

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über
die Festlegung der Auffälligkeitskriterien für die
Datenvalidierung 2024 zum Erfassungsjahr 2023 für die
Verfahren 3 und 5 bis 15
gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie zur datengestützten
einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Vom 31. Januar 2024

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 Satz 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in seiner Sitzung am 31. Januar 2024 für die Verfahren 3 und 5 bis 15 die in der statistischen Basisprüfung der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zum Erfassungsjahr 2023 übermittelten Daten im Jahr 2024 anzuwendenden Auffälligkeitskriterien gemäß **Anlage** (Kapitel 3 und Kapitel 5 bis 15) beschlossen.

Berlin, den 31. Januar 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Maag



Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien zum Erfassungsjahr 2023

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien zum Erfassungsjahr 2023

Ansprechperson Anna Maria Steinmann

Datum der Abgabe 14. Dezember 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Hintergrund	5
1 Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	7
2 Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	9
3 Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)	10
4 Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	11
4.1 Dialysen (DIAL)	11
4.2 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D)	13
4.3 Nierentransplantation (NTX)	15
5 Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)	16
5.1 Lebertransplantationen (LTX)	16
5.2 Leberlebendspenden (LLS)	18
5.3 Lungen und Herz-Lungen-Transplantationen (LUTX)	20
5.4 Herztransplantationen (HTX)	22
5.5 Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen (MKU)	24
5.6 Nierenlebendspenden (NLS)	25
6 Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)	27
6.1 Isolierte Koronarchirurgie (KC)	27
6.2 Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KC-KOMB)	28
6.3 Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (AK-KATH)	29
6.4 Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (AK-CHIR)	30
6.5 Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (MK-KATH)	31
6.6 Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (MK-CHIR)	32
6.7 Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe (HK-CHIR)	33
6.8 Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe (HK-KATH)	34
6.9 Herzchirurgie (HCH)	35
7 Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	36
8 Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	38

9	Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)	40
10	Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP).....	42
11	Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK).....	44
12	Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF).....	46
12.1	Herzschrittmacher-Implantation (HSM-IMPL).....	46
12.2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSM-AGGW).....	48
12.3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSM-REV)	49
12.4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (DEFI-IMPL)	51
12.5	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (DEFI-AGGW)	53
12.6	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (DEFI- REV)	54
13	Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)	56
13.1	Geburtshilfe (GEBH).....	56
13.2	Neonatologie (NEO)	58
14	Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	60
14.1	Hüftendoprothesenversorgung (HEP).....	60
14.2	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (OS-FRAK)	63
15	Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP).....	65
	Impressum.....	67

Hintergrund

Gemäß § 16 Absatz 6 DeQS-RL umfasst das Datenvalidierungsverfahren eine statistische Basisprüfung der übermittelten Daten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Diese werden durch das Institut nach § 137a SGB V entwickelt und bis zum 31. Januar des dem Erfassungsjahr (EJ) folgenden Jahres durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Die hier vorliegenden Empfehlungen des IQTIG für die Auffälligkeitskriterien (AK) zum EJ 2023 umfassen Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, zur Vollzähligkeit und Empfehlungen für neue Auffälligkeitskriterien. Die neuen Auffälligkeitskriterien werden in einer separaten Anlage 1, inklusive der zugehörigen Rechenregeln für die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, aufgeführt.

Die Empfehlungen zur *Weiterführung* beziehen sich auf bereits etablierte Auffälligkeitskriterien. Die Empfehlungen zur *Verstetigung* beziehen sich auf Auffälligkeitskriterien, welche sich im Jahr der Erstanwendung befanden. Falls diese Auffälligkeitskriterien in ihrem Fortbestehen modifiziert werden sollen, ist die genaue *Modifikation* erläutert. Ebenso werden Gründe für eine *Streichung* oder ein *Pausieren*, sowie die *Wiedereinführung* von Auffälligkeitskriterien genannt. Eine Wiedereinführung bezieht sich auf Auffälligkeitskriterien, die zuvor pausiert oder gestrichen waren. Als neue Empfehlung ist diesjährig erstmals die *Weiterführung ohne Referenzbereich* vorgesehen.

Für die Empfehlungen werden verschiedene Aspekte berücksichtigt, z.B. für welche Qualitätsindikatoren (QI) das AK relevant ist und fehdokumentierte Angaben in die Berechnung einfließen. Ebenso wird die Rate der bestätigten Fehldokumentationen und das jeweilige Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums einbezogen; des Weiteren, ob es Änderungen in der Spezifikation gab, die eine Modifikation/Streichung/Pausierung des AK bedingen; ob über eine harte Plausibilitätsregel die Eingabe unplausibler Angaben verhindert werden könnte, eine Anpassung der Rechenregeln notwendig ist und sich tatsächlich Dokumentationsfehler identifizieren lassen. Weiterhin wird eingeschätzt, ob das Dokumentationsproblem durch das AK hinreichend erfasst wird und die Auffälligkeitskriterien für den Leistungserbringer nachvollziehbar sind.

Aufgrund des Auftrags zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (Eckpunktebeauftragung) und den daraus hervorgehenden Empfehlungen zur Überarbeitung von Qualitätsindikatoren wurde sich bei der Empfehlung für die Auffälligkeitskriterien zum EJ 2023 daran orientiert, ob ggf. Qualitätsindikatoren, auf die sich die jeweiligen AK beziehen, bereits pausiert und überarbeitet oder gestrichen werden sollen. Daher erfolgt die Empfehlung für die entsprechenden drei Musterverfahren QS-PCI, QS-HSM/DEFI und QS-KEP analog zu den QI für die jeweiligen Auffälligkeitskriterien, auf die der Aspekt zutrifft, diese ebenfalls ohne Referenzbereich weiterzuführen.

