



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe
des Berichts nach § 6 Absatz 5 Anlage 3 der
Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
(QFR-RL) zum Erfassungsjahr 2022 zur Veröffentlichung

Vom 16. Januar 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Januar 2025 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach § 6 Absatz 5 Anlage 3 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) zum Erfassungsjahr 2022 gemäß **Anlage 2** sowie eine Kommentierung durch den G-BA gemäß **Anlage 1** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Berlin, den 16. Januar 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Kommentar des Gemeinsamen Bundesausschusses zum zusammenfassenden Bericht des Instituts nach § 137a SGB V zu den Ergebnissen der Aufklärung im Rahmen des Validierungsverfahrens gemäß QFR-RL (Erfassungsjahr 2022)

Im Rahmen der Qualitätssicherung (QS) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wurde die Verpflichtung eingeführt, an www.perinatalzentren.org gemeldete Sterbefälle von Frühgeborenen mit einem Aufnahmegewicht unter 1500 g durch Vergleich mit einer anderen Datenquelle zu validieren, da sich eine Unterschätzung von Sterbefällen solcher Kinder aus QS-Daten im Vergleich zu Leistungsdaten der Krankenhäuser, die im Rahmen des § 21 KHEntgG erhoben wurden, gezeigt hatte. Hierzu setzte das IQTIG einerseits ein Software-Tool ein, das über Wahrscheinlichkeitsberechnungen zwei Datensätze mit geringfügig voneinander abweichenden Angaben zu einem Fall zusammenführt und andererseits wurden in Absprache mit den zuständigen Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) gemäß DeQS-RL Vor-Ort-Besuche durchgeführt, um unklare Diskrepanzen zwischen beiden Datensätzen aufzuklären. Aufgrund einer Änderung in der QS-Dokumentationspflicht wurden, anders als in den Erfassungsjahren 2015 bis 2019, ab dem Erfassungsjahr 2020 auch Sterbefälle mit einem Gestationsalter von unter 22 Schwangerschaftswochen (SSW) im Datenabgleich berücksichtigt. Diese Fälle können seither in den Abgleich miteinbezogen werden. Die Anzahl der aufzuklärenden Sterbefälle konnte damit gesenkt werden. Sie fließen jedoch nicht in die Ergebnisveröffentlichung auf der Internetseite www.perinatalzentren.org ein.

In der aktuellen Auswertung der Daten aus 2022 lagen 948 Sterbefälle in den QS-Daten und 911 Sterbefälle in den § 21er-Daten vor. Damit lag im Erfassungsjahr 2022 wie bereits in den vorherigen Erfassungsjahren die Zahl der Sterbefälle in den QS-Daten über der in den § 21-Daten. Davon waren in der aktuellen Auswertung 822 Fälle identisch und konnten eindeutig zusammengeführt werden.

In den § 21er-Daten wurden insgesamt 87 Sterbefälle identifiziert, die zunächst nicht in den QS-Daten aufzufinden waren. 27 dieser Sterbefälle konnten direkt mittels des o. g. Software-Tools mit den QS-Daten zusammengeführt werden.

In der weiteren Analyse und Validierung vor Ort wurden von den 60 Fällen der § 21-Daten 28 Fälle von der Berücksichtigung für die Ergebnisveröffentlichung auf der Internetseite www.perinatalzentren.org ausgeschlossen, da es sich hierbei bspw. um totgeborene Kinder oder bei der Geburt unreife Kinder unter 22 SSW handelte. In 15 Fällen war die QS-Dokumentation erfolgt, konnte aber erst in diesem Schritt der Analyse zusammengeführt werden. Es wurden 17 Sterbefälle als zusätzlich zu berücksichtigende Sterbefälle eingestuft und entsprechend nachdokumentiert. Das entspricht 28,3 % aller in den § 21-Daten aufzuklärenden Sterbefällen. Die 17 nachzudokumentierenden Sterbefälle traten in zwölf Krankenhäusern auf. Davon waren 13 Sterbefälle bislang nicht über einen QS-Bogen dokumentiert, obwohl sie den Einschlusskriterien des QS-Filters entsprachen. In vier Fällen

wurde fälschlicherweise eine Minimaldatensatz angelegt. Diese 17 Fälle wurden dann gemeinsam mit den Krankenhäusern nachdokumentiert.

