



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien:  
Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL  
(Rechenregeln)

## **Perinatalmedizin: Neonatologie**

Erfassungsjahr 2022

Stand: 31.05.2023

---

# Impressum

**Thema:**

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL. Perinatalmedizin: Neonatologie. Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2022

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

31.05.2023

**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](mailto:verfahrensupport@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	4
850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben .....	4
850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme.....	7
851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert.	10
851902: Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD .....	13
852001: Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums .....	17
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit.....	21
850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation .....	21
850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	24
850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	27
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) .....	30
Anhang II: Listen .....	33
Anhang III: Vorberechnungen .....	34
Anhang IV: Funktionen .....	35

# Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

## 850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
26:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
38.2:B	Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt	K	1 = ja	AUFNTEMPNB
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
79:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
83:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	TODESURSACH
84:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG

## Eigenschaften und Berechnungen

<b>ID</b>	850206
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2017
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>Fälle gehen ggf. nicht in den QI 50069 „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ oder in den QI 50074 „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ ein. Die Körpertemperatur des Kindes sollte bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen werden.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Fehl-/Unterdokumentation der Aufnahmetemperatur (tatsächlich wurde in der Patientenakte die Aufnahmetemperatur dokumentiert)</p>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2022</b>	≤ 3,56 % (95. Perzentil)
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 2,52 % (95. Perzentil)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	-
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Kinder mit fehlender Aufnahmetemperatur</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	NEO:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	10
<b>Zähler (Formel)</b>	AUFNTEMPNB %==% 1
<b>Nenner (Formel)</b>	fn_lebendGeboren & (THERAPIEVERZICHT %==% 0   is.na(THERAPIEVERZICHT)) & ANGEBERKRANK %==% 0 & GESTALTER %>=% 24
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_lebendGeboren
<b>Verwendete Listen</b>	ICD_Fetaltod
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar
<b>Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr</b>	Im EJ 2021 waren keine Überlieger im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des RL-Wechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des

	<p>Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien des EJ 2022 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.</p>
--	---

## 850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
26:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
32:B	Aufnahme ins Krankenhaus von	K	1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = eigener Geburtsklinik am gleichen Standort 7 = eigener Geburtsklinik an anderem Standort 8 = sonstiges	AUFNAHME
37.1:B	Kopfumfang bei Aufnahme	K	in cm	AUFNKU
37.2:B	Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt	K	1 = ja	AUFNKUNB
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
77.1:B	Kopfumfang bei Entlassung	K	in cm	ENTLKU
77.2:B	Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt	K	1 = ja	ENTLKUNB
79:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
83:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	TODESURSACH
84:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	(ENTLDATUM - AUFNDATUM) + 1	vwDauerNeo

\* Ersatzfeld im Exportformat

## Eigenschaften und Berechnungen

<b>ID</b>	850207
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2017
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>Fälle gehen ggf. nicht in den Nenner des QI 52262 „Zunahme des Kopfumfangs“ ein. Der Kopfumfang sollte – mit Ausnahme von wenigen Ereignissen – während des stationären Aufenthaltes zunehmen.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Fehldokumentation des Kopfumfangs (tatsächlich wurde in der Patientenakte ein größerer Kopfumfang bei Entlassung als bei Aufnahme dokumentiert)</p>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	52262: Zunahme des Kopfumfangs
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2022</b>	≤ 3,37 % (95. Perzentil)
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 3,82 % (95. Perzentil)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	-
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. bis unter 37+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, sowie mit einer Verweildauer von mindestens 21 Tagen und Angaben zum Kopfumfang bei Aufnahme sowie bei Entlassung</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	NEO:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5
<b>Zähler (Formel)</b>	ENTLKU %<% AUFNKU
<b>Nenner (Formel)</b>	<pre>fn_lebendGeboren &amp; (THERAPIEVERZICHT %==% 0   is.na(THERAPIEVERZICHT)) &amp; ANGEBERKRANK %==% 0 &amp; GESTALTER %between% c(24,36) &amp; !AUFNAHME %in% c(2,3) &amp; vwDauerNeo %&gt;=% 21 &amp; is.na(AUFNKUNB) &amp; is.na(ENTLKUNB)</pre>
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_lebendGeboren



<b>Verwendete Listen</b>	ICD_Fetaltod
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar
<b>Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr</b>	Im EJ 2021 waren keine Überlieger im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des RL-Wechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien des EJ 2022 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

