

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

---

**Anlagen zum Abschlussbericht zum  
Probebetrieb für das  
Qualitätssicherungsverfahren Konisation**

---

Stand: 30. November 2012

# Impressum

**Herausgeber:**

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

**Thema:**

Abschlussbericht zum Probetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Konisation

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

15. März 2012

**Datum der Abgabe:**

30. November 2012

**Signatur:**

12-SQG-026

**Hinweis:**

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

**Anschrift des Herausgebers:**

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und  
Forschung im Gesundheitswesen GmbH  
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

# Inhaltsverzeichnis der Anhänge

Anhang A.1: Indikatordatenblätter (Stand: Abschlussbericht)

Anhang A.2: Indikatordatenblätter (Stand: Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung)

Anhang B.1: QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON\_Prä) (Stand: Abschlussbericht)

Anhang B.2: QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON\_OP) (Stand: Abschlussbericht)

Anhang B.3: QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON\_FU) (Stand: Abschlussbericht)

Anhang B.4: QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON) (Stand: Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung)

Anhang C.1: Ausfüllhinweise zum QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON\_Prä) (Stand: Abschlussbericht)

Anhang C.2: Ausfüllhinweise zum QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON\_OP) (Stand: Abschlussbericht)

Anhang C.3: Ausfüllhinweise zum QS-Dokumentationsbogen Konisation (KON\_FU) (Stand: Abschlussbericht)

Anhang C.4: Ausfüllhinweise zum QS-Dokumentationsbogen Konisation (Stand: Ergebnisprotokoll der Machbarkeitsprüfung)

Anhang D: Anschreiben vom G-BA an die Landesebene zur Beteiligung an Probebetrieben

Anhang E: Anschreiben vom G-BA an die Softwareanbieter zur Beteiligung an Probebetrieben

Anhang F: Informationsschreiben für Leistungserbringer zur Teilnahme an den Probebetrieben

Anhang G.1: Merkblatt für Leistungserbringer zur Teilnahme an den Probebetrieben (Stand: 22.12.2011)

Anhang G.2: Merkblatt für Leistungserbringer zur Teilnahme an den Probebetrieben (Stand: 21.03.2012)

## Anhang A.1: Indikatorendatenblätter

<b>Indikator Nr. ST08: Ärztliche Expertise bei der Durchführung der Kolposkopie</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Ärzte mit Expertise bei der Durchführung einer Kolposkopie bei Patientinnen mit Verdacht auf Dysplasie.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Kolposkopien je Qualifikationsstufe des Durchführenden
<b>Nenner</b>	Alle Kolposkopien mit Verdacht auf Dysplasie
<b>Ausschlusskriterien</b>	Keine Angabe
<b>Zielstellung</b>	Erhöhung des Anteils an richtiger Diagnosestellung und korrekter Indikationsstellung für die Konisation.
<b>Begründung</b>	Vermeidung unnötiger Konisationen
<b>Anmerkungen</b>	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).
<b>Indikatortyp</b>	Struktur
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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.“

<b>Instrumente/Datenquellen</b>		
<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		
<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	
	<b>Beschreibung</b>	
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 1-671
	Diagnose	ICD-10-GM 2010 C53.*; D06.*; N72; N86.-; N87.*; N88.* aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	
	<b>Beschreibung</b>	
	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
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>Indikator Nr. P01: Differenzialkolposkopie vor Konisation</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen vor einer Konisation eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt wurde.
<b>Zähler</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt wird.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Bei allen Patientinnen sollte eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt werden. Kein Referenzbereich angegeben.
<b>Begründung</b>	Die Differenzialkolposkopie mit Biopsie ist das Goldstandardverfahren zur minimal invasiven histologischen Abklärung von Auffälligkeiten und zur Therapieplanung bei histologisch gesicherten Neoplasien (DGGG 2008).
<b>Anmerkungen</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

	<p>Untersuchung sowie die kolposkopisch gesteuerte Gewebeentnahme bei auffälligen Befunden”.</p> <p>DGGG 2008:</p> <p>„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...“</p> <p>SGGG 2004:</p> <p>„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...“</p>
--	---

**Instrumente/Datenquellen**Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiertRisikoadjustierung: 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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2.
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>Indikator Nr. P04: Sofortige Konisation bei maximal PAP IIID oder CIN 1 ist obsolet</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, die sofort konisiert wurden, obwohl nur PAP IIID oder CIN 1 vorlagen.
<b>Zähler</b>	Patientinnen mit präoperativer Diagnose PAP IIID oder CIN 1.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Korrekte Indikationsstellung
<b>Begründung</b>	Vermeiden unnötiger Konisationen
<b>Anmerkungen</b>	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)
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>Indikator Nr. P05: Adoleszente Patientinnen mit Konisation</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen im Alter von 12-18 Jahren, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen 12-18 Jahre.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	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.
<b>Begründung</b>	Invasiver Gebärmutterhalskrebs kommt in dieser Altersgruppe praktisch nicht vor. Vermeiden unnötiger Konisationen.
<b>Anmerkungen</b>	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien und Studien.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	<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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter 12 bis 18 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter 12 bis 18 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Indikator Nr. P08: Indikation zur Konisation in der Schwangerschaft</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Indikationsstellung zur Konisation in der Schwangerschaft.
<b>Zähler</b>	Anzahl der schwangeren Patientinnen.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Verbesserung der Behandlung schwangerer Frauen mit Dysplasien. Referenzbereich: Aufgrund der voraussichtlich niedrigen Fallzahl Sentinel Event.
<b>Begründung</b>	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).
<b>Anmerkungen</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>		
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>		
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>Indikator Nr. P13: Fehlende hochgradige präkanzeröse Befunde der Konisate</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Konisation, bei denen sich postoperativ keine hochgradige Präkanzerose nachweisen lässt (CIN 2 und mehr).
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit führender Histologie „Ektopie“ oder mit histologischem Normalbefund oder <= CIN 1.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Der Anteil der Konisationen, bei denen sich keine präneoplastischen Befunde nachweisen lassen, soll möglichst niedrig sein. Kein Referenzbereich angegeben.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Indikator Nr. P15: Konisation unter Kolposkopie-Kontrolle</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Konisationen unter Kolposkopie-Kontrolle durch den Operateur.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit Kolposkopie-Kontrolle (ein- oder zweizeitig) durch Operateur.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahren
<b>Zielstellung</b>	Verbesserung der Qualität der Durchführung.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. „The procedure/excision should be carried out under colposcopic control“ (ECN 2008).
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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...”

<b>Instrumente/Datenquellen</b>		
<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		
<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
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
<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Indikator Nr. P17: Reduzierung von Messerkonisationen</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen eine Messerkonisation durchgeführt wurde.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit Messerkonisationen
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Vermeiden von Methoden mit einer hohen Komplikationsrate wie der Messerkonisation.
<b>Begründung</b>	Verminderung der perioperativen und langfristigen Morbidität.
<b>Anmerkungen</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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.“

<b>Instrumente/Datenquellen</b>		
<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		
<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	
	<b>Beschreibung</b>	
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>		
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>Instrumente/Datenquellen</b>		
<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		
<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	
	<b>Beschreibung</b>	
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>		
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>Indikator Nr. P27: Histologische Beurteilung des Konus</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit postoperativer histologischer Beurteilung der Konisation.
<b>Zähler</b>	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).
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	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.
<b>Begründung</b>	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).
<b>Anmerkungen</b>	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Stratifizierung nach Operationsmethode.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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 definiertRisikoadjustierung: 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

<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
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

**STATIONÄR**

<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>STATIONÄR</b>	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

<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>AMBULANT</b>	Geburtsdatum Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
<b>AMBULANT</b>	Prozedur OPS Codes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>AMBULANT</b>	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
<b>AMBULANT</b>	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
<b>AMBULANT</b>	Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
<b>AMBULANT</b>	Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = lässt sich metrisch angeben
<b>AMBULANT</b>	Endozervikaler Resektionsrand Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv
<b>AMBULANT</b>	Ektozervikaler Resektionsrand Erhebung über Datenquelle 3 0 = negativ 1 = positiv

Datenfelder für die Risikoadjustierung		
AMBULANT	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

<b>Indikator Nr. P30: Beurteilbarkeit des histologischen Präparats nach Konisation</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen das Präparat der Konisation gut beurteilbar war.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit gut beurteilbarem Präparat.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen mit Konisationspräparat nach Konisation.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Quote der beurteilbaren Konisationspräparate durch den Pathologen soll sehr hoch sein.
<b>Begründung</b>	Verminderung der übersehenen Läsionen, Verbesserung der Rezidivrate.
<b>Anmerkungen</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	Howell 1991 [16]

**Instrumente/Datenquellen**Auffälligkeit: 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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671 bis 5-673 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>Indikator Nr. P32: Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach Konisation</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen 6-12 Monate nach Konisation ein HPV-Test durchgeführt wurde.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach der Konisation.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahren
<b>Zielstellung</b>	Alle Patientinnen sollten zwischen 6 und 12 Monaten nach der Konisation einen HPV-Test durchführen lassen. Keine Angaben zum Referenzwert .
<b>Begründung</b>	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).
<b>Anmerkungen</b>	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien und Studien.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	<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 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</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		
<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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)
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

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

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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)
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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)
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Indikator Nr. P34: Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit positivem Absetzungsrand bei vorausgegangener Konisation ≤ 3 Monate vor dem erneuten Eingriff
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen mit positivem Absetzungsrand, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre; ACIS; Invasion; alle Erstkonisationen
<b>Zielstellung</b>	Keine sofortige Rekonisationen bei positivem Absetzungsrand unter 3 Monate.
<b>Begründung</b>	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).
<b>Anmerkungen</b>	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Unter 3 Monaten keine Rekonisation! Stratifizierung Patientinnen unter 50 Jahren und über 50 Jahren denkbar.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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)
<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>		
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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)
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Indikator Nr. OU10: Bedeutung des positiven Absetzungsrandes bei Adenocarcinoma in situ</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Adenocarcinoma in situ, deren Konisate einen positiven Absetzungsrand aufwiesen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit positiven Absetzungsrand.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen mit Adenocarcinoma in situ, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahren
<b>Zielstellung</b>	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.“
<b>Begründung</b>	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.“
<b>Anmerkungen</b>	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%).
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnis
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 (Erhebung aus Datenquelle 1)
<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
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
<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>		
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>Indikator Nr. OU11: Behandlungsbedürftige Nachblutungen nach Konisation</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit behandlungsbedürftigen Nachblutungen nach Konisation.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit behandlungsbedürftigen Nachblutungen (Bluttransfusion oder Re-OP) nach Konisation.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Verminderung der Komplikationen, insbesondere von Nachblutungen.
<b>Begründung</b>	Verminderung der perioperativen Morbidität.
<b>Anmerkungen</b>	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. „In 2-3% kommt es nach Konisation zu Nachblutungen.“ Stratifizierung nach Operationsmethode.
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnis
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 (Erhebung aus Datenquelle 1)
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
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	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
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	

<b>Indikator Nr. S11: Erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft nach Konisationen</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der schwangeren Patientinnen mit Komplikationen nach Konisation (z.B. Frühgeburten etc.).
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit Spätkomplikationen nach Konisation (z.B. Frühgeburten etc.).
<b>Nenner</b>	Schwangere Frauen mit Entbindung nach vorangegangener Konisation
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Verbesserung der perioperativen Morbidität bei Konisationen.
<b>Begründung</b>	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).
<b>Anmerkungen</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit, Effektivität
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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.-)
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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>

<b>STATIONÄR</b>	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	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.

<b>Indikator Nr. PP05: Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen vor der Konisation</b>	
<b>Beschreibung</b>	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	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“)
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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.

<b>Indikator Nr. PP05A:</b>	<b>Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen <u>nach</u> der Konisation</b>
<b>Beschreibung</b>	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>nach</u> der Konisation erhalten haben
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>nach</u> der Konisation / erhalten haben
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	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.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	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“)
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	NHS 2009 [22]; SIGN 2008 [3]; DKG 2008 [4]; DGGG 2008 [5]; 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. 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. 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.

