

WORKSHOP

Externe Qualitätssicherung – Update 2021

unter Mitwirkung von

Dipl.-Math. A. Friedrich (*Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen*)

Dipl.-Med. A. Kaiser (*Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Sachsen*)

V. Kappert (*Qualitätsmanagement, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gGmbH*)

Dr. med. B. Trausch (*Leiterin der Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Sachsen*)

Endspurt Erfassungsjahr 2020



- **Standortverzeichnis für Krankenhäuser ab 2020** (nach §293 Abs. 6 SGB V)
 - beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)
<https://krankenhausstandorte.de/info>
 - findet Anwendung bei QSKH- und DeQS-Verfahren sowie dem Qualitätsbericht
 - Datenannahmestellen (DAS) haben die Standortangaben mit dem Standortverzeichnis abzugleichen
 - Krankenhäuser müssen alle Änderungen beim Standortverzeichnis melden
 - DAS leiten Änderungen als Mapping an IQTIG weiter

- **neue VorgangsnrGUID**
 - diese erlaubt eindeutige Identifizierung eines Datensatzes
 - bis Juli 2020 sollen möglicherweise noch Datensätze wegen fehlender Eindeutigkeit mit „ERROR“ abgewiesen worden sein – falls „Ja“ Softwarehersteller informieren



■ **QS PCI – Dokumentation von Verbringungsleistungen**

- Dokumentationspflicht besteht für den behandelnden Standort (dieser stellt u. a. Indikation für die Durchführung einer Koronarangiographie oder PCI; Voraussetzung: vollständige und zeitnahe Übermittlung des Untersuchungsbefundes)
- unbedingt Dokumentationsfehler vermeiden
- bei rechnerischer Auffälligkeit wird Stellungnahmeverfahren eingeleitet

■ **QS WI – Fall-Listen**

- Ankündigung des IQTIG, bis Ende 12/2020 Fall-Listen zu nosokomialen Infektionen bereitzustellen – bisher nicht erfolgt (korrigiert mit Schreiben vom 23. Dezember 2020 auf voraussichtlich 2/2021 mit Einschränkungen); erstellt aus der fallbezogenen Dokumentation, verknüpft mit Sozialdaten – voraussichtlich aus den Erfassungsjahren 2017 und ev. 2018
- diese Listen erhalten die Leistungserbringer (LE), die die dazugehörigen Index-Operationen durchführten – voraussichtlich vorerst auf stationäre LE beschränkt
- es erfolgt keine weitere Auswertung, kein LE-Vergleich
- Ziele sind: Information der LE, interne Auseinandersetzung mit den Rückmeldung, ggf. Ableitung von qualitätsverbessernden Maßnahmen



- **QS WI – einrichtungsbezogene Befragung**

- ist ausgesetzt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4640/>)

- **neue QS-Verfahren 4 - 6 nach DeQS-RL**

- der Geschäftsstelle wurden keine Probleme bezüglich Datenannahme zurückgemeldet
- in allen Quartalen erfolgte eine Datenlieferung von den Leistungserbringern
- keine Quartalberichte für EJ 2020 geplant

Endspurt 2020 – bei Dokumentation zu beachten im Qualitätssicherungsverfahren 4 (QS NET) nach DeQS-Richtlinie



Dialysen (DIAL)

Nieren- und Pankreastransplantationen (PNTX)

1 x pro Quartal:

- **Bogen „Basis“** (Basisdokumentation Feld 1 – 21; Behandlungsdaten Feld 60 – 72)
- ggf. **Bogen „Verlaufsdaten“** (Feld 22 – 52)
(bei erstmaliger Dialyse und bei Veränderungen, aber mindestens 1x/Jahr)
- ggf. **Bogen „wesentlichen Ereignisse“** (Feld 73 – 79)

1 x pro Dialyse:

- **Bogen zur Dialyse** (Feld 53 – 59)
Ausnahme bei Heimdialyse nur einmal pro Quartal

Dokumentation

1 x pro Fall:

- Basisbogen
- Transplantationsbogen

1 x pro Follow-up-Zeitpunkt:

- Basisbogen

Endspurt 2020 – bei Dokumentation zu beachten im Qualitätssicherungsverfahren 4 (QS NET) nach DeQS-Richtlinie

Bogen „Basis“

wenn Feld 17 = 2	
19->	Ist der Dialysepatient in Ihrer Einrichtung in diesem Erfassungsjahr erstmals dokumentationspflichtig? 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 19 = 1	
20->	renale Grunderkrankung <small>https://ere-edits-reg.org/</small> Schlüssel 1
wenn Feld 19 = 0	
21->	Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert? 0 = nein 1 = ja

bei Therapiestatus: 2 = ständige Dialyse

In den FAQ steht: „Wenn es sich um einen erstmals dokumentationspflichtigen Fall handelt, muss der vollständige Teildatensatz dokumentiert werden.“

Das **Datenfeld 19** „Ist der Dialysepatient in Ihrer Einrichtung in diesem Erfassungsjahr erstmals dokumentationspflichtig?“ wird mit „ja“ beantwortet.“

Cave: Datenfeld 21: „Wenn es sich um einen Fall handelt, der bereits zu einem früheren Zeitpunkt dokumentiert wurde, sich jedoch die Verlaufsdaten geändert haben, müssen nur die betroffenen Datenfelder (im Verlaufsdatenbogen) aktualisiert werden.“

Das Datenfeld 21 „Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert?“ wird mit „ja“ beantwortet.)

Innerhalb eines Quartals kann es daher dazu kommen, dass mehr als ein Verlaufsdatenbogen auszufüllen ist.“

Endspurt 2020 – bei Dokumentation zu beachten im Qualitätssicherungsverfahren 4 (QS NET) nach DeQS-Richtlinie

62-69 Referenzdialyse	
wenn Feld 17 = 2	
62>	Datum der Referenzdialyse TT.MM.JJJJ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
63>	Serumalbumin <input type="text"/> . <input type="text"/> g/l
64>	Hämoglobin <input type="text"/> . <input type="text"/> g/dl
65>	Ferritin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ng/ml
66>	Transferrin-Sättigung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
67>	C-reaktives Protein <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> mg/l
68>	Verordnung von Erythropoese stimulierenden Faktoren (ESF) 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
wenn Feld 68 = 1	
69>>	verordnete Wochendosis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> I.E.

bei Therapiestatus: 2 = ständige Dialyse

Wann sind die Felder zur „Referenzdialyse“ zu befüllen (Feld 62 - 69)?

Die Felder der Referenzdialyse sind Teil des Basis-Datensatzes und damit für jeden Patienten **1x /Quartal auszufüllen**.

Sollte es **in Ausnahmefällen** so sein, dass keine Werte nicht vorliegen, lässt die Spezifikation es derzeit nicht zu, dass die Felder freigelassen werden und es besteht in solchen Fällen derzeit leider keine Möglichkeit, den Bogen abzuschließen. In diesen Fällen wird vom IQTIG daher das Anlegen eines Minimaldatensatzes empfohlen. Mit der Spezifikation zum EJ 2022 werde eine Korrektur erfolgen.

**hier bitte unbedingt die Maßeinheiten beachten!
Einheiten-Umrechnungstabellen nutzen!**



■ QS-Verfahren Leber- und Nierenlebendspende (LLS/NLS)

- ab EJ 2020 wird die ET-Nr. nur noch für Nicht-GKV-Versicherte (mit Einwilligung) erhoben.
- für GKV-Versicherte wird eGK-Versicherten-Nr. erhoben
- Im Regelbetrieb zeigt sich, dass die eGK-Versichertennummer des Spenders nicht in den Bogen übertragen werden kann, da in der Regel nur die eGK-Versichertennummer des Empfängers im Abrechnungsdatensatz vorliegt. ➡ in Klärung durch IQTIG

■ QS TX

- wegen o.g. Änderung im Datenfluss bei Transplantationen wurde Element <patient_tx> eingeführt; korrekte Verarbeitung der Daten bei LE und DAS; Fehler bei Übertragung an IQTIG
➡ u. U. erneuter Export durch LE erforderlich; auf Schreiben der DAS/des IQTIG achten



■ **implantierbare Defibrillatoren (09/4):**

■ Datenfeld 21

„gemeint ist hier eine Lebenserwartung **nach Implantation eines ICD und optimierter medikamentöser Therapie**“;
es sollte unbedingt die Auswahl „unbekannt“ vermieden werden (wäre nicht leitlinienkonform)

