

Perinatalmedizin: Neonatologie

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

Auswertungsjahr 2024

Berichtszeitraum Q1/2023 – Q4/2023

Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL

PM-NEO - Neonatologie

Informationen zum Bericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL. Perinatalmedizin: Neonatologie. Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2024

Datum der Abgabe 31.05.2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	5
850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben	5
Eigenschaften und Berechnung	6
850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme.....	8
Eigenschaften und Berechnung	9
851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	11
Eigenschaften und Berechnung	12
851902: Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben.....	14
Eigenschaften und Berechnung	16
852001: Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums.....	18
Eigenschaften und Berechnung	20
852300: Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben.....	22
Eigenschaften und Berechnung	23
852301: Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	25
Eigenschaften und Berechnung	26
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit.....	28
850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	28
Eigenschaften und Berechnung	29
850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	31
Eigenschaften und Berechnung	32
850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	34
Eigenschaften und Berechnung	35
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	37
Anhang II: Listen	40
Anhang III: Vorberechnungen	41
Anhang IV: Funktionen	42
Impressum.....	44

Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL
PM-NEO - Neonatologie
Inhaltsverzeichnis

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben

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
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
82.1:B	Entlassungsgrund	K	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
84:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	TODESURSACH
85:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	850206
Jahr der Erstanwendung	2017
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</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>Hypothese</p> <p>Fehl-/Unterdokumentation der Aufnahmetemperatur (tatsächlich wurde in der Patientenakte die Aufnahmetemperatur dokumentiert)</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen</p> <p>50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen</p>
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 2,84 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2022	≤ 3,56 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Kinder, bei denen keine Aufnahmetemperatur 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 24+0 Wochen p. m.</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NEO:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	10
Zähler (Formel)	AUFNTEMPNB %==% 1
Nenner (Formel)	fn_lebendGeboren & (THERAPIEVERZICHT %==% 0 is.na(THERAPIEVERZICHT)) &

	ANGEBERKRANK %==% 0 & GESTALTER %>=% 24
Verwendete Funktionen	fn_lebendGeboren
Verwendete Listen	ICD_NEO_Fetaltod
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme

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
34: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
79.1:B	Kopfumfang bei Entlassung	K	in cm	ENTLKU
79.2:B	Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt	K	1 = ja	ENTLKUNB
82.1:B	Entlassungsgrund	K	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
84:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	TODESURSACH
85:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	ENTLDIAG
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	(ENTL DATUM - AUFN DATUM) + 1	vwDauerNeo

* Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	850207
Jahr der Erstanwendung	2017
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</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>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation des Kopfumfangs (tatsächlich wurde in der Patientenakte ein größerer Kopfumfang bei Entlassung als bei Aufnahme dokumentiert)</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52262: Zunahme des Kopfumfangs
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 4,06 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2022	≤ 3,37 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Kinder, bei denen ein geringerer Kopfumfang bei Entlassung als bei Aufnahme 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 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>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NEO:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	ENTLKU %<% AUFNKU
Nenner (Formel)	fn_lebendGeboren & (THERAPIEVERZICHT %==% 0 is.na(THERAPIEVERZICHT)) &

	ANGEBERKRANK %==% 0 & GESTALTER %between% c(24,36) & !AUFNAHME %in% c(2,3) & vwDauerNeo %>=% 21 & is.na(AUFNKUNB) & is.na(ENTLKUNB)
Verwendete Funktionen	fn_lebendGeboren
Verwendete Listen	ICD_NEO_Fetaltod
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

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

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
40:B	Diagnose der angeborenen Erkrankung	K		ARTDERFEHLBILDUNG
82.1:B	Entlassungsgrund	K	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
84:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	TODESURSACH
85:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	851813
Jahr der Erstanwendung	2018
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</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-Kode aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen vorliegen.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung (tatsächlich wurde in der Patientenakte ein ICD-Kode aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen dokumentiert)</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Anzahl
Referenzbereich 2023	= 0
Referenzbereich 2022	= 0
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	<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-Kode oder die Kombination verschiedener dokumentierter ICD-Kodes 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-Kodes 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-Kodes 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-Kode angegeben wurde, der Bestandteil der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen ist – zu prüfen, wurde eine Mindestfallzahl im Zähler eingeführt.</p>

Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Kinder, bei denen kein ICD-Kode aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen angegeben wurde</p> <p>Nenner</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>
Erläuterung der Rechenregel	<p>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-Kode aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen dokumentiert wurde (Überprüfung im Zähler des Auffälligkeitskriteriums).</p>
Teildatensatzbezug	NEO:B
Mindestanzahl Zähler	3
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	!(ARTDERFEHLBILDUNG %any_like% LST\$ICD_NEO_angeborene_Erkrankung ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_NEO_angeborene_Erkrankung)
Nenner (Formel)	fn_lebendGeboren & ANGEBERKRANK %==% 1 & GESTALTER %>=% 24
Verwendete Funktionen	fn_lebendGeboren
Verwendete Listen	ICD_NEO_angeborene_Erkrankung ICD_NEO_Fetaltod
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

851902: Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben

Datenbasis: Spezifikation 2023

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
25:B	Gewicht des Kindes bei Geburt	M	in g	KG
28:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
34: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 BPD 1 = ja, milde BPD 2 = ja, moderate BPD 3 = ja, schwere BPD	BPD
82.1:B	Entlassungsgrund	K	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
84:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	TODESURSACH
85:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	ENTLDIAG

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
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
EF*	Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen)	-	(ENTLDATE - 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 Berechnung

ID	851902
Jahr der Erstanwendung	2019
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</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 Erfüllung bestimmter Kriterien zum Vorliegen einer moderaten oder schweren BPD gemäß Nennerdefinition sollte eine moderate oder schwere BPD angegeben werden.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehl-/Unterdokumentation einer moderaten oder schweren BPD (tatsächlich wurde in der Patientenakte eine moderate oder schwere BPD dokumentiert)</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)</p> <p>50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)</p> <p>51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung</p>
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 80,00 %
Referenzbereich 2022	≤ 80,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Kinder, bei denen weder eine moderate noch eine schwere BPD angegeben wurde</p> <p>Nenner</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</p>

	nach Hause entlassen wurden und Sauerstoff bekommen haben oder beatmet wurden (jeweils zum Tag der Entlassung)
Erläuterung der Rechenregel	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.
Teildatensatzbezug	NEO:B
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	BPD %in% c(0,1)
Nenner (Formel)	fn_bpd
Verwendete Funktionen	fn_aufnbeatm fn_aufnsauer fn_bpd fn_entlbeatm fn_entlgestalter fn_entlsauer fn_lebendGeboren
Verwendete Listen	ICD_NEO_Fetaltod
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

852001: Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums

Datenbasis: Spezifikation 2023

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
28:B	primär palliative Therapie (ab Geburt)	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
34: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
82.1:B	Entlassungsgrund	K	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
84:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	TODESURSACH
85:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	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 Berechnung

ID	852001
Jahr der Erstanwendung	2020
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</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>Hypothese</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>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)</p> <p>50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)</p> <p>51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung</p>
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 61,38 % (90. Perzentil)
Referenzbereich 2022	≤ 70,43 % (90. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Rechenregeln	<p>Zähler</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>Nenner</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>
Erläuterung der Rechenregel	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.
Teildatensatzbezug	NEO:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	(((fn_Untersuchung %<% fn_Untersuchung_beginn fn_Untersuchung %>% fn_Untersuchung_ende) & GESTALTER %<% 25) ((fn_Untersuchung %<% 36 fn_Untersuchung %>% 42) & GESTALTER %>=% 25))
Nenner (Formel)	fn_lebendGeboren %==% 1 & (THERAPIEVERZICHT %==% 0 is.na(THERAPIEVERZICHT)) & ANGEBERKRANK %==% 0 & GESTALTER %>=% 22 & GESTALTER %<% 31 & AUFNAHME %!=% 2 & AUFNAHME %!=% 3 & (is.na(AUFNAHME) (!is.na(AUFNAHME) & ((alterStunden %<=% 48 & !is.na(alterStunden)) (is.na(alterStunden) & !tAufn %<=% 2)))) & AUGENUNT %==% 1
Verwendete Funktionen	fn_lebendGeboren fn_Untersuchung fn_Untersuchung_beginn fn_Untersuchung_ende
Verwendete Listen	ICD_NEO_Fetaltod
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

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

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: https://www.bfarm.de	TODESURSACH
85:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