<b>Indikator Nr. PP10: Verständliche Beantwortung von Fragen durch ärztliches Personal</b>	
<b>Beschreibung</b>	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass, wenn sie wichtige Fragen an Ärzte hatten, diese verständlich beantwortet wurden.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen, die berichten dass, wenn sie wichtige Fragen an Ärzte hatten, diese verständlich beantwortet wurden
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass ihre Fragen von Ärzten verständlich beantwortet wurden.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	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).
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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.

<b>Indikator Nr. PP15: Gesprächsmöglichkeit über Ängste und Sorgen</b>	
<b>Beschreibung</b>	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.
<b>Zähler</b>	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
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die in der Einrichtung bei Ärzten oder Pflegepersonen die Möglichkeit zur Aussprache über Sorgen und Ängste fanden.
<b>Begründung</b>	Die Möglichkeit, bei Bedarf über Sorgen und Ängste sprechen zu können, ist für Patientinnen eine wichtige Voraussetzung für die Minderung von Angst und Beunruhigung.
<b>Anmerkungen</b>	<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>
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	<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]; Lauer 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>

<b>Indikator Nr. PP17: Wahrung der Privatsphäre bei Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen</b>	
<b>Beschreibung</b>	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass bei allen Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen der Schutz ihrer Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass bei allen Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen der Schutz ihrer Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass ihre Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	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
<b>Indikatortyp</b>	Prozess, Struktur
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenperspektive
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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)

<b>Indikator Nr. PP18: Respektvoller Umgang mit den Patientinnen insgesamt</b>	
<b>Beschreibung</b>	Anteil der Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
<b>Begründung</b>	Der respektvolle Umgang dient der Wahrung der Patientenwürde
<b>Anmerkungen</b>	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)
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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)

<b>Indikator Nr. PP24: Informationen über Kontaktpersonen nach der Entlassung</b>	
<b>Beschreibung</b>	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).
<b>Zähler</b>	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
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	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.
<b>Begründung</b>	Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung nach der Entlassung, insbesondere beim Auftreten von gesundheitlichen Problemen; Vermittlung von Sicherheit für die Patientin.
<b>Anmerkungen</b>	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
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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.

<b>Indikator Nr. PP26: Informationen über zu Hause zu beachtende Alarmsignale</b>	
<b>Beschreibung</b>	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie darüber informiert wurden, auf welche Alarmsignale bezüglich ihrer Erkrankung sie zu Hause achten sollen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie darüber informiert wurden, auf welche Alarmsignale bezüglich ihrer Erkrankung sie zu Hause achten sollen
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie über zuhause zu beachtende Alarmsignale informiert wurden.
<b>Begründung</b>	Reduzierung von Unsicherheiten im Umgang mit der Erkrankung und auftretenden Symptomen im Alltag sowie angemessene Reaktion auf ernst zu nehmende Alarmsignale.
<b>Anmerkungen</b>	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE23
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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.

<b>Indikator Nr. PP3 1: Informationen über Nachsorgeuntersuchungen</b>	
<b>Beschreibung</b>	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.
<b>Zähler</b>	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.
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	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
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	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)
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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.

<b>Instrumente/Datenquellen</b>	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
<b>Befragungsinstrument:</b>	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der ggf. zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
<b>Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:</b>	<input type="checkbox"/> Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) <input type="checkbox"/> Pseudonym der Einrichtung
<b>Basisdaten für das Verfahren Konisation im Fragebogen:</b>	<input type="checkbox"/> Bestätigung, dass die Konisation im gg. Zeitraum durchgeführt wurde.
<b>Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:</b>	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>
<b>Art der Befragung:</b>	schriftlich, postalisch, anonym
<b>Zeitpunkt der Befragung:</b>	<input type="checkbox"/> Ca. 2 Wochen nach der Index-Leistung in der Einrichtung
<b>Stichprobe:*</b>	<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
<b>Versendung der Fragebögen:</b>	<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
<b>Auswertung der Befragungsergebnisse:</b>	<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](http://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, Sjostrom 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, 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.
- [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 A.2: Indikatorendatenblätter

<b>Indikator Nr. ST08: Ärztliche Expertise bei der Durchführung der Kolposkopie</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Ärzte mit Expertise bei der Durchführung einer Kolposkopie bei Patientinnen mit Verdacht auf Dysplasie.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Kolposkopien je Qualifikationsstufe des Durchführenden
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Erhöhung des Anteils an richtiger Diagnosestellung und korrekter Indikationsstellung für die Konisation, dadurch, dass der kolposkopierende Arzt möglichst gut dafür qualifiziert ist.
<b>Begründung</b>	Vermeidung unnötiger Konisationen
<b>Anmerkungen</b>	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).
<b>Indikatortyp</b>	Struktur
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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.“

<b>Instrumente/Datenquellen</b>		
<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		
<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Qualifikation des Durchführenden	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Arzt in der Weiterbildung 2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie 9 = unbekannt
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Instrumente/Datenquellen</b>		
<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		
<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D 26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Qualifikation des Durchführenden	Erhebung über Datenquelle 3 1 = Arzt in der Weiterbildung 2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie 9 = unbekannt
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Indikator Nr. P01: Differenzialkolposkopie vor Konisation</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen vor einer Konisation eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt wurde.
<b>Zähler</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt wird.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Bei allen Patientinnen sollte eine Differenzialkolposkopie - in der Regel mit Biopsie - durchgeführt werden. Kein Referenzbereich angegeben.
<b>Begründung</b>	Die Differenzialkolposkopie mit Biopsie ist das Goldstandardverfahren zur minimal invasiven histologischen Abklärung von Auffälligkeiten und zur Therapieplanung bei histologisch gesicherten Neoplasien (DGGG 2008).
<b>Anmerkungen</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Präoperative Differenzialkolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 (in Zukunft über Datenquelle 1 OPS) 0 = nein 1 = ja
	Aktuelle präoperative Histologie (Biopsie)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2.
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Präoperative Differenzialkolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 (in Zukunft über Datenquelle 2 OPS) 0 = nein 1 = ja
	Aktuelle präoperative Histologie (Biopsie)	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>Indikator Nr. P04: Sofortige Konisation bei maximal PAP IIID oder CIN 1 ist obsolet</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, die sofort konisiert wurden, obwohl nur PAP IIID oder CIN 1 vorlagen.
<b>Zähler</b>	Patientinnen mit präoperativer Diagnose PAP IIID oder CIN 1.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Korrekte Indikationsstellung
<b>Begründung</b>	Vermeiden unnötiger Konisationen
<b>Anmerkungen</b>	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)
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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**

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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PAP I 2 = PAP II 3 = PAP III 4 = PAP IIID 5 = PAP IVa 6 = PAP IVb 7 = 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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PAP I 2 = PAP II 3 = PAP III 4 = PAP IIID 5 = PAP IVa 6 = PAP IVb 7 = 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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>Indikator Nr. P05: Adoleszente Patientinnen mit Konisation</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen im Alter von 12-18 Jahren, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen 12-18 Jahre.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	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.
<b>Begründung</b>	Invasiver Gebärmutterhalskrebs kommt in dieser Altersgruppe praktisch nicht vor. Vermeiden unnötiger Konisationen.
<b>Anmerkungen</b>	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien und Studien.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	<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**

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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter 12 bis 18 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter 12 bis 18 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Indikator Nr. P08: Indikation zur Konisation in der Schwangerschaft</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Indikationsstellung zur Konisation in der Schwangerschaft.
<b>Zähler</b>	Anzahl der schwangeren Patientinnen.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Verbesserung der Behandlung schwangerer Frauen mit Dysplasien. Referenzbereich: Aufgrund der voraussichtlich niedrigen Fallzahl Sentinel Event.
<b>Begründung</b>	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).
<b>Anmerkungen</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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**

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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Bestehende Schwangerschaft?	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PAP I 2 = PAP II 3 = PAP III 4 = PAP IIID 5 = PAP IVa 6 = PAP IVb 7 = 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
<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>		
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Bestehende Schwangerschaft?	0 = nein 1 = ja
	Zytologischer Befund präoperativ	Erhebung über Datenquelle 3 1 = PAP I 2 = PAP II 3 = PAP III 4 = PAP IIID 5 = PAP IVa 6 = PAP IVb 7 = 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
<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>		
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>Indikator Nr. P13: Fehlende hochgradige präkanzeröse Befunde der Konisate</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Konisation, bei denen sich postoperativ keine hochgradige Präkanzerose nachweisen lässt (CIN 2 und mehr).
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit führender Histologie „Ektopie“ oder mit histologischem Normalbefund oder <= CIN 1.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Der Anteil der Konisationen, bei denen sich keine präneoplastischen Befunde nachweisen lassen, soll möglichst niedrig sein. Kein Referenzbereich angegeben.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>		
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Indikator Nr. P15: Konisation unter Kolposkopie-Kontrolle</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Konisationen unter Kolposkopie-Kontrolle durch den Operateur.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit Kolposkopie-Kontrolle (ein- oder zweizeitig) durch Operateur.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahren
<b>Zielstellung</b>	Verbesserung der Qualität der Durchführung.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. „The procedure/excision should be carried out under colposcopic control“ (ECN 2008).
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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**Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiertRisikoadjustierung: 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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Zeitpunkt der Kolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä- und intraoperativ
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Zeitpunkt der Kolposkopie	Erhebung über Datenquelle 3 1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä- und intraoperativ
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Indikator Nr. P17: Reduzierung von Messerkonisationen</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen eine Messerkonisation durchgeführt wurde.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit Messerkonisationen
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Vermeiden von Methoden mit einer hohen Komplikationsrate wie der Messerkonisation.
<b>Begründung</b>	Verminderung der perioperativen und langfristigen Morbidität.
<b>Anmerkungen</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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**Auffälligkeit: Kein Referenzbereich definiertRisikoadjustierung: 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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Indikator Nr. P27: Histologische Beurteilung des Konus</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit postoperativer histologischer Beurteilung der Konisation.
<b>Zähler</b>	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 – metrisch).
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	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.
<b>Begründung</b>	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).
<b>Anmerkungen</b>	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Stratifizierung nach Operationsmethode.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe 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 = wurde metrisch angegeben
	Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben
	Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben
Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt	
Abstand der Läsion zum ektozervikalen Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben	

STATIONÄR	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri

AMBULANT	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe 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 = wurde metrisch angegeben
Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben	
Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt	
Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben	
Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt	

<b>AMBULANT</b>	Abstand der Läsion zum ektozervikalen Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = keine Angabe 1 = wurde metrisch angegeben
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri

<b>Indikator Nr. P30: Beurteilbarkeit des histologischen Präparats nach Konisation</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen das Präparat der Konisation gut beurteilbar war.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit gut beurteilbarem Präparat.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen mit Konisationspräparat nach Konisation.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Quote der beurteilbaren Konisationspräparate durch den Pathologen soll sehr hoch sein.
<b>Begründung</b>	Verminderung der übersehenen Läsionen, Verbesserung der Rezidivrate.
<b>Anmerkungen</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	Howell 1991 [16]

**Instrumente/Datenquellen**Auffälligkeit: 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

<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>		
<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>	
Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)	
Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1	
Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1	
<b>Datenfelder für die Berechnung</b>		
<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>	
<b>STATIONÄR</b>	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe 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
<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>		
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe 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
<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>		
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

Der Indikator kann unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht umgesetzt werden.