## 851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

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
40:B	Diagnose der angeborenen Erkrankung	K		ARTDERFEHLBILDUNG
79:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
83:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	TODESURSACH
84:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG

## Eigenschaften und Berechnungen

<b>ID</b>	851813
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2018
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>Fälle mit schwerer oder letaler angeborener Erkrankung werden aus dem Nenner aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausgeschlossen. Bei Angabe einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung sollte ein ICD-Code aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen vorliegen.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Fehldokumentation einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung (tatsächlich wurde in der Patientenakte ein ICD-Code aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen dokumentiert)</p>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten
<b>Berechnungsart</b>	Anzahl
<b>Referenzbereich 2022</b>	= 0
<b>Referenzbereich 2021</b>	= 0
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	-
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022</b>	<p>Die verwendete Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen beruht nicht auf Vollständigkeit. Bei Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist daher im Einzelfall im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu prüfen, ob der dokumentierte ICD-Code oder die Kombination verschiedener dokumentierter ICD-Codes eine schwere oder letale angeborene Erkrankung darstellt. Eine diagnostizierte schwere oder letale angeborene Erkrankung ist daher nicht zwangsläufig Bestandteil der verwendeten ICD-Liste. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass bei Angabe „1 = schwere oder letale angeborene Erkrankung“ spezifische (Kombinationen von) ICD-Codes einzutragen sind, die Anlass zum Ausschluss aus der Grundgesamtheit aller Indikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien geben sollen. Das IQTIG prüft in regelmäßigen Abständen empirisch und inhaltlich, ob und inwieweit dokumentierte, bislang nicht in der Liste berücksichtigte, ICD-Codes mit einer signifikant erhöhten Mortalität einhergehen und inwiefern diese in die Liste aufgenommen werden sollten.</p> <p>Um den Aufwand zum Erfassungsjahr 2022 zu reduzieren, aber dennoch die Standorte mit häufiger Angabe „schwere oder letale angeborene Erkrankung“ – bei denen kein ICD-Code angegeben wurde, der Bestandteil der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen ist – zu prüfen, wurde eine Mindestfallzahl im Zähler eingeführt.</p>
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Kinder, bei denen kein ICD-Code aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen angegeben wurde</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., bei denen angegeben wurde, dass eine schwere oder letale angeborene Erkrankung vorliegt</p>

<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	Es werden zunächst alle Fälle rechnerisch auffällig (Referenzbereich: Sentinel Event), bei denen im Datenfeld „angeborene Erkrankungen“ der Schlüsselwert „1 = schwere oder letale“ (Überprüfung im Nenner des Auffälligkeitskriteriums), jedoch kein entsprechender ICD-Code aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen dokumentiert wurde (Überprüfung im Zähler des Auffälligkeitskriteriums).
<b>Teildatensatzbezug</b>	NEO:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	3
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	!(ARTDERFEHLBILDUNG %any_like% LST\$ICD_NEO_angeborene_Erkrankung   ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_NEO_angeborene_Erkrankung)
<b>Nenner (Formel)</b>	fn_lebendGeboren & ANGEBERKRANK %==% 1 & GESTALTER %>=% 24
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_lebendGeboren
<b>Verwendete Listen</b>	ICD_Fetaltod ICD_NEO_angeborene_Erkrankung
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar
<b>Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr</b>	Im EJ 2021 waren keine Überlieger im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des RL-Wechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien des EJ 2022 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

## 851902: Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
20:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)	M	-	GESTALERTAGE
23:B	Gewicht des Kindes bei Geburt	M	in g	KG
26:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
32:B	Aufnahme ins Krankenhaus von	K	1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = eigener Geburtsklinik am gleichen Standort 7 = eigener Geburtsklinik an anderem Standort 8 = sonstiges	AUFNAHME
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
60:B	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	K	0 = keine oder milde BPD 1 = ja, moderate BPD 2 = ja, schwere BPD	BPD
79:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
83:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	TODESURSACH
84:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG
EF*	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Beatmung (in Tagen)	-	(BEATBEGINN - GEBDATUM) + 1	ItBeatBeginn
EF*	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung incl. CPAP (in Tagen)	-	(BEATENDECPAP - GEBDATUM) + 1	ItBeatEndeCPAP