21	Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten?
	<input type="checkbox"/>
	0 = nein
	1 = ja
	9 = unbekannt

■ **Datenlieferung für das komplette Erfassungsjahr 2020:**

unverändert

■ nach QSKH-RL: 28. Februar 2021

■ nach DeQS-RL: 15. März 2021

■ **Soll- und Risikostatistik: unverändert**

■ nach QSKH-RL: 15. Februar 2021

■ nach DeQS-RL: 15. März 2021

COVID-19-Pandemie

- EINBEZIEHUNG VON ERKRANKTEN MIT COVID-19-INFEKTION IN QS-VERFAHREN
„AMBULANT ERWORBENE PNEUMONIE“
- AUSNAHMEREGLUNGEN BEZÜGLICH EXTERNER QUALITÄTSSICHERUNG

G-BA-Beschlüsse vom 27. März 2020, 14. Mai 2020 und 3. Dezember 2020:

<https://www.g-ba.de/beschluesse/4230/>,

<https://www.g-ba.de/beschluesse/4300/>,

<https://www.g-ba.de/beschluesse/4302/>,

<https://www.g-ba.de/beschluesse/4303/>,

<https://www.g-ba.de/beschluesse/4593/>,

<https://iqtig.org/aktuelles/informationsschreiben-zu-covid-19/>



Einbeziehung von Erkrankten mit COVID-19-Infektion in QS-Verfahren „Ambulant erworbene Pneumonie“

- SARS-CoV-2-Pneumonien werden überwiegend ambulant erworben.
- Bereits seit 2005 werden ambulant erworbene Viruspneumonien in dem QS-Verfahren mit erfasst (z. B. auch bei Influenza).
- Dabei werden Fälle eingeschlossen, bei denen die amb. erworbene Pneumonie Hauptdiagnose, also die zur Krankenhausaufnahme führende Diagnose darstellt - bis auf Nebendiagnose Pneumonie mit Hauptdiagnose Sepsis.
- Nicht dokumentiert werden nosokomiale Infektionen (U69.0).
- COVID-19-Fälle sind mit den Sekundärcodes **U07.1!** und **U07.2!** zu dokumentieren (insbesondere unter Entlassdiagnosen). Kein Grund für Verwendung des Minimaldatensatzes (MDS)!
- Über diese Sekundärcodes wird es möglich sein, COVID-19-Fälle mit ambulant erworbener Pneumonie bei der Auswertung zu berücksichtigen und Nachteile in der Vergleichbarkeit der Leistungserbringer(innen) zu vermeiden (dazu werden durch IQTIG Auswertekonzepte erarbeitet).
- Die Dokumentation für das QS-Verfahren „Ambulant erworbene Pneumonie“ ist auch in der derzeitigen Sondersituation inhaltlich sachgerecht und weiterhin verpflichtend.
- Liegt eine Überlastung durch COVID-19-Fälle in einem Krankenhaus vor, gilt dies bei Unterdokumentation als Ausnahmetatbestand und wird nicht sanktioniert.



■ DeQS-RL

- Aussetzen der quartalsweisen Datenlieferungen zum 15. Mai, 15. August und 15. November **2020 und 2021** → komplette Datenlieferung für das
EJ **2020** bis spätestens zum Ablauf der **Korrekturfrist zum 15. März 2021**
EJ **2021** bis spätestens zum Ablauf der **Korrekturfrist zum 15. März 2022**
- Stellungnahmeverfahren: Aussetzung bis 31. Oktober 2020; Durchführung zwischen 1. November 2020 und 31. März 2021

■ QSKH-RL

- Aussetzen der quartalsweisen Datenlieferungen zum 15. Mai 2020, 15. August 2020 und 15. November 2020 → komplette Datenlieferung für das EJ 2020 bis **28. Februar 2021, keine Korrekturfrist**
- Aussetzung des Datenvalidierungsverfahrens für das EJ 2019
- Strukturierter Dialog: Aussetzung bis 31. Oktober 2020, Abschluss bis 31. März 2021
- Unterdokumentation unverschuldet im Sinne von § 24 Abs. 1 Satz 4 bei
 - 1. kurzfristigen nothilfe-, krankheits- oder quarantänebedingten Personalausfällen oder
 - 2. starker Erhöhungen der Patientenzahlen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen und einen flexiblen Personaleinsatz erforderten, die Unterschreitung der Dokumentationsrate verursacht haben.

keine Aussetzung Dokumentationspflicht



■ Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

- § 12 Abs. 4: Vorgaben zur Dokumentation nach Anlage 2 Nummer I.2.2. Absatz 9 sowie Nummer II.2.2 Absatz 9 (Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Versorgungsstufen – pflegerische Versorgung – Perinatalzentrum Level 1 und 2) finden bis **31. März 2021** keine Anwendung

■ Richtlinie planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)

- § 18: Aussetzung von Teilen der Richtlinie: Das betrifft für das EJ 2019 die Datenvalidierung (§ 9), die Neuberechnung (§10), das Stellungnahmeverfahren (§ 11), die Übermittlung von einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnissen (§ 13), den Bericht des IQTIG zur Systempflege (§ 15) und die Veröffentlichung der Ergebnisse aller Einrichtungen durch den Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 17).
- Als statistisch auffällig ausgewiesene Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden im Strukturierten Dialog gem. QSKH-RL berücksichtigt.
- Für das **Erfassungsjahr 2020** ist die quartalsweise Datenübermittlung ausgesetzt. Die Krankenhäuser haben die Daten für das gesamte Erfassungsjahr 2020 bis zum **28. Februar 2021** zu liefern.



- **Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) - Datenlieferung für die Berichtsteile C-1 :**
 - unmittelbar von der Verschiebung der Frist zum Abschluss des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2019 gemäß QSKH-RL auf den 31. März 2021 betroffen;
 - deshalb keine vollständige Datenübermittlung innerhalb der regulären Lieferfrist bis zum 15. Dezember 2020 möglich
 - Möglichkeit zur Nachlieferung oder Ersatz der betroffenen Berichtsteile, wenn in Folge der Covid-19-Pandemie die Erstellung oder Übermittlung des Qualitätsberichts (Qb) oder eine Anmeldung bzw. Registrierung nicht möglich war oder der Qb Fehler aufweist – dazu Antragstellung beim G-BA notwendig
 - bis zum **28. Februar 2021**: LQS/IQTIG stellen einen Antrag auf Nachlieferung des Berichtsteils C-1 beim G-BA.
 - bis zum **9. April 2021**: Bereitstellung der Daten des Berichtsteils C-1 durch LQS/IQTIG an Krankenhäuser zur Prüfung und Kommentierung.
 - bis zum **23. April 2021**: Rückmeldung der Krankenhäuser
 - bis zum **5. Mai 2021**: LQS/IQTIG übermitteln die die vollständigen Daten des Berichtsteils C-1 an die Annahmestelle

Qualitätssicherung 2021: Was ändert sich?