<b>Indikator Nr. P32: Nachsorge: HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach Konisation</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen, bei denen 6-12 Monate nach Konisation ein HPV-Test durchgeführt wurde.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit HPV-Test zwischen 6 und 12 Monaten nach der Konisation.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahren
<b>Zielstellung</b>	Alle Patientinnen sollten zwischen 6 und 12 Monaten nach der Konisation einen HPV-Test durchführen lassen. Keine Angaben zum Referenzwert .
<b>Begründung</b>	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).
<b>Anmerkungen</b>	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien und Studien.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	<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 Absetzungsrande)... 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</p>

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 Schrittränder 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		
<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Codes (2010) 5-671* bis 5-673 aus Datenquelle 2 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 2 Datum der Durchführung der Konisation (TT,MM,JJJJ)
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

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

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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)
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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)
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Indikator Nr. P34: Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit sofortiger Rekonisation bei positivem Absetzungsrand.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit positivem Absetzungsrand bei vorausgegangener Konisation ≤ 3 Monate vor dem erneuten Eingriff
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen mit positivem Absetzungsrand, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre; ACIS; Invasion; alle Erstkonisationen
<b>Zielstellung</b>	Keine sofortige Rekonisationen bei positivem Absetzungsrand unter 3 Monate.
<b>Begründung</b>	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).
<b>Anmerkungen</b>	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. Unter 3 Monaten keine Rekonisation! Stratifizierung Patientinnen unter 50 Jahren und über 50 Jahren denkbar.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität, Zugang zur Versorgung (inkl. Koordinierung)
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 1
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 1 Datum der Durchführung der Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	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)
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	OP-Datum	Erhebung über Datenquelle 2 Datum der Durchführung der Konisation (TT,MM,JJJJ)
	Endozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	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)
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt

<b>Indikator Nr. OU10: Bedeutung des positiven Absetzungsrandes bei Adenocarcinoma in situ</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit Adenocarcinoma in situ, deren Konisate einen positiven Absetzungsrand aufwiesen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit positiven Absetzungsrand.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen mit Adenocarcinoma in situ, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahren
<b>Zielstellung</b>	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.“
<b>Begründung</b>	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.“
<b>Anmerkungen</b>	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%).
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnis
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>		
<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>	
Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)	
Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 (Erhebung aus Datenquelle 1)	
Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1	
<b>Datenfelder für die Berechnung</b>		
<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>	
STATIONÄR 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 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	Ektozervikaler Resektionsrand	Erhebung über Datenquelle 3 0 = im Gesunden entfernt 1 = nicht im Gesunden entfernt
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt	

<b>Indikator Nr. OU11: Behandlungsbedürftige Nachblutungen nach Konisation</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen mit behandlungsbedürftigen Nachblutungen nach Konisation.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit behandlungsbedürftigen Nachblutungen (Bluttransfusion oder Re-OP) nach Konisation.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen, bei denen eine Konisation durchgeführt wurde.
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Verminderung der Komplikationen, insbesondere von Nachblutungen.
<b>Begründung</b>	Verminderung der perioperativen Morbidität.
<b>Anmerkungen</b>	Erstellung auf der Basis von Empfehlungen aus Leitlinien. „In 2-3% kommt es nach Konisation zu Nachblutungen.“ Stratifizierung nach Operationsmethode.
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnis
<b>Qualitätsdimension</b>	Effektivität
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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
4. Datenpool der Krankenkassen

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter $\geq$ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Prozedur	OPS Codes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 (Erhebung aus Datenquelle 1)
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 1
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
	Behandlungsbedürftige, postoperative Blutung	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Behandlungsbedürftige postoperative Blutungen innerhalb von 4 Stunden	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Art der behandlungsbedürftigen, postoperativen Blutungen	Erhebung über Datenquelle 3 1 = OP-pflichtige Nachblutung 2 = transfusionsbedürftige Nachblutung
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3  2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri

<b>AMBULANT</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Geburtsdatum	Alter ≥ 12 Jahre (Erhebung aus Datenquelle 2)
	Prozedur	OPS Kodes (2012) 5-671*, 5-672*, 1-672 aus Datenquelle 2
	Diagnose	ICD-10-GM (2012) C53.-; D06.-; D26.0; N72; N86; N87.-; N88.2; N88.3 aus Datenquelle 2
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
	Behandlungsbedürftige, postoperative Blutung	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Behandlungsbedürftige postoperative Blutungen innerhalb von 4 Stunden	Erhebung über Datenquelle 3 0 = nein 1 = ja
	Art der behandlungsbedürftigen, postoperativen Blutungen	Erhebung über Datenquelle 3 1 = OP-pflichtige Nachblutung 2 = transfusionsbedürftige Nachblutung
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri

<b>Indikator Nr. S11: Erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft nach Konisationen</b>	
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator misst den Anteil der schwangeren Patientinnen mit Komplikationen nach Konisation (z.B. Frühgeburten etc.).
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen mit Spätkomplikationen nach Konisation (z.B. Frühgeburten etc.).
<b>Nenner</b>	Schwangere Frauen mit Entbindung nach vorangegangener Konisation
<b>Ausschlusskriterien</b>	Alter < 12 Jahre
<b>Zielstellung</b>	Verbesserung der perioperativen Morbidität bei Konisationen.
<b>Begründung</b>	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).
<b>Anmerkungen</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientensicherheit, Effektivität
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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

<b>STATIONÄR</b>	<b>Auslösekriterium für den Qualitätssicherungsfilter (QS-Filter)</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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.-)
	<b>Datenfelder für die Berechnung</b>	
	<b>Feld</b>	<b>Beschreibung</b>
	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>

<b>STATIONÄR</b>	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 = Nabelschnurvorfall 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
	<b>Datenfelder für die Risikoadjustierung</b>	
	<b>Feld</b>	Beschreibung entfällt
Art der Prozedur	Erhebung über Datenquelle 3 2. Messerkonisation 3. Laserkonisation 4. Schlingenkonisation 5. Destruktion von erkranktem Gewebe 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.

<b>Indikator Nr. PP05: Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen vor der Konisation</b>	
<b>Beschreibung</b>	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse vor der Konisation erhalten haben.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	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“)
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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.

<b>Indikator Nr. PP05A:</b>	<b>Informationen über die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen <u>nach</u> der Konisation</b>
<b>Beschreibung</b>	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>nach</u> der Konisation erhalten haben
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie ausreichende und verständliche Informationen über die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse <u>nach</u> der Konisation / erhalten haben
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	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.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	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“)
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	NHS 2009 [22]; SIGN 2008 [3]; DKG 2008 [4]; DGGG 2008 [5]; 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. 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. 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.

<b>Indikator Nr. PP10: Verständliche Beantwortung von Fragen durch ärztliches Personal</b>	
<b>Beschreibung</b>	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass, wenn sie wichtige Fragen an Ärzte hatten, diese verständlich beantwortet wurden.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen, die berichten dass, wenn sie wichtige Fragen an Ärzte hatten, diese verständlich beantwortet wurden
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass ihre Fragen von Ärzten verständlich beantwortet wurden.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	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).
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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.

<b>Indikator Nr. PP15: Gesprächsmöglichkeit über Ängste und Sorgen</b>	
<b>Beschreibung</b>	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.
<b>Zähler</b>	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
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die in der Einrichtung bei Ärzten oder Pflegepersonen die Möglichkeit zur Aussprache über Sorgen und Ängste fanden.
<b>Begründung</b>	Die Möglichkeit, bei Bedarf über Sorgen und Ängste sprechen zu können, ist für Patientinnen eine wichtige Voraussetzung für die Minderung von Angst und Beunruhigung.
<b>Anmerkungen</b>	<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>
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	<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>

<b>Indikator Nr. PP17: Wahrung der Privatsphäre bei Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen</b>	
<b>Beschreibung</b>	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass bei allen Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen der Schutz ihrer Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass bei allen Gesprächen, Untersuchungen und Behandlungen der Schutz ihrer Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass ihre Privatsphäre ausreichend gewahrt wurde.
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	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
<b>Indikatortyp</b>	Prozess, Struktur
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenperspektive
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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)

<b>Indikator Nr. PP18: Respektvoller Umgang mit den Patientinnen insgesamt</b>	
<b>Beschreibung</b>	Anteil der Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die sich in der Einrichtung insgesamt mit Respekt und Würde behandelt fühlten
<b>Begründung</b>	Der respektvolle Umgang dient der Wahrung der Patientenwürde
<b>Anmerkungen</b>	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)
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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)

<b>Indikator Nr. PP24: Informationen über Kontaktpersonen nach der Entlassung</b>	
<b>Beschreibung</b>	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).
<b>Zähler</b>	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
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	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.
<b>Begründung</b>	Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung nach der Entlassung, insbesondere beim Auftreten von gesundheitlichen Problemen; Vermittlung von Sicherheit für die Patientin.
<b>Anmerkungen</b>	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
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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.

<b>Indikator Nr. PP26: Informationen über zu Hause zu beachtende Alarmsignale</b>	
<b>Beschreibung</b>	Anteil der Patientinnen, die berichten, dass sie darüber informiert wurden, auf welche Alarmsignale bezüglich ihrer Erkrankung sie zu Hause achten sollen.
<b>Zähler</b>	Anzahl der Patientinnen, die berichten, dass sie darüber informiert wurden, auf welche Alarmsignale bezüglich ihrer Erkrankung sie zu Hause achten sollen
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen, die berichten, dass sie über zuhause zu beachtende Alarmsignale informiert wurden.
<b>Begründung</b>	Reduzierung von Unsicherheiten im Umgang mit der Erkrankung und auftretenden Symptomen im Alltag sowie angemessene Reaktion auf ernst zu nehmende Alarmsignale.
<b>Anmerkungen</b>	Formulierung des Indikators in Anlehnung an die „NHS Indicators for Quality Improvement 2009“: PE23
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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.

<b>Indikator Nr. PP3 1: Informationen über Nachsorgeuntersuchungen</b>	
<b>Beschreibung</b>	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.
<b>Zähler</b>	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.
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patientinnen, die an der Patientenbefragung teilgenommen und diese Frage beantwortet haben
<b>Ausschlusskriterien</b>	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).
<b>Zielstellung</b>	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
<b>Begründung</b>	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.
<b>Anmerkungen</b>	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)
<b>Indikatortyp</b>	Prozess
<b>Qualitätsdimension</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit
<b>Literatur/ Quellen, Evidenzstufe</b>	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.

<b>Instrumente/Datenquellen</b>	
Erhebung der Daten über eine Patientenbefragung mit folgenden Eckpunkten:	
<b>Befragungsinstrument:</b>	Generischer Fragebogen (validiertes Instrument), der ggf. zur Abbildung dieses verfahrensspezifischen Indikators ergänzt wird
<b>Allgemeine Basisdaten im Fragebogen:</b>	<input type="checkbox"/> Alter, Geschlecht, Bildungsstand/Schulabschluss, Nationalität/Muttersprache, Versichertenstatus (zur Stratifizierung) <input type="checkbox"/> Pseudonym der Einrichtung
<b>Basisdaten für das Verfahren Konisation im Fragebogen:</b>	<input type="checkbox"/> Bestätigung, dass die Konisation im gg. Zeitraum durchgeführt wurde.
<b>Konkrete Frage zur Abbildung des Indikators:</b>	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>
<b>Art der Befragung:</b>	schriftlich, postalisch, anonym
<b>Zeitpunkt der Befragung:</b>	<input type="checkbox"/> Ca. 2 Wochen nach der Index-Leistung in der Einrichtung
<b>Stichprobe:*</b>	<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
<b>Versendung der Fragebögen:</b>	<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
<b>Auswertung der Befragungsergebnisse:</b>	<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

## Literaturverzeichnis

- [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](http://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.hcahpsonline.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.