Insgesamt werden in 5 QS-Verfahren neue Auffälligkeitskriterien vorgeschlagen. Neue Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden für QS-WI im Modul NWIF und für QS-NET im Modul Dialyse vorgeschlagen. Damit werden insgesamt fünf Standard-Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zur Einführung empfohlen. Für alle anderen QS-Verfahren sind diese bereits etabliert. Neue Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit werden für QS-PCI, QS-NET im Modul Dialyse und PNTX-D (PNTX und NTX zusammengefasst), in QS-TX für alle Module, sowie für QS-PM im Modul Neonatologie vorgeschlagen. Das neu vorgeschlagene AK „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei [Verfahrensname]“ soll analog für alle TX-Module (LTX, LLS, LUTX, HTX, MKU, NLS) eingeführt werden. Die Rechenregel ist einmalig für PNTX-D der Anlage 1 zu entnehmen und wird nicht gesondert für alle TX-Module erneut aufgeführt. Damit werden insgesamt 11 neue Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit vorgeschlagen. Zur Streichung werden insgesamt 32 Auffälligkeitskriterien empfohlen, davon 18 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 14 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.

Nachfolgend sind alle QS-Verfahren gemäß DeQS-RL nach ihrer Nummerierung aufgeführt und die jeweiligen Empfehlungen der unterschiedlichen Arten von Auffälligkeitskriterien dem entsprechenden QS-Verfahren zugeordnet. Übergeordnet wurde aus den Beratungen in der AG DeQS-BuB am 23. Juni 2023 die Empfehlung umgesetzt die AK-Titel umzubenennen, in dem jeweils „Häufig“ aus dem Titel gestrichen wird.

Die Empfehlungen wurden mit dem Expertengremium DV-efQS am 12. Oktober 2023 besprochen und gem. §16 Abs. 8 DeQS-RL die Expertinnen und Experten des GKV-SV, der DKG, der KBV und der KZBV am 21. November 2023 beteiligt.

1 Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852103	Häufige Angabe EF „unbekannt“	Wiedereinführung (nach Pausieren zu EJ 2022) <u>Titeländerung:</u> Angabe EF „unbekannt“
852104	Häufige Angabe „sonstiges“ bei Indikation zur Koronarangiografie	Weiterführung ohne Referenzbereich <u>Titeländerung:</u> Angabe „sonstiges“ bei Indikation zur Koronarangiografie
852105	Häufige Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“
852106	Häufige Angabe Kreatininwert „unbekannt“	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Angabe Kreatininwert „unbekannt“

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852201	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Verstetigung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852208	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Verstetigung
852209	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Verstetigung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852302	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt"	Einführung

2 Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852303	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Einführung
852304	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Einführung

3 Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852204	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Verstetigung
852202	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Verstetigung
852203	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Verstetigung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

4 Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

4.1 Dialysen (DIAL)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852306	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	Einführung
852307	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Einführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852308	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Einführung
852305	Dokumentation der Referenzdialyse (bei ständiger Dialysebehandlung)	Einführung

4.2 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850308	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	Streichung
850309	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	Streichung
850310	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	Streichung

Vollständigkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	Weiterführung
850280	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Wiedereinführung (nach Pausieren des Follow-up zu EJ 2020, EJ 2021 und EJ 2022)

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852309	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen	Einführung

4.3 Nierentransplantation (NTX)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollständigkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852210	Zeitgerechte Durchführung des 90-Tage-Follow-up	Verstetigung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

5 Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

5.1 Lebertransplantationen (LTX)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850299	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	Streichung
850300	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	Streichung
850301	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	Streichung

Vollständigkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850243	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850244	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850263	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung
850264	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	Weiterführung
850265	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Wiedereinführung (nach Pausieren des Follow-up zu EJ 2020, EJ 2021 und EJ 2022)

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852313	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lebertransplantationen	Einführung

5.2 Leberlebendspenden (LLS)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850241	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850260	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung
850261	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	Wiedereinführung (nach Pausieren des Follow-up zu EJ 2021 und EJ 2022)
850262	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852312	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Leberlebenspenden	Einführung

5.3 Lungen und Herz-Lungen-Transplantationen (LUTX)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850302	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	Streichung
850303	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	Streichung
850304	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	Streichung

Vollständigkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850245	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850246	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850266	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850267	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	Weiterführung
850268	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Wiedereinführung (nach Pausieren des Follow-up zu EJ 2020, EJ 2021 und EJ 2022)

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852314	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	Einführung

5.4 Herztransplantationen (HTX)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850293	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	Streichung
850294	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	Streichung
850295	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	Streichung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850239	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)	Weiterführung
850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)	Weiterführung
850257	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850258	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	Weiterführung
850259	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Wiedereinführung (nach Pausieren des Follow-up zu EJ 2020, EJ 2021 und EJ 2022)

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852310	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herztrans-plantationen	Einführung

5.5 Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunsterzen (MKU)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
851807	Angabe von VA-ECMO bei Systemart	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850249	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunsterzen)	Weiterführung
850250	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunsterzen)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852311	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Herzunterstützungssystemen/Kunsterzen	Einführung

5.6 Nierenlebendspenden (NLS)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850269	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung
850270	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	Wiedereinführung (nach Pausieren des Follow-up zu EJ 2021 und EJ 2022)
850271	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852315	Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Nierenlebenspenden	Einführung

6 Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

6.1 Isolierte Koronarchirurgie (KC)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

6.2 Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KC-KOMB)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

6.3 Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (AK-KATH)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852109	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

6.4 Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (AK-CHIR)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

6.5 Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (MK-KATH)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852115	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

6.6 Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (MK-CHIR)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852113	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

6.7 Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe (HK-CHIR)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

6.8 Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe (HK-KATH)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

6.9 Herzchirurgie (HCH)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

7 Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten
852200	Häufige Angabe "sonstige" bei sonstigen Karotisläsionen	Verstetigung <u>Titeländerung:</u> Angabe "sonstige" bei sonstigen Karotisläsionen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850085	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

8 Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Angabe von chronischer Bettlägerigkeit
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850101	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

9 Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Angabe „HER2-Status = unbekannt“
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	Modifikation Ausschluss von Brustoperationen mit postoperativer Histologie „vollständige Regression nach neoadjuvanter Therapie“ aus dem Nenner <u>Titeländerung:</u> Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-0-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Angabe des unspezifischen ICD-0-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850093	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	Weiterführung
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