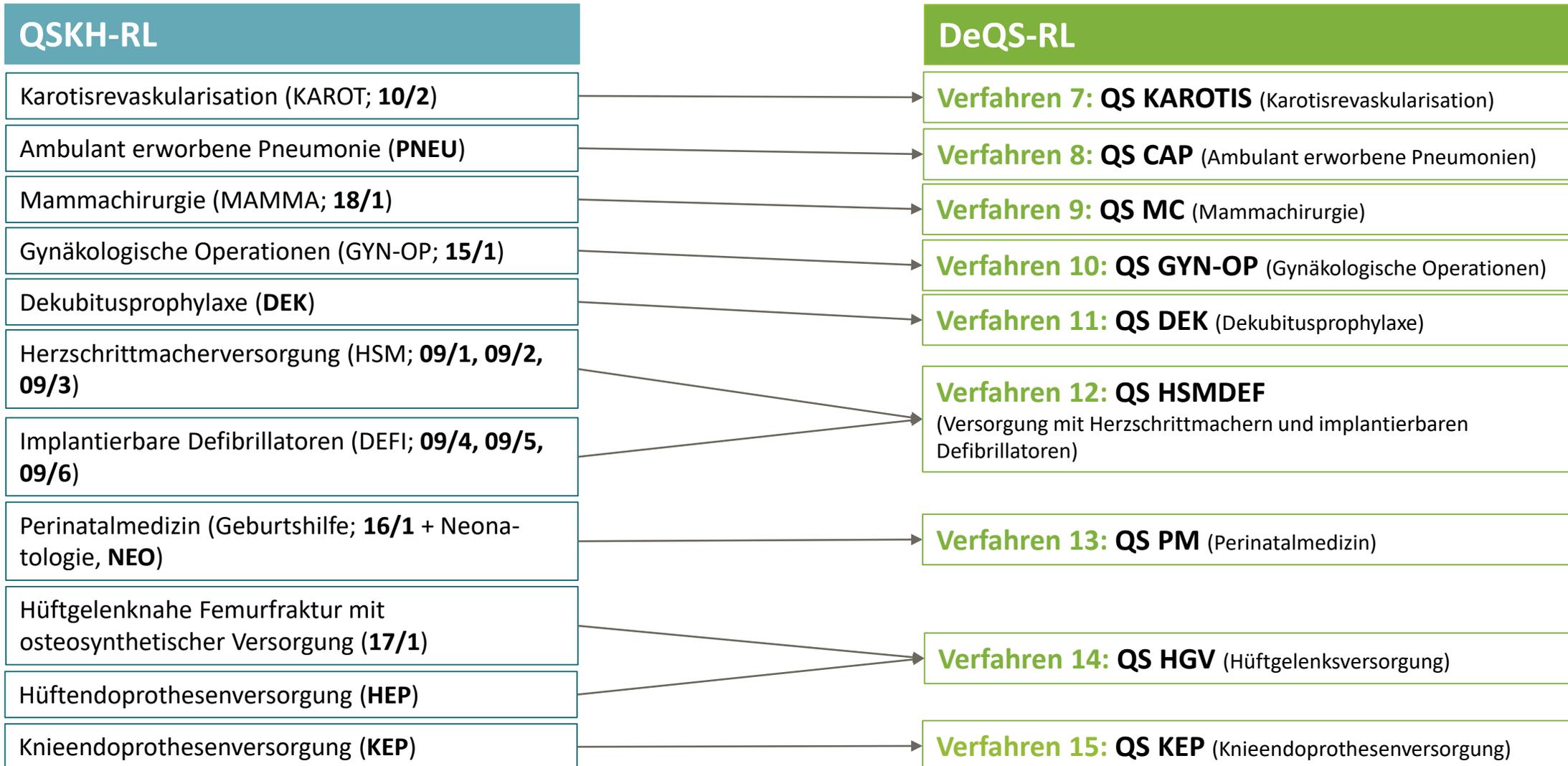
- ÄNDERUNGSBESCHLÜSSE ZUR DEQS-RL
- ÜBERFÜHRUNG DER INDIREKTEN QS-VERFAHREN VON DER QSKH- IN DIE DEQS-RL
- ÄNDERUNG ZUR PLAN. QI-RL
- VERFAHRENSPEZIFISCHE ÄNDERUNGEN

Relevante Änderungen in der DeQS-Richtlinie (G-BA-Beschlüsse vom 16. Juli 2020) ab 1. Januar 2021



- **Erweiterung des themenspezifischen Teiles der DeQS-RL um die Qualitätssicherungs(QS)-Verfahren 7 – 15**
- **detaillierte Regelungen zu den Fachkommissionen im neuen § 8a in Teil 1**
- **Qualitätsindikatoren, Rechenregeln und Referenzbereiche im neuen § 14a in Teil 1**
 - Die Qualitätsindikatoren werden in den themenspezifischen Bestimmungen aufgeführt sowie den LAGen vom IQTIG in maschinenlesbarer und –verwertbarer Form zur Verfügung gestellt
 - Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche sind vom IQTIG bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung zu veröffentlichen
 - Ausnahmeregelung für das Erfassungsjahr 2021: – prospektive Rechenregeln und Referenzbereiche werden bis zum 31. Dezember 2020 beschlossen und veröffentlicht.
- **Anpassungen und Ergänzungen zum Stellungnahmeverfahren im § 17 in Teil 1**
- **Regeln zur Datenvalidierung existieren noch nicht**

Überführung der indirekten QSKH-Verfahren in DeQS-Richtlinie zum 1. Januar 2021



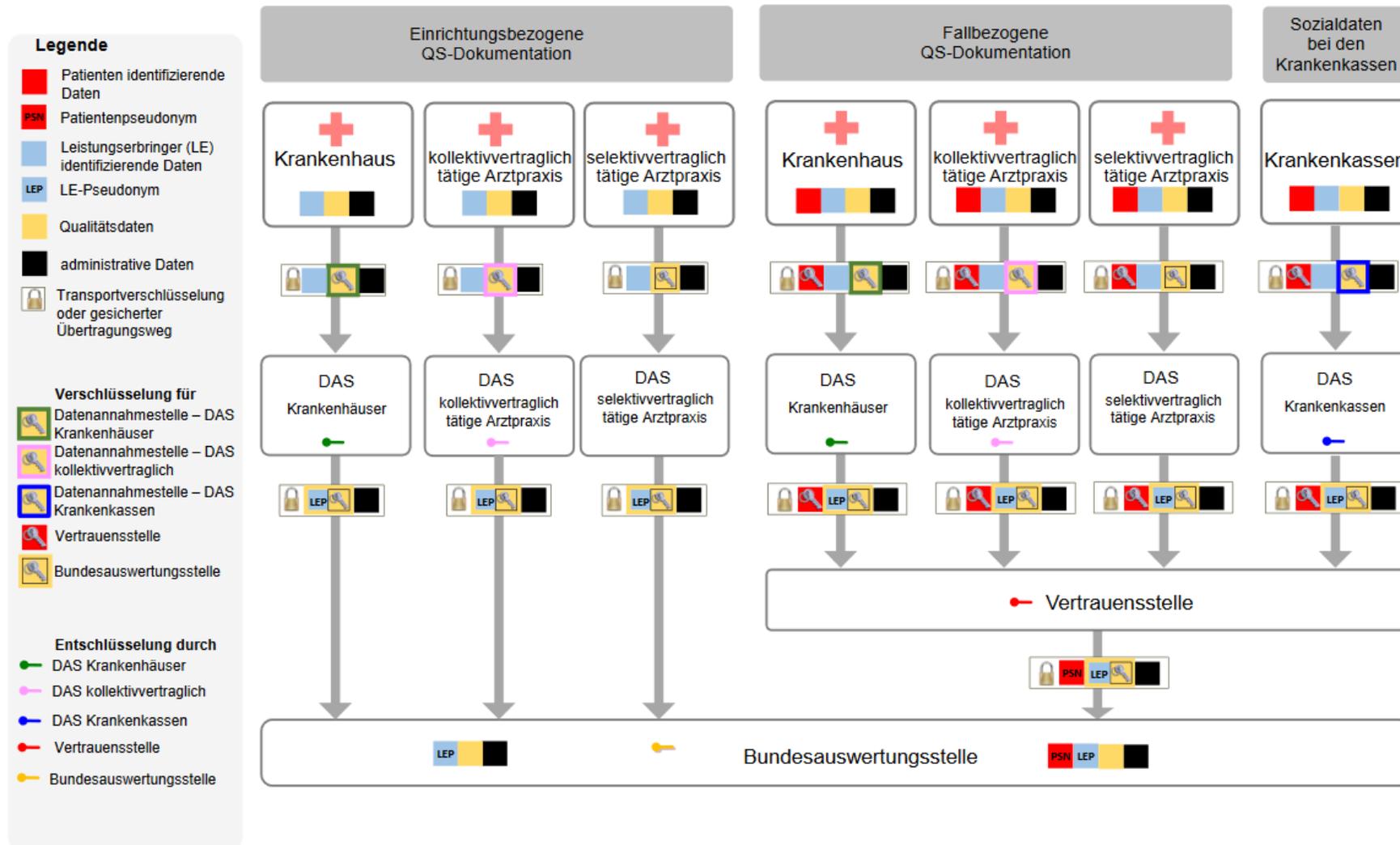


- **Aufhebung der QSKH-RL mit Beschluss vom 15. Oktober 2020** (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4505/>)

- **Übergangsregelungen:**
 - sind jeweils im § 19 der themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL fixiert
 - für **EJ 2020** erfolgen Auswertung, Strukturierter Dialog und Berichte nach **QSKH-RL**
 - Arbeitsgruppen bleiben bis 31. Dezember 2021 bestehen

