine Anzahl von 58 Patienten erreicht ist. <input type="checkbox"/> Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten an das AQUA-Institut
Auswertung der Befragungsergebnisse:	<input type="checkbox"/> Durch das AQUA-Institut <input type="checkbox"/> Auswertung auf Bundesebene <input type="checkbox"/> Feedback an die Einrichtungen nach der Auswertung

* Weitere Informationen zur Methodik der Patientenbefragung und zum Befragungsinstrument siehe Anhang E

- [1] NHMRC. Screening to Prevent Cervical Cancer: Guidelines for the Management of Asymptomatic Women with Screen Detected Abnormalities. Canberra: Australian Government, National Health and Medical Research Council 2005.
- [2] ECN. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition. Luxembourg: European Cancer Network; European Communities 2008.
- [3] SIGN, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of cervical cancer. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS) 2008.
- [4] DKG. Diagnostik und Therapie des Zervixkarzinoms. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; Deutsche Krebsgesellschaft; Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie 2008.
- [5] DGGG. Prävention, Diagnostik und Therapie der HPV-Infektion und präinvasiver Läsionen des weiblichen Genitale. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Infektiologie und Infektimmunologie in Gynäkologie und Geburtshilfe (AGII), Berufsverband der Frauenärzte (BVF), Deutsche Gesellschaft für Pathologie, Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche STD-Gesellschaft., Frauenselbsthilfe nach Krebs 2008.
- [6] SGGG, Schweizerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, Arbeitsgruppe «Guideline Zervixabstrich». Guideline zum Vorgehen bei suspektem und positivem zytologischem Abstrich der Cervix uteri. Überarbeitete Fassung, Version 2.4. Schweizerische Ärztezeitung. 2004; 85(43):2305-2321.
- [7] TOMBOLA Group. Cytological surveillance compared with immediate referral for colposcopy in management of women with low grade cervical abnormalities: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2009; 339:b2546.
- [8] Berdichevsky L, Karmin R, Chuang L. Treatment of high-grade squamous intraepithelial lesions: a 2- versus 3-step approach. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 190(5):1424-1426.
- [9] Heinzl S. Die zervikale intraepitheliale Neoplasie (CIN). *Ther Umsch*. 1989; 46(12):839-846.
- [10] NSU/MH. Guidelines for Cervical Screening in New Zealand. Wellington: National Screening Unit, Ministry of Health 2008.
- [11] Moscicki AB, Ma Y, Wibbelsman C, Powers A, Darragh TM, Farhat S, Shaber R, Shiboski S. Risks for cervical intraepithelial neoplasia 3 among adolescents and young women with abnormal cytology. *Obstet Gynecol*. 2008; 112(6):1335-1342.
- [12] Moore K, Cofer A, Elliot L, Lanneau G, Walker J, Gold MA. Adolescent cervical dysplasia: histologic evaluation, treatment, and outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 197(2):141-146.
- [13] Wright JD, Davila RM, Pinto KR, Merritt DF, Gibb RK, Rader JS, Mutch DG, Gao F, Powell MA. Cervical dysplasia in adolescents. *Obstet Gynecol*. 2005; 106(1):115-120.
- [14] ICSI, Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Initial Management of Abnormal Cervical Cytology (Pap Smear) and HPV Testing. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) 2008.
- [15] BQS. BQS Qualitätsindikatoren. Rechenregel: Patientinnen mit führender Histologie "Ektopie" oder mit histologischem Normalbefund. [Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung] Quelle: www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/gynop/indikatoren/5/66238/rechenregel.html (Zugriff am: 20.9.2009).
- [16] Howell R, Hammond R, Pryse-Davies J. The histologic reliability of laser cone biopsy of the cervix. *Obstet Gynecol*. 1991; 77(6):905-911.
- [17] Park JY, Kim DY, Kim JH, Kim YM, Kim YT, Nam JH. Human papillomavirus test after conization in predicting residual disease in subsequent hysterectomy specimens. *Obstet Gynecol*. 2009; 114(1):87-92.
- [18] Safaeian M, Solomon D, Wacholder S, Schiffman M, Castle P. Risk of precancer and follow-up management strategies for women with human papillomavirus-negative atypical squamous cells of undetermined significance. *Obstet Gynecol*. 2007; 109(6):1325-1331.
- [19] Almog B, Gamzu R, Bornstein J, Levin I, Fainaru O, Niv J, Lessing JB, Bar-Am A. Clinical and economic benefit of HPV-load testing in follow-up and management of women postcone biopsy for CIN2-3. *British Journal of Cancer*. 2003; 89(1):109-112.
- [20] Salani R, Puri I, Bristow RE. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: a metaanalysis of 1278 patients evaluating the predictive value of conization margin status. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 200(2):182-185.
- [21] Soutter WP, Haidopoulos D, Gornall RJ, McIndoe GA, Fox J, Mason WP, Flanagan A, Nicholas N, Barker F, Abrahams J, Lampert I, Sarhanis P. Is conservative treatment for adenocarcinoma in situ of the cervix safe? *BJOG*. 2001; 108(11):1184-1189.

- [22] NHS. Indicators for Quality Improvement. Full indicator list. London: National Health Services. The Health and Social Care Information Centre 2009.
- [23] Kavanagh AM, Broom DH. Women's understanding of abnormal cervical smear test results: a qualitative interview study. *BMJ*. 1997; 314(7091):1388-1391.
- [24] Lauver DR, Baggot A, Kruse K. Women's experiences in coping with abnormal Papanicolaou results and follow-up colposcopy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1999; 28(3):283-290.
- [25] Saphora. Satisfaction du patient hospitalisé, Questionnaire © SAPHORA Modife. CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) et l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) 22.12.2006.
- [26] Balasubramani L, Orbell S, Hagger M, Brown V, Tidy J. Do women with high-grade cervical intraepithelial neoplasia prefer a see and treat option in colposcopy? *BJOG*. 2007; 114(1):39-45.
- [27] Champion MJ, Brown JR, McCance DJ, Atia W, Edwards R, Cuzick J, Singer A. Psychosexual trauma of an abnormal cervical smear. *Br J Obstet Gynaecol*. 1988; 95(2):175-181.
- [28] Hellsten C, Lindqvist PG, Sjoström K. A longitudinal study of sexual functioning in women referred for colposcopy: a 2-year follow up. *BJOG*. 2008; 115(2):205-211.
- [29] Hellsten C, Sjoström K, Lindqvist PG. A 2-year follow-up study of anxiety and depression in women referred for colposcopy after an abnormal cervical smear. *BJOG*. 2008; 115(2):212-218.
- [30] Jefferies H, Sutton A, Chan KK. Does direct referral after an abnormal smear improve patient experience? *Nurs Times*. 2009; 105(5):26-29.
- [31] Politi MC, Clark MA, Rogers ML, McGarry K, Sciamanna CN. Patient-provider communication and cancer screening among unmarried women. *Patient Educ Couns*. 2008; 73(2):251-255.
- [32] HCAHPS. Hospital Care Quality Information from the Consumer Perspective Survey. Quelle: <http://www.hcahponline.org> (Zugriff am: 3.3.2010).
- [33] Cruickshank ME, Anthony GB, Fitzmaurice A, McConnell D, Graham W, Alexander DA, Tunstall M, Ross JA. A randomised controlled trial to evaluate the effect of self-administered analgesia on women's experience of outpatient treatment at colposcopy. *BJOG*. 2005; 112(12):1652-1658.
- [34] Goodman JD, Sumner D. Patient acceptability of laser and cold coagulation therapy for pre-malignant disease of the uterine cervix. *Br J Obstet Gynaecol*. 1991; 98(11):1168-1171.
- [35] Walsh JC, Curtis R, Mylotte M. Anxiety levels in women attending a colposcopy clinic: a randomised trial of an educational intervention using video colposcopy. *Patient Educ Couns*. 2004; 55(2):247-251.
- [36] Cardin VA, Grimes RM, Jiang ZD, Pomeroy N, Harrell L, Cano P. Low-income minority women at risk for cervical cancer: a process to improve adherence to follow-up recommendations. *Public Health Rep*. 2001; 116(6):608-616.
- [37] Hartz LE, Fenaughty AM. Management choice and adherence to follow-up after colposcopy in women with cervical intraepithelial neoplasia 1. *Obstet Gynecol*. 2001; 98(4):674-679.
- [38] Martin JT. Do women comply with recommendations for Papanicolaou smears following colposcopy? A retrospective study. *J Midwifery Womens Health*. 2008; 53(2):138-142.

Anhang D.2: Verwendete Codes

ICD-Kode	Beschreibung (ICD-10-GM 2010)
C53.0	Bösartige Neubildung der Cervix uteri - Endozervix
C53.1	Bösartige Neubildung der Cervix uteri - Ektozervix
C53.8	Bösartige Neubildung der Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C53.9	Bösartige Neubildung der Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
D06.-	Carcinoma in situ der Cervix uteri (Cis) Endozervix
D06.1	Ektozervix
D06.7	Sonst. Teile der Cervix uteri
D06.9	Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
D26.0	Sonstige gutartige Neubildungen der Cervix uteri
N72	Entzündliche Krankheit der Cervix uteri Endozervizitis, Ektozervizitis, Zervizitis mit oder ohne Erosion oder Ektropium
N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri ohne Zervizitis
N87.-	Dysplasie der Cervix uteri
N87.0	Niedriggradige Dysplasie der Cervix uteri (CIN1)
N87.1	Mittelgradige Dysplasie der Cervix uteri (CIN2)
N87.2	Hochgradige Dysplasie der Cervix uteri o.n.A. /andernorts nicht klassifiziert Excl. Zervikale intraepitheliale Neoplasie CIN3, mit oder ohne Anzeichen einer hochgradigen Dysplasie D06.-
N87.9	Dysplasie der Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
N88.-	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Cervix uteri
N88.2	Striktur und Stenose der Cervix uteri Excl. Als Geburtshindernis (O65.5)
N88.3	Zervixinsuffizienz Excl. Schädigung des Feten oder des Neugeborenen durch Zervixinsuffizienz (P01.0) und Zervixinsuffizienz als Schwangerschaftskomplikation (O34.3)
O00.- bis O99.-	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
O34.3	Betreuung der Mutter bei Zervixinsuffizienz/Zervixinsuffizienz als Schwangerschaftskomplikation
O34.4	Betreuung der Mutter bei sonstigen Anomalien der Cervix uteri
O42.-	Vorzeitiger Blasensprung
O60.-	Vorzeitige Wehen und Entbindung

ICD-Kode	Beschreibung (ICD-10-GM 2010)
O65.5	Zervixstenose als Geburtshindernis durch Anomalie der mütterlichen Beckenorgane
P01.-	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Schwangerschaftskomplikationen
P01.0	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch Zervixinsuffizienz
P05.0	Für das Gestationsalter zu leichte Neugeborene
OPS-Kode	Beschreibung (Version 2010)
1-571	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision
1-671	Diagnostische Kolposkopie
5-671	Konisation der Cervix uteri
5-671.1	Rekonisation
5-672	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
5-673	Amputation der Cervix uteri
9-26	Geburtsbegleitende Maßnahmen

Anhang E: Konzept zur Patientenbefragung

Inhaltsverzeichnis

1. Zielstellung der Patientenbefragungen	2
2. Entwicklung eines Befragungsinstrumentes zur Abbildung der Patientenperspektive.....	3
2.1. Bestandteile des Befragungsinstrumentes	3
2.1.1. Auswahl des generischen Basisinstrumentes	3
2.1.2. Verfahrensspezifischer Teil: Spezifische Aspekte im Verfahren Konisation	4
2.2. Machbarkeitsprüfung und Probetrieb für die Patientenbefragung.....	6
3. Empfehlungen zur Umsetzung der Patientenbefragung	8
3.1. Votum durch Ethik-Kommission	8
3.2. Umsetzung als Stichprobe oder Vollerhebung	8
3.3. Datenflussmodell für die Patientenbefragung.....	10
3.4. Inhalt der Befragungsunterlagen	12
3.5. Verknüpfung von QS-Dokumentation und Patientenbefragungen.....	13
3.6. Zeitpunkt der Durchführung	14
3.7. Frequenz der Durchführung	14
3.8. Auswertung und Berichterstattung	14
4. Zusammenfassung.....	15
Literaturverzeichnis	16

1. Zielstellung der Patientenbefragungen

Im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung stellt die Patientenorientierung eine wichtige, eigenständige Qualitätsdimension dar (vgl. AQUA-Methodenpapier Kapitel 2.1). Bedingung für die Orientierung der Gesundheitsversorgung an den Bedürfnissen der Patienten ist die Einbeziehung ihrer Perspektive, d.h. der Wahrnehmung und Bewertung der Versorgung aus Patientensicht (Bleses 2005; Dierks et al. 2006). Als Instrument zur Abbildung der Patientenperspektive im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sollen Patientenbefragungen eingesetzt werden (vgl. AQUA-Methodenpapier, Kapitel 2.3.3).