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
EF*	Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen)	-	(ENTLDATUM - GEBDATUM) + 1	ItEntl
EF*	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Sauerstoffgabe (in Tagen)	-	(SAUERBEGINN - GEBDATUM) + 1	ItSauerBeginn
EF*	Lebenstage des Kindes bei Ende der Sauerstoffgabe (in Tagen)	-	(SAUERENDE - GEBDATUM) + 1	ItSauerEnde

\* Ersatzfeld im Exportformat

## Eigenschaften und Berechnungen

<b>ID</b>	851902
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2019
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>Fälle gehen ggf. nicht in den Zähler der Kennzahl 51079 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ oder in den Zähler der Kennzahl 50053 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ oder in den Zähler des QI 51901 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ ein. Bei Angabe einer moderaten oder schweren BPD sollten die Kriterien zum Vorliegen einer moderaten oder schweren BPD gemäß Nennerdefinition erfüllt sein.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Fehl-/Unterdokumentation einer moderaten oder schweren BPD (tatsächlich wurde in der Patientenakte eine moderate oder schwere BPD dokumentiert)</p>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2022</b>	≤ 80,00 %
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 80,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	-
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Weder moderate noch schwere BPD angegeben</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., die im Alter von 36+0 Wochen Sauerstoff bekommen haben oder die im Alter von 36+0 Wochen beatmet wurden oder die vor 36+0 SSW nach Hause entlassen wurden und Sauerstoff bekommen haben oder beatmet wurden (jeweils zum Tag der Entlassung) oder mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g, die im Alter von 56 Lebenstagen Sauerstoff bekommen haben oder die im Alter von 56 Lebenstagen beatmet wurden oder die vor 56 Lebenstagen nach Hause entlassen wurden und Sauerstoff bekommen haben oder beatmet wurden (jeweils zum Tag der Entlassung)</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	Mit Einführung eines neuen Ausfüllhinweises im Datenfeld „BPD“ ab der Spezifikation 2024 soll der Zusatz „mind. 28 Tage“ bei der Beatmungsdauer nicht mehr berücksichtigt werden. Da der aktuelle Ausfüllhinweis nicht eindeutig in Hinblick auf die Behandlung mit O2 > 28 Tage ist, wurde im AK der Zusatz „mind. 28 Tage“ bei der Beatmungsdauer bereits für das EJ 2022 aus dem Nenner entfernt.
<b>Teildatensatzbezug</b>	NEO:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	2

<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	BPD %==% 0
<b>Nenner (Formel)</b>	fn_bpd
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_aufnbeatm fn_aufnsauer fn_bpd fn_entlbeatm fn_entlgestalter fn_entlsauer fn_lebendGeboren
<b>Verwendete Listen</b>	ICD_Fetaltod
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar
<b>Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr</b>	Im EJ 2021 waren keine Überlieger im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des RL-Wechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien des EJ 2022 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.



## 852001: Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
21:B	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUM
26:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
28:B	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)	M	-	AUFNDATUM
32:B	Aufnahme ins Krankenhaus von	K	1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = eigener Geburtsklinik am gleichen Standort 7 = eigener Geburtsklinik an anderem Standort 8 = sonstiges	AUFNAHME
39:B	angeborene Erkrankungen	M	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	ANGEBERKRANK
46:B	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden	K	0 = nein 1 = ja, im aktuellen Aufenthalt 2 = ja, in einem vorherigen Aufenthalt	AUGENUNT
47:B	Datum des ersten ROP-Screenings	K	-	DATUMUNT
74:B	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	M	-	ENTLDATUM
79:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
83:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	TODESURSACH
84:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG
EF*	Alter bei Aufnahme in Stunden	-	AbstandInStunden(GEBDATUM;GEBZEIT;AUFNDATUM;AUFNZEIT)	alterStunden

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
EF*	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus (in Tagen)	-	(AUFNDATUM - GEBDATUM) + 1	ItAufn