- **Datenannahme**
 - **ab EJ 2021** für **alle (!)** QS-Verfahren über die Datenannahmestellen auf Landesebene
 - Krankenhäuser: BQS-Institut (e-Mail: xmldataen@bqs-institut.de)
 - kollektivvertraglich tätige Arztpraxen: über Datenannahmestelle (DAS) der KVS
 - **Ausnahmen:**
 - selektivvertraglich tätige Arztpraxen: DAS bei Vertrauensstelle (Infos über <https://www.vertrauensstelle-gba.de/infoSVLE.html>)
 - **Modul Geburtshilfe (16/1) und NEO für EJ 2020: daten@qs-sachsen.de (bis 28. Februar 2021)**

Datenflussmodell gemäß DeQS-RL (Servicedokument des G-BA, Stand 5. Juni 2019)



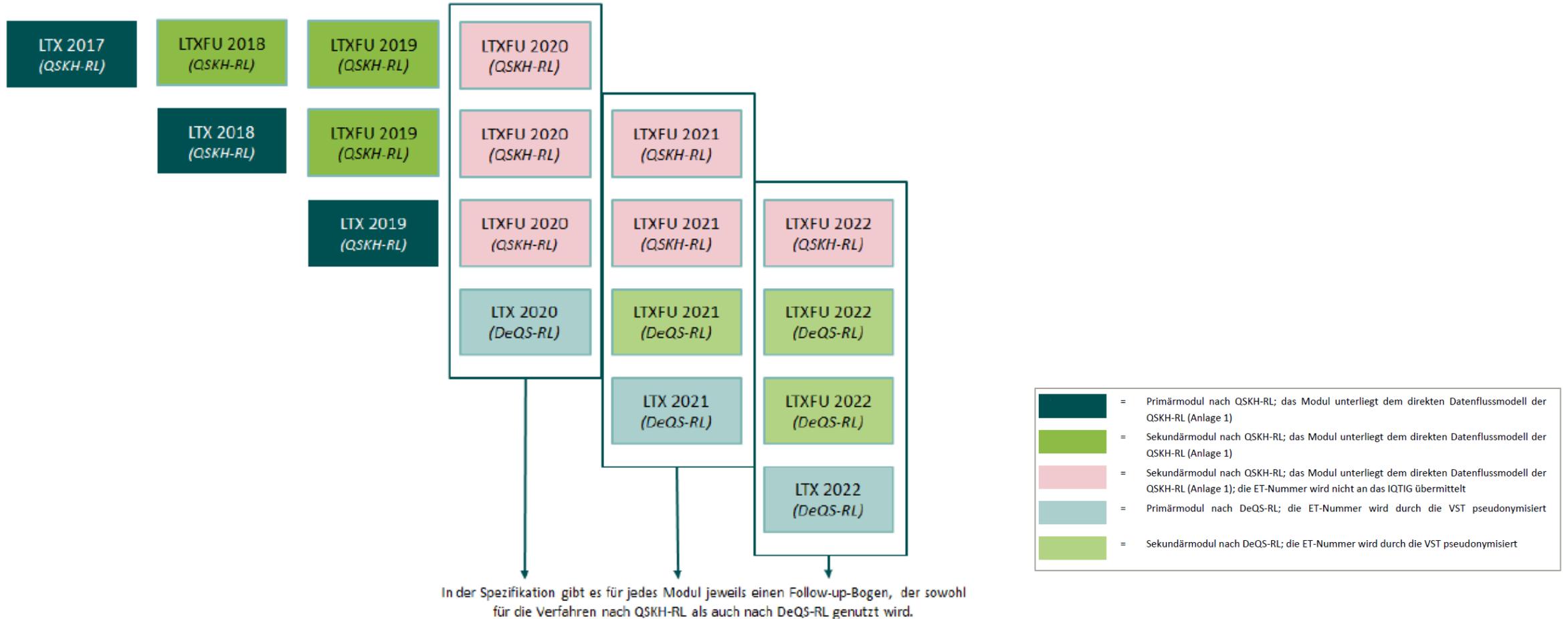
https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3890/2019-07-18_DeQS-RL_Datenflussmodell.pdf



■ **Follow-up bei Transplantations-QS-Verfahren zu Indexeingriffen 2018 - 2019**

- weiter nach QSKH-RL
- dies hat Auswirkungen auf den Datenfluss, relevant für die Krankenhäuser (siehe nachfolgende Folien)
- für Indexeingriffe ab 2020 ist DeQS-RL zutreffend und dann erfolgt auch die Datenannahme über die Datenannahmestellen auf Landesebene

Follow-up bei Transplantations-QS-Verfahren zu Indexeingriffen

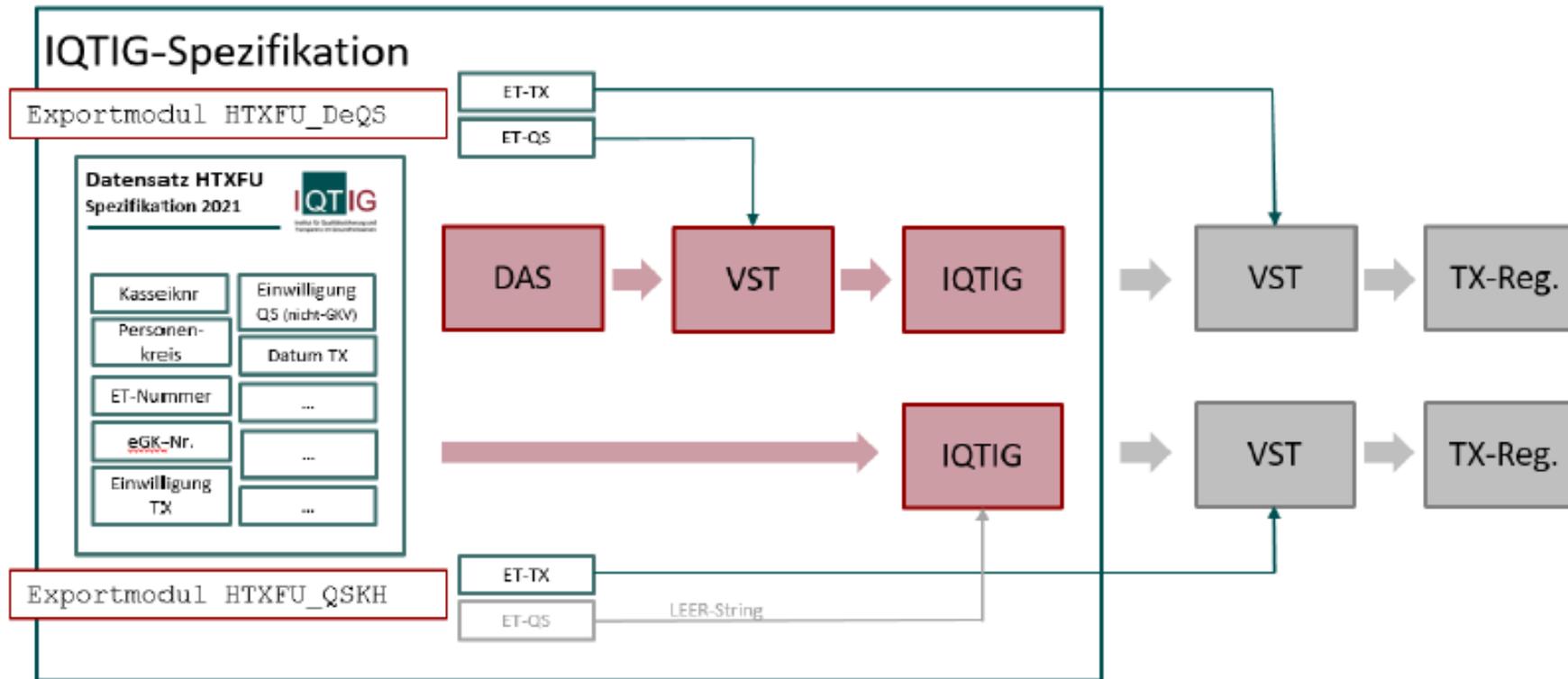


Quelle: IQTIG: Technische Dokumentation zur Basisspezifikation für Leistungserbringer Erfassungsjahr 2021

Follow-up bei Transplantations-QS-Verfahren zu Indexeingriffen 2018 – 2019



Beispiel: Der HTXFU-Bogen in der Spezifikation 2021 ist sowohl der relevante Bogen für das 3-J-FU und das 2-J-FU für QSKH (Index 2018/2019) als auch für das 1-J-FU für DeQS (Index 2020).