## Datensatz Konisation: präoperativ

KONPOP (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"/>
3	Krankenversichertennummer  <input type="text"/>
4	Einheitliche Krankenversicherthenummer  <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"/>
7	Arztnummer (LANR)  <input type="text"/>
8-9	Patient
8	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten  <input type="text"/>
9	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small>  <input type="text"/>
10	Aufnahme datum <small>TT.MM.JJJJ</small>  <input type="text"/>
11-12	Anamnese
11	Bestehende Schwangerschaft?  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja
wenn Feld 11 = 1	
12>	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"/>
13-19	Präoperative Diagnostik
13-14	Kolposkopie
13	Präoperative Differentialkolposkopie  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja
wenn Feld 13 = 1	
14>	Qualifikation des Durchführenden  <input type="checkbox"/>  1 = Arzt in der Weiterbildung 2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie
15-16	Zytologie
15	Präoperative Zytologie - Bericht liegt vor  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja
wenn Feld 15 = 1	
16>	Zytologischer Befund <small>präoperativ</small>  <input type="checkbox"/>  0 = PAP I 1 = PAP II 2 = PAP III 3 = PAP IIID 4 = PAP IV 5 = PAP V 9 = keine Angabe
17-19	Histologie
17	Präoperative Histologie (Biopsie)  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja
wenn Feld 17 = 1	
18>	Datum der Histologie <small>präoperativ</small> <small>TT.MM.JJJJ</small>  <input type="text"/>
19>	Histologischer Befund <small>präoperativ</small>  <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

# 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	Krankenversichertennummer  <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"/>	<b>wenn Schwangerschaft = 1 (ja)</b>	
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"/>	<b>wenn Feld 16 = 1</b> 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"/>
20	Operation OPS <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>  1. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 2. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 3. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 4. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 5. <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
<b>wenn Feld 22 = 1</b>	
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
<b>wenn Feld 24 = 1</b>	
25>	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates postoperativ  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja, gut 2 = ja, schlecht
<b>wenn Feld 24 = 1 und Feld 25 IN (1;2)</b>	
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
<b>wenn Feld 30 IN (6;7)</b>	
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)
<b>wenn Feld 33 = 1</b>	
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	
35-36 Entlassung	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
35	<p><b>Entlassungsdatum</b></p> <p>TT.MM.JJJJ</p> <p style="text-align: right;">□□.□□.□□□□</p>
36	<p><b>Entlassungsdiagnosen</b></p> <p>ICD-10-GM</p> <p><a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></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="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Krankenversichertennummer  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Einheitliche Krankenversicherthenummer  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Arztnummer (LANR)  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8-9	Patient
8	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

  

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



# Datensatz Konisation

<b>BASIS (WENN EINE KONISATION DURCHFÜHRT WURDE)</b>		<i>bei angegebener Betriebsstätte optional</i>		<b>24-30 Präoperative Diagnostik</b>	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden		15>> Nebenbetriebsstättennummer NBSNR <input type="text"/>		<b>24-25 Kolposkopie</b>	
<b>6-20 Basisdokumentation</b>		<i>wenn der Patient ambulant behandelt wird</i>		24 Präoperative Differentialkolposkopie  0 = nein 1 = ja	
<b>6</b> Art der Abrechnung  1 = stationär 2 = ambulant, kollektivvertraglich 3 = ambulant, selektivvertraglich		16> Lebenslange Arztnummer LANR <input type="text"/>		<i>wenn Feld 24 = 1</i>	
<b>7-10 Patientenidentifizierende Daten</b>		<b>17-20 Patient</b>		25> Qualifikation des Durchführenden  1 = Arzt in der Weiterbildung 2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie 9 = unbekannt	
<b>7</b> Institutionskennzeichen der Krankenkasse <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>		<b>17</b> Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/>		<b>26-27 Zytologie</b>	
<b>8</b> Versichertennummer der alten Versichertenkarte <input type="text"/>		<b>18</b> Geburtsdatum JJJJ-MM-TT <input type="text"/>		26 Präoperative Zytologie - Bericht liegt vor  0 = nein 1 = ja	
<b>9</b> Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) <input type="text"/>		<b>19</b> Aufnahme- / Behandlungsdatum stationär / ambulant JJJJ-MM-TT <input type="text"/>		<i>wenn Feld 26 = 1</i>	
<b>10</b> Ist Patient(in) gesetzlich versichert?  0 = nein 1 = ja		<i>wenn der Patient stationär behandelt wird</i>		27> Zytologischer Befund präoperativ  1 = PAP I 2 = PAP II 3 = PAP III 4 = PAP IIID 5 = PAP IV a 6 = PAP IV b 7 = PAP V 9 = keine Angabe	
<b>11-16 Leistungserbringeridentifizierende Daten</b>		<b>20&gt;</b> Aufnahme- / Behandlungsdatum ICD-10-GM <small>http://www.dimdi.de</small> 1. <input type="text"/> . <input type="text"/> 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> 3. <input type="text"/> . <input type="text"/> 4. <input type="text"/> . <input type="text"/> 5. <input type="text"/> . <input type="text"/>		<b>28-30 Histologie</b>	
<b>11-13 stationär</b>		<b>21-23 Anamnese</b>		<b>28</b> Aktuelle präoperative Histologie (Biopsie)  0 = nein 1 = ja	
<i>wenn der Patient stationär behandelt wird</i>		<b>21</b> Bestehende Schwangerschaft?  0 = nein 1 = ja		<i>wenn Feld 28 = 1</i>	
<b>11&gt;</b> Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>		<b>22</b> Hatte die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation?  0 = nein 1 = ja		29> Datum der aktuellen präoperativen Histologie (Biopsie) JJJJ-MM-TT <input type="text"/>	
<b>12&gt;</b> Betriebsstättennummer <input type="text"/>		<i>wenn Feld 22 = 1</i>			
<b>13&gt;</b> Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a></small>  Schlüssel 1 <input type="text"/>		<b>23&gt;</b> Datum der vorangegangenen Konisation JJJJ-MM-TT <input type="text"/>			
<b>14-16 ambulant</b>					
<i>wenn der Patient ambulant behandelt wird</i>					
<b>14&gt;</b> Betriebsstättennummer BSNR <input type="text"/>					

## Datensatz Konisation

30>	<b>Histologischer Befund</b> präoperativ
	<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

# Datensatz Konisation

OPERATION	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
31-36	Prozedur
31	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthalts?  <input type="checkbox"/>  1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation
32	Operationsdatum JJJJ-MM-TT  <input type="text"/> <input type="text"/>
33	Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>  1. <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/>
34	Art der Prozedur  <input type="checkbox"/>  1 = Messerkonisation 2 = Laserkonisation 3 = Schlingenkonisation 4 = Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri
35	Kolposkopie durch den Operateur  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja
<b>wenn Feld 35 = 1</b>	
36>	Zeitpunkt der Kolposkopie  <input type="checkbox"/>  1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä-und intraoperativ
37-48	Postoperativer Verlauf
37-45	Postoperative Befunde
37	Bericht liegt vor postoperative Histologie  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja
<b>wenn Feld 37 = 1</b>	
38>	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates postoperativ  <input type="checkbox"/>  1 = nein 2 = ja, gut 3 = ja, schlecht
<b>wenn Feld 38 IN (1;2)</b>	
39>>	Endozervikaler Resektionsrand  <input type="checkbox"/>  1 = im Gesunden entfernt 2 = nicht im Gesunden entfernt
40>>	Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand  <input type="checkbox"/>  1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben
41>>	Ektozervikaler Resektionsrand  <input type="checkbox"/>  1 = im Gesunden entfernt 2 = nicht im Gesunden entfernt
42>>	Abstand der Läsion zum ektozervikalen Resektionsrand  <input type="checkbox"/>  1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben
43	Histologischer Befund postoperativ  <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
<b>wenn Feld 43 IN (6;7)</b>	
44>>	Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen  <input type="checkbox"/>  1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben
45>	Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen  <input type="checkbox"/>  1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben
<b>46-48 Postoperative Komplikationen</b>	
46	Behandlungsbedürftige, postoperative Blutungen  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja
<b>wenn Feld 46 = 1</b>	
47>	Behandlungsbedürftige postoperative Blutungen innerhalb von 4 Stunden  <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja
48>	Art der behandlungsbedürftigen, postoperativen Blutungen  <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2.  1 = OP-pflichtige Nachblutung 2 = transfusionsbedürftige Nachblutung



## 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	

<i>Ifd.Nr.</i>	<i>Feldbezeichnung Klartext</i>	<i>Schlüsselcode</i>	<i>Aufüllhinweis</i>
<b>BASIS</b>			
<b>BASISDOKUMENTATION (FELD 1-25)</b>			
<b>PATIENTENIDENTIFIZIERENDE DATEN</b>			
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
<b>LEISTUNGSERBRINGERIDENTIFIZIERENDE DATEN (FELD 6-9)</b>			
<b>STATIONÄR (FELD 6-7)</b>			
3	Institutionskennzeichen	<a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	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: <a href="http://dkgev.de">http://dkgev.de</a> (Schlüssel 2)	selbsterklärend
<b>AMBULANT (FELD 8-9)</b>			
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.

<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.
<b>PATIENT (FELD 10-26)</b>			
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. <b>Ein Ausschluss soll nur erfolgen, wenn ein Ausschlussgrund eindeutig vorliegt. Im Zweifelsfall soll der Patient einen Fragebogen erhalten.</b>
wenn Feld 12 =1			
13	Datum der Fragebogenversendung	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend
14	Datum der Reminderversendung	TT.MM.JJJJ	selbsterklärend

<b>lfd.Nr.</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Schlüsselcode</b>	<b>Ausfüllhinweise</b>
<b>QS-Filter</b>			
OPS IN KONISATION OPS UND ALTER ≥ 12			
<b>Teildatensatz Basisdokumentation</b>			
<b>BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)</b>			
<b>Basisdokumentation (FELD 1-19)</b>			
<b>Patientenidentifizierende Daten (FELD 1-5)</b>			
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.)

Leistungserbringeridentifizierende Daten (FELD 6-7)			
Stationär (FELD 6-7)			
6	Institutionskennzeichen	<a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	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: <a href="http://dkgev.de">http://dkgev.de</a> (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	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin	-	Die "einrichtungsinterne 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

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)	<a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a> (Schlüsseltabelle 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.

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.

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.
<b>Postoperative Komplikationen (FELD 33-34)</b>			
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
<b>BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)</b>			
<b>ENTLASSUNG (FELD 35-36)</b>			
35	Entlassungsdatum Einrichtung	TT.MM.JJJJ	<b>Gilt nur für stationäre Eingriffe:</b> 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..

<b>Ifd.Nr.</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Schlüsselcode</b>	<b>Ausfüllhinweise</b>
<b>QS-Filter</b>			
OPS IN KONISATION_OPS UND ALTER ≥ 12			
<b>Teildatensatz Basisdokumentation</b>			
<b>BASIS (Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)</b>			
<b>Basisdokumentation (FELD 1-11)</b>			
<b>Patientenidentifizierende Daten (FELD 1-5)</b>			
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.)
<b>Leistungserbringeridentifizierende Daten (FELD 6-7)</b>			
<b>Ambulant (FELD 6-7)</b>			

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.
<b>Patientin (FELD 8-11)</b>			
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
<b>HPV-Test (FELD 11-12)</b>			
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.