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

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: https://www.bfarm.de	TODESURSACH
85:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

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	≤ 10,07 % (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_Fetal Tod

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

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Datenbasis: Spezifikation 2023

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 Berechnung

ID	850199
Jahr der Erstanwendung	2011
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	≥ 95,00 %
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	NEO:B
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_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, to_year(monatEntl) %==% erf_jahr) }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'NEO' & to_year(entlquartal) %==% erf_jahr) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, modul %==% 'NEO' & datensaetze_modul !=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Datenbasis: Spezifikation 2023

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 Berechnung

ID	850200
Jahr der Erstanwendung	2011
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	≤ 110,00 %
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	NEO:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Formel	year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak{

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

850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Datenbasis: Spezifikation 2023

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 Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	850208
Jahr der Erstanwendung	2017
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	≤ 5,00 %
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	NEO:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Formel	<pre>year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, FALSE) },</pre>

	<pre> filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'NEO' & to_year(entlquartal) %==% erf_jahr) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, modul %==% 'NEO' & datensaetze_modul %!=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
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

Schlüssel: Modul	
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

Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL

PM-NEO - Neonatologie

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: Modul	
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
NEO	Neonatologie
NLS	Nierenlebendspende
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_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%
ICD_NEO_Fetaltod	ICD	Fetaltod	P95%

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

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_aufnbeatm	float	Gestationsalter in Wochen bei Beginn der Beatmung	$((GESTALTER * 7) + GESTALTERTAGE + ItBeatBeginn) - 1 / 7$
fn_aufnsauer	float	Gestationsalter in Wochen bei Beginn der Sauerstoffzufuhr	$((GESTALTER * 7) + GESTALTERTAGE + ItSauerBeginn) - 1 / 7$
fn_bpd	boolean	Erfüllung der Kriterien zum Vorliegen einer moderaten oder schweren BPD nach Leitlinie	<pre> fn_lebendGeboren %==% 1 & (THERAPIEVERZICHT %==% 0 is.na(THERAPIEVERZICHT)) & ANGEBERKRANK %==% 0 & !(AUFNAHME %in% c(2,3)) & ((GESTALTER %>=% 24 & GESTALTER %<% 32 & ((fn_aufnsauer %<=% 36 & fn_entlsauer %>=% 36) (fn_aufnbeatm %<=% 36 & fn_entlbeatm %>=% 36) (fn_entlgestalter %<% 36 & ENTLGRUND %in% c("01","02") & (ItEntl %==% ItSauerEnde ItEntl %==% ItBeatEndeCPAP)))) (GESTALTER %>=% 32 & KG %<% 1500 & (</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			(ItSauerBeginn %<=% 56 & ItSauerEnde %>=% 56) (ItBeatBeginn %<=% 56 & ItBeatEndeCPAP %>=% 56) (ItEntl %<% 56 & ENTLGRUND %in% c("01","02") & (ItEntl %==% ItSauerEnde ItEntl %==% ItBeatEndeCPAP)))))
fn_entlbeatm	float	Gestationsalter in Wochen bei Beendigung der Beatmung	$((GESTALTER * 7) + GESTALERTAGE + ItBeatEndeCPAP) - 1) / 7$
fn_entlgestalter	float	Gestationsalter in Wochen bei Entlassung	$((GESTALTER * 7) + GESTALERTAGE + ItEntl) - 1) / 7$
fn_entlsauer	float	Gestationsalter in Wochen bei Beendigung der Sauerstoffzufuhr	$((GESTALTER * 7) + GESTALERTAGE + ItSauerEnde) - 1) / 7$
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")
fn_Untersuchung	integer	Lebenstage zum Zeitpunkt der Untersuchung	as.integer(DATUMUNT - GEBDATUM + 1)
fn_Untersuchung_beginn	integer	Frühester gemäß Leitlinie empfohlener Zeitpunkt der Untersuchung (in Lebenstagen)	ifelse(GESTALTER < 25, ((30 - GESTALTER) * 7) + 1, 36)
fn_Untersuchung_ende	integer	Spätester gemäß Leitlinie empfohlener Zeitpunkt der Untersuchung (in Lebenstagen)	ifelse(GESTALTER < 25, ((31 - GESTALTER) * 7), 42)

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