Das Ziel von Patientenbefragungen ist eine Bewertung der Versorgungsqualität aus Patientensicht. Patienten nehmen Versorgungsaspekte wahr, die über andere Dokumentationsquellen (Routinedaten, Dokumentationen der Einrichtungen) nicht erfasst werden. Dies betrifft z.B. Aspekte der Kommunikation, der Einbeziehung in Entscheidungen und des menschlichen Umgangs (vgl. AQUA-Methodenpapier, Kapitel 2.3.3). In den Bereichen, in den Patienten Qualitätsdefizite wahrnehmen, sollen entsprechende Qualitätsförderungsmaßnahmen umgesetzt werden.

Patientenbefragungen zielen ausdrücklich auch auf die Erfassung subjektiver Erfahrungen und Sichtweisen ab. Diese sind nur über eine direkte Befragung der Patienten zu erfassen. So kann zum Beispiel die Frage, ob die Informationen, die Patienten über ihre Erkrankung und die Behandlung erhalten haben, verständlich und ausreichend waren, nur von den Patienten selbst beantwortet werden. Sie kann nicht indirekt z.B. über eine Befragung von Ärzten erfolgen, da diese das Versorgungsgeschehen aus einer anderen Perspektive erleben und über einen anderen Erfahrungs- und Wissenshintergrund verfügen.

Die systematische Durchführung von verfahrensbezogenen Patientenbefragungen stellt eine Neuerung im Rahmen der externen Qualitätssicherung nach § 137a SGB V dar. Auch in der „Richtlinie über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung“ (Qesü-RL) sind noch keine Regelungen für eine Umsetzung von Patientenbefragungen enthalten. Vor diesem Hintergrund besteht die Zielstellung bei der Umsetzung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Bezug auf das Verfahren Konisation darin:

- einerseits möglichst spezifische Vorschläge zur Einbeziehung der Patientenperspektive für das zu entwickelnde Qualitätssicherungsverfahren zu machen sowie
- andererseits grundlegende Vorschläge zur Einbeziehung der Patientenperspektive für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu entwickeln.

Entsprechend dieser Zielstellungen sind die folgenden Ausführungen in zwei Kapitel gegliedert:

- Kapitel 2 beschreibt die Entwicklung eines Befragungsinstrumentes zur Abbildung der Patientenperspektive inklusive der spezifischen Anteile für das Verfahren Konisation.
- Kapitel 3 legt Empfehlungen zur Umsetzung von Patientenbefragungen im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung dar.

Abschließend wird in Kapitel 4 der vorgeschlagene Gesamtprozess tabellarisch zusammengefasst und veranschaulicht.

2. Entwicklung eines Befragungsinstrumentes zur Abbildung der Patientenperspektive

Voraussetzung für die Einbindung der Patientenperspektive ist die Berücksichtigung von Bedürfnissen und Präferenzen der Patienten. Im Hinblick auf einen betrachteten Versorgungsbereich (hier: die Durchführung einer Konisation) wird im Folgenden zwischen allgemeinen (generischen, verfahrensübergreifenden) und spezifischen (verfahrensbezogenen) Bedürfnissen der Patienten unterschieden. Beispielsweise sind aufseiten der Patienten Aspekte der Kommunikation, der Respektierung ihrer Präferenzen und der emotionalen Unterstützung grundsätzlich, d.h. unabhängig von der Erkrankung oder vom Verfahren relevant (Cleary et al. 1991; Dehn-Hindenberg 2008; Dierks et al. 1994; Jenkinson et al. 2002; Wensing et al. 1998). Dies spiegelt sich auch darin wider, dass sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich bereits einige validierte Patientenbefragungsinstrumente vorliegen, die erkrankungsunabhängig eingesetzt werden können. Zusätzlich zu den allgemeinen Aspekten kann es aber spezifische Bedürfnisse und Präferenzen geben, die sich auf eine bestimmte Erkrankung bzw. ein bestimmtes Behandlungsverfahren beziehen.

2.1. Bestandteile des Befragungsinstrumentes

Entsprechend dieser Vorüberlegungen werden für den Aufbau und die Entwicklung des Patientenfragebogens generische und verfahrensspezifische Aspekte/Teile unterschieden:

1. Der **generische Teil** (generisches Basisinstrument) soll so gestaltet sein, dass er auf unterschiedliche Versorgungsbereiche anwendbar ist.
2. Der **verfahrensspezifische Teil** basiert demgegenüber auf systematisch recherchierten und von den Experten im Panelverfahren konsentierten Indikatoren/Items.

Darüber hinaus enthält der Fragebogen Fragen zu soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen.

Zum Zeitpunkt der Entwicklung der Qualitätsindikatoren, Instrumente und Dokumentationen für das Verfahren Konisation lag noch keine Entscheidung bzgl. des generischen Teils des Befragungsinstrumentes vor. Deshalb wurden alle möglicherweise relevanten Fragen als verfahrensspezifisch betrachtet und in das Panelverfahren einbezogen. Erst nachdem eine Entscheidung über das generische Basisinstrument getroffen sein wird, können die verfahrensspezifischen Ergebnisse für das Verfahren Konisation mit dem dann gültigen Basisinstrument abgeglichen werden. Sofern der hier ermittelte verfahrensspezifische Teil nicht im Basisinstrument enthalten ist, werden die entsprechenden Fragen ergänzt werden.

Für zukünftig zu entwickelnde Verfahren können die Fragen, die durch das generische Basisinstrument abgedeckt werden, von Beginn an aus dem Entwicklungsprozess für Qualitätsindikatoren herausgehalten werden.

Nachfolgender Abschnitt beschreibt einen Vorschlag zur Auswahl eines generischen Basisinstrumentes.

2.1.1. Auswahl des generischen Basisinstrumentes

Gegenwärtig liegen zahlreiche, zum Teil umfassend validierte Instrumente vor, mit denen die Qualität der ambulanten oder stationären Versorgung aus Patientensicht - unabhängig von der konkreten Erkrankung - gemessen werden kann. Es ist wahrscheinlich, dass für ein generisches Basisinstrument kein neuer Fragebogen entwickelt werden muss, sondern auf bestehende und validierte Instrumente zurückgegriffen werden kann.

Allerdings müssen neben der methodischen Eignung auch möglicherweise anfallende Lizenzkosten bei einem Rückgriff auf bestehende Befragungsinstrumente berücksichtigt werden. Deshalb kann an dieser Stelle vorab keine Festlegung erfolgen. Wir beabsichtigen vielmehr, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach Durchführung eines Expertenworkshops einen Vorschlag und ggf. mögliche Alternativen zu unterbreiten.

Teilnehmer des Expertenworkshops sollen Patientenvertreter, Vertreter des wissenschaftlichen Beirats des AQUA-Instituts und weitere Wissenschaftler sein. Die Empfehlungen für ein Instrument sollen auf Basis folgender Kriterien erfolgen:

- Vorliegen von Entwicklungs- und Validierungsstudien
- Itemgenerierung bzw. Itemreduzierung unter Einbeziehung von Patienten (Inhaltsvalidität)
- Abdeckung der für den Befragungszweck (verfahrensbezogene Patientenbefragung) wichtigen Aspekte/Dimensionen der Patientenzufriedenheit (Inhaltsvalidität)
- Psychometrische Güte des Instruments (z.B. Reliabilität, Messgenauigkeit)
- Eignung für den Einsatz im stationären und im ambulanten Bereich
- Angemessene Anzahl an Items im Hinblick auf die Ergänzung durch verfahrensspezifische Items (Verhältnis zwischen generischen und spezifischen Items)
- Inhaltliche Eignung für die Ergänzung durch verfahrensspezifische Items
- Angaben zur Stichprobenkalkulation
- Verfügbarkeit des Instruments/gegebenenfalls anfallende Kosten bei einer Lizenzierung

Die Durchführung des Expertenworkshops ist für das erste Quartal 2011 geplant.

2.1.2. Verfahrensspezifischer Teil: Spezifische Aspekte im Verfahren Konisation

Weil für das Thema Konisation noch kein generisches Basisinstrument verfügbar war, wurden alle im Rahmen der Recherche gefundene, möglicherweise relevante Fragen aus der Patientenperspektive in den Entwicklungsprozess der Qualitätsindikatoren (Panelverfahren) eingebunden. Abbildung 1 zeigt wesentliche Schritte dieses Entwicklungsprozesses. Nach der Entscheidung über das generische Basisinstrument sollen die verfahrensspezifischen mit den generischen Inhalten abgeglichen werden.

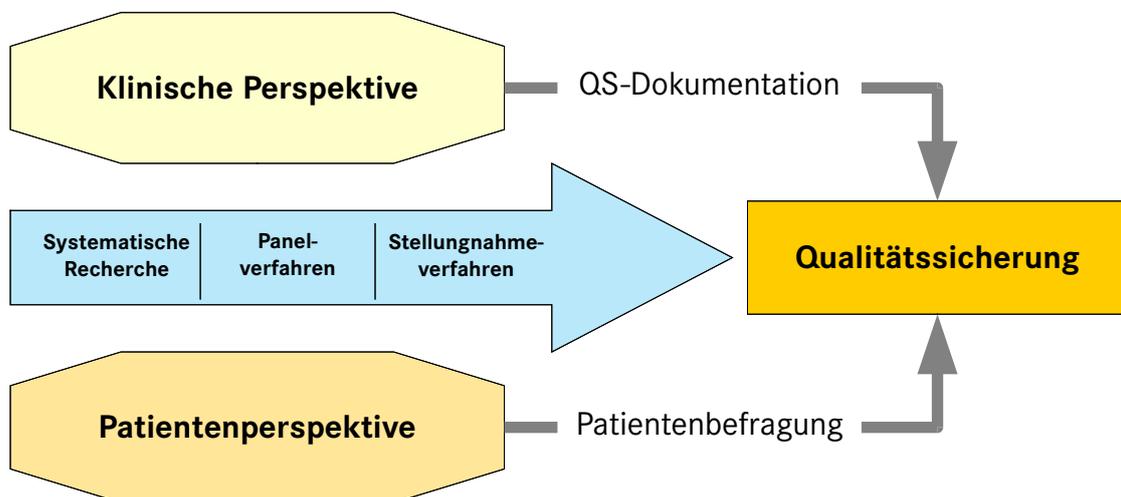


Abbildung 1: Entwicklung des verfahrensspezifischen Teils der Patientenbefragung

Vom Experten-Panel wurden folgende Indikatoren zur Patientenperspektive als verfahrensspezifisch relevant bewertet:

- Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben.
- Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse nach der Konisation erhalten haben.
- Anteil der Patientinnen, die berichten, dass, wenn sie wichtige Fragen an Ärzte hatten, diese verständlich beantwortet wurden.
- Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie die Möglichkeit hatten, in der Einrichtung mit einem Arzt oder einer Pflegeperson über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen.
- Anteil der Patientinnen, die berichten, dass bei allen Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen der Schutz ihrer Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde.
- Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten.
- Anteil der Patientinnen, die berichten, dass ihnen gesagt wurde, an wen sie sich nach der Entlassung aus der Einrichtung wenden können, wenn sie sich bezüglich ihres gesundheitlichen Befindens oder der Behandlung Sorgen machen (medizinisch/pflegerische Fragestellung, z.B. Telefonnummer und Name der Kontaktperson/des Arztes).
- Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie darüber informiert wurden, auf welche Alarmsignale bezüglich ihrer Erkrankung sie zu Hause achten sollen.
- Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie beim Verlassen der Einrichtung ausreichende Informationen darüber erhalten haben (oder bereits darüber verfügten), aus welchen Gründen und wann Nachsorgeuntersuchungen notwendig sind.

Die entsprechenden Fragen werden dem generischen Basis-Instrument hinzugefügt, sofern sie nicht bereits enthalten sind.

Darüber hinaus wurde im Panel die Bedeutung der Erfragung soziodemografischer Merkmale und insbesondere des Merkmals „Migrationshintergrund/Nationalität“ hervorgehoben. Es wurde angeregt, eine Auswertung der Patientenbefragungsergebnisse auch im Hinblick auf mögliche Qualitätsdefizite speziell aus Sicht von Patientinnen mit Migrationshintergrund durchzuführen.

Bedeutung der Indikatoren zur Patientenperspektive für das Verfahren Konisation

Das Expertenpanel hat für das Verfahren Konisation neun Indikatoren zur Patientenperspektive für relevant, (sowie auch für praktikabel und geeignet für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung befunden). Dieses Ergebnis macht deutlich, dass die Patientenperspektive aus Sicht der Experten eine große Bedeutung für die Qualitätssicherung des Verfahrens hat.