## Ausfüllhinweise Konisation (KON)

### ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Stand: 31. Januar 2012 (QS-Spezifikation sqg\_2.0)  
Copyright © AQUA-Institut, Göttingen

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Teildatensatz Filter (FILTER)</b>			
1	Hatte die Patientin eine Konisation?	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 1 = 0			
2	Welche der angegebenen OPS-Kodes wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?	1 = 5-671.* 2 = 5-672.* 3 = 1-672	-
3	Anmerkung	-	-
4	Welche der angegebenen ICD-Kodes wurden im aktuellen Quartal dokumentiert?	1 = C53.- 2 = D06.- 3 = D26.0 4 = N72 5 = N86 6 = N87.- 7 = N88.2 8 = N88.3	-
5	Anmerkung	-	-
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Teildatensatz Basis (wenn eine Konisation durchgeführt wurde) (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
6	Art der Abrechnung	1 = stationär 2 = ambulant, kollektivvertraglich 3 = ambulant, selektivvertraglich	<b>Einrichtungen mit ambulanten Behandlungsfällen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Krankenhäuser mit Zulassung zum ambulanten Operieren nach §115b SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §301 SGB V)</li> <li>Krankenhäuser mit Ermächtigung für ambulante Leistungen nach §116a SGB V (Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V)</li> <li>Medizinische Versorgungszentren; selektivvertraglich und kollektivvertraglich tätig (Zulassung nach §95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V)</li> <li>Facharztpraxen und Zusammenschlüsse von Facharztpraxen (Zulassung nach §95 SGB V; Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V)</li> <li>Hochschulambulanzen (Ermächtigung nach §117 (1) SGB V, Übermittlung von Abrechnungs- und Leistungsdaten nach §295 SGB V)</li> </ul>
<b>Patientenidentifizierende Daten</b>			
7	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	-	<p>Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse" des Versicherten wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
8	Versichertennummer der	-	Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der

	alten Versichertenkarte		<p>Krankenversichertenkarte wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
9	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	-	<p>Das Datenfeld "Krankenversichertennummer" der eGK wird von den Krankenhäusern (und von Arztpraxen) an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld wird <u>nicht</u> im Rahmen des üblichen QS-Exportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert. Das Exportverfahren für die pseudonymisierten Versichertendaten (personenidentifizierenden Daten) wird nach datenschutzrechtlicher Freigabe durch das BMG gesondert festgelegt.</p>
10	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?	0 = nein 1 = ja	<p>Das Datenfeld "Ist Patient(in) gesetzlich versichert?" leitet sich aus dem Versicherungsverhältnis des Patienten ab.</p> <p>Als gesetzlich versichert gelten in diesem Zusammenhang alle Patienten, bei denen bei einem der im KIS hinterlegten potenziellen Kostenträger das Institutskennzeichen der Krankenversicherung mit der Ziffernfolge "10" beginnt.</p> <p>Dieses Datenfeld wird im Rahmen des üblichen QS-Datenexportes an die zuständige Datenannahmestelle exportiert.</p>
<b>Leistungserbringeridentifizierende Daten</b>			
<b>stationär</b>			
<b>wenn der Patient stationär behandelt wird</b>			
11	Institutionskennzeichen	-	<p>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. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
12	Betriebsstättennummer	-	<p>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 Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
13	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-
<b>ambulant</b>			
<b>wenn der Patient ambulant behandelt wird</b>			

14	Betriebsstättennummer	-	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 von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten.
bei angegebener Betriebsstätte optional			
15	Nebenbetriebsstättennummer	-	-
wenn der Patient ambulant behandelt wird			
16	Lebenslange Arztnummer	-	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.
<b>Patient</b>			
17	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	-	Die "einrichtungsinterne Identifikationsnummer" erhält der Patient bei der Aufnahme in der Einrichtung. Diese verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle oder das AQUA-Institut übermittelt.
18	Geburtsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	-
19	Aufnahmedatum / Behandlungsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	<p><b>Gilt nur für stationäre Eingriffe:</b></p> <p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011  2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011  Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011</p>
wenn der Patient stationär behandelt wird			
20	Aufnahmediagnose(n)	-	Es sollen die Aufnahmediagnosen (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.
<b>Anamnese</b>			
21	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.
22	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 22 = 1			
23	Datum der vorangegangenen Konisation	Format: JJJJ-MM-TT	Wenn die Patientin vor diesem Aufenthalt eine Konisation hatte, dann muss das Datum der vorangegangenen Konisation dokumentiert werden.
<b>Präoperative Diagnostik</b>			
<b>Kolposkopie</b>			
24	Präoperative Differentialkolposkopie	0 = nein 1 = ja	Wurde vor der Konisation eine Kolposkopie durchgeführt? Die präoperative Differentialkolposkopie dient zur weiteren Abklärung der Indikationsstellung, um eine ausreichende Beurteilung des Gewebes treffen zu können.
wenn Feld 24 = 1			
25	Qualifikation des	1 = Arzt in der Weiterbildung	

	Durchführenden	2 = Facharzt 3 = Facharzt mit Zusatzausbildung in Kolposkopie 9 = unbekannt	Unter Zusatzausbildung ist eine über das Facharztniveau hinausgehende Kolposkopie-Ausbildung zu verstehen.
<b>Zytologie</b>			
26	Präoperative Zytologie - Bericht liegt vor	0 = nein 1 = ja	Liegt der Bericht der präoperativ durchgeführten Zytologie vor? Gemeint ist ausschließlich der zytologische Bericht, der für die Indikationsstellung zur Konisation herangezogen wurde.
wenn Feld 26 = 1			
27	Zytologischer Befund	1 = PAP I 2 = PAP II 3 = PAP III 4 = PAP IIID 5 = PAP IV a 6 = PAP IV b 7 = PAP V 9 = keine Angabe	Befund aus dem Zytologiebericht.
<b>Histologie</b>			
28	Aktuelle präoperative Histologie (Biopsie)	0 = nein 1 = ja	Liegt der Bericht der präoperativ durchgeführten Biopsie/Histologie vor? Eine aktuelle Histologie sollte nicht älter als drei Monate sein.
wenn Feld 28 = 1			
29	Datum der aktuellen präoperativen Histologie (Biopsie)	Format: JJJJ-MM-TT	Hier ist das Datum des histologischen Berichts einzutragen. Eine aktuelle Histologie sollte nicht älter als 3 Monate sein.
30	Histologischer Befund	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	-
<b>Zeile</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Allgemeiner Hinweis</b>	<b>Ausfüllhinweis</b>
<b>Teildatensatz Operation (O)</b>			
<b>Prozedur</b>			
31	Die wievielte Konisation während dieses Aufenthalts?	1 = Erstkonisation 2 = Rekonisation	Rekonisation = eine wiederholte Konisation während desselben Aufenthaltes. (unmittelbar auf die Erstkonisation folgend)
32	Operationsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	-
33	Operationen- und Prozedurenschlüssel	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahme-tag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2012 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2011 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2011 aufgenommen worden ist.
34	Art der Prozedur	1 = Messerkonisation 2 = Laserkonisation 3 = Schlingenkonisation 4 = Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri	-
35	Kolposkopie durch den Operateur	0 = nein 1 = ja	Hier wird eingetragen, ob die Kolposkopie durch den Operateur selbst vorgenommen wurde.
wenn Feld 35 = 1			
36	Zeitpunkt der Kolposkopie	1 = präoperativ 2 = intraoperativ 3 = prä- und intraoperativ	3= ist anzugeben, wenn sowohl prä- als auch intraoperativ eine Kolposkopie durchgeführt wurde.
<b>Postoperativer Verlauf</b>			
<b>Postoperative Befunde</b>			
37	Bericht liegt vor	0 = nein 1 = ja	Hier wird eingetragen, ob postoperativ ein Histologiebefund vorliegt.
wenn Feld 37 = 1			
38	Beurteilbarkeit des histologischen Präparates	1 = nein 2 = ja, gut	Ist das Präparat nicht beurteilbar, muss "1" angegeben werden. Ist

		3 = ja, schlecht	das Präparat gut beurteilbar, dann "2". Ist es schlecht beurteilbar, dann "3".
<b>wenn Feld 38 IN (1;2)</b>			
39	Endozervikaler Resektionsrand	1 = im Gesunden entfernt 2 = nicht im Gesunden entfernt	Hier wird eingetragen, ob der endozervikale Resektionsrand befallen ist. <ul style="list-style-type: none"> <li>1 = im Gesunden entfernt (negativer Absetzungsrand)</li> <li>2 = nicht im Gesunden entfernt (positiver Absetzungsrand)</li> </ul>
40	Abstand der Läsion zum endozervikalen Resektionsrand	1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben	Hier wird der Sicherheitsabstand zum endozervikalen Resektionsrand angegeben.
41	Ektozervikaler Resektionsrand	1 = im Gesunden entfernt 2 = nicht im Gesunden entfernt	Hier wird eingetragen, ob der ektozervikale Resektionsrand befallen ist. <ul style="list-style-type: none"> <li>1 = im Gesunden entfernt (negativer Absetzungsrand)</li> <li>2 = nicht im Gesunden entfernt (positiver Absetzungsrand)</li> </ul>
42	Abstand der Läsion zum ektozervikalen Resektionsrand	1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben	Hier wird der Sicherheitsabstand zum ektozervikalen Resektionsrand angegeben.
43	Histologischer Befund	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.
<b>wenn Feld 43 IN (6;7)</b>			
44	Vertikale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben	-
45	Horizontale Ausdehnung der Läsion bei invasiven Läsionen	1 = keine Angabe 2 = wurde metrisch angegeben	-
<b>Postoperative Komplikationen</b>			
46	Behandlungsbedürftige, postoperative Blutungen	0 = nein 1 = ja	Mit behandlungsbedürftigen, postoperativen Blutungen sind Blutungen gemeint, die einer Re-OP (inkl. Umstechung und Koagulation) bedürfen bzw. bei denen die Transfusion von Erythrozytenkonzentrat(en) (ab der 1. Konserve) erforderlich ist.
<b>wenn Feld 46 = 1</b>			
47	Behandlungsbedürftige postoperative Blutungen innerhalb von 4 Stunden	0 = nein 1 = ja	Hier werden behandlungsbedürftige postoperative Blutungen eingetragen, die in einem Zeitraum von 4 Stunden, unmittelbar nach dem Eingriff aufgetreten sind.
48	Art der behandlungsbedürftigen, postoperativen Blutungen	1 = OP-pflichtige Nachblutung 2 = transfusionsbedürftige Nachblutung	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 = Nachblutung nach Konisation, die zur operativen Revision führt</li> <li>2 = Nachblutung nach Konisation, die eine Bluttransfusion nötig macht</li> </ul>
<b>Zeile</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Allgemeiner Hinweis</b>	<b>Ausfüllhinweis</b>
<b>Teildatensatz Basis (wenn eine Konisation durchgeführt wurde) (B)</b>			
<b>Entlassung</b>			
<b>wenn der Patient stationär behandelt wird</b>			
49	Entlassungsdatum	Format: JJJJ-MM-TT	<b>Gilt nur für stationäre Eingriffe:</b>  Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung; bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2011 bis zum 10.1.2011, 2.

			Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2011 bis zum 20.1.2011, Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2011, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2011.
50	Entlassungsdiagnose(n)	-	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 (Krankenhaus) 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..

## Lange Schlüssel

<b>Schlüssel 1</b>	0100 = Innere Medizin
<b>Fachabteilungen</b>	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  
 2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV '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 = Wirbelsäulen Chirurgie  
3756 = Suchtmedizin  
3757 = Visceralchirurgie  
3790 = Sonstige Fachabteilung  
3791 = Sonstige Fachabteilung  
3792 = Sonstige Fachabteilung



## Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V  
Unparteiliches Mitglied  
Dr. Josef Siebig

**Besuchsadresse:**  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

**Ansprechpartner/in:**  
Karola Pötter-Kirchner  
Abteilung Qualitätssicherung &  
sektorenübergreifende Ver-  
sorgungskonzepte

**Telefon:**  
030 275838546

**Telefax:**  
030 275838505

**E-Mail:**  
karola.poetter-kirchner@g-ba.de

**internet:**  
www.g-ba.de

**Unser Zeichen:**  
KPK

**Datum:**  
10. Oktober 2011

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

### An die Beteiligten auf der Landesebene

### Beteiligung der Landesebene an Probetrieben zur Vorbereitung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben möchte der Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA und das AQUA-Institut GmbH über den aktuellen Stand der Umsetzung erster Qualitätssicherungsverfahren auf Grundlage der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL, <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/>) informieren und Ihnen, als eine der in § 1 Abs. 5 Qesü-RL genannten Organisationen (Träger der LAG), die Möglichkeit zur Teilnahme an den geplanten Probetrieben anbieten.

Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss führt das AQUA-Institut derzeit die EDV-technische Aufbereitung und Machbarkeitsprüfung für die Verfahren „Kataraktoperation“, „Konisation“ und „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“ durch. Dabei erfolgen die technische Vorbereitung der weiteren Umsetzung und die erste Überprüfung der Praktikabilität der entwickelten Verfahren.