10 Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850231	Häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

11 Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)
850361	Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“	Pausieren fortsetzen
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	Weiterführung
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

12 Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

12.1 Herzschrittmacher-Implantation (HSM-IMPL)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
813070	Häufig führendes Symptom 'sonstiges'	Weiterführung ohne Referenzbereich <u>Titeländerung:</u> Führendes Symptom 'sonstiges'
813071	Häufig führende Indikation 'sonstiges'	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Führende Indikation 'sonstiges'

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Weiterführung
850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

12.2 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSM-AGGW)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
813073	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Streichung
850164	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Streichung
850165	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Streichung
850218	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Streichung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

12.3 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSM-REV)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850339	Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Weiterführung
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

12.4 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (DEFI-IMPL)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	Weiterführung ohne Referenzbereich <u>Titeländerung:</u> Indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Weiterführung
850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

12.5 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (DEFI-AGGW)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
851802	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Streichung
850196	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Streichung
850195	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Streichung
850221	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Streichung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

12.6 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (DEFI-REV)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
851904	Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	<p>Weiterführung mit Modifikation</p> <p><u>Modifikation:</u> Streichen einer Bedingung im Zähler, die nicht mehr relevant ist</p> <p><u>Titeländerung:</u> Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem</p>

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Weiterführung
850197	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

13 Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

13.1 Geburtshilfe (GEBH)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	Weiterführung
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

13.2 Neonatologie (NEO)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	Weiterführung
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	Weiterführung
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	Weiterführung
851814	Gestationsalter erscheint zu niedrig oder zu hoch für das dokumentierte Geburtsgewicht	Streichung
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	<p>Weiterführung mit Modifikation</p> <p><u>Modifikation:</u> Anpassung der Zähler-Rechenregel aufgrund der Schlüsselwertänderung im DF zur BPD.</p> <p><u>Titeländerung:</u> Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben</p>
852001	Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	<p>Weiterführung mit Modifikation</p> <p><u>Modifikation:</u> Streichung einer Bedingung aus dem Nenner die über eine Plausibilitätsregel abgedeckt wird.</p> <p><u>Titeländerung:</u> Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums</p>

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	Einführung
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	Einführung

14 Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

14.1 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	Weiterführung mit Modifikation <u>Modifikation:</u> <ul style="list-style-type: none"> Ausschluss der Fälle mit ARTEINGRIFFHUE = 4 (Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels) aus dem Nenner des AK. Ausschluss der Fälle mit einer T81.6 (Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz) aus dem Nenner des AK.
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	Weiterführung mit Modifikation <u>Modifikation:</u> Aufnahme Acetabulumfraktur initial und als Komplikation in den Zähler des AK.
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	Weiterführung
851905	Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer	Weiterführung <u>Titeländerung:</u> Komplikationen bei hoher Verweildauer

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	Weiterführung
852102	Angabe von ASA 5	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Weiterführung
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	Weiterführung
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	Weiterführung
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	Weiterführung
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	Weiterführung
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

14.2 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (OS-FRAK)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850147	Angabe von ASA 5	Weiterführung
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	Weiterführung
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	Weiterführung mit Modifikation <u>Modifikation:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss von Fällen mit einer Voroperation am betroffenen Hüftgelenk aus dem Nenner. • Ausschluss der Fälle mit einer T81.6 (Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz") aus dem Nenner des AK.

Vollständigkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

15 Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850306	Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Erstimplantationen	Streichung
850307	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	Streichung
850336	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	Streichung
851908	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	Streichung
851910	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	Streichung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850375	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Streichung

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2023
850344	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	Streichung
850345	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	Streichung
850346	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	Streichung
850347	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	Streichung
850370	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Streichung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org



Statistische Basisprüfung

Empfehlungen für neue Auffälligkeits- kriterien zum Erfassungsjahr 2023

Anlage 1

Stand: 14. Dezember 2023

Impressum

Thema:

Empfehlungen für neue Auffälligkeitskriterien in der Statistische Basisprüfung zum Erfassungsjahr 2023.
Anlage 1: Rechenregeln und Scatterplots.

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

14. Dezember 2023

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrensupport@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Hintergrund	5
Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	6
852302: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt"	6
Verwendete Datenfelder	6
Eigenschaften und Berechnungen	8
Anhang III: Vorberechnungen	10
Anhang IV: Funktionen	11
Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	12
852303: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	12
Verwendete Datenfelder	12
Eigenschaften und Berechnungen	13
852304: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	15
Verwendete Datenfelder	15
Eigenschaften und Berechnungen	16
Anhang III: Vorberechnungen	18
Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	19
Verfahren 4.1: Dialyse (NET-DIAL)	19
852305: Dokumentation der Referenzdialyse (bei ständiger Dialysebehandlung)	19
Verwendete Datenfelder	19
Eigenschaften und Berechnungen	20
852306: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	22
Verwendete Datenfelder	22
Eigenschaften und Berechnungen	23
852307: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	26
Verwendete Datenfelder	26
Eigenschaften und Berechnungen	27
852308: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	30
Verwendete Datenfelder	30
Eigenschaften und Berechnungen	31
Anhang III: Vorberechnungen	34
Anhang IV: Funktionen	35
Verfahren 4.2: Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D)	38

852309: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren- Transplantationen, Nierentransplantationen	38
Verwendete Datenfelder	38
Anhang III: Vorberechnungen	41
Anhang IV: Funktionen	42
Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)	43
Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)	44
Verfahren 13.2: Neonatologie (NEO)	44
852300: Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	44
Verwendete Datenfelder	44
Eigenschaften und Berechnungen	45
852301: Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	46
Verwendete Datenfelder	46
Eigenschaften und Berechnungen	47
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	48
Anhang II: Listen	49
Anhang IV: Funktionen	50

Hintergrund

In der vorliegenden Anlage 1 sind die zur Einführung empfohlenen neuen Auffälligkeitskriterien mit den jeweiligen Rechenregeln und einer voraussichtlichen Verteilung der rechnerischen Auffälligkeit dargestellt. Es werden neue Auffälligkeitskriterien zum Auswertungsjahr 2024 (Erfassungsjahr 2023) für folgende QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule empfohlen:

- Perkutane Koronarintervention (QS PCI)
- Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS-WI)
 - Hier nur: QS WI – fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF)
- Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)
 - Dialyse (QS DIAL)
 - Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D)
- Transplantationsmedizin
 - Lebertransplantationen (LTX)
 - Leberlebendspenden (LLS)
 - Lungen und Herz-Lungen-Transplantationen (LUTX)
 - Herztransplantationen (HTX)
 - Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen (MKU)
 - Nierenlebendspenden (NLS)
- Perinatalmedizin (QS PM)
 - Neonatologie

Es werden zum jeweilig vorgeschlagenem Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit neben der Berechnungsgrundlage ein entsprechendes Scatterplot bereitgestellt. Dieses zeigt die voraussichtliche Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten und die Verteilung der Leistungserbringer bezogen auf das Auffälligkeitskriterium anhand von Probeberechnungen. Für das neu einzuführende Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes“ werden einzig die Rechenregeln für PNTX-D (NTX und PNTX zusammengefasst) dargestellt. In den transplantationsmedizinischen Verfahren handelt es sich um dieselben Rechenregeln, außer, dass für den Bereich HTXM die jeweiligen Zählleistungsbereiche HTX und MKU einzeln betrachtet werden.

Für die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden die Rechenregeln und Referenzbereiche ohne Scatterplot dargestellt. Die nachfolgend genannten Anhänge werden ausschließlich, wenn diese zutreffen, direkt zum jeweiligem Verfahren aufgeführt:

- Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)
- Anhang II: Listen
- Anhang III: Vorberechnungen
- Anhang IV: Funktionen

Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

852302: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt"

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
23:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
30:PROZ	kardiogener Schock	K	0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil	PROZBEGINNSCHOCK
31:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
36:PROZ	Fibrinolyse vor der Prozedur	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FIBRINOLYSE
41:PCI	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?	M	-	LFDNRPCI
42:PCI	Indikation zur PCI	M	1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 5 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltende Beschwerden) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige	INDIKPTCA

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
43:PCI	Ist STEMI Hauptdiagnose?	K	0 = nein 1 = ja	STEMIHD
50:PCI	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?	K	0 = nein 1 = ja	DOORBALLOONBEK
51:PCI	Door-Zeitpunkt (Datum)	K	-	DOORDATUM
53:PCI	Balloon-Zeitpunkt (Datum)	K	-	BALLOONDATUM

Eigenschaften und Berechnungen

ID	852302
Jahr der Erstanwendung	2023
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die "Door-to-balloon"-Zeit ist ein wesentlicher Parameter zur Beurteilung der Prozessqualität der Versorgung von ST-Hebungsinfarkten und muss bekannt sein. Fälle, für die diese Zeitpunkte nicht bekannt sind, werden aus dem QI 56003 ausgeschlossen.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation. Der "Door"-Zeitpunkt und "Balloon"-Zeitpunkt ist bekannt und in der Akte dokumentiert.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2022	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	Der QI 56004 "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt kann zu EJ 2023 noch nicht abgeschafft werden und wird daher ohne Referenzbereich ausgewiesen. Das STNV erfolgt somit bei rechnerischer Auffälligkeit über das neue Auffälligkeitskriterium.
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt"</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Erst-PCIs (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei Patientinnen und Patienten mit akutem ST-Hebungsinfarkt bei Aufnahme, bei denen keine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde bzw. bei denen dies "unbekannt" ist und bei denen vor der Prozedur kein kardiogener Schock (stabilisiert oder instabil) vorlag. Berücksichtigt werden nur Prozeduren mit Datum des "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkts aus dem Erfassungsjahr bzw. dem Jahr davor oder mit fehlenden Angaben zum "Door"- oder "Balloon"-Zeitpunkt</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:PCI
Mindestanzahl Zähler	3
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	DOORBALLOONBEK %==% 0
Nenner (Formel)	fn_PlausiBalloonDatum & fn_PlausiDoorDatum & fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt & FIBRINOLYSE %in% c(0,9) & !PROZBEGINNSCHOCK %in% c(1,2)
Verwendete Funktionen	fn_IstErstePCI fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt fn_IstMinOPDATUM_PCI fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM

	fn_MinLFDNR_PCI fn_OPDATUM_PCI fn_PlausiBalloonDatum fn_PlausiDoorDatum
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

Anhang III: Vorberechnungen

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

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstErstePCI	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der PCI um die PCI des zugehörigen Basisbogens handelt, die als erstes durchgeführt wurde. Finden zwei PCIs am selben Tag statt, wird die zeitliche Abfolge über die LFDNR ermittelt.	<code>fn_IstMinOPDATUM_PCI & (LFDNRPCI %==% fn_MinLFDNR_PCI)</code>
fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt	boolean	Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	<code>fn_IstErstePCI & INDIKPTCA %==% 4 & STEMIHD %==% 1</code>
fn_IstMinOPDATUM_PCI	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der PCI um eine PCI mit dem ältesten OPDATUM des zugehörigen Basisbogens handelt. Handelt es sich bei dem Eingriff nicht um eine PCI, so bekommt der Eingriff für dieses Feld den Wert FALSE zugewiesen.	<code>replace_na (fn_OPDATUM_PCI == (minimum(fn_OPDATUM_PCI) %group_by% TDS_B), FALSE)</code>
fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM	integer	Ermittelt pro Basisbogen die Nummer des laufenden Eingriffs derjenigen PCI mit dem frühesten angegebenen Operationsdatum.	<code>ifelse (fn_IstMinOPDATUM_PCI, LFDNRPCI, NA_integer_)</code>
fn_MinLFDNR_PCI	integer	Ermittelt die niedrigste laufende Nummer bezüglich aller PCIs eines Basisbogens.	<code>replace_na ((minimum(fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM) %group_by% TDS_B), -1)</code>
fn_OPDATUM_PCI	date	Ermittelt pro Eingriff das OPDATUM, sofern es sich um eine PCI handelt.	<code>as.Date(ifelse (ARTPROZEDUR %in% c(2, 3), as.character(OPDATUM), NA_character_))</code>
fn_PlausiBalloonDatum	boolean	Einschränkung auf Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1	<code>substr(BALLOONDATUM, 1, 4) %in% c(VB\$Auswertungsjahr, (VB\$Auswertungsjahr - 1), NA_integer_)</code>
fn_PlausiDoorDatum	boolean	Einschränkung auf Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1	<code>substr(DOORDATUM, 1, 4) %in% c(VB\$Auswertungsjahr, (VB\$Auswertungsjahr - 1), NA_integer_)</code>

Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

852303: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnungen

ID	852303
Jahr der Erstanwendung	2023
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten, Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2022	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Dokumentationsrate zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	NWIF:WI
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Formel	<pre>year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_basis = function(data){ dplyr::filter(data, TRUE) }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, FALSE) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, modul %==% 'NWIF' &</pre>

Empfehlungen für neue Auffälligkeitskriterien gemäß DeQS-RL zum Erfassungsjahr 2023
 WI-NI-D - Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
 852303: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	<code>datensaetze_modul %!=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST)</code>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

852304: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnungen

ID	852304
Jahr der Erstanwendung	2023
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten, Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2022	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Dokumentationsrate zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	NWIF:WI
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Formel	<pre>year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_basis = function(data){ dplyr::filter(data, TRUE) }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, FALSE) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, modul %==% 'NWIF' & datensaetze_modul %!=% 0)</pre>

Empfehlungen für neue Auffälligkeitskriterien gemäß DeQS-RL zum Erfassungsjahr 2023
WI-NI-D - Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen
852304: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	<pre>}, erf_jahr = year, LST = LST)</pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

Anhang III: Vorberechnungen

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

Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

Verfahren 4.1: Dialyse (NET-DIAL)

852305: Dokumentation der Referenzdialyse (bei ständiger Dialysebehandlung)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:B	Therapiestatus	M	1 = kurzzeitige Dialysebehandlung 2 = ständige Dialysebehandlung	THERAPIESTATUS
54:D	Dialysedatum	M	-	OPDATUM
60:B	Datum der Referenzdialyse	K	-	REFDIALDATUM
75:WE	Beginn wesentliches Ereignis	K	-	BEGINNWE
76.1:WE	Ende wesentliches Ereignis	K	-	ENDEWE

Eigenschaften und Berechnungen

ID	852305
Jahr der Erstanwendung	2023
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Fälle mit fehlender Referenzdialyse werden aus den Kennzahlen 572007, 572054, 572008 und 572055 ausgeschlossen. Es muss bei ständiger Dialysebehandlung pro Patientin oder Patient und je Quartal eine Referenzdialyse dokumentiert und übermittelt werden.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation der Referenzdialyse für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation die Referenzdialyse vor.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>572007: Ernährungsstatus</p> <p>572054: Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</p> <p>572008: Anämiemanagement</p> <p>572055: Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</p>
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2022	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten, bei denen nur in höchstens drei der Quartale eine Referenzdialyse durchgeführt wurde (Bei denen also in mindestens einem Quartal eine Referenzdialyse fehlt)</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit ständiger Dialysebehandlung und vorhandenen Basisbögen aus mindestens vier Quartalen</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	DIAL:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	fn_fehlendeRefDialyseInBZ
Nenner (Formel)	THERAPIESTATUS %==% 2 & fn_ChronischeTherapie & fn_ganzjaehrigedialyse
Verwendete Funktionen	fn_AJ fn_AJBeginnDatum fn_AJEndeDatum fn_ChronischeTherapie fn_DialyseinAJ fn_DialyseQuartal fn_ErsterMontag fn_fehlendeRefDialyseInBZ

	fn_ganzjaehrigedialyse fn_keineRefDialyseImQuartal fn_KW fn_maxTherapieSpanne fn_RefDialyseQuartal fn_WEUnterbrechungBeginnKW fn_WEUnterbrechungEndeKW
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

852306: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
13:B	Aufnahmedatum Krankenhaus	K	-	AUFNDATUM
71:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM
MDS: EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	vwDauer

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatzdokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnungen

ID	852306
Jahr der Erstanwendung	2023
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten, Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2022	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Dokumentationsrate zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	DIAL:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Zähler (Formel)	<pre>filter_dial_data <- function(data, jahr){ dial_kv <- dplyr::filter(data, meta_spezjahr ==% jahr & Modul ==% 'DIAL_KV') dial_kv <- dplyr::group_by(dial_kv, STANDORT, meta_erfassungsquartal, meta_patientenanonym, meta_land) dial_kv <- dplyr::slice(dial_kv, 1) dial_kv <-</pre>

```
dplyr::ungroup(dial_kv)

dial_lkg <-
  dplyr::filter(data,
    meta_spezjahr ==% jahr &
    Modul ==% 'DIAL_LKG')

dial_lkg_tagesaktuell <-
  dplyr::filter(dial_lkg, tagesaktuell)
dial_lkg_tagesaktuell <-
  dplyr::group_by(
    dial_lkg_tagesaktuell,
    STANDORT,
    meta_erfassungsquartal,
    meta_patientenanonym,
    meta_land)
dial_lkg_tagesaktuell <-
  dplyr::distinct(
    dial_lkg_tagesaktuell,
    TDS_B)
dial_lkg_tagesaktuell <-
  dplyr::ungroup(
    dial_lkg_tagesaktuell)

dial_lkg_not_tagesaktuell <-
  dplyr::filter(dial_lkg,
    !tagesaktuell)
dial_lkg_not_tagesaktuell <-
  dplyr::group_by(
    dial_lkg_not_tagesaktuell,
    STANDORT,
    meta_erfassungsquartal,
    meta_patientenanonym,
    meta_land)
dial_lkg_not_tagesaktuell <-
  dplyr::slice(
    dial_lkg_not_tagesaktuell, 1)
dial_lkg_not_tagesaktuell <-
  dplyr::ungroup(
    dial_lkg_not_tagesaktuell)

dplyr::bind_rows(dial_kv,
  dial_lkg_tagesaktuell,
  dial_lkg_not_tagesaktuell)
}
year <- VB$Erfassungsjahr[[1]]
compute_ak(
  specification_year = year,
  filter_function_basis = function(data){
    data <- dplyr::mutate(data,
      tagesaktuell = AUFNDATUM ==% ENTLDATUM)
    filter_dial_data(data, erf_jahr)
  },
  filter_function_mds = function(data){
    data <- dplyr::mutate(data,
      tagesaktuell = !is.na(vwDauer) &
      vwDauer %in% c(0, 1))
    filter_dial_data(data, erf_jahr)
  },
  filter_function_soll = function(data){
    dplyr::filter(data, is.element(modul,
      c('DIAL_KV', 'DIAL_LKG')) &
      datensaetze_modul !=% 0)
  },
  erf_jahr = year,
  LST = LST,
  filter_dial_data = filter_dial_data)
```

Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

852307: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
13:B	Aufnahmedatum Krankenhaus	K	-	AUFNDATUM
71:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM
MDS: EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	vwDauer

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnungen

ID	852307
Jahr der Erstanwendung	2023
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten, Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2022	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Dokumentationsrate zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	DIAL:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<pre>filter_dial_data <- function(data, jahr){ dial_kv <- dplyr::filter(data, meta_spezjahr %==% jahr & Modul %==% 'DIAL_KV') dial_kv <- dplyr::group_by(dial_kv, STANDORT, meta_erfassungsquartal, meta_patientenanonym, meta_land) dial_kv <- dplyr::slice(dial_kv, 1) dial_kv <- dplyr::ungroup(dial_kv)</pre>

	<pre>dial_lkg <- dplyr::filter(data, meta_spezjahr %==% jahr & Modul %==% 'DIAL_LKG') dial_lkg_tagesaktuell <- dplyr::filter(dial_lkg, tagesaktuell) dial_lkg_tagesaktuell <- dplyr::group_by(dial_lkg_tagesaktuell, STANDORT, meta_erfassungsquartal, meta_patientenanonym, meta_land) dial_lkg_tagesaktuell <- dplyr::distinct(dial_lkg_tagesaktuell, TDS_B) dial_lkg_tagesaktuell <- dplyr::ungroup(dial_lkg_tagesaktuell) dial_lkg_not_tagesaktuell <- dplyr::filter(dial_lkg, !tagesaktuell) dial_lkg_not_tagesaktuell <- dplyr::group_by(dial_lkg_not_tagesaktuell, STANDORT, meta_erfassungsquartal, meta_patientenanonym, meta_land) dial_lkg_not_tagesaktuell <- dplyr::slice(dial_lkg_not_tagesaktuell, 1) dial_lkg_not_tagesaktuell <- dplyr::ungroup(dial_lkg_not_tagesaktuell) dplyr::bind_rows(dial_kv, dial_lkg_tagesaktuell, dial_lkg_not_tagesaktuell) } year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_basis = function(data){ data <- dplyr::mutate(data, tagesaktuell = AUFNDATUM %==% ENTLDATUM) filter_dial_data(data, erf_jahr) }, filter_function_mds = function(data){ data <- dplyr::mutate(data, tagesaktuell = !is.na(vwDauer) & vwDauer %in% c(0, 1)) filter_dial_data(data, erf_jahr) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, is.element(modul, c('DIAL_KV', 'DIAL_LKG')) & datensaetze_modul !=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST, filter_dial_data = filter_dial_data)</pre>
Nenner (Formel)	-

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

852308: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
MDS: EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	vwDauer

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnungen

ID	852308
Jahr der Erstanwendung	2023
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten, Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2022	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl Minimaldatensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
Erläuterung der Rechenregel	Die Anzahl der Minimaldatensätze pro Modul wird zur Anzahl der Fälle, die im betreffenden Modul hätten dokumentiert werden müssen, in Relation gesetzt, um die Rate der Minimaldatensätze zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	DIAL:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik in dem jeweiligen Modul mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Zähler (Formel)	<pre>filter_dial_data <- function(data, jahr){ dial_kv <- dplyr::filter(data, meta_spezjahr ==% jahr & Modul ==% 'DIAL_KV') dial_kv <- dplyr::group_by(dial_kv, STANDORT, meta_erfassungsquartal, meta_patientenanonym, meta_land) dial_kv <- dplyr::slice(dial_kv, 1) dial_kv <- dplyr::ungroup(dial_kv) dial_lkg <- dplyr::filter(data, meta_spezjahr ==% jahr &</pre>

	<pre> Modul %==% 'DIAL_LKG') dial_lkg_tagesaktuell <- dplyr::filter(dial_lkg, tagesaktuell) dial_lkg_tagesaktuell <- dplyr::group_by(dial_lkg_tagesaktuell, STANDORT, meta_erfassungsquartal, meta_patientenanonym, meta_land) dial_lkg_tagesaktuell <- dplyr::distinct(dial_lkg_tagesaktuell, TDS_B) dial_lkg_tagesaktuell <- dplyr::ungroup(dial_lkg_tagesaktuell) dial_lkg_not_tagesaktuell <- dplyr::filter(dial_lkg, !tagesaktuell) dial_lkg_not_tagesaktuell <- dplyr::group_by(dial_lkg_not_tagesaktuell, STANDORT, meta_erfassungsquartal, meta_patientenanonym, meta_land) dial_lkg_not_tagesaktuell <- dplyr::slice(dial_lkg_not_tagesaktuell, 1) dial_lkg_not_tagesaktuell <- dplyr::ungroup(dial_lkg_not_tagesaktuell) dplyr::bind_rows(dial_kv, dial_lkg_tagesaktuell, dial_lkg_not_tagesaktuell) } year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_basis = function(data){ dplyr::mutate(data, FALSE) }, filter_function_mds = function(data){ data <- dplyr::mutate(data, tagesaktuell = !is.na(vwDauer) & vwDauer %in% c(0, 1)) filter_dial_data(data, erf_jahr) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, is.element(modul, c('DIAL_KV', 'DIAL_LKG')) & datensaetze_modul !=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST, filter_dial_data = filter_dial_data) </pre>
Nenner (Formel)	-
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-