Den Ergebnissen von Patientenbefragungen können wichtige Informationen bezüglich der Versorgungsqualität entnommen werden, die auf andere Weise nicht ermittelbar sind. Dies betrifft zum Beispiel die Frage, ob Patientinnen ausreichend und verständlich über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen (vor und nach der Konisation) informiert und ihre Fragen von den Ärzten angemessen beantwortet wurden. Befragungen von Patientinnen nach Kolposkopie bzw. Zervix-Abstrich zeigen, dass dies oft nicht der Fall (Kavanagh et al. 1997; Lauver et al. 1999). Das Verständnis von Untersuchungsergebnissen ist jedoch Grundlage dafür, dass Patientinnen die Gründe für die Durchführung der Konisation nachvollziehen und sich angemessen an der Entscheidungsfindung beteiligen können. Ebenso können sie so die Notwendigkeit von Nachsorgeuntersuchungen besser nachvollziehen und diese adäquat in Anspruch nehmen. Durch ausreichende und verständliche Informationen können auch unnötige Ängste gemindert werden (Hellsten et al. 2008). Darüber hinaus sind Informationen über Kontaktpersonen nach der Entlassung sowie über zuhause zu beachtende Alarmsignale wichtig für die Patientensicherheit. Vier der Indikatoren betreffen darüber hinaus die Kontinuität der Versorgung nach Durch-

führung der Konisation. Die Indikatoren beziehen sich besonders auf die Vermeidung von Komplikationen und Spätfolgen, deren Auftreten auf mögliche Qualitätsdefizite hinweist.

Tabelle 1: Qualitätsziele der Indikatoren zur Patientenperspektive für das Verfahren Konisation

Nr.	Indikator zur Patientenperspektive	Qualitätsziel
PP05	Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen vor der Konisation	Nachvollziehbarkeit der Notwendigkeit zur Durchführung der Konisation für die Patientin, Grundlage für die Beteiligung an Behandlungsentscheidungen
PP05A	Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen nach der Konisation	Kontinuität der Versorgung, Patientensicherheit
PP 10	Verständliche Beantwortung von Fragen durch ärztliches Personal	Patientensicherheit, emotionale Unterstützung, Beteiligung an der Entscheidungsfindung
PP 15	Gesprächsmöglichkeit über Ängste und Sorgen	Emotionale Unterstützung
PP 17	Wahrung der Privatsphäre bei Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen	Menschlicher Umgang
PP 18	Respektvoller Umgang mit den Patientinnen insgesamt	Menschlicher Umgang
PP24	Informationen über Kontaktpersonen (für medizinisch/pflegerische Fragestellungen) nach der Entlassung	Kontinuität der Versorgung, Patientensicherheit
PP26	Informationen über zuhause zu beachtende Alarmsignale	Kontinuität der Versorgung, Patientensicherheit
PP31	Informationen über Nachsorgeuntersuchungen	Kontinuität der Versorgung, Patientensicherheit

2.2. Machbarkeitsprüfung und Probetrieb für die Patientenbefragung

Für die Durchführung von verfahrensbezogenen Patientenbefragungen in stationären und ambulanten Einrichtungen im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung liegen bisher keine praktischen Erfahrungen vor. Auch nach Entscheidung über ein generisches Basisinstrument sollte die Praktikabilität des vorgeschlagenen Umsetzungsprozesses im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung und eines Probetriebes überprüft und ggf. verbessert werden.

Machbarkeitsprüfung und Probetrieb für das Instrument Patientenbefragung sind in sich eigenständige Elemente der Umsetzung und unabhängig von entsprechenden Pilotierungen für die QS-Dokumentation der Leistungserbringer zu sehen.

Machbarkeitsprüfung

Ziel der Machbarkeitsprüfung ist die Ermittlung der technischen Funktionsfähigkeit und Praktikabilität der entwickelten Instrumente und Verfahren anhand eines Prototyps (AQUA-Institut 2010).

Im Falle der Patientenbefragungen bezieht sich dies auf

- die technische Funktionsfähigkeit und Praktikabilität der QS-Dokumentation zur Patientenbefragung,
- die Akzeptanz und Praktikabilität der Durchführung der Befragung in den Einrichtungen (Stichprobenziehung, Dokumentation, Versendung der Fragebögen und Reminder) sowie
- die Akzeptanz der Befragungsdurchführung und des Fragebogens von Seiten der Patientinnen.

Diese Erprobung soll in direkter Zusammenarbeit zwischen dem AQUA-Institut und einigen freiwilligen, gegenüber dem Institut nicht anonymen Einrichtungen geschehen.

Die Akzeptanz der Befragung auf Seiten der Patientinnen zeigt sich indirekt in der Rücklaufquote sowie in den Beantwortungsraten für die einzelnen Items (Tabelle 1). Zusätzlich sollen über Telefoninterviews mit 15 bis 20 Patientinnen Akzeptanz und Verständlichkeit des Fragebogens und der ergänzenden Informationsmaterialien sowie die Akzeptanz der Befragung insgesamt (einschließlich möglicher Teilnahmebarrieren) überprüft werden. Die Patientinnen erhalten zusammen mit dem Fragebogen ein Formular, mit dem sie um Zustimmung zu einem kurzen Telefoninterview (maximal 10 bis 15 Minuten) gebeten werden. Das Formular mit Angabe von Name, Telefonnummer und geeignetem Zeitpunkt für einen Anruf wird in einem separaten Umschlag, unabhängig vom Fragebogen, an das AQUA-Institut zurückgeschickt.

Tabelle 2: Non-Responder- und Item-Response-Analysen

Ebene	Erläuterung
Rücklaufquote	Anteil der Patientinnen, die einen Fragebogen ausgefüllt und zurückgesendet haben, bezogen auf alle Patienten, die einen Fragebogen erhalten haben.
Non-Responder-Analyse	Vergleich der Merkmale von Befragungsteilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmerinnen.
Item-Response (für alle Items)	Anteil der Befragungsteilnehmerinnen, die die betreffende Frage beantwortet haben, bezogen auf alle Befragungsteilnehmerinnen.

Probetrieb

Ziel des Probetriebs ist es, über die Prüfung der technischen Funktionsfähigkeit und Praktikabilität des Befragungsinstrumentes hinaus, den gesamten Prozess der Umsetzung von Patientenbefragungen inklusive der Auswertung zu erproben. Neben ausgewählten Einrichtungen aus dem ambulanten und dem stationären Sektor (insgesamt ca. 10 Einrichtungen) sind auch ausgewählte Datenannahmestellen und die Vertrauensstelle in diesen Prozess eingebunden.

Im Probetrieb wird die Durchführbarkeit der Patientenbefragung unter den für den Regelbetrieb geplanten Bedingungen geprüft. Das bedeutet im Gegensatz zur Machbarkeitsstudie:

- Die Einrichtungen bleiben gegenüber dem AQUA-Institut anonym und werden per Stichprobenverfahren (auf Grundlage von Pseudonymen) ermittelt
- Die Durchführung der Befragung erfolgt vermittelt über die Datenannahmestellen.

Über die im Rahmen der Machbarkeitsprüfung zu prüfenden Aspekte hinaus (s.o.) beinhaltet dies

- eine systematische Auswertung der erhobenen Daten einschließlich einer Überprüfung der Datenqualität bzw. psychometrischer Eigenschaften: Item-Response, Antwortverteilung, Konfidenzintervalle, Boden-Decken-Effekte, Reliabilität usw.

3. Empfehlungen zur Umsetzung der Patientenbefragung

Nachfolgend werden allgemeine Empfehlungen zur Umsetzung von Patientenbefragungen im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung dargelegt. Diese betreffen:

- Die Einholung des Votums einer Ethik-Kommission vor Umsetzung der Befragungen
- Empfehlungen zum Umfang der Befragungen (Stichprobe/Vollerhebung)
- Vorschläge für ein Datenflussmodell zur Umsetzung der Befragungen

3.1. Votum durch Ethik-Kommission

Noch vor Durchführung der geplanten Machbarkeitsstudie werden die Methodik und das Instrument der Patientenbefragung einschließlich des geplanten Ablaufs einer Ethikkommission zur Begutachtung vorgelegt. Erst nach Vorliegen eines positiven Ethikvotums werden die weiteren Schritte umgesetzt.

3.2. Umsetzung als Stichprobe oder Vollerhebung

Ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl von Qualitätsindikatoren sind Hinweise auf Qualitätsdefizite. Bezüglich der Einbeziehung der Patientenperspektive ergibt sich für das Verfahren Konisation das Problem, dass derzeit keine verlässlichen Aussagen zu Qualitätsdefiziten aus Patientensicht für Deutschland vorliegen. Deshalb zielt die Umsetzung von Patientenbefragungen in einem ersten Schritt (also in den ersten Jahren der Umsetzung des Verfahrens) darauf, eine Entscheidungsgrundlage für die weitere Umsetzung von Patientenbefragungen in diesem Versorgungsbereich zu schaffen. Diese Entscheidungsgrundlage besteht in der Analyse und Bewertung der Ergebnisse auf Stichprobenbasis über einen festzulegenden Zeitraum. Erst auf Basis dieser Ergebnisse soll entschieden werden, ob Patientenbefragungen in dem betrachteten Versorgungsbereich auch für Vergleiche auf Einrichtungsebene genutzt werden sollen:

1. Schritt (Verfahrensjahre 1 und 2): Befragungen auf Stichprobenbasis. Diese sollen erste Erkenntnisse darüber liefern, in welcher Hinsicht und in welchem Ausmaß Qualitätsdefizite, aus Patientensicht und bezogen auf das Verfahren, vorliegen.

2. Schritt (ab Verfahrensjahr 3): Je nach Ergebnis der vorigen Analysen: Beibehaltung der Stichprobe oder Ausweitung (Einrichtungsvergleiche) oder Beendigung der Patientenbefragungen.

Vorgehensweise bei der Stichprobenziehung

Die Stichprobenziehung soll in Form einer deutschlandweiten, zweistufigen Klumpenstichprobe (Schnell et al. 2008) erfolgen.

1. Zunächst wird eine Stichprobe auf Ebene der Einrichtungen gezogen (bundesweite Zufallsstichprobe).

2. Innerhalb der Einrichtungen erfolgt eine Stichprobenziehung auf Ebene der Patientinnen: Eine definierte Anzahl an Patientinnen wird ab einem vorgegebenen Stichtag konsekutiv erfasst (anfallende Stichprobe).

Die Stichprobenziehung auf Ebene der stationären Einrichtungen erfolgt durch das AQUA-Institut anhand der Pseudonyme der Leistungserbringer. Das Pseudonym besteht aus dem Einrichtungskode sowie dem Kode für das Bundesland, in dem sich die Einrichtung befindet. Der Kode für das Bundesland wird allerdings nicht für eine zusätzliche Schichtung genutzt. Zusätzlich existieren für Verfahren, für die bereits in einem anderen Verfahrensjahr QS-Daten erhoben worden sind, verfahrensbezogene Fallzahlen zu den Einrichtungen. Weitere Informationen über die Einrichtungen (z.B. für mögliche Schichtungsmerkmale) liegen dem AQUA-Institut nicht vor.

Innerhalb der Einrichtungen werden ab einem bestimmten Stichtag konsekutiv, also aufeinanderfolgend und über die OPS identifiziert, alle Patientinnen, die eine Konisation erhalten haben, in die Befragung einbezogen, bis die vom AQUA-Institut vorgegebene Anzahl an Patientinnen erreicht ist.

Die Größe einer Stichprobe bzw. die Anzahl der zu Befragenden richtet sich nach der gewünschten Genauigkeit der Messung. Unterschiedliche Befragungsinstrumente verwenden unterschiedliche Antwortskalen und weisen Unterschiede bezüglich der Konfidenzintervalle auf. Eine verlässliche Aussage bezüglich der zu erwartenden Werte kann daher erst nach Festlegung des Befragungsinstruments getroffen werden. Für drei unterschiedliche Patientenbefragungsinstrumente wurde anhand veröffentlichter Befragungsdaten die zu erwartende Schätzgenauigkeit für die Items mit dem höchsten und mit dem niedrigsten Mittelwert (95 % Konfidenzintervall) exemplarisch berechnet. Bei Berechnungen auf Grundlage einer angenommenen Stichprobengröße von 1.000 Patienten zeigen sich über alle Instrumente hinweg, nach Z-Transformation, Standardabweichungen in einer Größenordnung von +/- 0,06. Dieser Wert wird für eine Patientenbefragung auf Stichprobenbasis für ausreichend befunden. Im Hinblick auf die geplanten Subgruppenanalysen (z.B. ambulant/stationär) wird eine Netto-Stichprobe von 1.500 Patientinnen angestrebt

Im Vergleich zu einer einfachen Zufallsstichprobe (auf Patientenebene), ergibt sich durch die zweistufige Ziehung ein größerer Stichprobenfehler. In welchem Umfang sich der Stichprobenfehler vergrößert, lässt sich mit Hilfe des sog. Design-Effekts $Deff = 1 + ICC (m - 1)$ schätzen (Gabler et al. 2000). Dabei ist m die durchschnittliche Zahl der Patienten pro Einrichtung, und der ICC (Intra-Klassen-Korrelationskoeffizient) ist ein Maß für die Ähnlichkeit der Patienten innerhalb einer Einrichtung. Der Designeffekt ist umso größer, je größer der ICC und je geringer die Zahl der Einrichtungen (Klumpen, Cluster) und damit je höher die Zahl der Patienten m pro Einrichtung ist. Unter Berücksichtigung des Design-Effekts bei zweistufiger Ziehung erhöht sich die benötigte Anzahl an Patienten für die Netto-Stichprobe gegenüber einer einfachen Zufallsstichprobe von 1.500 auf 1.824, wenn von einer Einrichtungszahl von $n=64$ und einem Design-Effekt von 1,22 (bei ICC = 0,01 (Adams et al. 2004)) ausgegangen wird (siehe Tabelle 3).