\* Ersatzfeld im Exportformat

## Eigenschaften und Berechnungen

<b>ID</b>	852001
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2020
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>Die korrekte Angabe des Datums des ersten ROP-Screenings ist für mehrere Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen relevant. Das Datum des ersten ROP-Screenings sollte innerhalb des in der Leitlinie empfohlenen Zeitraums liegen.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Fehldokumentation des Datums des ersten ROP-Screenings (tatsächlich wurde in der Patientenakte das Datum des ersten ROP-Screenings im gemäß Leitlinie empfohlenen Zeitraum dokumentiert)</p>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2022</b>	≤ 70,43 % (90. Perzentil)
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 25,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	-
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Erstes ROP-Screening bei Kindern mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 24+6 Wochen (bei Geburt) nicht zwischen einem postmenstruellen Alter von 31+0 bis 31+6 Wochen (nach Geburt) oder bei Kindern mit einem Gestationsalter von 25+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt) nicht in der 6. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 36 bis 42) durchgeführt</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt), die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme), oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	Grundsätzlich sollte die erste augenärztliche Untersuchung in der 6. postnatalen Woche (Lebenstag 36 bis 42) erfolgen, aber nicht vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen. Aktuelle Daten sprechen dafür, dass auch bei extrem unreifen Frühgeborenen die erste Untersuchung mit 31+0 postmenstruellen Wochen ausreichend früh erfolgt.
<b>Teildatensatzbezug</b>	NEO:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	<pre>((fn_Untersuchung &lt; % fn_Untersuchung_beginn   fn_Untersuchung &gt; % fn_Untersuchung_ende) &amp; GESTALTER &lt; % 25)   ((fn_Untersuchung &lt; % 36   fn_Untersuchung &gt; % 42) &amp; GESTALTER &gt; % 25))</pre>

<b>Nenner (Formel)</b>	<pre>fn_lebendGeboren ==% 1 &amp; (THERAPIEVERZICHT ==% 0   is.na(THERAPIEVERZICHT)) &amp; ANGEBERKRANK ==% 0 &amp; GESTALTER &gt;=% 22 &amp; GESTALTER &lt;% 31 &amp; AUFNAHME !=% 2 &amp; AUFNAHME !=% 3 &amp; ( is.na(AUFNAHME)   (!is.na(AUFNAHME) &amp; ( (alterStunden &lt;=% 48 &amp; !is.na(alterStunden))   (is.na(alterStunden) &amp; ltAufn &lt;=% 2) ) ) ) &amp; (DATUMUNT &gt;=% AUFNDATUM &amp; DATUMUNT &lt;=% ENTLDATUM)&amp; AUGENUNT ==% 1</pre>
<b>Verwendete Funktionen</b>	<pre>fn_lebendGeboren fn_Untersuchung fn_Untersuchung_beginn fn_Untersuchung_ende</pre>
<b>Verwendete Listen</b>	ICD_Fetaltod
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Nicht vergleichbar
<b>Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr</b>	-

# Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

## 850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	monatEntl
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	ZUQSMODUL
MDS: EF*	Quartal des Entlassungstages	-	quartal(ENTLDATUM)	entlquartal

\* Ersatzfeld im Exportformat

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

## Eigenschaften und Berechnungen

<b>ID</b>	850199
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2011
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></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><b>Hypothese</b></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>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten, Sollstatistik
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2022</b>	≥ 95,00 %
<b>Referenzbereich 2021</b>	AK im Vorjahr nicht berechnet
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	-
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	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.
<b>Teildatensatzbezug</b>	NEO:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
<b>Formel</b>	<pre>year &lt;- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(   specification_year = year,    filter_function_module_data = function(data){     dplyr::filter(data,       to_year(monatEntl) %==% erf_jahr)   },    filter_function_mds = function(data){     dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'NEO' &amp;</pre>

	<pre> to_year(entlquartal) %==% erf_jahr) },  filter_function_soll = function(data){   dplyr::filter(data, modul %==% 'NEO' &amp;     datensaetze_modul %!=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre>
<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	AK im Vorjahr nicht berechnet
<b>Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr</b>	-

## 850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	monatEntl
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	ZUQSMODUL
MDS: EF*	Quartal des Entlassungstages	-	quartal(ENTLDATUM)	entlquartal

\* Ersatzfeld im Exportformat

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



## Eigenschaften und Berechnungen

<b>ID</b>	850200
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2011
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></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><b>Hypothese</b></p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten, Sollstatistik
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2022</b>	≤ 110,00 %
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 110,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	-
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	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.
<b>Teildatensatzbezug</b>	NEO:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	20
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Formel</b>	<pre> year &lt;- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(   specification_year = year,    filter_function_module_data = function(data){     dplyr::filter(data,       to_year(monatEntl) %==% erf_jahr)   },    filter_function_mds = function(data){     dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'NEO' &amp;       to_year(entlquartal) %==% erf_jahr)   }, </pre>