DAS = Datenannahmestelle,
VST = Vertrauensstelle,
TX-Reg. = Transplantations-Register

Quelle: IQTIG - Technische Dokumentation zur Basisspezifikation für Leistungserbringer Erfassungsjahr 2021



Änderungsbeschluss des G-BA vom 20. November 2020 - <https://www.g-ba.de/beschluesse/4577/>

- Anpassungen sind erforderlich geworden mit Überführung aller QS-Verfahren in die DeQS-RL
- damit ergeben sich Änderungen in Zuständigkeiten (künftig Datenannahmestelle [DAS], Landesarbeitsgemeinschaft [LAG], Medizinischer Dienst [MD]), im Datenfluss und Stellungnahmeverfahren
- neu § 19 Übergangsregelung für das Erfassungsjahr 2020:
„Für die Übermittlung von Informationen aus dem Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL des Erfassungsjahres 2020 findet diese Richtlinie in der Fassung vom 15. Dezember 2016 (BAnz AT 23.03.2017 B2), zuletzt geändert am 14. Mai 2020 (BAnz AT 29.05.2020) weiter Anwendung.“



QS-Verfahrensübergreifende Änderungen Erfassungsjahr 2021

■ Leistungserbringer-Pseudonymisierung

- für alle Verfahren (jedes Verfahren einzeln - verfahrensspezifische Pseudonymisierung)
- Konsequenz: getrennte Übermittlung in separaten Transportdateien → erhöhter Aufwand
- Standortkontrolle der DAS entscheidet über Validität

■ Sollstatistikformulare

- werden zu einem gemeinsamen ab EJ 2021 zusammengeführt

■ Datenfeld „lebenslange Arztnummer“

- wird aus den QS-Verfahren PCI , Modul DIAL und aus MDS gestrichen

■ Beschluss des G-BA zur Spezifikation: 16. Juli 2020 bzw. 17. Dezember 2020

- <https://www.g-ba.de/beschluesse/4400/>
- <https://www.g-ba.de/beschluesse/4413/>
- <https://www.g-ba.de/beschluesse/4630/> (QS WI – einrichtungsbezogene QS-Dokumentation)

■ Beschluss des G-BA zu den vorläufigen Rechenregeln (QS-Verfahren 1; 3- 15) : 17. Dezember 2020

- <https://www.g-ba.de/beschluesse/4625/>
- <https://www.g-ba.de/beschluesse/4627/>



Qualitätssicherungsverfahren 1 nach DeQS-Richtlinie

■ QS PCI

■ EJ 2019:

- Qualitätsindikatoren (QI) zu Dosis-Flächen-Produkt wurden erstmals risikoadjustiert nach Body-Mass-Index
- keine Risikoadjustierung der restlichen QI (nur perzentilbasierte Referenzbereiche)
- erstmals Auswertung von zwei sozialdatenbasierten QI (30-Tage- und 1-Jahres-Sterblichkeit) zum Erfassungsjahr (EJ) 2017 – aber ohne Risikoadjustierung, in Sachsen dazu keine rechnerisch auffälligen Ergebnisse
- Fehlende sozialbasierten QI zu Komplikationen und MACCE

■ EJ 2021

- Patientenbefragung: durch Aufhebung der Spezifikation ausgesetzt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4626/>); prospektive Rechenregeln wurden aber beschlossen (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4627/>) – jeweils am 17. Dezember 2020
- Änderung in der Zusammensetzung der Fachkommission ab EJ 2021 – siehe TOP 7



■ QS WI

■ EJ 2019:

- Einrichtungsbezogene Befragung: Sollstatistik fehlt im ambulanten Bereich
- Veränderungen im ICD-10-Katalog der zur Auslösung der Dokumentationsbögen führt, hat zu einer Reduktion der Datensätze geführt
- QI zu Hygiene- und Infektions-Management berechnen sich aus 9 Kennzahlen,
- weitere 4 Kennzahlen sind gesondert ausgewiesen, gehen aber nicht in Berechnung ein

■ EJ 2020:

- im Jahr 2021 **Aussetzung der einrichtungsbezogenen Befragung zum EJ 2020**

■ EJ 2021:

- **Aussetzung der fallbezogenen Dokumentation in Krankenhäusern**
- Änderung der Zusammensetzung der Fachkommission ab EJ 2021 – siehe TOP 7 (G-BA-Beschluss vom 16. Juli 2020; <https://www.g-ba.de/beschluesse/4412/>)
- einrichtungsbezogene Befragung erfolgt (bis 28. Februar 2022); Beschluss zur Spezifikation vom 17. Dezember 2020: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4630/>



■ QS CHE

- QS-Filter: Aufnahme der Ausschlussdiagnose: C78.7 sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengängen

■ QS NET

- EJ 2021 (G-BA-Beschluss vom 16. Juli 2020; <https://www.g-ba.de/beschluesse/4412/>):
 - drei QI werden zu Kennzahlen herabgestuft (Ernährungsstatus, Anämie-Management und Langzeit-Überleben 1, 2, 3, 5 und 10 Jahre nach Dialyse) – ausführliche Erläuterung in den tragenden Gründen
 - Löschung von Datenfeldern („renale Grunderkrankung“, „mechanische Komplikationen“, „Infektionen“, „sonstige Komplikationen“, „Nachtdialyse“, „HIV-Infektion“ und „Todesursache“)



- **Für die ab dem 1. Januar 2020 in Kraft tretenden Verfahren QS NET, QS TX und QS KCHC gilt:**
 - keine Vergütungsabschläge für fehlende Dokumentation
 - im ersten Erfassungsjahr bei QS TX (§ 16 Satz 3 QS TX)
 - in den ersten beiden Erfassungsjahren bei QS NET und QS KCHK (§ 18 Satz 3 QS KCHK bzw. QS NET)
 - erste Quartalberichte ab dem EJ 2021 in zweiter Hälfte 2021 (nach Rückmeldeberichten zur EJ 2020) (Schreiben des IQTIG vom 26. September 2019)

- **QS TX**
 - Für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 erfolgt für die Leberlebendspende und Nierenlebendspende keine quartalsweise Datenlieferung (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4552/>)



indirekte Qualitätssicherungsverfahren nach QSKH-RL bzw. Qualitätssicherungsverfahren 7 – 15 nach DeQS-RL

■ EJ 2020:

- Datenlieferung bis 28. Februar 2021
- Strukturierter Dialog nach QSKH-RL

■ ab EJ 2021:

- Datenlieferung ab 1. Januar 2021
- Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL
- prospektive Rechenregeln: veröffentlicht 12/2020
- aktuell keine Erweiterung auf den vertragsärztlichen Bereich
- neu vierteljährliche Zwischenberichte neben dem bereits bekannten jährlichen Rückmeldeberichten
- bei den meisten Verfahren keine Änderung in den Auslösekriterien im QS-Filter (Ausnahme: 15/1: zwei neue OPS-Kodes; HEP: Streichung aus OPS-Liste, 18/1: Aufnahme von ICD-10- und OPS-Kodes, Pneu: Aufnahme einer Ausschlussdiagnose); dafür aber eine Vielzahl von Änderungen in QS-Dokumentation

https://iqtig.org/downloads/spezifikation/2021/v03/2021_UebersichtAenderungen_V03.pdf