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

Anhang III: Vorberechnungen

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

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_AJ	integer	Auswertungsjahr	VB\$Auswertungsjahr
fn_AJBeginnDatum	date	Beginn des Auswertungszeitfensters (01.10. des Vorjahres)	as.Date(paste0(fn_AJ-1, "-10-01"))
fn_AJEndeDatum	date	Ende des Auswertungszeitfensters (30.09. des Erfassungsjahres)	as.Date(paste0(fn_AJ, "-09-30"))
fn_ChronischeTherapie	boolean	Patientin bzw. Patient ist in chronischer Behandlung	fn_maxTherapieSpanne >= 13
fn_DialyseinAJ	boolean	Dialyse passierte im Auswertungszeitfenster	as.numeric(difftime(OPDATUM, fn_AJBeginnDatum, units = "days")) %>=% 0 & as.numeric(difftime(OPDATUM, fn_AJEndeDatum, units = "days")) %<=% 0
fn_DialyseQuartal	string	Quartal der Dialyse	monat <- as.numeric(substr(as.character(OPDATUM), 6, 7)) quartal <- as.character(ceiling(monat/3)) paste0(quartal, "/", as.character(to_year(OPDATUM)))
fn_ErsterMontag	date	Erster Montag des Auswertungsjahres	firstday <- as.Date(paste0(VB\$Auswertungsjahr, "-01-01")) first_weekday <- weekdays.Date(firstday) if(any(first_weekday == "Montag")) time_to_first_monday <- 0 if(any(first_weekday == "Dienstag")) time_to_first_monday <- 6 if(any(first_weekday == "Mittwoch")) time_to_first_monday <- 5 if(any(first_weekday == "Donnerstag")) time_to_first_monday <- 4 if(any(first_weekday == "Freitag")) time_to_first_monday <- 3 if(any(first_weekday == "Samstag")) time_to_first_monday <- 2 if(any(first_weekday == "Sonntag"))

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre>time_to_first_monday <- 1 firstday + time_to_first_monday</pre>
fn_fehlendeRefDialyseInBZ	boolean	Im Berichtszeitraum wurde bei der Patientin bzw. dem Patienten eine Referenzdialyse verpasst	<pre>any(fn_DialyseinAJ & fn_keineRefDialyseImQuartal) %group_by% c(TDS_P, meta_unit)</pre>
fn_ganzjaehrigeDialyse	boolean	Die Patientin bzw. der Patient wurde in allen Quartalen des Berichtszeitraumes dialysiert	<pre>(any(fn_DialyseQuartal %==% paste0("4/", fn_AJ - 1)) & any(fn_DialyseQuartal %==% paste0("1/", fn_AJ)) & any(fn_DialyseQuartal %==% paste0("2/", fn_AJ)) & any(fn_DialyseQuartal %==% paste0("3/", fn_AJ))) %group_by% c(TDS_P, meta_unit)</pre>
fn_keineRefDialyseImQuartal	boolean	Im Quartal wurde bei der Patientin bzw. dem Patienten keine Referenzdialyse durchgeführt	<pre>(!any(fn_RefDialyseQuartal %==% fn_DialyseQuartal)) %group_by% c(TDS_P, meta_unit, meta_auswertungsquartal)</pre>
fn_KW	integer	Kalenderwoche, in der die Dialyse stattfand (in Bezug zum Auswertungsjahr)	<pre>1 + floor(as.numeric(difftime(OPDATUM,fn_ErsterMontag, units = "days"))) / 7)</pre>
fn_maxTherapieSpanne	integer	Längste Wochensequenz, die die Patientin bzw. der Patient in Dialysebehandlung ist (inklusive Unterbrechungen durch wesentliche Ereignisse)	<pre>therapiespanne <- function(dial_kw, we_beg_kw, we_end_kw){ # Falls keine Dialysen in den Daten if(all(is.na(dial_kw))){ return(0L) } # Kalenderwochen der WE-Perioden if(any(!is.na(we_beg_kw))){ we_kw <- unlist(lapply(which(!is.na(we_beg_kw)), FUN = function(index){ seq(we_beg_kw[index], ifelse(!is.na(we_end_kw[index]), we_end_kw[index], we_beg_kw[index] + 2)) })) } else { we_kw <- NULL } }</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre># Kalenderwochen aller Therapiewochen # (inkl. WE-Perioden) therap_kw <- unique(c(dial_kw, we_kw)) # laengste Wochensequenz der Therapie max_seqlen <- function(x){ x_inv <- setdiff(seq(minimum(x) - 1, maximum(x) + 1), x) maximum(x_inv[-1] - x_inv[-length(x_inv)]) - 1 } max_seqlen(therap_kw) }</pre> <pre>therapiespanne(fn_KW, fn_WEUnterbrechungBeginnKW, fn_WEUnterbrechungEndeKW) %group_by% TDS_P</pre>
fn_RefDialyseQuartal	string	Quartal der Referenzdialyse	<pre>monat <- as.numeric(substr(as.character(REFDIALDATUM), 6, 7)) quartal <- as.character(ceiling(monat/3)) ifelse(is.na(REFDIALDATUM), NA_character_, paste0(quartal, "/", as.character(to_year(REFDIALDATUM))))</pre>
fn_WEUnterbrechungBeginnKW	integer	Kalenderwoche des Auswertungsjahres, in der das unterbrechende wesentliche Ereignis beginnt	<pre>1 + floor(as.numeric(difftime(BEGINNWE, fn_ErsterMontag, units = "days"))) / 7)</pre>
fn_WEUnterbrechungEndeKW	integer	Kalenderwoche des Auswertungsjahres, in der das unterbrechende wesentliche Ereignis endet. Falls unbekannt, wird das Ende des wesentlichen Ereignisses auf das Jahresende gesetzt.	<pre>ifelse(is.na(ENDEWE), fn_WEUnterbrechungBeginnKW + 2, 1 + floor(as.numeric(difftime(ENDEWE, fn_ErsterMontag, units = "days"))) / 7))</pre>