	<pre>filter_function_soll = function(data){   dplyr::filter(data, modul ==% 'NEO' &amp;   datensaetze_modul !=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST)</pre>
<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar
<b>Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr</b>	<p>Im EJ 2022 wird die Vollzähligkeit am entlassendem Standort geprüft. Zum EJ 2021 wurde die Vollzähligkeit auf IKNR-Ebene geprüft. Ergebnisse der Leistungserbringer mit mehreren Standorten sind daher zum EJ 2022 nicht vergleichbar.</p> <p>Ergebnisse der Leistungserbringer mit nur einem Standort sind allerdings vergleichbar.</p>

## 850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	ZUQSMODUL
MDS: EF*	Quartal des Entlassungstages	-	quartal(ENTLDATUM)	entlquartal

\* Ersatzfeld im Exportformat

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

## Eigenschaften und Berechnungen

<b>ID</b>	850208
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2017
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></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><b>Hypothese</b></p> <p>Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten, Sollstatistik
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2022</b>	≤ 5,00 %
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 5,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	-
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Anzahl Minimaldatensätze</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	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.
<b>Teildatensatzbezug</b>	NEO:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
<b>Formel</b>	<pre> year &lt;- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(   specification_year = year,    filter_function_module_data = function(data){     dplyr::filter(data, FALSE)   },    filter_function_mds = function(data){     dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'NEO' &amp; to_year(entlquartal) %==% erf_jahr)   },    filter_function_soll = function(data){     dplyr::filter(data, modul %==% 'NEO' &amp; datensaetze_modul !=% 0)   }, </pre>

	erf_jahr = year, LST = LST)
<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar
<b>Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr</b>	<p>Im EJ 2022 wird die Vollzähligkeit am entlassendem Standort geprüft. Zum EJ 2021 wurde die Vollzähligkeit auf IKNR-Ebene geprüft. Ergebnisse der Leistungserbringer mit mehreren Standorten sind daher zum EJ 2022 nicht vergleichbar.</p> <p>Ergebnisse der Leistungserbringer mit nur einem Standort sind allerdings vergleichbar.</p>

## 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)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt
30	Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege

<b>Schlüssel: Modul</b>	
01/1	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom
01/2	Dekompression bei Sulcus-ulnaris-Syndrom
03/1	Kataraktoperation
05/1	Nasenscheidewandkorrektur
07/1	Tonsillektomie
09/1	Herzschrittmacher-Implantation
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
10/1	Varizenchirurgie
10/2	Karotis-Rekonstruktion
12/1	Cholezystektomie
12/2	Appendektomie
12/3	Leistenhernie
14/1	Prostataresektion
15/1	Gynäkologische Operationen
16/1	Geburtshilfe
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur
17/6	Knie-Schlittenprothesen-Erstimplantation
18/1	Mammachirurgie
CHE	Cholezystektomie
CHE_HE	Cholezystektomie (nur Hessen)
DEK	Dekubitusprophylaxe
DIAL	Dialyse
HCH	Herzchirurgie
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
KEP	Knieendoprothesenversorgung
LLS	Leberlebendspende
LTX	Lebertransplantation
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
NEO	Neonatologie
NLS	Nierenlebendspende

<b>Schlüssel: Modul</b>	
NNH	Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation
PPCI	Patientenbefragung für die Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie



## Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_Fetaltod	ICD	Fetaltod	P95%
ICD_NEO_angeborene_Erkrankung	ICD	schwere oder letale angeborene Erkrankungen	E72.2%, P96.0%, Q00.0%, Q01.0%, Q01.1%, Q01.2%, Q01.8%, Q01.9%, Q04.2%, Q05.0%, Q05.1%, Q05.2%, Q05.3%, Q05.4%, Q05.5%, Q05.6%, Q05.7%, Q05.8%, Q05.9%, Q20.0%, Q20.1%, Q20.2%, Q20.3%, Q20.4%, Q20.5%, Q20.6%, Q20.8%, Q21.3%, Q22.0%, Q22.4%, Q22.6%, Q23.0%, Q23.2%, Q23.4%, Q24.8%, Q25.1%, Q25.2%, Q25.3%, Q25.5%, Q26.2%, Q30.0%, Q33.6%, Q39.0%, Q39.1%, Q39.2%, Q39.3%, Q39.4%, Q39.5%, Q39.6%, Q39.8%, Q39.9%, Q44.6%, Q44.7%, Q60.1%, Q60.6%, Q64.1%, Q74.3%, Q77.1%, Q78.0%, Q79.0%, Q79.2%, Q79.3%, Q80.4%, Q81.1%, Q89.4%, Q91.0%, Q91.1%, Q91.2%, Q91.3%, Q91.4%, Q91.5%, Q91.6%, Q91.7%, Q92.7%