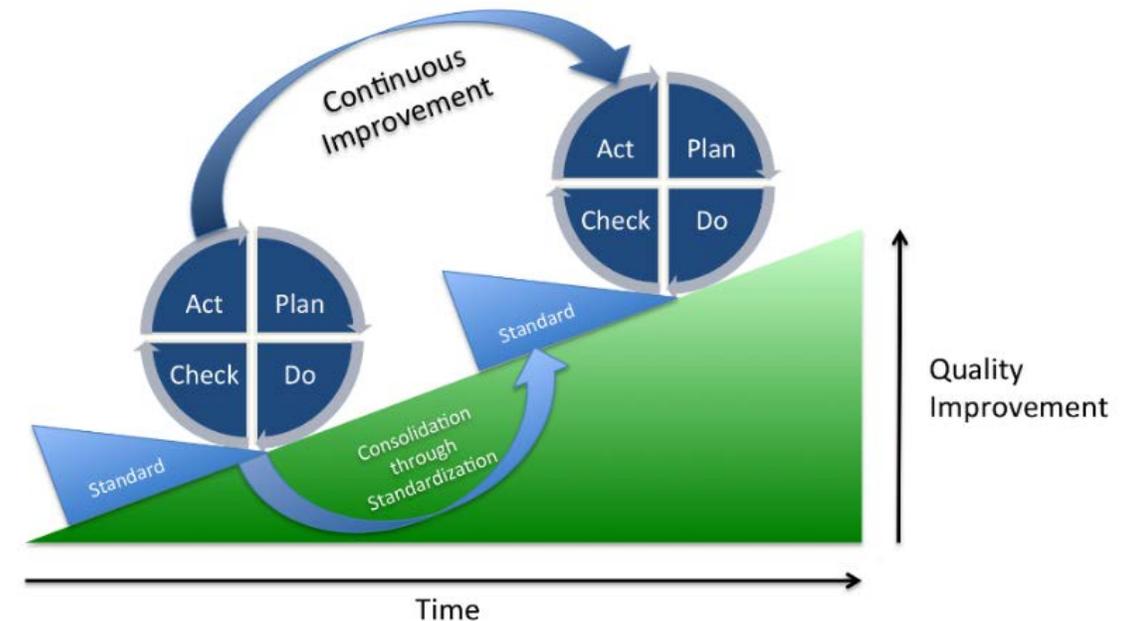
Dokumentationsfehler vermeiden - Fristen einhalten

Dokumentationsfehler vermeiden

Dokumentationsqualität = abhängig u. a. von

- QS-Verfahren: der Verständlichkeit der Beschreibung des Qualitätsindikators bzw. den dazugehörigen Ausfüllhinweisen,
- der Schulung des Personals und
- des Zusammenspiel/Kommunikation aller Beteiligten

Ergebnisse aus Strukturiertem Dialog/
Stellungnahmeverfahren einfließen lassen



Quellen: Johannes Vietze - Own work; https://en.wikipedia.org/wiki/PDCA#/media/File:PDCA_Process.png

Dokumentationsfehler vermeiden / Fristen einhalten

Victoria Kappert
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach SGB V

Dokumentationsfehler vermeiden / Fristen einhalten



Verfahrensjahr 2019

- Bettenzahl: 492
- Stationäre Fälle: 15.160
- Ambulante Fälle: 33.990
- Fachabteilungen: 12
- Geburtenzahl: 1.712
- QS pflichtige Module: 14
- QS Bögen: 2953

Einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach SGB V

Dokumentationsfehler vermeiden / Fristen einhalten

Was regeln und planen wir vorab?

- ✓ Eine Verfahrensanweisung beschreibt die Verantwortlichkeiten und einzelnen Prozessschritte der externen Qualitätssicherung

(CON_VA_6.402_Externe Qualitätssicherung Datenerfassung)

- ✓ Systematischer Umgang mit Auffälligkeiten

(CON_VA_6.17_Externe Qualitätssicherung Umgang mit Ergebnissen und Auffälligkeiten)

- ✓ Kein QS Modul ist ohne QS Verantwortlichen

(CON_AA_6.402_Externe Qualitätssicherung Beauftragte / Ansprechpartner)

- ✓ Erstellung einer Jahresplanung mit allen QS relevanten Lieferfristen

Einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach SGB V

Dokumentationsfehler vermeiden / Fristen einhalten

Der Ablauf des „einfachen QS Alltages“

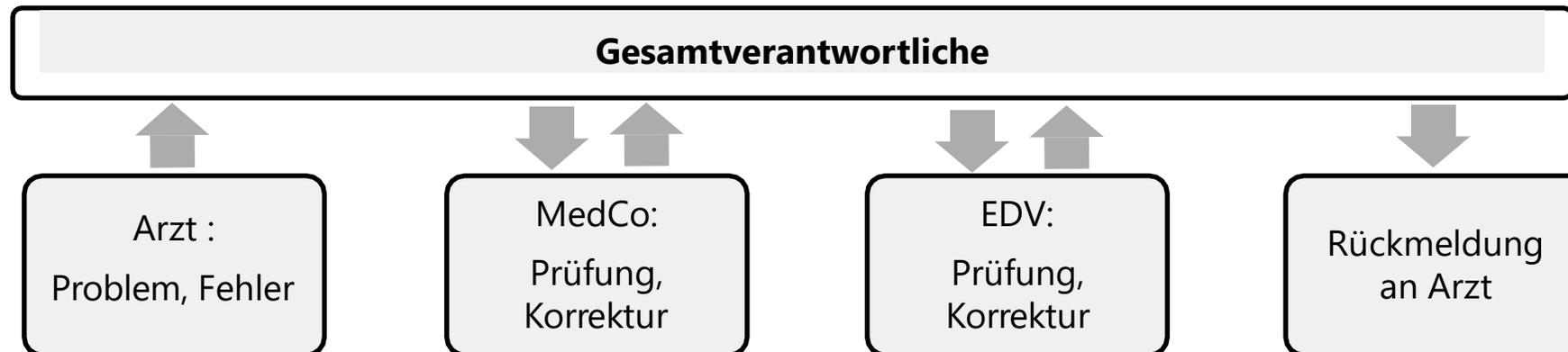
- ➔ Möglichst zeitnahe Dokumentation und Vidierung der QS Bögen
- ➔ Regelmäßige Abfrage offener QS Bögen – Erstellen von Arbeitslisten
- ➔ Weiterleitung der Arbeitslisten an die QS beauftragten Ärzte
- ➔ Probleme werden zeitnah erkannt, rückgemeldet und behoben
- ➔ Neue Ärzte werden in die Abläufe der Qualitätssicherung eingearbeitet
- ➔ Jährlich findet eine verpflichtende interne Informationsveranstaltung zur QS statt

Einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach SGB V

Dokumentationsfehler vermeiden / Fristen einhalten

Qualitätssicherung ist Teamarbeit

- ➔ Probleme werden zeitnah weitergeleitet und behoben
- ➔ Enge Zusammenarbeit zwischen Arzt, Gesamtverantwortlichen, Medizincontrolling, EDV und ärztlicher Direktion



Einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach SGB V

Dokumentationsfehler vermeiden / Fristen einhalten

Beispiel: Pflichtexport 15. Mai 2020

- ✓ 02. April Information aller QS Beauftragen Ärzte über bevorstehenden Export; Deadline: Fertigstellung der QS Bögen bis 15. April
- ✓ 15. April interne Prüfung der QS Bögen auf Auffälligkeiten
- ✓ 16. April Weiterleitung der Auswertungsergebnisse an die Ärzte
- ✓ 20.-30. April Terminvereinbarung und Besprechung der Auffälligkeiten
- ✓ 12. Mai Datenexport durch die EDV

Einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach SGB V

Dokumentationsfehler vermeiden / Fristen einhalten

Wie gehen wir mit Dokumentationsfehlern um?

- ➔ Eine Falschdokumentation wird vor dem Datenexport korrigiert
- ➔ Ursachenanalyse bei gehäufter Fehlerquote
- ➔ Dokumentation geplanter Maßnahmen zur Fehlerbehebung
- ➔ Schulung / Information der Beteiligten

Logo: GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS HERDECKE

Titel: Ergebnisse der Externen Qualitätssicherung

Formularelemente:

- Abteilung: _____ Datum: _____
- Header: Name, Vorname | Funktion | Unterschrift
- Table with 3 columns and 6 rows for signatures.
- Auffälligkeit: _____
- Maßnahmen:
 1. _____
 2. _____
 3. _____

Die Maßnahmen sind von der Abteilung zu dokumentieren, anschließend bitte Weiterleitung an das QM

Erstellt am	Erstellt durch	Freigegeben	Freigegeben durch	Freigegeben am
11.03.2016	Prof. Dr. A. Richter	14.03.2016	Prof. Dr. A. Richter	14.03.2016

QSK 10.3.17 „Externe Qualitätssicherung Maßnahmen aus Experten und AKB-Praktiken“

Einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach SGB V

Dokumentationsfehler vermeiden / Fristen einhalten

Wie vermeiden wir Dokumentationsfehler?