Um für eine Grundgesamtheit aussagekräftige Befragungsergebnisse zu erzielen, sollte bei schriftlichen Befragungen eine Rücklaufquote von mindestens 50 % erzielt werden (Barkley et al. 1996; Carey RG 1999). Es ist zu erwarten, dass mit der eingesetzten Befragungsmethodik eine Quote von mindestens 50% erreicht werden kann (Edwards et al. 2002; Klingenberg et al. 1999; Porst 2001). Für die Berechnung der Brutto-Stichprobe wird eine Rücklaufquote von (mindestens) 50 % zugrunde gelegt.

Für eine angestrebte Anzahl von ca. 1.830 Patientinnen netto wird dementsprechend eine Brutto-Stichprobe von 3.660 Patientinnen (58 Patientinnen pro Einrichtung) benötigt.

Wegen verfahrensspezifisch zu berücksichtigender Faktoren (Befragungsinstrument, spezifisches Patientenkollektiv, Anzahl der das Verfahren durchführenden Einrichtungen insgesamt, verfahrensspezifisches Fallaufkommen pro Einrichtung, Anteil ambulant und stationär behandelter Patienten im Verfahren, verfahrensspezifisch notwendige Subgruppenanalysen u.a.) kann die endgültige Festlegung der Stichprobe nur bei Vorliegen der entsprechenden verfahrensspezifischen Informationen erfolgen.

Für die Stichprobenziehung auf Einrichtungsebene wird eine Untergrenze bezüglich des verfahrensbezogenen Fallaufkommens pro Einrichtung definiert. Einrichtungen mit geringem Fallaufkommen, die innerhalb eines gegebenen Zeitraums die definierte Anzahl an Patientinnen nicht erreichen können, werden nicht in die Stichprobe einbezogen.

Bezüglich der Stichprobengröße bei Patientenbefragungen wird verschiedentlich eine Anzahl von mindestens 30 befragten Patienten pro Versorgungseinheit (z.B. Station eines Krankenhauses) als Grundlage für brauchbare statistische Ergebnisse empfohlen (Pfaff et al. 2008; Satzinger et al. 2001). Eine Stichprobe in dieser Größenordnung pro Einrichtung ist daher anzustreben, würde man eine Auswertung im Hinblick auf eine mögliche Variabilität der Befragungsergebnisse zwischen den Einrichtungen ermöglichen wollen. In diesem Falle wäre die Befragung auf Einrichtungen zu beschränken, denen es aufgrund des verfahrensbezogenen Fallaufkommens möglich ist, innerhalb eines angemessenen Zeitraums (z.B. in einem Quartal) eine Anzahl von 60 Patientinnen in die Brutto-Stichprobe einzubeziehen.

Tabelle 3: Stichprobengröße bei einer angenommenen Rücklaufquote von 50% für eine Klumpenstichprobe unter Berücksichtigung des Design-Effekts (Beispiel)

Anzahl Einrichtungen	Anzahl Patientinnen (netto) gesamt bei einfacher Zufallsstichprobe	Anzahl Patientinnen (netto) pro Einrichtung bei einfacher Zufallsstichprobe	Design-Effekt bei einem ICC von 0,01	Anzahl Patientinnen netto/brutto gesamt bei Klumpenstichprobe *	Anzahl Patientinnen netto/brutto pro Einrichtung bei Klumpenstichprobe *
32 (stationär)	750	23,4	1,22	915 / 1830	29 / 58
32 (ambulant)	750	23,4	1,22	915 / 1830	29 / 58
64 (gesamt)	1.500	23,4	1,22	1.830 / 3.660	29 / 58

* Zahlenangaben gerundet; Brutto-Stichprobe = Anzahl der Patientinnen, die einen Fragebogen zugesendet bekommen; Netto-Stichprobe = Anzahl der von Patientinnen zurückgesendeten, auswertbaren Fragebögen.

Sektorenvergleich

In Deutschland wird die Mehrzahl der Konisationen im ambulanten Sektor erbracht. Da angestrebt wird, in jeder Teilpopulation (ambulant/stationär) eine gleiche Messgenauigkeit zu erreichen, wird dennoch in jedem Sektor, unabhängig von der Größe der jeweiligen Zahl der operierten Patientinnen, eine Teilstichprobe gleicher Größe gezogen.

Sollen Vergleiche zwischen den Teilstichproben stattfinden, sind die geplanten Fallzahlen dafür ausreichend: Eine exemplarische Berechnung standardisierter Effektgrößen nach Cohen (1988) weist darauf hin, dass bei einer Rekrutierung von 20 Patientinnen pro Einrichtung mindestens 25 Einrichtungen und 500 Patientinnen pro Gruppe benötigt werden, um auch kleine Effekte (nach Cohen: d =Unterschied zwischen beiden Gruppen =0,2) nachweisen zu können (zweiseitiger Zwei-Stichproben t-Test zum Signifikanzniveau von 0,05).

3.3. Datenflussmodell für die Patientenbefragung

Die Versendung der Patientenfragebögen soll zunächst über die Leistungserbringer erfolgen. Dabei steht den Vorteilen einer besseren Rücklaufquote der Fragebögen und einer aktiven Beteiligung der Leistungserbringer, und damit einer höheren Akzeptanz der Qualitätsförderung, freilich das Restrisiko entgegen, dass nicht alle Patientinnen, die aufgrund der QS-Dokumentation einen Fragebogen erhalten sollten, diesen auch tatsächlich zugesandt bekommen. Dem wirkt das Anlegen einer Stammliste der Patientinnen, die einen Bogen erhalten, in der Einrichtung entgegen, die später im Rahmen einer Datenvalidierung überprüft werden könnte. Diese Organisationshilfe, in der die Einrichtung einträgt, wem sie einen Fragebogen und einen Reminder zugeschickt hat, verbleibt in der Einrichtung. Insgesamt erscheint die Versendung über die Leistungserbringer auch unter Datenschutzgesichtspunkten, mit Blick auf die Stichprobenziehung sowie die verfahrensbezogene und zeitnahe Versendung der Fragebögen an die Patientinnen (im Verfahren Konisation 2 Wochen nach der OP) als derzeit einzig praktikabler Weg.

Vom AQUA-Institut werden im Stichprobenverfahren (pseudonymisierte) Leistungserbringer für die Durchführung der Patientenbefragung bestimmt. Die Pseudonyme werden an die Datenannahmestellen weitergeleitet, die die betreffenden Einrichtungen darüber informieren, dass sie für die Durchführung einer Patientenbefragung vorgesehen sind und wann diese stattfinden soll. Die Einrichtungen werden um eine Bestätigung gebeten, ob ihnen die Durchführung der Befragung im angegebenen Zeitraum möglich ist.

Das AQUA-Institut stellt die Befragungsunterlagen (Fragebögen und ergänzende Informationen für die Patientinnen, Informationen zur Durchführung der Patientenbefragung und zur Dokumentation für die Einrichtungen) zusammen und versendet diese an die Datenannahmestellen. Diese leiten die Unterlagen an die jeweiligen Einrichtungen weiter.

In den Einrichtungen werden die Patientinnen in der Reihenfolge der Durchführung der Operation/des Eingriffs (QS-Filter) in die Stichprobe für die Befragung einbezogen, bis eine vorgegebene Anzahl an Patientinnen erreicht ist.

Die Erhebung der Stichprobe sowie die Versendung der Fragebögen und der Reminder an die Patientinnen werden über ein separates Modul der QS-Dokumentation sowie anhand einer Stammliste/Stammdatei dokumentiert.

Die Einrichtungen versenden die Fragebögen im Verfahren Konisation zwei Wochen nach dem Eingriff bzw. nach der Entlassung der Patientin. Die Patientinnen füllen den Fragebogen zuhause aus und schicken ihn mit einem beigefügten, adressierten Freiumschlag an das AQUA-Institut.

Folgende Maßnahmen zur Erhöhung der Rücklaufquote bei postalischen Befragungen werden allgemein empfohlen (Edwards et al. 2002; Porst 2001) und bei der Durchführung der Patientenbefragung berücksichtigt:

- Persönliches Anschreiben (vonseiten der Einrichtung)
- Erläuterung der Zielsetzung der Befragung, Information über die beteiligten Institutionen
- Verdeutlichung der Bedeutung des Themas und der Bedeutung für den Befragten
- Angebot der Rückmeldung von Befragungsergebnissen an den Befragten (hier: Hinweis auf die Veröffentlichung der Ergebnisse)
- Zusicherung der Anonymität
- Informationen zum Datenschutz
- Telefonnummer eines Ansprechpartners bei Rückfragen
- Gut lesbarer und überschaubar gestalteter Fragebogen
- Sinnvolle und logische Anordnung der Fragen
- Vermeidung von heiklen/unangenehmen Fragen
- Angemessene Fragebogenlänge (nicht zu lang)
- Adressierter Rückumschlag (Porto zahlt Empfänger)
- Einsatz eines Reminders (Erinnerungsschreiben). 14 Tage nach Versendung des Fragebogens wird an alle Patientinnen ein allgemeines Erinnerungsschreiben („General Reminder“) versendet (mit Dank für Teilnahme, sofern der Bogen bereits zurückgesendet wurde sowie ggf. freundlicher Erinnerung an die Rücksendung, sofern dies noch nicht geschehen ist).

Die Datenerfassung (per Scanner und Datenerfassungssoftware) und die Auswertung der Befragung erfolgen durch das AQUA-Institut.

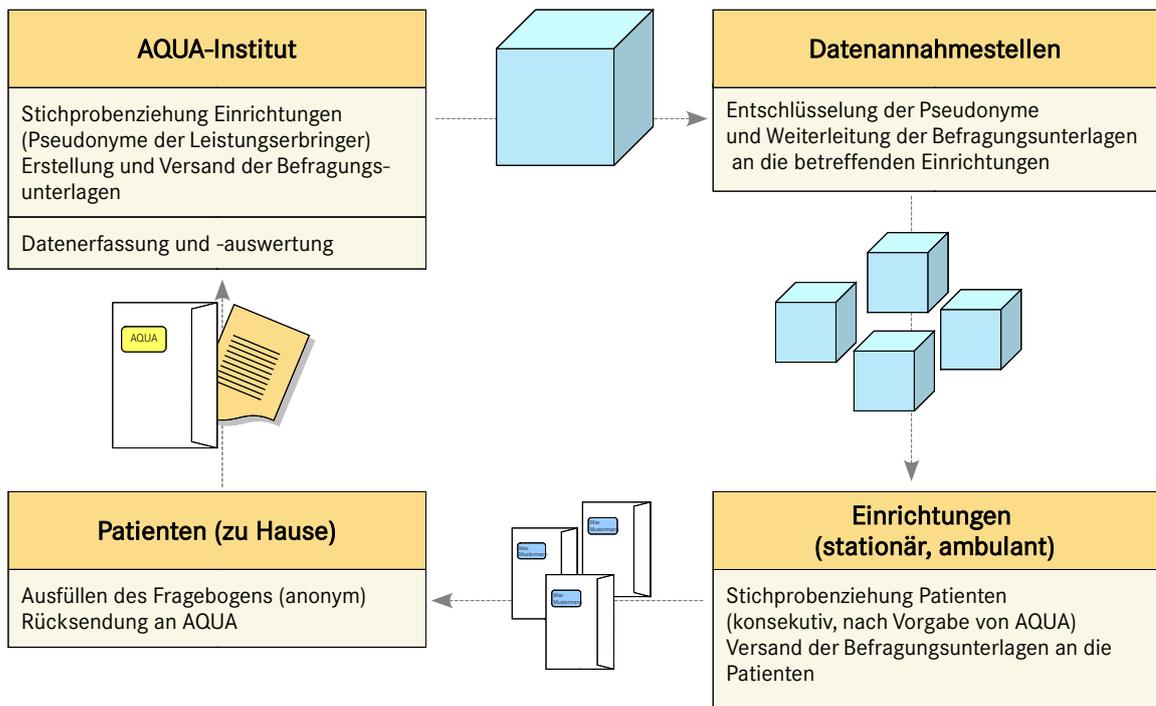


Abbildung 2: Übersicht über den Ablauf der Patientenbefragungen

3.4. Inhalt der Befragungsunterlagen

Vermittelt über die Datenannahmestelle erhalten die Einrichtungen die in Abbildung 3 aufgeführten und von AQUA-Institut bereitgestellten Unterlagen. Im Einzelnen erhalten die Einrichtungen folgende Unterlagen:

- Befragungsbeginn bzw. Befragungszeitraum
- Anleitung zur Durchführung der Befragung einschließlich der Stichprobenziehung
- Definition von Ausschlusskriterien für Patientinnen
- Anleitung zur Dokumentation der Befragung (QS-Dokumentation , Stammliste)
- Telefonnummern für Rückfragen (Datenannahmestelle und AQUA-Institut)
- Vorbereitete Befragungsunterlagen für die Patientinnen

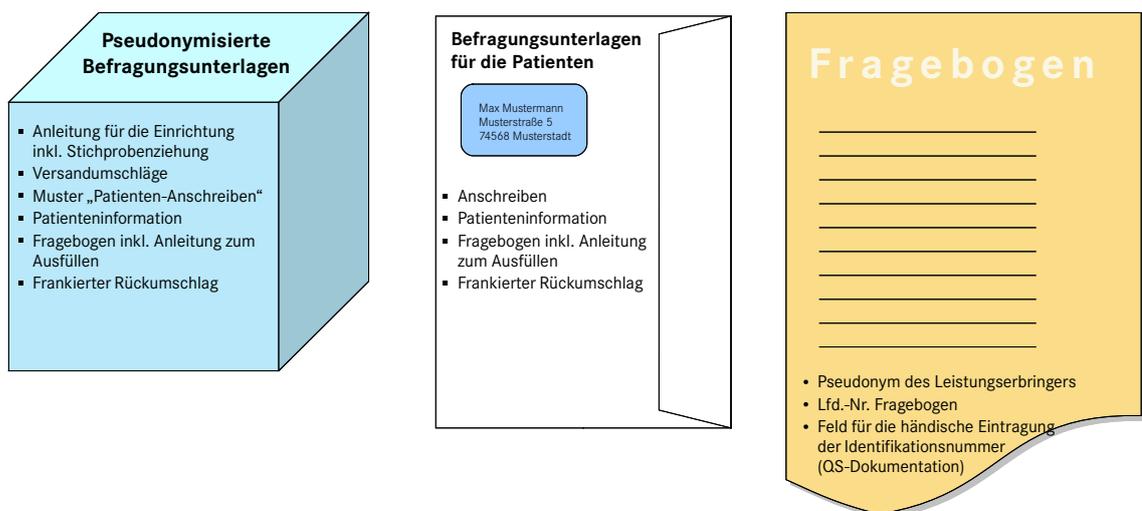


Abbildung 3: Erläuterungen zur Ablaufübersicht Patientenbefragungen

Die vorbereiteten Befragungsunterlagen für die Patientinnen enthalten ein **persönliches Anschreiben** an die Patientin vonseiten der Einrichtung (Musterentwurf wird den Einrichtungen von AQUA zur Verfügung gestellt), den **Fragebogen** und einen **frankierten Rückumschlag**. Darüber hinaus enthalten die Befragungsunterlagen **Patienteninformationen** mit folgendem Inhalt:

- Ziel der Befragung
- Freiwilligkeit der Teilnahme
- Beteiligte Institutionen
- Datenverarbeitung und Datenschutz
- Versendung eines Reminders nach ca. 14 Tagen
- Angabe einer Telefonnummer für mögliche Rückfragen (AQUA-Institut)

3.5. Verknüpfung von QS-Dokumentation und Patientenbefragungen

Eine Verknüpfung von QS-Dokumentation und Patientenbefragungen ermöglicht es, die Aussagefähigkeit der Patientenbefragung im Rahmen einer Non-Responderanalyse einzuschätzen. Sie ist auch Grundlage für mögliche, darüber hinausgehende Schritte der Datenvalidierung.

Um die Befragungsergebnisse den Leistungserbringern zuordnen zu können, eine kontrollierte Datenerfassung zu gewährleisten und eine Zusammenführung der Befragungsergebnisse mit QS-Daten zu ermöglichen, werden die Fragebögen mit den in Tabelle 4 dargestellten Codes versehen.

Tabelle 4: Kodierung der Patientenfragebögen

Kode/Nummerierung	Zeitpunkt der Eintragung in den Fragebogen	Zweck
Pseudonym des Leistungserbringers	Beim Ausdruck der Fragebögen durch AQUA-Institut, vor Versendung an die Datenannahmestellen	Pseudonymisierte Zuordnung der Befragungsergebnisse zum Leistungserbringer
Laufende Fragebogennummer	Beim Ausdruck der Fragebögen durch AQUA-Institut, vor Versendung an die Datenannahmestellen	Löschen von Doubletten bei der Datenerfassung, Fehlerkontrolle/Datenvalidierung
Identifikationsnummer, die von der QS-Software erzeugt wird (Minimalbogen Patientenbefragung)	In der Einrichtung vor der Versendung an die Patientin (manuelle Übertragung der Nummer aus der QS-Software auf den Fragebogen)	Möglichkeit der pseudonymisierten Zusammenführung der Befragungsdaten mit den QS-Daten

Die Dokumentation zur Patientenbefragung erfolgt zusätzlich zur Stammliste (s.o.) über einen „Minimalbogen zur Patientenbefragung“, der eine Ergänzung zur QS-Dokumentation darstellt.

In den Einrichtungen, die an der Patientenbefragung teilnehmen, erfolgt ab einem bestimmten vom AQUA-Institut vorgegebenen Stichtag, parallel zur QS-Dokumentation über den separat auszufüllenden Minimalbogen zur Patientenbefragung, eine konsekutive (aufeinanderfolgende) Dokumentation für alle Patientinnen, die über den QS-Filter erfasst wird, bis eine definierte Anzahl an Patientinnen erreicht ist. Für diese Patientinnen erfolgen die Dokumentationen: Ausschluss (nein/ja); wenn nein: Datum der Fragebogenversendung, Datum der Versendung des Reminders (Tabelle 5).

Weitere Informationen zur Patientin (Alter, Aufnahmedatum, Operationsdatum, Entlassungsdatum) können dem Datensatz zur Patientenbefragung später aus der QS-Dokumentation hinzugefügt werden.

Für Patientinnen, die begründet keinen Fragebogen erhalten (Ausschlussgründe für das Verfahren Konisation: siehe Tabelle 5), muss eine entsprechende Anzahl weiterer Patientinnen in die Stichprobe einbezogen werden, bis die angestrebte Anzahl für die Brutto-Stichprobe (Patientinnen, die einen Fragebogen erhalten) erreicht ist.

Die verschiedenen Dokumentationen dienen der (auch einrichtungsinternen) Kontrolle der Fragebogen- und Reminderversendung, der Dokumentation der Anzahl der ausgeschlossenen Patientinnen, der Berechnung der

Rücklaufquote sowie der Non-Responderanalyse (Vergleich der Merkmale von Befragungsteilnehmer – Nicht-Teilnehmer).

Darüber hinaus ermöglicht eine pseudonymisierte Zusammenführung von Patientenbefragungsergebnissen mit QS-Daten eine Analyse von Zusammenhängen zwischen den Rückmeldungen der Patientinnen und den erhobenen klinischen Daten.

Eine geeignete Vorgehensweise für die Durchführung der verfahrensbezogenen Patientenbefragung in den Einrichtungen, z.B. die Erstellung einer Stammliste und einer Adressdatei für die Versendung der Fragebögen und der Reminder, wird im Rahmen der Machbarkeitsprüfung gemeinsam mit den Einrichtungen getestet.

Tabelle 5: Dokumentation zur Patientenbefragung in den Einrichtungen

Datenfeld	Ausprägung
Identifikationsnummer des Patienten	Automatisierte Übernahme aus der QS-Dokumentation
Besteht ein Ausschlussgrund?	Nein/ja Ausfüllhinweis: Ausschlussgründe für das Verfahren Konisation: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter unter 18 Jahren ▪ Schwere Begleiterkrankung(en), die eine Beantwortung nicht ermöglichen (z.B. Demenz) ▪ Patientin verstorben ▪ Patientin versteht die Sprache des Fragebogens nicht ▪ Patientin kann nicht lesen und schreiben ▪ Patientin lehnt es ab, an der Befragung teilzunehmen Ein Ausschluss erfolgt nur, wenn ein eindeutiger Grund vorliegt. Im Zweifelsfall soll die Patientin einen Fragebogen erhalten.
Fragebogenversendung	Datum
Reminderversendung	Datum

3.6. Zeitpunkt der Durchführung

Die Patientenbefragungen im Rahmen der externen Qualitätssicherung werden ausschließlich im ersten, zweiten oder dritten Jahresquartal durchgeführt (Festlegung des Zeitraums durch das AQUA-Institut). Im vierten Quartal ist eine vollständige Dokumentation der Patientenbefragung (Versendung der Fragebögen und der Reminder) vor Abschluss der QS-Dokumentation aufgrund der zeitlich versetzten Versendung der Fragebögen nicht gewährleistet.

3.7. Frequenz der Durchführung

Die Patientenbefragungen sollten nach Übergang in den Routinebetrieb jährlich durchgeführt werden. Eine Entscheidung über eine Fortsetzung sollte aktiv nach zwei Durchläufen (Jahrgang 1 und 2, siehe oben) getroffen werden.

3.8. Auswertung und Berichterstattung

Die Erfassung und Auswertung der Fragebögen erfolgt durch das AQUA-Institut. Die Berichterstattung erfolgt auf Bundesebene, d.h. es werden die bundesweit erhobenen Daten veröffentlicht. Ziel ist eine Aussage über die Versorgungsqualität aus Patientensicht bezogen auf eine bei ihnen durchgeführte Konisation in Deutschland insgesamt und im Vergleich der Sektoren untereinander. Insbesondere sollen mögliche Qualitätsdefizite (ggf. auch bezogen auf Subgruppen) aus Patientensicht sichtbar werden, um entsprechende Qualitätsförderungsmaßnahmen anzuregen. Die beteiligten Einrichtungen selbst erhalten eine Auswertung ihrer individuellen Ergebnisse im anonymisierten Vergleich zum Gesamtergebnis aller teilnehmenden Einrichtungen.

4. Zusammenfassung

Die Entwicklung der Patientenbefragung zum Verfahren Konisation beinhaltet damit im Wesentlichen die Schritte:

- Fragebogenentwicklung
- Machbarkeitsprüfung
- Probebetrieb
- Umsetzung als Stichprobe
- Analyse der Befragungsergebnisse
- Entscheidung über Ausweitung, Beibehaltung oder Beendigung der Patientenbefragung

Einen Überblick über die Entwicklungsschritte zeigt Abbildung 4.