Ebenso konnten von 68 aufzuklärenden Sterbefällen in den QS-Daten, die zunächst nicht in den § 21-Daten zu finden waren, 63 Sterbefälle als unstrittige Sterbefälle aufgeklärt werden.

Davon wies ein Sterbefall einen Dokumentationsfehler auf. Fünf Sterbefälle wurden nach der Aufklärung als nicht dokumentationspflichtig eingestuft. Diese wurden aus dem Datenpool wieder ausgeschlossen. In der Aufklärung für das Erfassungsjahr 2022 wurde kein Sterbefall als offen kategorisiert.

Beurteilung

Der aktuelle Bericht belegt einen leichten Rückgang der Vollständigkeit der Erfassung von Sterbefällen sehr kleiner Frühgeborener.

Der Anteil an zusätzlich identifizierten Sterbefällen liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 2,1 % (Absolutzahl: 17).

Seit Beginn der Erfassung in 2010 stellt sich der Anteil (Absolutzahl) von zusätzlich identifizierten Sterbefällen, wie folgt dar: 2010 - 2014: 11 % (426), 2015: 6 % (51), 2016: 4,3 % (39), 2017: 3,2 % (28), 2018: 2,8 % (24), 2019: 1,4 % (12), 2020: 2,3 % (18), 2021: 0,6 % (5).

Damit scheint sich die Zahl der in den QS-Daten fehlerhaft nicht erfassten Sterbefälle trotz eines Anstiegs im Vergleich zum Vorjahr auf geringem Niveau einzupendeln.

Probeweise ist das Validierungsverfahren für das Erfassungsjahr 2023 einmalig ausgesetzt.



Validierungsverfahren NICU

Vollständigkeit der Dokumentation von Sterbefällen

Abschlussbericht zum Erfassungsjahr 2022

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Validierungsverfahren NICU. Vollständigkeit der Dokumentation von Sterbefällen. Abschlussbericht zum Erfassungsjahr 2022

Ansprechperson Teresa Thomas, Daniel Richter, Günther Heller

Datum der Abgabe 30. Juni 2024

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten Erfassungsjahre 2010 bis einschließlich 2022

Leistungsdaten nach
§ 21 Abs. 2 a bis f KHEntgG Erfassungsjahre 2010 bis einschließlich 2022

Kurzfassung

Hintergrund

Eine vollständige und vollzählige Datengrundlage ist unabdingbar bei einer öffentlichen Berichterstattung mit risikoadjustierten Qualitätsparametern. Frühere Untersuchungen zur Vollzähligkeit zeigten eine Unterdokumentation von Sterbefällen sehr kleiner Frühgeborener in der externen stationären Qualitätssicherung. Um die Vollzähligkeit der neonatalen Sterbefälle in der esQS zu validieren, erfolgt für das Erfassungsjahr 2022 ein Abgleich der Daten aus der esQS mit den Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

Auftrag und Auftragsverständnis

Die Durchführung des Validierungsverfahrens ergibt sich aus der Anlage 4 § 6 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene. Neben der Anzahl der aufzuklärenden Sterbefälle sollen auch die Gründe für die Abweichungen dargelegt werden.

Methodisches Vorgehen

Um mögliche undokumentierte Sterbefälle identifizieren zu können, erfolgt zu Beginn ein deterministischer Abgleich unter Verwendung von Datenfeldern, die in beiden Datensätzen vorhanden sind. Bei Dokumentationsfehlern in einem der beiden Datensätze können zusammengehörige Sterbefälle nicht über einen deterministischen Abgleich zusammengeführt werden. Daher wird in einem zweiten Schritt eine Software (Merge-Toolbox) eingesetzt. Mittels dieses probabilistischen Abgleichs können korrespondierende Datensätze in beiden Datensätzen identifiziert werden.