- ➔ Dokumentationsfehler entstehen häufig durch Unkenntnis
- ➔ In Zusammenarbeit mit allen QS Beauftragten Ärzten wurden die Quellen eruiert
- ➔ Die Dokumentationsanforderungen wurden zusammengefasst: was, wo und durch wen dokumentiert werden muss.
- ➔ Nach Fertigstellung erfolgte die Information aller betroffenen Berufsgruppen

GEM. AA 4.02

Dokumentationsanforderungen Externe Qualitätssicherung

Modul	Bereich	Was muss dokumentiert sein	Wo wird es dokumentiert	Wer
Deutlich	GKH gesamt	Hautkontakt bei Aufnahme	GKH_FB_7_310_Pflegemanweisung_38304	PD
S-1 HEM	innere	Erlebnisregion und Ort mit Foto	GKH_FB_7_310_Wunderversorgung_38312	PD
S-4 DEFI	innere	Größe und Gewicht	Orts Anamnese / GKH_FB_7_310_Hauptkurve_38302	Arzt / PD
T5-2	Kardiologie	Größe und Gewicht	Orts Anamnese / GKH_FB_7_310_Hauptkurve_38302	Arzt / PD
15-1 Gyn. OP	Gynäkologie	Aufklärungsbogen		Arzt / MFA
	Chirurgie	Histologie bei Darmtumor	Orts GS Bogen	Arzt
	Chirurgie	Bewegungsaustmaß	Orts Einlassstift	Arzt
HEP	Chirurgie	Stützstrahl einleiten	GKH_FB_7_310_Pflegemanweisung_38304	PD
	Chirurgie	Maßnahmen zur Stützprophylaxe	PfL_FB_7_480_Stützstrahl, Stützprophylaxe und Maßnahmen	PD
17-1 Femur #	Chirurgie	Gehstütze und Gehhilfen	Orts Einlassstift	Arzt
	Chirurgie	Stützstrahl einleiten	GKH_FB_7_310_Pflegemanweisung_38304	PD
	Chirurgie	Maßnahmen zur Stützprophylaxe	PfL_FB_7_480_Stützstrahl, Stützprophylaxe und Maßnahmen	PD
NEO	8 west	Durchgeführtes Hüftverriegeln	KJMBW_FB_7_40_Diagnose- und Verlaufsbogen Neo_33064	Arzt
	6 ost	(oder Ablehnung der Eltern)	GKH_FB_7_310_Kundenkapitule_41009 + G4-Haft	Arzt
	Gewerkschaft	1 x Atemfrequenz (nach ärztlicher Anordnung)	GKH_FB_7_310_Hauptkurve_38302	PD (ÄD)
PNEU	GKH gesamt	Mobilisation (innerhalb von 24h nach Aufnahme)	GKH_FB_7_310_Bewegungspkz_38326	PD
	GKH gesamt	Uhrzeit der ersten Antibiotikagabe	GKH_FB_7_310_Hauptkurve_38302 / Orts ZA Aufnahmebefund	PD
16-1 Geburt	Kreislauf	gr und bl	Gedwinn GS Bogen	Helferinnen
	Kreislauf	Abwesenheit des Fötals	Gedwinn GS Bogen	Helferinnen

Einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach SGB V

Dokumentationsfehler vermeiden / Fristen einhalten

Fazit

- ➔ Als Erstes sind alle QS Beauftragten Ärzte im täglichen Klinikalltag eingebunden und für die Diagnostik und Therapie der Patienten verantwortlich!
- ➔ Daher planen wir im Vorfeld immer ein breites Zeitfenster ein, um alle Daten termingerecht zu versenden
- ➔ Niemand schiebt die Schuld auf den Anderen, Fehler werden bei uns konstruktiv bearbeitet
- ➔ Wir erinnern regelmäßig 😊



■ **Verwendung des Auswahlfeldes „unbekannt“ vermeiden:**

- insbesondere bei Dosis-Flächen-Produkt bei Anwendung von Röntgenstrahlen (Beachtung von Strahlenschutz-Verordnung/-Gesetz)
- QS PCI: Door-Zeitpunkt (ist immer bekannt: Aufnahme in Klinik!) oder Balloon-Zeitpunkt (PCI-Protokoll)

■ **Auswahlmöglichkeiten in Feldern genau berücksichtigen**

- QS PCI: Indikation zur Koronarangiographie

■ **genaue Angaben in Bezug auf**

- Kontrastmittelmengen bei radiologischen Untersuchungen
- Körpergröße (wichtig für Risikoadjustierungen)

■ **Schnittstellen optimieren, Informationsverluste vermeiden**

■ **Maßeinheiten beachten**

- z. B. bei Strahlendosis ($\text{cGy} \cdot \text{cm}^2 = \mu\text{Gy} \cdot \text{m}^2$)! , Angaben ohne Warnung: 100 – 30000 $\text{cGy} \cdot \text{cm}^2$



- **enge Zeitfenster für einzelne Schritte in der Qualitätssicherung nach DeQS-RL auf der Ebene von**
 - Leistungserbringer(innen)
 - Landesarbeitsgemeinschaft
 - IQTIG
 - G-BA
- **Prozesse ineinandergreifend/verzahnt**
- **jährlich gleicher Ablauf**



Einhaltung der Fristen unbedingt erforderlich,
Anträge auf Fristverlängerung sollten Ausnahme bleiben
Vertreterregelung u. a. für Zugriffsrechte auf WSD-Portal treffen



Minimaldatensatz



Minimaldatensatz (MDS)

Im Ausnahmefall können Konstellationen auftreten, in denen ein Behandlungsfall durch den QS-Filter als dokumentationspflichtig ausgelöst wird, obwohl eine abschussfähige Dokumentation nicht möglich ist.

Regelung zur Nutzung des Minimaldatensatzes

Eine Dokumentation ist nicht abschussfähig, wenn der Abschluss und Export des Bogens nicht möglich ist, ohne fehlerhafte oder nicht wahrheitsgemäße Angaben zu machen. In diesen Fällen ist ein Minimaldatensatz anzulegen.

Bespiele: <https://iqtig.org/datenerfassung/spezifikationen/qs-basispezifikation-fuer-leistungserbringer/2021/v03/> unter Anwenderinformationen pdf-Datei: Erläuterungen zum Minimaldatensatz, z.B. :

- vorzeitiger Abbruch einer OP oder eines Eingriffs
- 9/1: permanente epikardiale Schrittmacher; temporäre Schrittmacher; nachstationäre Implantation
- 10/2: bei tumorbedingtem Einbruch in die Arteria carotis

Was ist eine gute Stellungnahme?



Strukturierter Dialog/Stellungnahmeverfahren

- auf Anonymisierung achten (bezüglich Pat., beteiligten Ärzten, Einrichtung)
- Eingehen auf die Anfragen
- als Erstes klären: Liegt ein Dokumentationsfehler vor? – dieses dann auch vermerken und Fehler korrigieren bzw. korrektes Ergebnis mitteilen
- strukturierte Darstellung – z. B. durch Verwendung von Tabellen
- nicht einfach nur Versenden von Epikrisen (werden gelegentlich gesondert angefordert), sondern kritische Betrachtung dazu unter dem Aspekt des Qualitätsindikators, auf den sich die Fragen beziehen.
- bei Anforderung von Röntgen-, CT- und MRT-Bildern: müssen bezüglich Pat. anonymisiert sein; moderne digitale Bildtechnik gestattet dies über das CD-Brenn-Programm
- ärztliche Bewertung der Ergebnisse mit kritischer und sachlicher Ursachenanalyse – zusammenfassende Schlussfolgerungen, nicht bei Einzelfallanalyse stehenbleiben
- bereits ergriffene Maßnahmen zur Beseitigung eines qualitativen Mangels sollten genannt werden
- bei Unklarheiten hinsichtlich der von den Geschäftsstellen übermittelten Fragen oder bezüglich teilweise sehr komplexer Qualitätsindikatoren – keine Scheu vor Kontaktaufnahme mit den Geschäftsstellen

Was bedeutet Maßnahmenstufe 1 nach DeQS-RL?