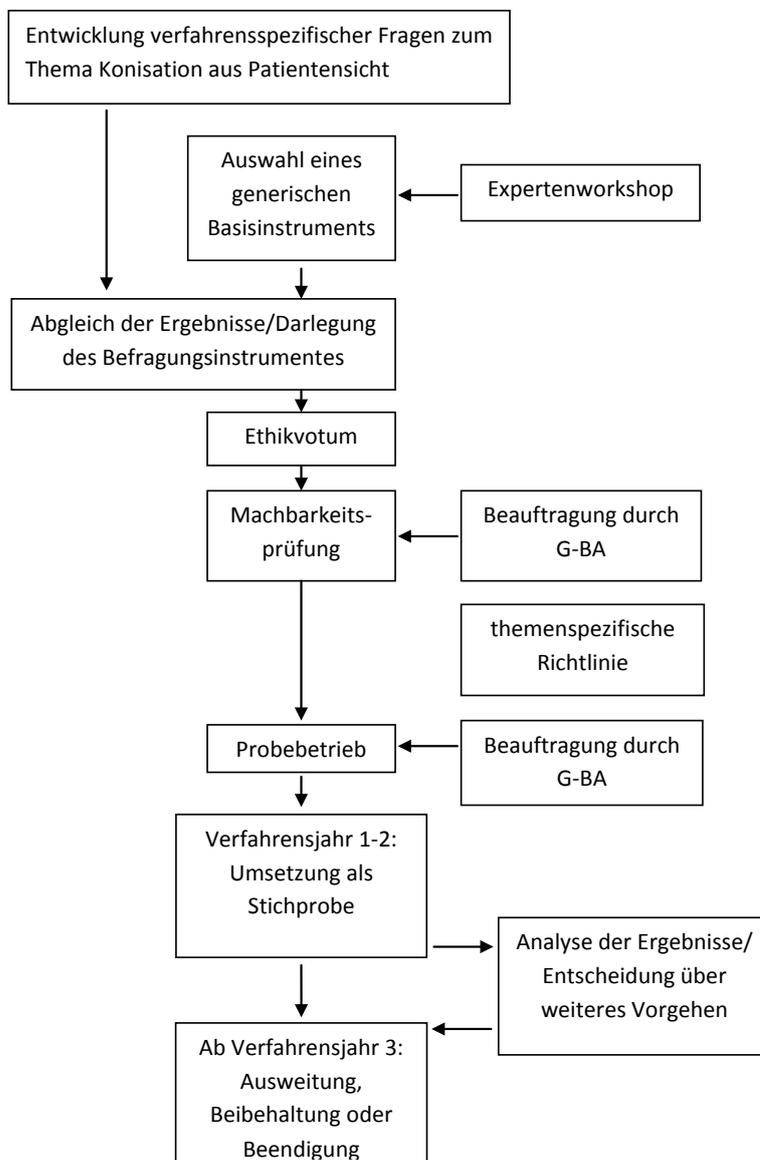


Abbildung 4: Entwicklung der Patientenbefragung zum Verfahren Konisation

Literaturverzeichnis

- Adams G, Gulliford MC, Ukoumunne OC, Eldridge S, Chinn S, Campbell MJ. Patterns of intra-cluster correlation from primary care research to inform study design and analysis. *J Clin Epidemiol.* 2004; 57(8):785-794.
- AQUA-Institut. Allgemeine Methoden für die wissenschaftliche Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V (Version 2.0 vom 30.06.2010). Quelle: <http://www.sgg.de/hintergrundinformation/methodenpapier/index.html> (Zugriff am: 29.10.2010).
- Barkley WM, Furse DH. Changing priorities for improvement: the impact of low response rates in patient satisfaction. *Jt Comm J Qual Improv.* 1996; 22(6):427-433.
- Bleses, H. Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal. Berlin: Medizinische Fakultät der Charité - Universitätsmedizin Berlin 2005.
- Carey RG. How to choose a Patient Survey System. *Joint Commission Journal for Quality Improvement.* 1999; 25:20-25.
- Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, Delbanco TL. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Aff (Millwood).* 1991; 10(4):254-267.
- Cohen, J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates 1988.
- Dehn-Hindenberg A. Qualität aus Patientensicht: Kommunikation, Vertrauen und Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse sind der Schlüssel zum Therapieerfolg. *Gesundh Ökon Qual manag.* 2008; 13:298-303.
- Dierks M, Bitzer E, Schwarz F, Haase I. Focus-group-discussions - eine Methode zur Erhebung von Qualitätskriterien in der hausärztlichen Versorgung aus der Perspektive der Patienten. *Z Allg Med.* 1994; 70:921-924.
- Dierks M, Seisel G, Horch K. *Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen.* Berlin: Robert Koch Institut 2006.
- Edwards P, Roberts I, Clarke M, Diguseppi C, Pratap S, Wentz R, Kwan I. Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ.* 2002; 324(7347):1183.
- Gabler S, Häder S. Über Design-Effekte. In: Mohler P et al. (eds). *Querschnitt. Festschrift zum 65. Geburtstag von Max Kaase.* Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) 2000:73-97.
- Hellsten C, Sjostrom K, Lindqvist PG. A 2-year follow-up study of anxiety and depression in women referred for colposcopy after an abnormal cervical smear. *BJOG.* 2008; 115(2):212-218.
- Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care.* 2002; 11(4):335-339.
- Kavanagh AM, Broom DH. Women's understanding of abnormal cervical smear test results: a qualitative interview study. *BMJ.* 1997; 314(7091):1388-1391.
- Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). *Z Arztl Fortbild Qualitätssich.* 1999; 93(6):437-445.
- Lauver DR, Baggot A, Kruse K. Women's experiences in coping with abnormal Papanicolaou results and follow-up colposcopy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1999; 28(3):283-290.

Pfaff, H., Albert, U.-S., Bornemann, E., Ernstmann, N., Gostomzyk, J., Gottwick, M. G., Heller, Günther, Höhman, U., Karbach, U., Ommen, O., and Wirtz, M. Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung. 7. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Köln. 2008.

Porst R. Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. Mannheim: 2001.

Satzinger W, Raspe H. Weder Kinderspiel noch Quadratur des Kreises. Eine Übersicht über methodische Grundprobleme bei Befragungen von Krankenhauspatienten. In: Satzinger W et al. (eds). Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. St. Augustin: Asgard-Verlag 2001:41-80.

Schnell, R, Hill P, Esser E. Methoden der empirischen Sozialforschung. 8. Auflage, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag 2008.

Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. Soc Sci Med. 1998; 47(10):1573-1588.

Datensatz Konisation

KON (Spezifikation 15.0 Testinstanz)

BASIS			
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			
1-17	Basisdokumentation		
1-5	Patientenidentifizierende Daten		
1	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	9	Arztnummer (LANR) <input type="text"/>
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse <input type="text"/>	10-13	Patient
3	Krankenversicherthenummer <input type="text"/>	10	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/>
4	Einheitliche Krankenversicherthenummer <input type="text"/>	11	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	12	Aufnahme diagnose(n) <small>ICD-10-GM</small> <small>http://www.dimdi.de</small> 1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/> 4. <input type="text"/> 5. <input type="text"/>
6-9	Leistungserbringeridentifizierende Daten	13	Aufnahmedatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>
6-7	stationär	14-17	Anamnese
6	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>	14	Bestehende Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
6,01	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/>	wenn Schwangerschaft = 1 (ja)	
7	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung</small> <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> Schlüssel 1	15>	Schwangerschaftsdiagnose(n) <small>ICD-10-GM</small> <small>http://www.dimdi.de</small> 1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/> 4. <input type="text"/> 5. <input type="text"/>
8-9	ambulant	16	Hatte die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
8	Betriebsstätten-Nummer <small>KV-Nummer</small> <input type="text"/>	wenn Feld 16 = 1 17> Datum der vorangegangenen Konisation <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>	

Datensatz Konisation

OPERATION	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
18-23	Prozedur
18	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthalts? <input type="checkbox"/> 1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation
19	OP-Datum TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
20	Operation OPS http://www.dimdi.de 1. <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
21	Art der Prozedur <input type="checkbox"/> 1 = Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2 = Messerkonisation 3 = Laserkonisation 4 = Schlingenkonisation 5 = Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6 = Amputation der Cervix uteri
22	Kolposkopie durch den Operateur <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 22 = 1	
23>	Zeitpunkt der Kolposkopie <input type="checkbox"/> 1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä-und intraoperativ
24-34	Postoperativer Verlauf
24-32	Postoperative Befunde
24	Bericht liegt vor postoperative Histologie <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 24 = 1	
25>	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates postoperativ <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, gut 2 = ja, schlecht
wenn Feld 24 = 1 und Feld 25 IN (1;2)	
26>>	Endozervikaler Resektionsrand <input type="checkbox"/> 1 = negativ 2 = positiv
27>>	Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand <input type="checkbox"/> 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
28>>	Ektozervikaler Resektionsrand <input type="checkbox"/> 1 = negativ 2 = positiv
29>>	Abstand der Läsion zum ektozervikalen Resektionsrand <input type="checkbox"/> 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
30>>	Histologischer Befund postoperativ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund, einschließlich Ektopie 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind
wenn Feld 30 IN (6;7)	
31>>>	Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen <input type="checkbox"/> 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
32>>>	Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen <input type="checkbox"/> 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
33-34	Postoperative Komplikationen
33	Postoperative Komplikationen <input type="checkbox"/> 0 = nein (keine postoperative Komplikation aufgetreten) 1 = ja (postoperative Komplikation aufgetreten)
wenn Feld 33 = 1	
34>	Art der postoperativen Komplikation <input type="checkbox"/> 1 = OP-pflichtige Nachblutung 2 = transfusionsbedürftige Nachblutung 3 = nicht OP-pflichtige und nicht transfusionsbedürftige Nachblutung

Datensatz Konisation

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
35-36	Entlassung
35	<p>Entlassungsdatum</p> <p>TT.MM.JJJJ</p> <p style="text-align: right;">□□.□□.□□□□</p>
36	<p>Entlassungsdiagnosen</p> <p>ICD-10-GM</p> <p>http://www.dimdi.de</p> <p>1. □□□.□□</p> <p>2. □□□.□□</p> <p>3. □□□.□□</p> <p>4. □□□.□□</p> <p>5. □□□.□□</p> <p>6. □□□.□□</p> <p>7. □□□.□□</p> <p>8. □□□.□□</p>

Datensatz Konisation

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1800 = Gefäßchirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1890 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1900 = Plastische Chirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1990 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1991 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1992 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2000 = Thoraxchirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2091 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2092 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2100 = Herzchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2190 = Herzchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2191 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2192 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2291 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2292 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2305 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2392 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2425 = Frauenheilkunde
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2500 = Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2591 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2592 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2790 = Augenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2791 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2891 = Neurologie
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2892 = Neurologie
0892 = Pneumologie	1792 = Neurochirurgie	2900 = Allgemeine Psychiatrie
		2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
		2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datensatz Konisation

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3690 = Intensivmedizin
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3691 = Intensivmedizin
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3692 = Intensivmedizin
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3700 = sonstige Fachabteilung
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3752 = Palliativmedizin
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3757 = Visceralchirurgie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3790 = Sonstige Fachabteilung
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3791 = Sonstige Fachabteilung
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3792 = Sonstige Fachabteilung
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3200 = Nuklearmedizin	
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3290 = Nuklearmedizin	
3291 = Nuklearmedizin	
3292 = Nuklearmedizin	
3300 = Strahlenheilkunde	
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
3390 = Strahlenheilkunde	
3391 = Strahlenheilkunde	
3392 = Strahlenheilkunde	
3400 = Dermatologie	
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3490 = Dermatologie	
3491 = Dermatologie	
3492 = Dermatologie	
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3600 = Intensivmedizin	
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie	
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	
3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie	
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	

Datensatz Konisation: Follow-up

KONHPV (Spezifikation 15.0 Testinstanz)

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-9	Basisdokumentation
1-5	Patientenidentifizierende Daten
1	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Krankenversichertennummer <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Einheitliche Krankenversicherthenummer <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
6-7	Leistungserbringeridentifizierende Daten
6-7	ambulant
6	Betriebsstätten-Nummer <small>KV-Nummer</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Arztnummer (LANR) <input type="text"/> <input type="text"/>
8-9	Patient
8	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/>
9	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

10-12	HPV
10	Konisation innerhalb der letzten 6 - 12 Monate? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 10 = 1	
11>	HPV-Test <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja (es liegt ein HPV-Test nach der Konisation vor)
wenn HPV-Test vorliegt (Feld 11 = 1)	
12>>	Datum HPV-Test <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Datensatz Patientenbefragung externe Qualitätssicherung

PATB (Spezifikation 15.0 Testinstanz)

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-10	Basisdokumentation
1	zugehöriges QS-Modul <input type="text"/> Schlüssel 1
2	Identifikationsnummer des Patienten im zugehörigen QS-Modul <input type="text"/>
3-4	stationär
3	Institutionskennzeichen <small>http://www.arqe-ik.de</small> <input type="text"/>
3.01	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/>
4	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung</small> <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> Schlüssel 2
5-6	ambulant
5	Betriebsstätten-Nummer <small>KV-Nummer</small> <input type="text"/>
6	Arztnummer (LANR) <input type="text"/>
7-10	Patient
7	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>
8	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich <input type="checkbox"/>
9	Aufnahme datum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>
10	Entlassungsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>
11-14	Befragung
11	Identifikationsnummer der Patientenbefragung <input type="text"/>
12	Besteht ein Ausschlussgrund? 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
wenn kein Ausschlussgrund vorliegt (Feld 12 = 0)	
13>	Datum der Fragebogenversendung <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>
wenn der Fragebogen versendet wurde (Feld 13 <> LEER)	
14>>	Datum der Reminderversendung <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>

Datensatz Patientenbefragung externe Qualitätssicherung

Schlüssel 1

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
 17/2 = Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
 17/3 = Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
 17/5 = Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
 17/6 = Knie-Schlitzenprothesen-Erstimplantation
 17/7 = Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
 18/1 = Mammachirurgie
 20/1 = Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)
 21/3 = Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
 DEK = Dekubitusprophylaxe
 HCH = Herzchirurgie
 HTX = Herztransplantation
 NEO = Neonatologie
 NNH = Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe
 PNEU = Ambulant erworbene Pneumonie
 SA_FRUEHREHA_HE = Schlaganfall-Frührehabilitation (nur Hessen)
 SA_HE = Schlaganfall-Akutbehandlung (nur Hessen)