Im Anschluss ist die Durchführung von Probetrieben vorgesehen, die der Testung der Datenflüsse und der Verwertbarkeit der Daten sowie der Überprüfung der Indikatoren dienen. Die Probetriebe sind für die Beteiligten freiwillig und die Ergebnisse sind vertraulich.

In dieser Phase sollen die an der Umsetzung der Qualitätssicherung beteiligten Gruppen (insbesondere Ärzte und ärztliche Einrichtungen, Softwareanbieter und Organisationen der Landesebene) Gelegenheit erhalten, frühzeitig Erfahrungen zu sammeln und sich an der Gestaltung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Ihre aktive Beteiligung in dieser Phase kann dazu beitragen, die Anwender- und Nutzerfreundlichkeit der neuen Verfahren zu optimieren.

Die Probetriebe sollen im April/Mai 2012 beginnen und sind für eine Dauer von sechs Monaten angelegt. Mit Start der Probetriebe müssen wesentliche Teile der notwendigen Infrastruktur zur Umsetzung der Datenflüsse (Software, Datenservice) bei den Datenannahmestellen auf Landesebene bereits funktionsfähig sein.



Der Gemeinsame Bundesausschuss unterstützt die Durchführung der Probebetriebe. Das mit der Planung und Umsetzung betraute AQUA-Institut sucht gegenwärtig nach Ländern, die mit je einer Kassenärztlichen Vereinigung als Datenannahmestelle für kollektivvertragliche Ärzte und einer Datenannahmestelle für die stationäre und ambulante Behandlung am Krankenhaus (LQS oder LKG) an diesen Probebetrieben teilnehmen möchten.

Daher bitten wir Sie um folgende Informationen:

### **1. Datenannahme im kollektivvertraglichen Bereich:**

Gemäß § 9 Abs. 1 Qesü-RL ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung/Kassenzahnärztliche Vereinigung (KV/KZV) die Datenannahmestelle für kollektivvertraglich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auf Landesebene.

- Hat Ihre KV Interesse als Datenannahmestelle im Rahmen anstehender Probebetriebe teilzunehmen?

### **2. Datenannahme im Krankenhausbereich**

Gemäß § 9 Abs. 1 Qesü-RL ist die zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS) oder die Landeskrankenhausgesellschaft (LKG) die Datenannahmestelle für Krankenhäuser auf Landesebene.

- Hat Ihre LQS/ LKG Interesse als Datenannahmestelle im Rahmen anstehender Probebetriebe teilzunehmen?

### **3. Sonstiges**

Gemäß § 5 Abs. 1 Qesü-RL bilden auf der Ebene der Bundesländer oder auch bundeslandübergreifend die jeweilige KV, KZV, LKG und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG). Für eine Teilnahme am Probebetrieb ist es wünschenswert, aber nicht erforderlich, dass bereits konstituierende Verträge zwischen den Beteiligten auf Landesebene geschlossen wurden. Falls in Ihrem Bundesland die Vereinbarungen zur Gründung einer LAG so weit vorangeschritten sind, dass verantwortliche Personen benannt wurden, würden wir uns freuen, wenn Sie uns diese als Ansprechpartner mitteilen würden.

Sofern in Ihrem Bundesland schon ein konkreter Termin zur Bildung einer LAG in Aussicht steht oder Sie uns einen verantwortlichen Ansprechpartner nennen können, würde uns dies als ergänzende Information interessieren.

### **4. Rekrutierung teilnehmender Einrichtungen**

Ferner sind wir für Hinweise und Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Regionen zur Umsetzung von Probebetrieben in Ihrem Bundesland (z.B. durch Rekrutierung von Teilnehmern) dankbar.

Ihre Anregungen und Fragen im Hinblick auf die Probebetriebe sind uns wichtig und herzlich willkommen. Ihr Ansprechpartner im AQUA-Institut ist Herr Klaus Rittmeier, E-Mail: [qsservice@aquainstitut.de](mailto:qsservice@aquainstitut.de), Tel. 0551 /789 52-0.

Bitte übermitteln Sie Ihre Rückmeldung mit Hilfe der beigefügten **Fax-Antwort bis zum 31. Oktober 2011 an das AQUA-Institut.**



Die Auswahl der für die Teilnahme am Probetrieb geeigneten Länder soll Anfang November 2011 erfolgen. Anschließend melden wir uns in jedem Fall bei Ihnen. Wir würden uns freuen, wenn Sie an den Probetrieben teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Josef Siebig  
(Vorsitzender des Unterausschusses Qualitätssicherung)



## Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V  
Unparteiliches Mitglied  
Dr. Josef Siebig

**Besuchsadresse:**  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

**Ansprechpartner/in:**  
Karola Pötter-Kirchner  
Abteilung Qualitätssicherung &  
sektorenübergreifende  
Versorgungskonzepte

**Telefon:**  
030 275838546

**Telefax:**  
030 275838505

**E-Mail:**  
karola.poetter-kirchner@g-ba.de

**Internet:**  
www.g-ba.de

**Unser Zeichen:**  
KPK

**Datum:**  
10. Oktober 2011

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

### An die Softwareanbieter zur Beteiligung an Probetrieben

### Beteiligung der Softwareanbieter an Probetrieben zur Vorbereitung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben möchte Sie der Gemeinsame Bundesausschuss über den aktuellen Stand der Umsetzung erster Qualitätssicherungsverfahren auf Grundlage der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) informieren. Gleichzeitig bittet er um Ihre Mitwirkung und ruft die Softwareanbieter auf, sich im Rahmen der geplanten Probetriebe zu beteiligen.

Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss hat die Institution nach § 137a SGB V (Aqua-Institut Göttingen) für die sektorenübergreifenden QS-Verfahren „Kataraktoperation“, „Konisation“ und „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“ Qualitätsindikatoren und Datensätze vorgelegt. In der nächsten Projektphase werden derzeit eine so genannte EDV-technische Aufbereitung der Datensätze sowie eine Machbarkeitsprüfung ihrer Anwendung durchgeführt. Wesentliche Ziele dieser Phase sind die technische Vorbereitung der weiteren Umsetzung und die Überprüfung der Praktikabilität der entwickelten Datensätze.

Im Anschluss ist die Durchführung freiwilliger Probetriebe vorgesehen, die der Testung der neuen Datenflüsse einschließlich der Einbindung der Vertrauensstelle sowie der Auswertbarkeit der Daten durch das Aqua-Institut dienen. Sie sollen allen an der Umsetzung der Qualitätssicherung beteiligten Gruppen (z. B. Vertragsärzten und Krankenhäuser, Softwareanbietern und Organisationen der Landes- und Bundesebene) Gelegenheit bieten, frühzeitig Erfahrungen zu sammeln und sich aktiv an der Gestaltung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen.

Es ist vorgesehen, die Probetriebe regional begrenzt – z. B. in einzelnen Regionen eines Bundeslandes – durchzuführen. Sie sollen im März/April 2012 beginnen und werden voraussichtlich sechs Monate dauern. Bei Start der Probetriebe muss die Infrastruktur soweit vorbereitet sein, dass Daten in der Einrichtung erfasst und an die jeweilige



Datenannahmestelle übermittelt werden können. Die Weiterleitung von der Datenannahmestelle zur Vertrauensstelle und von dort zur Institution nach § 137a SGB V muss gesichert sein.

Die Auswahl von teilnehmenden Einrichtungen für die Probebetriebe wird voraussichtlich ab November 2011 beginnen. Es werden diejenigen Teilnehmer ausgewählt, die über eine Qualitätssicherungssoftware verfügen, die bis zum Start der Probebetriebe funktionsfähig sein wird. Der G-BA bittet daher die Softwareanbieter, die Einrichtungen zu unterstützen, die ihre Softwareprodukte einsetzen und die freiwillig teilnehmen möchten. Dazu bedarf es der zeitnahen Umsetzung der Spezifikation SQG der Institution nach § 137a SGB V in Ihrem Hause.

Um sich frühzeitig mit den neuen technischen Anforderungen der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auseinandersetzen zu können, bietet das Aqua-Institut ausführliche Informationen an unter:

[http://www.sgg.de/entwicklung/technische\\_entwicklung/technik\\_gesuerl/index](http://www.sgg.de/entwicklung/technische_entwicklung/technik_gesuerl/index).

Für weitere Informationen hierzu steht Ihnen das AQUA-Institut als Ansprechpartner zur Verfügung (Kontakt siehe unten). Die Verfügbarkeit der erforderlichen Infrastruktur auf der Bundesebene (Datenannahmestelle, Vertrauensstelle) ist gewährleistet.

Einige Softwareanbieter nutzen bereits jetzt im Rahmen der Machbarkeitsprüfungen die Möglichkeit, frühzeitig Erfahrungen zu sammeln, ihre Expertise einzubinden und sich aktiv an der Gestaltung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen.

Ihre Anregungen und Fragen im Hinblick auf die Probebetriebe sind uns wichtig und herzlich willkommen. Ihr Ansprechpartner im AQUA-Institut ist:

**Herr Klaus Rittmeier, E-Mail: [qsservice@aqua-institut](mailto:qsservice@aqua-institut), Tel. 0551 789 52-296**

Wir würden uns freuen, wenn Sie an den Probebetrieben teilnehmen und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Dr. Josef Siebig  
(Vorsitzender des Unterausschusses Qualitätssicherung)

---

■ SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 137A SGB V

---

## Informationsschreiben zur Teilnahme an den Probetrieben für Kataraktoperation und Konisation

An Ärzte/Ärztinnen und Vertreter/Vertreterinnen ärztlicher Einrichtungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das AQUA-Institut beauftragt, im Rahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung für die Leistungsbereiche „*Kataraktoperation*“ und „*Konisation*“ sektorenübergreifend (ambulant, stationär und selektivvertraglich) Indikatoren, Instrumente, sowie die notwendige Dokumentation zu entwickeln. Die abgestimmten Verfahren werden zukünftig (2014) bundesweit verpflichtend gelten.

Die oben genannten Leistungsbereiche wurden einer sogenannten Machbarkeitsprüfung unterzogen. Daran werden sich in Kürze sogenannte „Probetriebe“ anschließen, in die alle relevanten Gruppen wie Ärzte und Ärztliche Einrichtungen, Softwareanbieter und Vertreter der Landesebenen eingebunden werden sollen. Die Teilnahme ist freiwillig.

Dazu sollen Ihre jeweiligen Softwareanbieter (sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich) Probeinstallationen der entsprechenden Qualitätssicherungssoftware bei Ihnen vornehmen. Auf Basis der Probeinstallationen sollen Daten erfasst und an die jeweils zuständigen Datenannahmestellen übermittelt werden, um den gesamten Datenfluss testen zu können. Um genügend Informationen für eine Vorbereitung der Verfahren auf den Regelbetrieb zu erhalten, sucht das AQUA-Institut interessierte Teilnehmer aus allen Versorgungsbereichen.

Zu Ihrer Information haben wir Ihnen ein Merkblatt beigelegt mit weiteren Angaben zu den Probetrieben. Außerdem finden Sie beiliegend ein Antwortformular auf unsere Anfrage bei Ihnen, sowie ein vorgefertigtes Schreiben, das Sie gerne nutzen können, um mit Ihrem Softwareanbieter in Kontakt zu treten und ihn um seine Mithilfe zu bitten.

Wenn Sie Ihr Wissen und Ihre Kompetenz bei der Vorbereitung eines der oben genannten QS-Verfahren einbringen und sich am Probetrieb beteiligen möchten, teilen Sie uns Ihr Interesse auf beigefügtem Anmeldeformular bitte schnellstmöglich mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr AQUA-Institut

---

■ SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 137A SGB V

---

## Merkblatt für Leistungserbringer zur Teilnahme an den Probetrieben Katarakt und Konisation

### Adressaten<sup>1</sup> des Merkblatts

Das vorliegende Merkblatt dient der Information von stationär, ambulant und/oder selektivvertraglich tätigen Einrichtungen und Ärzten, die überlegen, am Probetrieb zu den Themen Katarakt oder Konisation im Bereich der KV Nordrhein, der KV Westfalen-Lippe, der KV Niedersachsen, der LKG Nordrhein-Westfalen oder der LQS Niedersachsen teilzunehmen.