Bewertung:

Art der Antwort:

Bewertung der Ergebnisse:

Begründung für die Auffälligkeit:

Abschluss STNV oder Einleitung
Maßnahmenstufe 1:

LE-Antwort nicht aus-
reichend - Rückfrage an LE:

Art der Antwort: (Angabe erforderlich)

Zulässige Auswahlmöglichkeiten:

0 = es sind keine Korrekturmaßnahmen
notwendig

1 = es sind noch keine Maßnahmen zur Behebung
der Auffälligkeit bekannt

2 = Es wurde mit Maßnahmen zur Behebung des
Problems begonnen

3 = Das Problem wurde bereits nachweisbar
behoben

9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Wird die Kategorie 9 = Sonstiges gewählt, ist ein
Kommentar zur Erläuterung hinzuzufügen.

Bewertung der Ergebnisse: (Angabe erforderlich)

Zulässige Auswahlmöglichkeiten:

0 = qualitativ unauffällig

1 = qualitativ auffällig



Bewertungsschlüssel

Bewertung:

Art der Antwort:

Bewertung der Ergebnisse:

Begründung für die Auffälligkeit:

Abschluss STNV oder Einleitung
Maßnahmenstufe 1:

LE-Antwort nicht aus-
reichend - Rückfrage an LE:

Begründung für die Bewertung der Ergebnisse: (Angabe erforderlich)

Zulässige Auswahlmöglichkeiten:

0 = korrekte Dokumentation wird bestätigt
(Datenvalidierung)

1 = fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt
(Datenvalidierung)

2 = besondere klinische Situation **(im Kommentar erläutert)**

3 = das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

4 = kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität
(vereinzelte Dokumentationsprobleme)

5 = Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel **(im
Kommentar erläutert)**

6 = unvollständige oder falsche Dokumentation

7 = Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation
verursacht

9 = Sonstiges **(im Kommentar erläutert)**

Werden die Begründungen 2, 5 oder 9 gewählt, ist ein
Kommentar zur Erläuterung hinzuzufügen.



Bewertung:

Art der Antwort:

Bewertung der Ergebnisse:

Begründung für die Auffälligkeit:

Abschluss STNV oder Einleitung
Maßnahmenstufe 1:

LE-Antwort nicht aus-
reichend - Rückfrage an LE:

Empfehlung zum Abschluss oder Einleitung

Maßnahmenstufe 1: (Angabe erforderlich)

Zulässige Auswahlmöglichkeiten:

0 = Abschluss des Stellungnahmeverfahrens

1 = Empfehlung zur Weiterführung der qualitätssichernden
Maßnahmen in Form von Maßnahmenstufe 1

Leistungserbringer-Antwort nicht ausreichend und
Anforderung von Rückfragen



Falls die Fachkommission die Weiterführung in Form von Maßnahmenstufe 1 empfiehlt, sind folgende Angaben erforderlich:

- Begründung für Empfehlung zur Weiterführung
- Art der empfohlenen Maßnahme (Ja/Nein)
 - Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
 - Teilnahme am Qualitätszirkel
 - Implementierung von Behandlungspfaden
 - Durchführung von Audits
 - Durchführung von Peer Reviews
 - Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien
 - „sonstige Maßnahmen“ (zusätzlich Beschreibung der sonstigen Maßnahme)
- Empfehlung der Fachkommission zum Zeitrahmen für die Umsetzung der Maßnahmenstufe 1 in Monaten

in eigener Sache:

- WEBSEITE
- FEEDBACK



PROJEKTGESCHÄFTSSTELLE
QUALITÄTSSICHERUNG
SACHSEN

SUCHEN NACH ...



LINKS KONTAKT

Aktuelles

Über uns

QS-Verfahren

Datenerfassung

QS-Instrumente

Kommunikation

Landesauswertungen

START

Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Sachsen

SCHNELLEINSTIEG

Aktuelles

QS-Verfahren

Herzlich Willkommen

auf der gemeinsamen Internetseite von

[Landesarbeitsgemeinschaft \(LAG\) Sachsen und](#)

[Externe stationäre Qualitätssicherung.](#)

Sie finden hier umfassende Informationen rund um die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Wir stellen Ihnen die beteiligten Gremien in Sachsen vor, beschreiben die Prozesse der externen Qualitätssicherung und stellen die Landesauswertungen Sachsen zur Verfügung. Darüber hinaus finden Sie aktuelle Informationen zu den Qualitätssicherungsverfahren und zu Veranstaltungen zur Thematik der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung.



VERANSTALTUNGEN

**14. Fortbildungsveranstaltung der
AG Perinatalogie/Neonatalogie
mit dem Sächsischen
Hebammenverband e. V. am
27. Januar 2021**
02. Juni 2020

**Workshop „Externe stationäre
und ambulante Qualitäts-
sicherung - Update 2021“ am
6. Januar 2021**
28. Mai 2020



INFORMATIONEN

Nachtrag:

- DATENXPORTE ERFASSUNGSJAHR 2021



Datenexporte im Erfassungsjahr 2021

https://iqtig.org/downloads/spezifikation/2021/v03/2021_TechDok_LE_XML_V02.pdf bzw. **jeweils aktuelle Version**

- Exporte gemeinsam sind nur möglich bei gleichen Exportverfahren
- spezieller Hinweis zu Verfahren 14: QS HGV (Hüftgelenkversorgung) gem. o. g. Spezifikation (S. 107):

„Die Module 17/1 und HEP werden mit Überführung in die DeQS-RL einem gemeinsamen Verfahren und somit einer gemeinsamen Leistungserbringerspseudonymisierung zugeordnet. In der Tabelle Pseudonymverfahren erhalten beide Module das Kürzel HGV. Da das Modul 17/1, anders als das Modul HEP, jedoch kein Follow-up-Modul ist, können beide Module nicht gemeinsam exportiert werden (siehe Abfrage ExportModuleGemeinsam).“

Dies heißt: Da nur das Modul HEP, nicht aber das Modul 17/1 zu den PID-Verfahren gehört, sind unterschiedliche Datenwege festgelegt (HEP-Daten von der Datenannahmestelle über die Vertrauensstelle an die Bundesauswertestelle; 17/1-Daten direkt von der Datenannahmestelle zur Bundesauswertestelle) – weshalb kein gemeinsamer Export möglich ist.



Datenexporte im Erfassungsjahr 2021

https://iqtig.org/downloads/spezifikation/2021/v03/2021_TechDok_LE_XML_V02.pdf bzw. jeweils aktuelle Version

gemeinsamer Export	Liste ExportModule	Anzahl
DeQS_CHE_LKG_PID	CHE	1
DeQS_DEK_LKG	DEK	1
DeQS_GYN_LKG	15/1	1
DeQS_HCH_LKG_PID	HCH	1
DeQS_HGV_LKG	17/1	1
DeQS_HGV_LKG_PID	HEP	1
DeQS_HSMDEF_LKG_PID	09/1, 09/2, 09/3, 09/4, 09/5, 09/6	6
DeQS_HTXM_LKG_PID	HTXFU_DeQS, HTXM	2
DeQS_KAROT_LKG	10/2	1
DeQS_KEP_LKG_PID	KEP	1
DeQS_LLTX_LKG_PID	LLS, LLSFU_DeQS, LTX, LTXFU_DeQS	4
DeQS_LUTX_LKG_PID	LUTX, LUTXFU_DeQS	2
DeQS_MAMMA_LKG	18/1	1
DeQS_NET_DIAL_KV_PID	DIAL_KV	1
DeQS_NET_DIAL_SV_PID	DIAL_SV	1
DeQS_NET_LKG_PID	DIAL_LKG, PNTX, PNTXFU_DeQS	3
DeQS_NLS_LKG_PID	NLS, NLSFU_DeQS	2
DeQS_NWI_LKG_PID	NWIF	1
DeQS_PCI_PCI_KV_PID	PCI_KV	1
DeQS_PCI_PCI_LKG_PID	PCI_LKG	1
DeQS_PCI_PCI_SV_PID	PCI_SV	1
DeQS_PCI_PPCI_KV_PID	PPCI_KV	1
DeQS_PCI_PPCI_LKG_PID	PPCI_LKG	1
DeQS_PCI_PPCI_SV_PID	PPCI_SV	1
DeQS_PERI_LKG_PID	16/1, NEO	2
DeQS_PNEU_LKG	PNEU	1
QSKH direkt	HTXFU_QSKH, LLSFU_QSKH, LTXFU_QSKH, LUTXFU_QSKH, NLSFU_QSKH, PNTXFU_QSKH	6