Ergebnisse und Empfehlungen

Im Erfassungsjahr 2022 waren insgesamt 151 Sterbefälle in 82 Krankenhäusern aufzuklären. Von 68 Sterbefällen in den QS-Daten, die im ersten Schritt nicht in den §21-Daten zu finden waren, wurden 63 als unstrittige Sterbefälle kategorisiert. Von 60 Sterbefällen aus den §21-Daten, die nicht den QS-Daten zugeordnet werden konnten, stellte sich bei 17 Fälle heraus, dass die QS-Dokumentationspflicht zutrifft; diese wurden infolgedessen nachdokumentiert. Bei allen 23 Sterbefällen, die mittels Merge-Toolbox zusammengeführt wurden, war die Zusammenführung korrekt.

Insgesamt konnten zu den in der Neonatalerhebung enthaltenen Sterbefällen weitere 2,1 % (17 Fälle) an Sterbefällen ergänzt werden. Nach dem Abgleich ergab sich eine Gesamtsumme von 805 Sterbefällen.

Fazit und Ausblick

Das Ergebnis von 2,1 % zusätzlich identifizierten Sterbefällen im Erfassungsjahr 2022 wird als relevant betrachtet und eine Fortführung des Validierungsverfahrens wird empfohlen.

Seit der Einführung dieser Art von Validierung konnte eine merkliche Verbesserung der Vollständigkeit und Zuordenbarkeit der Sterbefälle aus den QS-Daten und den §21-Daten erreicht werden. Dennoch zeigen sich aus der Sicht des IQTIG aktuell Abweichungen in einem Ausmaß, welche die Durchführung des Verfahrens rechtfertigen. Durch die Änderung des QS-Filters in der Spezifikation 2020 konnte eine deutliche Reduzierung der aufzuklärenden Sterbefälle erreicht werden. Im Erfassungsjahr 2022 ist die Anzahl der aufzuklärenden Sterbefälle gegenüber dem Erfassungsjahr 2021 gestiegen.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Einleitung	8
1.1 Hintergrund	8
1.2 Auftragsverständnis	8
2 Methodisches Vorgehen	9
3 Ergebnisse	11
3.1 Datenbasis für die aufzuklärenden Sterbefälle	11
3.2 Empirische Auswertung	13
3.2.1 Empirische Auswertung – Datenbasis	13
3.2.2 Aufzuklärende Sterbefälle in den §21-Daten	16
3.2.3 Aufzuklärende Sterbefälle in den QS-Daten	20
3.2.4 Zusammengeführte Sterbefälle durch MTB	21
3.2.5 Gesamtübersicht über alle Sterbefälle	22
3.2.6 Auswirkung der Validierungsergebnisse auf die risikoadjustierte Darstellung	24
3.3 Auswertung der Kommentare	26
3.3.1 Kommentare zu aufzuklärenden Sterbefällen in den §21-Daten	27
3.3.2 Kommentare zu den aufzuklärenden Sterbefällen in den QS-Daten	30
3.3.3 Kommentare zu den zusammengeführten Sterbefällen durch MTB	33
3.4 Darstellung der Gründe für die Abweichungen zwischen dem QS- und dem §21-Datenpool	33
4 Fazit und Ausblick	37
Literatur	40
Impressum	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich der Parameter vor und nach dem Abgleich 2022	24
Tabelle 2: Relevante nachdokumentierte Sterbefälle für Risikoadjustierung nach Erfassungsjahr	25