Schlüssel 2

0100 = Innere Medizin
 0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
 0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
 0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
 0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
 0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
 0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
 0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
 0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
 0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
 0150 = Innere Medizin/Tumorforschung
 0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
 0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
 0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
 0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde

0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
 0190 = Innere Medizin
 0191 = Innere Medizin
 0192 = Innere Medizin
 0200 = Geriatrie
 0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
 0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 0290 = Geriatrie
 0291 = Geriatrie
 0292 = Geriatrie
 0300 = Kardiologie
 0390 = Kardiologie
 0391 = Kardiologie
 0392 = Kardiologie
 0400 = Nephrologie
 0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 0436 = Nephrologie/Intensivmedizin
 0490 = Nephrologie
 0491 = Nephrologie
 0492 = Nephrologie
 0500 = Hämatologie und internistische Onkologie
 0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
 0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
 0590 = Hämatologie und internistische Onkologie
 0591 = Hämatologie und internistische Onkologie
 0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
 0600 = Endokrinologie
 0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
 0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 0690 = Endokrinologie
 0691 = Endokrinologie
 0692 = Endokrinologie
 0700 = Gastroenterologie
 0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
 0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 0790 = Gastroenterologie
 0791 = Gastroenterologie
 0792 = Gastroenterologie
 0800 = Pneumologie
 0890 = Pneumologie
 0891 = Pneumologie
 0892 = Pneumologie
 0900 = Rheumatologie
 0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 0990 = Rheumatologie
 0991 = Rheumatologie
 0992 = Rheumatologie
 1000 = Pädiatrie
 1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
 1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
 1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
 1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
 1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
 1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
 1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
 1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
 1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
 1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
 1051 = Langzeitbereich Kinder

1090 = Pädiatrie
 1091 = Pädiatrie
 1092 = Pädiatrie
 1100 = Kinderkardiologie
 1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
 1190 = Kinderkardiologie
 1191 = Kinderkardiologie
 1192 = Kinderkardiologie
 1200 = Neonatologie
 1290 = Neonatologie
 1291 = Neonatologie
 1292 = Neonatologie
 1300 = Kinderchirurgie
 1390 = Kinderchirurgie
 1391 = Kinderchirurgie
 1392 = Kinderchirurgie
 1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
 1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
 1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
 1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
 1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
 1500 = Allgemeine Chirurgie
 1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
 1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
 1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
 1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
 1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
 1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
 1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV '95)
 1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
 1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
 1590 = Allgemeine Chirurgie
 1591 = Allgemeine Chirurgie
 1592 = Allgemeine Chirurgie
 1600 = Unfallchirurgie
 1690 = Unfallchirurgie
 1691 = Unfallchirurgie
 1692 = Unfallchirurgie
 1700 = Neurochirurgie
 1790 = Neurochirurgie
 1791 = Neurochirurgie
 1792 = Neurochirurgie
 1800 = Gefäßchirurgie
 1890 = Gefäßchirurgie
 1891 = Gefäßchirurgie
 1892 = Gefäßchirurgie
 1900 = Plastische Chirurgie
 1990 = Plastische Chirurgie
 1991 = Plastische Chirurgie
 1992 = Plastische Chirurgie
 2000 = Thoraxchirurgie
 2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
 2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
 2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
 2090 = Thoraxchirurgie
 2091 = Thoraxchirurgie
 2092 = Thoraxchirurgie
 2100 = Herzchirurgie
 2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie

Datensatz Patientenbefragung externe Qualitätssicherung

2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPIV '95)

2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin

2190 = Herzchirurgie

2191 = Herzchirurgie

2192 = Herzchirurgie

2200 = Urologie

2290 = Urologie

2291 = Urologie

2292 = Urologie

2300 = Orthopädie

2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie

2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie

2390 = Orthopädie

2391 = Orthopädie

2392 = Orthopädie

2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe

2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie

2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie

2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie

2425 = Frauenheilkunde

2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe

2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe

2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe

2500 = Geburtshilfe

2590 = Geburtshilfe

2591 = Geburtshilfe

2592 = Geburtshilfe

2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

2700 = Augenheilkunde

2790 = Augenheilkunde

2791 = Augenheilkunde

2792 = Augenheilkunde

2800 = Neurologie

2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie

2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten

2890 = Neurologie

2891 = Neurologie

2892 = Neurologie

2900 = Allgemeine Psychiatrie

2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie

2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie

2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung

2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie

2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung

2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik

2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik

2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik

2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik

2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

2990 = Allgemeine Psychiatrie

2991 = Allgemeine Psychiatrie

2992 = Allgemeine Psychiatrie

3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie

3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie

3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie

3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie

3100 = Psychosomatik/Psychotherapie

3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

3190 = Psychosomatik/Psychotherapie

3191 = Psychosomatik/Psychotherapie

3192 = Psychosomatik/Psychotherapie

3200 = Nuklearmedizin

3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde

3290 = Nuklearmedizin

3291 = Nuklearmedizin

3292 = Nuklearmedizin

3300 = Strahlenheilkunde

3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie

3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie

3390 = Strahlenheilkunde

3391 = Strahlenheilkunde

3392 = Strahlenheilkunde

3400 = Dermatologie

3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

3490 = Dermatologie

3491 = Dermatologie

3492 = Dermatologie

3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

3600 = Intensivmedizin

3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin

3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie

3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie

3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie

3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie

3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie

3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie

3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe

3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie

3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie

3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie

3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie

3690 = Intensivmedizin

3691 = Intensivmedizin

3692 = Intensivmedizin

3700 = sonstige Fachabteilung

3750 = Angiologie

3751 = Radiologie

3752 = Palliativmedizin

3753 = Schmerztherapie

3754 = Heiltherapeutische Abteilung

3755 = Wirbelsäulenchirurgie

3756 = Suchtmedizin

3757 = Visceralchirurgie

3790 = Sonstige Fachabteilung

3791 = Sonstige Fachabteilung

3792 = Sonstige Fachabteilung

Anhang F2.1: Feldspezifikation Konisation Präoperative Diagnostik

Ifd. Nr.	Bezeichnung	Schlüsselcode	Ausfüllhinweise
QS-Filter			
OPS IN KONISATION_OPS UND ALTER ≥ 12			
Teildatensatz Basisdokumentation			
BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Basisdokumentation (FELD 1-20)			
Patientenidentifizierenden Daten (FELD 1-5)			
1	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar	0 = nein 1 = ja	Hier ist zu dokumentieren, ob die nachfolgenden Versichertendaten (Institutionskennzeichen der Krankenkasse, Versichertennummer [alt] bzw. [neu], gesetzlich versichert) im Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) verfügbar sind und ggf. automatisch in die QS-Dokumentationssoftware übernommen werden können. Die fehlerfreie Dokumentation der Versichertendaten ist eine zentrale Voraussetzung für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Diese Information soll genutzt werden, um verschiedene QS-Dokumentationen (Index-Aufenthalt, Präoperative Diagnostik und Follow-up) einer Patientin auswerten zu können. Eine fehlerfreie und datenschutzkonforme Zusammenführung der pseudonymisierten Datensätze ist nur möglich, wenn die personenidentifizierenden Angaben fehlerfrei dokumentiert sind.
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse		Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3. SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sofern eine automatische Übernahme aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) möglich ist, wird dies bevorzugt.
3	Krankenversichertennummer		Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.
4	Einheitliche Krankenversichertennummer		Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über
5	Ist Patient gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis der Patientin ab. Beispielsweise ist die Frage mit ja zu beantworten, wenn das übermittelte "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" sich auf eine gesetzliche Krankenkasse bezieht. (Es sollte geprüft werden, ob sich das Institutionskennzeichen der Krankenkasse auf eine gesetzliche Krankenkasse bezieht.)
Leistungserbringeridentifizierenden Daten (FELD 6-7)			
ambulant (FELD 6-7)			
6	Betriebsstätten-Nummer (KV-Nummer)		Die von der KV vergebenen "Betriebsstätten-Nummern (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen an Krankenhäusern.
7	Arztnummer (LANR)		Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.
Patientin (FELD 8-12)			

Anhang F2.1: Feldspezifikation Konisation Präoperative Diagnostik

8	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin		Die Identifikationsnummer erhält die Patientin bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die LQS oder das AQUA-Institut weitergegeben.
9	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
10	Aufnahmedatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
Anamnese (FELD 11-12)			
11	Bestehende Schwangerschaft?	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld kann automatisiert ausgefüllt werden, wenn eine der ICD O00 bis O99 im Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) eingetragen ist und eine automatisierte Übernahme in die QS-Dokumentation möglich ist.
wenn Feld 11 = 1			
12	Schwangerschaftsdiagnose (n) (ICD-10-GM)		Differenzierte Bezeichnung der Schwangerschaft gemäß ICD 10 GM. Dieses Feld kann automatisiert ausgefüllt werden, wenn eine der ICD O00 bis O99 im KIS eingetragen ist und eine entsprechende Bedingung in der Software umgesetzt wird.
Präoperative Diagnostik (FELD 13-20)			
Kolposkopie (FELD 13-14)			
13	Präoperative Differentialkolposkopie	0 = nein 1 = ja	Wurde vor der Konisation eine Kolposkopie durchgeführt?
wenn Feld 13 = 1			
14	Qualifikation des Durchführenden	1 = Arzt in der Weiterbildung 2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie	Unter Zusatzausbildung ist eine über das Facharztniveau hinausgehende Kolposkopie-Ausbildung (z.B. Kurse/Prüfung zum Kolposkopiediplom) zu verstehen.
Zytologie (FELD 15-16)			
15	Präoperative Zytologie - Bericht liegt vor	0 = nein 1 = ja	Liegt der Bericht der präoperativ durchgeführten Zytologie vor?
wenn Feld 15 = 1			
16	Zytologischer Befund präoperativ	0 = PAP I 1 = PAP II 2 = PAP III 3 = PAP IIID 4 = PAP IV 5 = PAP V 9 = keine Angabe	Befund aus dem Zytologiebericht.
Histologie (FELD 17-20)			
17	Präoperative Histologie (Biopsie)	0 = nein 1 = ja	Liegt der Bericht der präoperativ durchgeführten Biopsie/Histologie vor?
wenn Feld 17 = 1			
18	Datum der Histologie präoperativ		Hier ist das Datum des histologischen Berichts einzutragen.
19	Histologischer Befund, präoperativ	1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund, einschließlich Ektopie 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind	Hier wird manuell der Befund aus dem präoperativen Histologiebericht eingetragen.

Anhang F2.2: Feldspezifikation Konisation Operation

lfd.Nr.	Bezeichnung	Schlüsselcode	Ausfüllhinweise
QS-Filter			
OPS IN KONISATION OPS UND ALTER ≥ 12			
Teildatensatz Basisdokumentation			
BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Basisdokumentation (FELD 1-19)			
Patientenidentifizierende Daten (FELD 1-5)			
1	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar	0 = nein 1 = ja	Hier ist zu dokumentieren, ob die nachfolgenden Versichertendaten (Institutionskennzeichen der Krankenkasse, Versichertennummer [alt] bzw. [neu], gesetzlich versichert) im Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) verfügbar sind und ggf. automatisch in die QS-Dokumentationssoftware übernommen werden können. Die fehlerfreie Dokumentation der Versichertendaten ist eine zentrale Voraussetzung für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Diese Information soll genutzt werden, um verschiedene QS-Dokumentationen (Index-Aufenthalt, Präoperative Diagnostik und Follow-up) einer Patientin auswerten zu können. Eine fehlerfreie und datenschutzkonforme Zusammenführung der pseudonymisierten Datensätze ist nur möglich, wenn die personenidentifizierenden Angaben fehlerfrei dokumentiert sind.
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	-	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sofern eine automatische Übernahme aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) möglich ist, wird dies bevorzugt.
3	Krankenversichertennummer	-	Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.
4	Einheitliche Krankenversichertennummer	-	Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.
5	Ist Patient gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	Das Datenfeld "Ist Patient gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis der Patientin ab. Beispielsweise ist die Frage mit ja zu beantworten, wenn das übermittelte "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" sich auf eine gesetzliche Krankenkasse bezieht. (Es sollte geprüft werden, ob sich das Institutionskennzeichen der Krankenkasse auf eine gesetzliche Krankenkasse bezieht.)