### Was verbirgt sich hinter dem Begriff „Probetriebe?“

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Institution nach § 137a SGB V, das AQUA-Institut in Göttingen, beauftragt, im Rahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung (QS) für die Bereiche Kataraktoperation und Konisation sektorenübergreifend Indikatoren, Instrumente sowie die notwendige Dokumentation zu entwickeln. Die abgestimmten Verfahren werden zukünftig bundesweit verpflichtend gelten. Im Rahmen dieser Verfahren werden also erstmals Untersuchungen nicht nur in Form einer Follow-up-Betrachtung durchgeführt, sondern zugleich sektorenübergreifend (ambulant/stationär).

Die nun anstehenden so genannten Probetriebe im Anschluss an die Machbarkeitsprüfungen haben zum Ziel, alle für das Verfahren der Datenerhebung, -übermittlung und -auswertung relevanten Gruppen wie Ärzte, Ärztliche Einrichtungen, Softwareanbieter und Vertreter der Landesebene (z.B. KV, LKG, LQS) einzubinden. Die Probetriebe sollen der Testung der neuen Datenflüsse einschließlich der Einbindung der Vertrauensstelle sowie der Auswertbarkeit der Daten durch das AQUA-Institut dienen.

### Was ist die rechtliche Grundlage für die Probetriebe?

Grundlage der Probetriebe ist die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL). Die Qesü-RL ihrerseits beruht auf

§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V: „[Der Gemeinsame Bundesausschuss] soll insbesondere Richtlinien beschließen über [...] 13. Qualitätssicherung [...]“ in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V: „(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement [...]“.

Den vollständigen Text der Qesü-RL finden Sie unter [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-471/Qes%C3%BC-RL\\_2010-05-20.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-471/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20.pdf).

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Angesprochen sind jedoch immer beide Geschlechter.

## Wer ist das AQUA-Institut?

Das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH wurde 1995 in Göttingen gegründet. Wir arbeiten interessenunabhängig, neutral und interdisziplinär und sind wissenschaftlich stark vernetzt. Stellvertretend für unsere bisherigen Projekte sind etwa die Qualitätszirkel Pharmakotherapie, das Europäische Praxisassessment und die jährlichen Bundesauswertungen zur externen stationären Qualitätssicherung. Nähere Informationen finden Sie unter [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de), [www.europaeischespraxisassessment.de](http://www.europaeischespraxisassessment.de) und [www.a-qz.de](http://www.a-qz.de).

## Was macht das AQUA-Institut im Rahmen der sektorenübergreifenden QS?

Auftraggeber des AQUA-Instituts ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Das AQUA-Institut ist insbesondere beauftragt,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend (ambulant, stationär, selektivvertraglich) abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen

Die weitere Spezifizierung der Aufgaben erfolgt jeweils über Richtlinien des G-BA.

Grundsätzlich wird ein neues Thema durch den G-BA beauftragt. Das AQUA-Institut entwickelt die relevanten Qualitätsindikatoren bzw. wählt sie aus. Daran schließen sich die Machbarkeitsprüfung und der Probetrieb an, also die Erprobung der Umsetzbarkeit und Praktikabilität der Verfahren. Zum Abschluss wird das Verfahren in einer themenspezifischen Richtlinie festgelegt und der Regelbetrieb, also die tatsächliche Durchführung der Qualitätssicherung beginnt.

## Wer kann an den Probetrieben teilnehmen?

Das AQUA-Institut sucht für die Probetriebe interessierte Teilnehmer aus allen Versorgungsbereichen. Teilnehmen kann grundsätzlich jeder Arzt und jede Einrichtung, der bzw. die

- Leistungen im Bereich Katarakt-OP bzw. Katarakt-Nachsorge oder im Bereich Konisationen erbringt,
- im Bereich der KV Nordrhein, der KV Westfalen-Lippe, der KV Niedersachsen, der LKG Nordrhein-Westfalen oder der LQS Niedersachsen tätig ist
- durch seinen bzw. ihren Softwareanbieter die notwendigen technischen Anpassungen für den Probetrieb vornehmen lässt

## Besteht eine Verpflichtung zur Teilnahme an den Probetrieben?

Es besteht keine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an den Probetrieben. Gleichwohl bietet Ihnen die Teilnahme am Probetrieb die Möglichkeit, frühzeitig Erfahrungen mit den neuen Verfahren zu sammeln und sich aktiv an der Gestaltung der sektorenübergreifenden QS zu beteiligen. So wird es beispielsweise nach Abschluss der Probetriebe die Möglichkeit zum Feedback und für Optimierungsvorschläge Ihrerseits geben.

## Welche finanzielle Unterstützung kann ich erwarten?

Eine finanzielle Unterstützung der an den Probebetrieben freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer ist vorgesehen. Einzelheiten dazu teilen wir oder Ihre Ansprechpartner auf der Landesebene auf Anfrage gerne mit.

## Wie sieht der Zeitplan für die Probebetriebe aus?

Beginn	Ende	Name der Aufgabe
01.04.12	30.06.12	Dokumentation der Daten in den Einrichtungen
01.06.12	15.06.12	Export Probedatenpool
01.07.12	15.07.12	Datenexport und Datenprüfungen (auch: Vollzähligkeit/Sollstatistik)
16.07.12	30.07.12	Nachlieferungsfristen
30.07.12	15.09.12	Befragung der Einrichtungen
01.04.12	31.08.12	Erstellung eines Auswertungskonzeptes, Erstellung und Prüfung der Berichte
01.09.12		Bereitstellung der Feedbackberichte
September 2012		Abschlussworkshop mit den beteiligten Institutionen auf Landesebene (ggf. auch mit weiteren Beteiligten)
	30.09.2012	Berichterstellung

## Kann ich auch zu einem späteren Zeitpunkt an den Probebetrieben teilnehmen?

Eine spätere Teilnahme an den Probebetrieben Katarakt und Konisation ist leider nicht möglich, da die Verfahren im Probebetrieb einmalig im festgelegten Zeitraum stattfinden.

## Wo finde ich weitere Informationen über die Verfahren und zur Teilnahme?

Weitere Informationen und Unterlagen zu diesen und weiteren Verfahren finden Sie unter <http://www.sgg.de/entwicklung/neue-verfahren/index.html>.

## Wer sind meine Ansprechpartner auf Länderebene?

Folgende Ansprechpartner können wir Ihnen nennen:

- KV Westfalen-Lippe:
  - o Technische Anforderungen und Regelbetrieb:  
Herr Kampe, Tel.: 0231 9432 3223, E-Mail: [stefan.kampe@kvwl.de](mailto:stefan.kampe@kvwl.de)
  - o Allgemeine Fragen:  
Frau Pflanz, Tel.: 0231 9432-34 15, E-Mail: [hedwig.pflanz@kvwl.de](mailto:hedwig.pflanz@kvwl.de)  
Herr Kintrup, Tel.: 0231 9432 1030, E-Mail: [andreas.kintrup@kvwl.de](mailto:andreas.kintrup@kvwl.de)
- KV Nordrhein:
  - o Technische Fragen:  
Herr Mohr, Tel.: 0211 59708005, E-Mail: [gilbert.mohr@kvno.de](mailto:gilbert.mohr@kvno.de)
  - o Allgemeine Fragen:  
Frau Mühlenkamp, Tel.: 0211 59708088, E-Mail: [kirsten.muehlenkamp@kvno.de](mailto:kirsten.muehlenkamp@kvno.de)  
Herr Bohnekamp, Tel.: 0211 59708213, E-Mail: [stephan.bohnekamp@kvno.de](mailto:stephan.bohnekamp@kvno.de)

Für Fragen an die übrigen Partner auf Länderebene wenden Sie sich bitte direkt an die jeweils für Sie zuständige Einrichtung.

## **An wen kann sich mein Softwareanbieter wenden?**

Die ambulanten Softwareanbieter wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit Schreiben vom 10. Oktober 2011 über die bevorstehenden Probebetriebe bereits informiert. Er bittet die Anbieter, Leistungserbringer, die an den Probebetrieben teilnehmen möchten, durch rechtzeitige Schaffung der informationstechnischen Voraussetzungen in ihrem Arztinformationssystem zu unterstützen. Das Schreiben des G-BA finden Sie unter <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3100/Teilnahme-Softwareanbieter-anProbebetrieben.pdf>.

Als Hilfestellung für Sie als Interessenten haben wir diesem Merkblatt ein Anschreiben an die Softwareanbieter beigelegt. Dieses Schreiben können Sie gerne verwenden, um Ihrem Anbieter einerseits Ihre Bereitschaft zur Teilnahme zu bekunden und ihm damit gleichzeitig weitere für ihn wichtige Informationen zu den Probebetrieben zukommen zu lassen.

Für weitere Auskünfte diesbezüglich ist Ihr Ansprechpartner des AQUA-Instituts Herr Klaus Rittmeier (E-Mail: [gsservice@aquainstitut.de](mailto:gsservice@aquainstitut.de)), der Ihnen gerne bei Ihren Fragen behilflich ist.

## **Wie kann das AQUA-Institut bei der notwendigen Softwareanpassung helfen?**

Das AQUA-Institut kann bedauerlicherweise nicht direkt vor Ort bei Ihnen tätig werden. Wir können Ihnen bzw. Ihrem Softwareanbieter jedoch mit Informationen zum technischen Verfahren behilflich sein.

## **Welche Daten werden erfasst?**

Verständlicherweise möchten Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Indikatoren berücksichtigt und welche Daten erhoben werden sollen. Damit Sie sich ein Bild machen können, finden Sie unter [http://www.sgg.de/entwicklung/technische\\_entwicklung/technik\\_gesuerl/machbarkeit\\_kat\\_koni\\_pci.html](http://www.sgg.de/entwicklung/technische_entwicklung/technik_gesuerl/machbarkeit_kat_koni_pci.html) die Grundlagen der Verfahren. Die Informationen auf dieser Seite werden aktualisiert, sobald es interessante neue Entwicklungen gibt.

## **An welche Stellen werden die erfassten Daten geliefert?**

Sie liefern die für Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten für kollektivvertraglich oder stationär erbrachte Leistungen wie gewohnt an die zuständige KV bzw. LKG/LQS. Dort werden die Angaben zu Ihnen als Leistungserbringer pseudonymisiert und an die so genannte Vertrauensstelle geschickt. Die Vertrauensstelle ihrerseits erstellt Patientenpseudonyme, bevor sie die Daten an die Bundesauswertungsstelle (BAS) weiterleitet. Auf dem Weg von Ihnen zur BAS ist durch verschiedene Verschlüsselungs- bzw. Pseudonymisierungsmaßnahmen gewährleistet, dass die Daten nicht unbefugt genutzt werden können und jede Stelle im Datenfluss nur genau die Teile des Datenflusses bearbeiten und einsehen kann, die für sie vorgesehen sind.

QS-Daten für selektivvertraglich erbrachte Leistungen werden von Ihnen direkt an die Vertrauensstelle geschickt. Die sicherheitstechnischen Vorkehrungen sind hier ebenso gestaltet wie im vorherigen Absatz beschrieben.

Das vollständige Datenflussmodell der sektorenübergreifenden Verfahren finden Sie unter [http://www.g-ba.de/downloads/83-691-210/Qes%C3%BC-RL\\_2010-05-20\\_Anlage.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/83-691-210/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20_Anlage.pdf).

# Merkblatt für Leistungserbringer zur Teilnahme an den Probetrieben Katarakt und Konisation

## Adressaten<sup>1</sup> des Merkblatts

Das vorliegende Merkblatt dient der Information von stationär, ambulant und/oder selektivvertraglich tätigen Einrichtungen und Ärzten, die überlegen, am Probetrieb zu den Themen Katarakt oder Konisation im Bereich der KV Nordrhein, der KV Westfalen-Lippe, der KV Niedersachsen, der LKG Nordrhein-Westfalen oder der LQS Niedersachsen teilzunehmen.