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über den Datenabgleich des Erfassungsjahres 2022	12
Abbildung 2: Übersicht der dokumentierten Sterbefälle (nach Erfassungsjahr)	14
Abbildung 3: Anteil zusammengeführter Sterbefälle nach unterschiedlichen Datenquellen und Erfassungsjahr	15
Abbildung 4: Aufzuklärende Sterbefälle nach Datenquelle und Erfassungsjahr	16
Abbildung 5: Ergebnis der Aufklärung der Sterbefälle in den §21-Daten (nach Erfassungsjahr) ...	17
Abbildung 6: Ergebnis der Aufklärung (in Prozent) der Sterbefälle in den §21-Daten (nach Erfassungsjahr)	18
Abbildung 7: Übersicht der nachdokumentierten Sterbefälle (nach Erfassungsjahr)	19
Abbildung 8: Rate der nachdokumentierten Sterbefälle nach Bundesländern (in Prozent) für das Erfassungsjahr 2022	20
Abbildung 9: Ergebnisse der Aufklärung der Sterbefälle in den QS-Daten (nach Erfassungsjahr)	21
Abbildung 10: Korrekt zusammengeführte Sterbefälle mittels MTB (nach Erfassungsjahr)	22
Abbildung 11: Gesamtergebnis der Validierung für das Erfassungsjahr 2022	23
Abbildung 12: Vergleich des Überlebens von Frühgeborenen (dargestellt als standardisierte Ergebnisrate SER) vor und nach dem Abgleich für das Erfassungsjahr 2022	26
Abbildung 13: Gesamtübersicht der Kommentare der Krankenhäuser und LAG zu den aufzuklärenden Sterbefällen in den §21-Daten	28
Abbildung 14: Gesamtübersicht der Kommentare der LAG und Krankenhäuser zu den aufzuklärenden Sterbefällen in den QS-Daten	31
Abbildung 15: Gesamtübersicht der Kommentare der LAG und Krankenhäuser zu den zusammengeführten Sterbefällen durch MTB	33

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
esQS	externe stationäre Qualitätssicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz (Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen)
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
MTB	Merge-Toolbox
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
QS	Qualitätssicherung
SER	Standardisierte Ereignisratio
SGB	Sozialgesetzbuch
SSW	Schwangerschaftswoche

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Bei einer öffentlichen Berichterstattung mit risikoadjustierten Qualitätsparametern ist eine möglichst vollständige und vollzählige Datengrundlage unabdingbar. In einer Untersuchung wurden jedoch in Bezug auf die Dokumentation von Sterbefällen sehr kleiner Frühgeborener Defizite in der Vollzähligkeit festgestellt (Hummler und Poets 2011). Dort wies ein Abgleich mit Daten des Statistischen Bundesamtes auf eine Unterdokumentation neonataler Sterbefälle in der externen stationären Qualitätssicherung (esQS) hin. Dies betraf ca. ein Fünftel bis ein Drittel aller neonatalen Sterbefälle (Heller et al. 2007, Hummler und Poets 2011). Aus diesem Grund wurde im Rahmen der zentralen Ergebnisveröffentlichung eine umfassende Analyse zu dieser Problematik durchgeführt. Um die Vollzähligkeit der neonatalen Sterbefälle in der esQS zu validieren, erfolgte bereits ein Abgleich der Daten aus der esQS mit den Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG (§21-Daten) des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für die Erfassungsjahre 2010 bis 2021. Der Abgleich wird im vorliegenden Bericht mit den Daten des Erfassungsjahres 2022 fortgeführt. Der vorliegende Bericht baut inhaltlich auf den Abschlussberichten „Validierungsverfahren NICU – Ergebnisse des Abgleichs zur Vollzähligkeit von Sterbefällen“ (IQTIG 2016, IQTIG 2017, IQTIG 2018, IQTIG 2019, IQTIG 2020, IQTIG 2021, IQTIG 2022, IQTIG 2023) auf.

1.2 Auftragsverständnis

Ziel dieses Validierungsberichts ist es zum einen zu analysieren, ob und wie viele Sterbefälle in den vorliegenden QS-Daten der Neonatalerhebung im Vergleich mit den §21-Daten nicht dokumentiert sind. Zum anderen wird geprüft, ob und wie viele Sterbefälle aus den QS-Daten sich ggf. nicht in den §21-Daten finden. Die Gründe hierfür werden ebenfalls dargestellt. Des Weiteren soll untersucht werden, inwieweit die Merge-Toolbox (MTB) (Schnell et al. 2005) ein geeignetes Instrument zur Verknüpfung der aufzuklärenden Sterbefälle in den beiden Datenpools darstellt.