## Anhang III: Vorberechnungen

Vorbereitung	Dimension	Beschreibung	Wert
Erfassungsjahr	Gesamt	-	2022

## Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_aufnbeatm	float	Gestationsalter in Wochen bei Beginn der Beatmung	$((\text{GESTALTER} * 7) + \text{GESTALTERTAGE} + \text{ltBeatBeginn}) - 1) / 7$
fn_aufnsauer	float	Gestationsalter in Wochen bei Beginn der Sauerstoffzufuhr	$((\text{GESTALTER} * 7) + \text{GESTALTERTAGE} + \text{ltSauerBeginn}) - 1) / 7$
fn_bpd	boolean	Erfüllung der Kriterien zum Vorliegen einer BPD nach Leitlinie	<pre> fn_lebendGeboren ==% 1 &amp; (THERAPIEVERZICHT ==% 0    is.na(THERAPIEVERZICHT)) &amp; ANGEBERKRANK ==% 0 &amp; !(AUFNAHME %in% c(2,3)) &amp; (  (   GESTALTER &gt;=% 24 &amp;   GESTALTER &lt;% 32 &amp;   (    (fn_aufnsauer &lt;=% 36 &amp;     fn_entlsauer &gt;=% 36)      (fn_aufnbeatm &lt;=% 36 &amp;     fn_entlbeatm &gt;=% 36)      (fn_entlgestalter &lt;% 36 &amp;     ENTLGRUND %in% c("01","02") &amp;     (ltEntl ==% ltSauerEnde   ltEntl ==%     ltBeatEndeCPAP))   )  )    (   GESTALTER &gt;=% 32 &amp;   KG &lt;% 1500 &amp;   (    (ltSauerBeginn &lt;=% 56 &amp;     ltSauerEnde &gt;=% 56)      (ltBeatBeginn &lt;=% 56 &amp;     ltBeatEndeCPAP &gt;=% 56)      (ltEntl &lt;% 56 &amp;     ENTLGRUND %in% c("01","02") &amp;     (ltEntl ==% ltSauerEnde   </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre>ltEntl %==% ltBeatEndeCPAP)) ) ) )</pre>
fn_entlbeatm	float	Gestationsalter in Wochen bei Beendigung der Beatmung	$((\text{GESTALTER} * 7) + \text{GESTALTERTAGE} + \text{ltBeatEndeCPAP}) - 1) / 7$
fn_entlgestalter	float	Gestationsalter in Wochen bei Entlassung	$((\text{GESTALTER} * 7) + \text{GESTALTERTAGE} + \text{ltEntl}) - 1) / 7$
fn_entlsauer	float	Gestationsalter in Wochen bei Beendigung der Sauerstoffzufuhr	$((\text{GESTALTER} * 7) + \text{GESTALTERTAGE} + \text{ltSauerEnde}) - 1) / 7$
fn_lebendGeboren	boolean	Lebend geborenes Kind: Todesursache und Entlassungsdiagnosen sind nicht ICD P95* (Fetaltod) und Entlassungsgrund ist nicht Tod	<code>!((TODESURSACH %any_like% LST\$ICD_Fetaltod   ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_Fetaltod) &amp; ENTLGRUND %==% "07")</code>
fn_Untersuchung	integer	Lebensstage zum Zeitpunkt der Untersuchung	<code>as.integer(DATUMUNT - GEBDATUM + 1)</code>
fn_Untersuchung_beginn	integer	Frühester gemäß Leitlinie empfohlener Zeitpunkt der Untersuchung (in Lebenstagen)	<code>ifelse(GESTALTER &lt; 25, ((30 - GESTALTER) * 7) + 1, 36)</code>
fn_Untersuchung_ende	integer	Spätester gemäß Leitlinie empfohlener Zeitpunkt der Untersuchung (in Lebenstagen)	<code>ifelse(GESTALTER &lt; 25, ((31 - GESTALTER) * 7), 42)</code>