Verfahren 4.2: Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation (PNTX-D)

852309: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
57:B	Entlassungsdatum Krankenhaus	K	-	ENTLDATUM
59.2:B	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	K	1 = ja	NICHTSPEZENTLGRUND

Eigenschaften und Berechnungen

ID	852309
Jahr der Erstanwendung	2023
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes könnte – insbesondere aufgrund der kleinen Fallzahlen in diesem Verfahren - bisher nicht bekannte Auswirkungen auf die Grundgesamtheiten und damit die Berechnungsergebnisse der (FU-) Sterblichkeits-QIs und -Kennzahlen haben.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation eines Entlassungsgrundes für die QS. Tatsächlich liegt in der Patientendokumentation ein Entlassungsgrund vor.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>572017: Sterblichkeit im Krankenhaus</p> <p>572018: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</p> <p>572019: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</p> <p>572020: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</p> <p>302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation</p> <p>572021: 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</p> <p>572022: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung</p> <p>572023: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung</p> <p>572024: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)</p> <p>572025: Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)</p> <p>572026: Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation</p> <p>572027: Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation</p> <p>572028: Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation</p> <p>572029: Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation</p> <p>572100: Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen</p> <p>572101: Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen</p> <p>572032: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation</p> <p>572033: Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation</p> <p>572034: Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation</p> <p>572035: Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation</p> <p>572036: Sterblichkeit im Krankenhaus</p> <p>572037: 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</p> <p>572039: 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</p> <p>572041: 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</p> <p>312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation</p> <p>572043: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung</p> <p>572044: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)</p> <p>572045: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)</p> <p>572046: Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)</p>

Empfehlungen für neue Auffälligkeitskriterien gemäß DeQS-RL zum Erfassungsjahr 2023
NET-PNTX-D - Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten
852309: Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes bei Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantationen, Nierentransplantationen

Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Anzahl
Referenzbereich 2023	= 0
Referenzbereich 2022	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten, bei denen der Entlassungsgrund als „nicht spezifizierter Entlassungsgrund“ angegeben wurde</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Nieren-, Pankreas- oder Pankreas-Nierentransplantation während eines stationären Aufenthaltes, die im Erfassungsjahr 2023 entlassen wurden</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNTX:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	NICHTSPEZENTLGRUND %==% 1
Nenner (Formel)	fn_EntlassungInAJ
Verwendete Funktionen	fn_AJ fn_EntlassungInAJ fn_EntlassungJahr
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

Anhang III: Vorberechnungen

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

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_AJ	integer	Auswertungsjahr	VB\$Auswertungsjahr_PNTX
fn_EntlassungInAJ	boolean	Entlassung in Auswertungsjahr	fn_EntlassungJahr %==% fn_AJ
fn_EntlassungJahr	integer	Entlassungsjahr	to_year(ENTLDATUM)

Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

Für LTX, LLS, LUTX, HTX, MKU, NLS siehe Rechenregel in PNTX-D für das Auffälligkeitskriterium „Angabe eines nicht spezifizierten Entlassungsgrundes“.

Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

Verfahren 13.2: Neonatologie (NEO)

852300: Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angeben

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
28:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
62:B	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)	K	0 = nein 1 = ja, ohne therapeutische Hypothermie 2 = ja, mit therapeutischer Hypothermie	ASPHYXIE
63:B	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)	K	0 = nein 1 = ja	HIE
82.1:B	Entlassungsgrund	K	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
84:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	TODESURSACH
85:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnungen

ID	852300
Jahr der Erstanwendung	2023
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Es sollte eine HIE dokumentiert werden, wenn bei einem asphyktischen Kind eine therapeutische Hypothermie durchgeführt wurde.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation einer HIE (tatsächlich wurde in der Patientenakte eine HIE dokumentiert)</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Anzahl
Referenzbereich 2023	= 0
Referenzbereich 2022	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Kinder, bei denen keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie angegeben wurde</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 34+0 Wochen p. m. und mit Angabe einer Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NEO:B
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	HIE %==% 0
Nenner (Formel)	fn_lebendGeboren & (THERAPIEVERZICHT %==% 0 is.na(THERAPIEVERZICHT)) & ANGEBERKRANK %==% 0 & GESTALTER %>=% 34 & ASPHYXIE %==% 2
Verwendete Funktionen	fn_lebendGeboren
Verwendete Listen	ICD_NEO_Fetaltod
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

852301: Schwere oder letale angeborene Erkrankung angeben

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
82.1:B	Entlassungsgrund	K	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
84:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	TODESURSACH
85:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnungen

ID	852301
Jahr der Erstanwendung	2023
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Fälle mit schwerer oder letaler angeborener Erkrankung werden aus dem Nenner aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausgeschlossen. Die Häufigkeit der Angabe einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung sollte daher in Bezug auf die übermittelten QS-Bögen plausibel sein.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung (tatsächlich wurde in der Patientenakte weder eine schwere noch eine letale angeborene Erkrankung dokumentiert)</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2022	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Kinder, bei denen angegeben wurde, dass eine schwere oder letale angeborene Erkrankung vorliegt</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter von mindestens 22+0 Wochen</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NEO:B
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	ANGEBERKRANK %==% 1
Nenner (Formel)	fn_lebendGeboren & GESTALTER %>=% 22
Verwendete Funktionen	fn_lebendGeboren
Verwendete Listen	ICD_NEO_Fetaltod
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11	Entlassung in ein Hospiz
13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
30	Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_NEO_Fetaltod	ICD	Fetaltod	P95%

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_lebendGeboren	boolean	Lebend geborenes Kind: Todesursache und Entlassungsdiagnosen sind nicht ICD P95* (Fetaltod) und Entlassungsgrund ist nicht Tod	!((TODESURSACH %any_like% LST\$ICD_NEO_Fetaltod ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_NEO_Fetaltod) & ENTLGRUND %==% "07")