## Was verbirgt sich hinter dem Begriff „Probetriebe?“

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Institution nach § 137a SGB V, das AQUA-Institut in Göttingen, beauftragt, im Rahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung (QS) für die Bereiche Kataraktoperation und Konisation sektorenübergreifend Indikatoren, Instrumente sowie die notwendige Dokumentation zu entwickeln. Die abgestimmten Verfahren werden zukünftig bundesweit verpflichtend gelten. Im Rahmen dieser Verfahren werden also erstmals Untersuchungen nicht nur in Form einer Follow-up-Betrachtung durchgeführt, sondern zugleich sektorenübergreifend (ambulant/stationär).

Die nun anstehenden so genannten Probetriebe im Anschluss an die Machbarkeitsprüfungen haben zum Ziel, alle für das Verfahren der Datenerhebung, -übermittlung und -auswertung relevanten Gruppen wie Ärzte, Ärztliche Einrichtungen, Softwareanbieter und Vertreter der Landesebene (z.B. KV, LKG, LQS) einzubinden. Die Probetriebe sollen der Testung der neuen Datenflüsse einschließlich der Einbindung der Vertrauensstelle sowie der Auswertbarkeit der Daten durch das AQUA-Institut dienen.

## Was ist die rechtliche Grundlage für die Probetriebe?

Grundlage der Probetriebe ist die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL). Die Qesü-RL ihrerseits beruht auf

§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V: „[Der Gemeinsame Bundesausschuss] soll insbesondere Richtlinien beschließen über [...] 13. Qualitätssicherung [...]“ in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V: „(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement [...]“.

Den vollständigen Text der Qesü-RL finden Sie unter [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-471/Qes%C3%BC-RL\\_2010-05-20.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-471/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20.pdf).

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet. Angesprochen sind jedoch immer beide Geschlechter.

## Wer ist das AQUA-Institut?

Das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH wurde 1995 in Göttingen gegründet. Wir arbeiten interessenunabhängig, neutral und interdisziplinär und sind wissenschaftlich stark vernetzt. Stellvertretend für unsere bisherigen Projekte sind etwa die Qualitätszirkel Pharmakotherapie, das Europäische Praxisassessment und die jährlichen Bundesauswertungen zur externen stationären Qualitätssicherung. Nähere Informationen finden Sie unter [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de), [www.europaeischespraxisassessment.de](http://www.europaeischespraxisassessment.de) und [www.a-qz.de](http://www.a-qz.de).

## Was macht das AQUA-Institut im Rahmen der sektorenübergreifenden QS?

Auftraggeber des AQUA-Instituts ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Das AQUA-Institut ist insbesondere beauftragt,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend (ambulant, stationär, selektivvertraglich) abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen

Die weitere Spezifizierung der Aufgaben erfolgt jeweils über Richtlinien des G-BA.

Grundsätzlich wird ein neues Thema durch den G-BA beauftragt. Das AQUA-Institut entwickelt die relevanten Qualitätsindikatoren bzw. wählt sie aus. Daran schließen sich die Machbarkeitsprüfung und der Probetrieb an, also die Erprobung der Umsetzbarkeit und Praktikabilität der Verfahren. Zum Abschluss wird das Verfahren in einer themenspezifischen Richtlinie festgelegt und der Regelbetrieb, also die tatsächliche Durchführung der Qualitätssicherung beginnt.

## Wer kann an den Probetrieben teilnehmen?

Das AQUA-Institut sucht für die Probetriebe interessierte Teilnehmer aus allen Versorgungsbereichen. Teilnehmen kann grundsätzlich jeder Arzt und jede Einrichtung, der bzw. die

- Leistungen im Bereich Katarakt-OP bzw. Katarakt-Nachsorge oder im Bereich Konisationen erbringt,
- im Bereich der KV Nordrhein, der KV Westfalen-Lippe, der KV Niedersachsen, der LKG Nordrhein-Westfalen oder der LQS Niedersachsen tätig ist
- durch seinen bzw. ihren Softwareanbieter die notwendigen technischen Anpassungen für den Probetrieb vornehmen lässt

## Besteht eine Verpflichtung zur Teilnahme an den Probetrieben?

Es besteht keine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an den Probetrieben. Gleichwohl bietet Ihnen die Teilnahme am Probetrieb die Möglichkeit, frühzeitig Erfahrungen mit den neuen Verfahren zu sammeln und sich aktiv an der Gestaltung der sektorenübergreifenden QS zu beteiligen. So wird es beispielsweise nach Abschluss der Probetriebe die Möglichkeit zum Feedback und für Optimierungsvorschläge Ihrerseits geben.

## Welche finanzielle Unterstützung kann ich erwarten?

Eine finanzielle Unterstützung der an den Probetrieben freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer ist vorgesehen. Einzelheiten dazu teilen wir oder Ihre Ansprechpartner auf der Landesebene auf Anfrage gerne mit.

## Wie sieht der Zeitplan für die Probetriebe aus?

Beginn	Ende	Name der Aufgabe
01.07.12	30.09.12	Dokumentation der Daten in den Einrichtungen
01.09.12	15.09.12	Export Probedatenpool
01.10.12	15.10.12	Datenexport und Datenprüfungen (auch: Vollzähligkeit/Sollstatistik)
16.10.12	31.10.12	Nachlieferungsfristen
31.10.12	15.12.12	Befragung der Einrichtungen
01.07.12	30.11.12	Erstellung eines Auswertungskonzeptes, Erstellung und Prüfung der Berichte
01.12.12		Bereitstellung der Feedbackberichte
Dezember 2012		Abschlussworkshop mit den beteiligten Institutionen auf Landesebene (ggf. auch mit weiteren Beteiligten)
	31.12.2012	Berichterstellung

## Kann ich auch zu einem späteren Zeitpunkt an den Probetrieben teilnehmen?

Eine spätere Teilnahme an den Probetrieben Katarakt und Konisation ist leider nicht möglich, da die Verfahren im Probetrieb einmalig im festgelegten Zeitraum stattfinden.

## Wo finde ich weitere Informationen über die Verfahren und zur Teilnahme?

Weitere Informationen und Unterlagen zu diesen und weiteren Verfahren finden Sie unter <http://www.sgg.de/entwicklung/neue-verfahren/index.html>.

## Wer sind meine Ansprechpartner auf Länderebene?

- KV Westfalen-Lippe:
  - o Technische Anforderungen und Regelbetrieb:  
Herr Kampe, Tel.: 0231 9432 3223, E-Mail: [stefan.kampe@kvwl.de](mailto:stefan.kampe@kvwl.de)
  - o Allgemeine Fragen:  
Frau Pflanz, Tel.: 0231 9432-34 15, E-Mail: [hedwig.pflanz@kvwl.de](mailto:hedwig.pflanz@kvwl.de)  
Herr Kintrup, Tel.: 0231 9432 1030, E-Mail: [andreas.kintrup@kvwl.de](mailto:andreas.kintrup@kvwl.de)
- KV Nordrhein:
  - o Technische Fragen:  
Herr Mohr, Tel.: 0211 59708005, E-Mail: [gilbert.mohr@kvno.de](mailto:gilbert.mohr@kvno.de)
  - o Allgemeine Fragen:  
Frau Mühlenkamp, Tel.: 0211 59708088, E-Mail: [kirsten.muehlenkamp@kvno.de](mailto:kirsten.muehlenkamp@kvno.de)  
Herr Bohnekamp, Tel.: 0211 59708213, E-Mail: [stephan.bohnekamp@kvno.de](mailto:stephan.bohnekamp@kvno.de)
- KV Niedersachsen: Frau Kuhn, Tel.: 0511 3803330, E-Mail: [Sybille-Nadja.Kuhn@kvn.de](mailto:Sybille-Nadja.Kuhn@kvn.de)
- LKG Niedersachsen: Herr Dr. Weirich, Tel.: 0511 3076331, E-Mail: [pgs-qs@t-online.de](mailto:pgs-qs@t-online.de)
- LKG Nordrhein-Westfalen: Herr Färber, Tel.: 0211 4781922, E-Mail: [rfaerber@kgnw.de](mailto:rfaerber@kgnw.de)

## **An wen kann sich mein Softwareanbieter wenden?**

Die ambulanten Softwareanbieter wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit Schreiben vom 10. Oktober 2011 über die bevorstehenden Probebetriebe bereits informiert. Er bittet die Anbieter, Leistungserbringer, die an den Probebetrieben teilnehmen möchten, durch rechtzeitige Schaffung der informationstechnischen Voraussetzungen in ihrem Arztinformationssystem zu unterstützen. Das Schreiben des G-BA finden Sie unter <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3100/Teilnahme-Softwareanbieter-anProbebetrieben.pdf>.

Als Hilfestellung für Sie als Interessenten haben wir diesem Merkblatt ein Anschreiben an die Softwareanbieter beigelegt. Dieses Schreiben können Sie gerne verwenden, um Ihrem Anbieter einerseits Ihre Bereitschaft zur Teilnahme zu bekunden und ihm damit gleichzeitig weitere für ihn wichtige Informationen zu den Probebetrieben zukommen zu lassen.

Für weitere Auskünfte diesbezüglich ist Ihr Ansprechpartner des AQUA-Instituts Herr Klaus Rittmeier (E-Mail: [gsservice@aqua-institut.de](mailto:gsservice@aqua-institut.de)), der Ihnen gerne bei Ihren Fragen behilflich ist.

## **Wie kann das AQUA-Institut bei der notwendigen Softwareanpassung helfen?**

Das AQUA-Institut kann bedauerlicherweise nicht direkt vor Ort bei Ihnen tätig werden. Wir können Ihnen bzw. Ihrem Softwareanbieter jedoch mit Informationen zum technischen Verfahren behilflich sein.

## **Welche Daten werden erfasst?**

Verständlicherweise möchten Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Indikatoren berücksichtigt und welche Daten erhoben werden sollen. Damit Sie sich ein Bild machen können, finden Sie unter [http://www.sgg.de/entwicklung/technische\\_entwicklung/technik\\_gesuerl/machbarkeit\\_kat\\_koni\\_pci.html](http://www.sgg.de/entwicklung/technische_entwicklung/technik_gesuerl/machbarkeit_kat_koni_pci.html) die Grundlagen der Verfahren. Die Informationen auf dieser Seite werden aktualisiert, sobald es interessante neue Entwicklungen gibt.

## **An welche Stellen werden die erfassten Daten geliefert?**

Sie liefern die für Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten für kollektivvertraglich oder stationär erbrachte Leistungen wie gewohnt an die zuständige KV bzw. LKG/LQS. Dort werden die Angaben zu Ihnen als Leistungserbringer pseudonymisiert und an die so genannte Vertrauensstelle geschickt. Die Vertrauensstelle ihrerseits erstellt Patientenpseudonyme, bevor sie die Daten an die Bundesauswertungsstelle (BAS) weiterleitet. Auf dem Weg von Ihnen zur BAS ist durch verschiedene Verschlüsselungs- bzw. Pseudonymisierungsmaßnahmen gewährleistet, dass die Daten nicht unbefugt genutzt werden können und jede Stelle im Datenfluss nur genau die Teile des Datenflusses bearbeiten und einsehen kann, die für sie vorgesehen sind.

QS-Daten für selektivvertraglich erbrachte Leistungen werden von Ihnen direkt an die Vertrauensstelle geschickt. Die sicherheitstechnischen Vorkehrungen sind hier ebenso gestaltet wie im vorherigen Absatz beschrieben.

Das vollständige Datenflussmodell der sektorenübergreifenden Verfahren finden Sie unter [http://www.g-ba.de/downloads/83-691-210/Qes%C3%BC-RL\\_2010-05-20\\_Anlage.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/83-691-210/Qes%C3%BC-RL_2010-05-20_Anlage.pdf).