Anhang F2.2: Feldspezifikation Konisation Operation

Leistungserbringeridentifizierende Daten (FELD 6-7)			
Stationär (FELD 6-7)			
6	Institutionskennzeichen	http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.
6.01	Betriebsstätten-Nummer	-	Diese "Betriebsstätten-Nummer" dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die "Betriebsstätten-Nummer" ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die "Betriebsstätten-Nummern" eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.
7	Fachabteilung	§ 301 SGB V; § 301- Vereinbarung: http://dkgev.de (Schlüssel 1)	selbsterklärend
Ambulant (FELD 8-9)			
8	Betriebsstätten-Nummer (KV-Nummer)	-	Die von der KV vergebenen "Betriebsstätten-Nummern (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen an Krankenhäusern.
9	Arztnummer (LANR)	-	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.
Patient (FELD 10-13)			
10	Einrichtunginterne Identifikationsnummer der Patientin	-	Die "einrichtunginterne Identifikationsnummer" erhält die Patientin bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die LQS oder das AQUA-Institut weitergegeben.
11	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
12	Aufnahmediagnose (n) ICD-10-GM	-	Hier wird die Diagnose zum Aufnahmezeitpunkt mittels ICD-Kode eingetragen.
13	Aufnahmedatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend

Anhang F2.2: Feldspezifikation Konisation Operation

Anamnese (FELD 14-17)			
14	Bestehende Schwangerschaft?	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld kann automatisiert ausgefüllt werden, wenn eine der ICD O00 bis O99 im Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) eingetragen ist und eine automatisierte Übernahme in die QS-Dokumentation möglich ist.
wenn Feld 14 =1			
15	Schwangerschaftsdiagnose(n) (ICD-10-GM)		Differenzierte Bezeichnung der Schwangerschaft gemäß ICD 10 GM. Dieses Feld kann automatisiert ausgefüllt werden, wenn eine der ICD O00 bis O99 im KIS eingetragen ist und eine entsprechende Bedingung in der Software umgesetzt wird.
16	Hatte die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation?	0 = nein 1 = ja	Hier wird eingetragen, ob die Patientin vor diesem Aufenthalt bereits eine Konisation hatte (innerhalb von 3 Monaten)
wenn Feld 16 =1			
17	Datum der vorangegangenen Konisation	TT.MM.JJJJ	Wenn die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation hatte, dann muss das Datum der vorangegangenen Konisation dokumentiert werden.
Teildatensatz Operation (Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Prozedur (FELD 18-23)			
18	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthaltes?	1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation	Rekonisation = eine wiederholte Konisation während desselben Aufenthaltes. (unmittelbar auf die Erstkonisation folgend)
19	OP-Datum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
20	Operation (OPS)	http://www.dimdi.de (Schlüsseltablelle OPS)	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag in der Einrichtung gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2012 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn die Patientin am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.
21	Art der Prozedur	1 = Diagnostische Exzisions-/Knipsbiopsie 2 = Messerkonisation 3 = Laserkonisation 4 = Schlingenkonisation 5 = Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri 6 = Amputation der Cervix uteri	selbsterklärend
22	Kolposkopie durch den Operateur	0 = nein 1 = ja	Hier wird eingetragen, ob die Kolposkopie durch den Operateur selbst vorgenommen wurde.
wenn Feld 22 =1			
23	Zeitpunkt der Kolposkopie	1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä- und intraoperativ	3= ist anzugeben, wenn sowohl prä- als auch intraoperativ eine Kolposkopie durchgeführt wurde. Der Zeitraum "präoperativ" wird auf 3 Monate begrenzt.

Anhang F2.2: Feldspezifikation Konisation Operation

Postoperativer Verlauf (FELD 24-36)			
Postoperative Befunde (FELD 24-32)			
24	Bericht liegt vor Postoperative Histologie	0 = nein 1 = ja	Hier wird eingetragen, ob postoperativ ein Histologiebefund vorliegt.
wenn Feld 24 = 1			
25	Beurteilbarkeit des Präparates des histologischen Präparats postoperativ	0 = nein 1 = ja, gut 2 = ja, schlecht	Ist das Präparat nicht beurteilbar, muss "0" angegeben werden. Ist das Präparat gut beurteilbar, dann "1". Ist es schlecht beurteilbar, dann "2".
wenn Feld 24 = 1 und Feld 25 = 1 oder 2			
26	Endozervikaler Resektionsrand	0 = negativ 1 = positiv	Hier wird eingetragen, ob der endozervikale Resektionsrand befallen ist.
27	Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand	0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben	Hier wird der Sicherheitsabstand zum endozervikalen Resektionsrand angegeben.
28	Ektozervikaler Resektionsrand	0 = negativ 1 = positiv	Hier wird eingetragen, ob der ektozervikale Resektionsrand befallen ist.
29	Abstand der Läsion zum ektozervikalen Resektionsrand	0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben	Hier wird der Sicherheitsabstand zum ektozervikalen Resektionsrand angegeben.
30	Histologischer Befund postoperativ	1 = Cervix uteri: histologischer Normalbefund, einschließlich Ektopie 2 = Cervix uteri: CIN 1 3 = Cervix uteri: CIN 2 / mittelschwere Dysplasie 4 = Cervix uteri: CIN 3 / Carcinoma in situ / schwere Dysplasie 5 = Cervix uteri: Adenocarcinoma in situ 6 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 7 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 9 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 1 bis 7 nicht erfasst sind	Hier wird manuell der Befund aus dem präoperativen Histologiebericht eingetragen.
wenn Feld 30 = 6 oder 7			
31	Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben	Hier wird die vertikale Ausdehnung der invasiven Läsion in Millimetern angegeben.

Anhang F2.2: Feldspezifikation Konisation Operation

32	Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben	Hier wird die horizontale Ausdehnung der invasiven Läsion in Millimetern angegeben.
Postoperative Komplikationen (FELD 33-34)			
33	Postoperative Komplikationen	0 = nein (keine postoperative Komplikation aufgetreten) 1 = ja (postoperative Komplikation aufgetreten)	selbsterklärend
wenn Feld 33 =1			
34	Art der postoperativen Komplikation	1 = OP-pflichtige Nachblutung 2 = transfusionsbedürftige Nachblutung 3 = nicht OP-pflichtige und nicht transfusionsbedürftige Nachblutung	1 = Nachblutung nach Konisation, die zur operativen Revision führt 2 = Nachblutung nach Konisation, die eine Bluttransfusion nötig macht 3 = Nachblutung nach Konisation, die nicht behandlungsbedürftig ist
BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
ENTLASSUNG (FELD 35-36)			
35	Entlassungsdatum Einrichtung	TT.MM.JJJJ	Gilt nur für stationäre Eingriffe: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationäre Aufenthalte gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV 2010
36	Entlassungsdiagnosen (ICD-10-GM)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag in der Einrichtung gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2012 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist..

Anhang F2.3: Feldspezifikation Konisation Follow-Up

Ifd.Nr.	Bezeichnung	Schlüsselcode	Ausfüllhinweise
QS-Filter			
OPS IN KONISATION_OPS UND ALTER ≥ 12			
Teildatensatz Basisdokumentation			
BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Basisdokumentation (FELD 1-11)			
Patientenidentifizierende Daten (FELD 1-5)			
1	PID-Daten von Versichertenkarte eingelesen und in QS-Software verfügbar	0 = nein 1 = ja	Hier ist zu dokumentieren, ob die nachfolgenden Versichertendaten (Institutionskennzeichen der Krankenkasse, Versichertennummer [alt] bzw. [neu], gesetzlich versichert) im Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) verfügbar sind und ggf. automatisch in die QS-Dokumentationssoftware übernommen werden können. Die fehlerfreie Dokumentation der Versichertendaten ist eine zentrale Voraussetzung für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Diese Information soll genutzt werden, um verschiedene QS-Dokumentationen (Indexaufenthalt Konisation, Präoperative Diagnostik und Follow-up) einer Patientin auswerten zu können. Eine fehlerfreie und datenschutzkonforme Zusammenführung der pseudonymisierten Datensätze ist nur möglich, wenn die personenidentifizierenden Angaben fehlerfrei dokumentiert sind.
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse		Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs 3. SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sofern eine automatische Übernahme aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) oder der Praxisverwaltungssoftware (PVS) möglich ist, wird dies bevorzugt.
3	Krankenversichertennummer		Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.
4	Einheitliche Krankenversichertennummer		Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Einrichtungen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §295 Abs. 3 oder § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen.
5	Ist Patient gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis der Patientin ab. Beispielsweise ist die Frage mit ja zu beantworten, wenn das übermittelte "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" sich auf eine gesetzliche Krankenkasse bezieht. (Es sollte geprüft werden, ob sich das Institutionskennzeichen der Krankenkasse auf eine gesetzliche Krankenkasse bezieht.)
Leistungserbringeridentifizierende Daten (FELD 6-7)			
Ambulant (FELD 6-7)			

Anhang F2.3: Feldspezifikation Konisation Follow-Up

6	Betriebsstätten-Nummer (KV-Nummer)		Die von der KV vergebenen "Betriebsstätten-Nummern (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen an Krankenhäusern.
7	Arztnummer (LANR)		Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.
Patientin (FELD 8-11)			
8	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten		Die Identifikationsnummer erhält die Patientin bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die LQS oder das AQUA-Institut weitergegeben.
9	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
HPV-Test (FELD 11-12)			
10	Konisation innerhalb der letzten 6 - 12 Monate?	0 = nein 1 = ja	Wurde die Patientin innerhalb der letzten 6 - 10 Monate konisiert?
wenn Feld 10=1			
11	HPV-Test	0 = nein 1 = ja (es liegt ein HPV-Test nach Konisation vor)	Wurde ein HPV-Test durchgeführt?
wenn Feld 11 = 1			
12	Datum HPV-Test	TT.MM.JJJJ	Tag des HPV-Tests.

Anhang F2.4: Feldspezifikation Konisation Patientenbefragung

<i>Ifd.Nr.</i>	<i>Feldbezeichnung Klartext</i>	<i>Schlüsselcode</i>	<i>Aufüllhinweis</i>
BASIS			
BASISDOKUMENTATION (FELD 1-25)			
PATIENTENIDENTIFIZIERENDE DATEN			
1	zugehöriges QS-Modul	Schlüssel 1	Bei der Dokumentation des Minimaldatensatzes ist immer anzugeben, anstelle welchen QS-Moduls er angewendet wird (Bogenfeld ZUQSMODUL "Zugehöriges QS-Modul").
2	Identifikationsnummer des Patienten (im zugehörigen QS-Modul)		selbsterklärend
LEISTUNGSERBRINGERIDENTIFIZIERENDE DATEN (FELD 6-9)			
STATIONÄR (FELD 6-7)			
3	Institutionskennzeichen	http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.
3.1	Betriebsstätten-Nummer		Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig „1“. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.
4	Fachabteilung	§ 301 SGB V; § 301-Vereinbarung: http://dkgev.de (Schlüssel 2)	selbsterklärend
AMBULANT (FELD 8-9)			
5	Betriebsstätten-Nummer (KV-Nummer)		Die von der KV vergebenen Betriebsstätten-Nummern (BSNR) identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen an Krankenhäusern.

Anhang F2.4: Feldspezifikation Konisation Patientenbefragung

<i>Ifd.Nr.</i>	<i>Feldbezeichnung Klartext</i>	<i>Schlüsselcode</i>	<i>Aufüllhinweis</i>
6	Arztnummer (LANR)		Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben.
PATIENT (FELD 10-26)			
7	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
8	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	selbsterklärend
9	Aufnahmedatum Einrichtung	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
10	Entlassungsdatum Einrichtung	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
11	Identifikationsnummer der Patientenbefragung		selbsterklärend
12	Bestehen Ausschlussgründe für die Teilnahme an der Patientenbefragung?	0 = nein 1 = ja	Ausschlussgründe für die Patientenbefragung sind: 1) Patientin mit Demenz; 2) Patientin kann die Sprache des Erhebungsinstrumentes nicht verstehen; 3) Patientin ist verstorben oder 4) Alter unter 18 Jahren, 5) Patient möchte nicht an der Befragung teilnehmen. Ein Ausschluss soll nur erfolgen, wenn ein Ausschlussgrund eindeutig vorliegt. Im Zweifelsfall soll die Patientin einen Fragebogen erhalten. Ein Ausschluss soll nur erfolgen, wenn ein Ausschlussgrund eindeutig vorliegt. Im Zweifelsfall soll der Patient einen Fragebogen erhalten.
wenn Feld 12 =1			
13	Datum der Fragebogenversendung	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
14	Datum der Reminderversendung	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend

Anhang G: Zeitplan

Arbeitsschritt	Termin
Auftaktworkshop für Panelmitglieder mit Darstellung der Ziele und der Methodik des Verfahrens	18.03.2010
Abschluss der 1. schriftlichen, postalischen Bewertungsrunde der Indikatoren	16.04.2010
Zweites Treffen der Panelmitglieder mit abschließender 2. Bewertungsrunde der Indikatoren	28.04.2010
Diskussion der Indikatoren und letzte Bewertungsrunde nach der 3. schriftlichen postalischen Bewertungsrunde der Indikatoren	11. 06. und 17.06.2010
Abgabe des Vorberichts	09.07.2010
Stellungnahmeverfahren	09.07.2010 bis 03.09.2010
Abgabe des Abschlussberichts	26.10.2010