Einleitend wird zunächst die Methodik des Abgleichs von Sterbefällen zwischen QS- und §21-Daten beschrieben. Die Darstellung der Ergebnisse unterteilt sich in die empirische Analyse und in eine Analyse der Kommentare zu den Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) gemäß § 5 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ und der Krankenhäuser zu den aufzuklärenden Sterbefällen. Im Anschluss werden die Gründe für die Abweichungen dargestellt, die sich im Rahmen der Analysen gezeigt haben. Im abschließenden Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst und ein Ausblick zur zukünftigen Fortführung des Validierungsverfahrens gegeben.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 1. Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 19.04.2024).

2 Methodisches Vorgehen

Die Methodik für den Abgleich der dokumentierten Sterbefälle in den QS-Daten mit den Sterbefällen in den §21-Daten entspricht den Verfahren, die in den oben genannten Berichten bereits beschrieben wurden.

Um mögliche undokumentierte Sterbefälle identifizieren zu können, werden zu Beginn beide Datenpools unter Berücksichtigung der Datenfelder „Institutionskennzeichen des Krankenhauses (IKNRKH)“, „Aufnahme- und Entlassungsdatum“, „Geschlecht“ sowie „Aufnahmegewicht“ miteinander abgeglichen (deterministischer Abgleich). Diese Informationen liegen sowohl in den QS-Daten als auch in den §21-Daten vor. Totgeburten werden für den Abgleich über die entsprechenden ICD-Kodes (P95, Z37.1!, Z37.4!, Z37.7!) in den §21-Daten ausgeschlossen.

Für die Abgleiche der Erfassungsjahre 2015 bis 2019 waren keine Fälle mit einem Gestationsalter von weniger als 22 + 0 Schwangerschaftswochen (SSW) in den QS-Daten enthalten, da diese nicht mehr über einen vollständigen Dokumentationsbogen abgebildet, sondern mittels Minimaldatensatz (MDS) dokumentiert wurden. Seit dem Erfassungsjahr 2020 sind diese Fälle wieder dokumentationspflichtig und können in den Abgleich einbezogen werden. Dabei muss für diese Fälle lediglich ein verkürzter QS-Bogen angelegt werden.

Bei den vorangegangenen Analysen zeigte sich, dass aufgrund von Dokumentationsfehlern in einem der beiden Datensätze zusammengehörige Sterbefälle nicht zusammengeführt werden konnten (durch eine Abweichung des Aufnahmegewichts um bspw. 30 g bei gleicher Standortnummer, gleichem Geschlecht, gleichem Aufnahme- und Entlassungsdatum). Herkömmliche Programme können die Fälle nur anhand von exakt übereinstimmenden Angaben zusammenführen. Es wird daher die Software Merge-Toolbox (MTB) des German Record Linkage Centers in Duisburg verwendet, die speziell dafür entwickelt wurde, dieses Problem mittels probabilistischer Zusammenführung bestmöglich zu lösen (Schnell et al. 2005).

Durch die deterministische Verknüpfung der beiden Datensätze werden die dokumentierten Sterbefälle in drei Gruppen unterteilt:

- Gruppe 1: Sterbefälle, die sich deterministisch zusammenführen lassen
- Gruppe 2: Sterbefälle, die nur in den QS-Daten dokumentiert sind
- Gruppe 3: Sterbefälle, die nur in den §21-Daten dokumentiert sind

Da durch Fehler in der Dokumentation ein Sterbefall gleichzeitig in Gruppe 2 und 3 vorkommen kann, wird die MTB verwendet, um mittels einer probabilistischen Verknüpfung korrespondierende Datensätze in diesen beiden Gruppen zu identifizieren. Somit wird versucht, die Sterbefälle der Gruppe 2 mit den Sterbefällen der Gruppe 3 zusammenzuführen, wobei geprüft wird, wie groß die Ähnlichkeiten der zusammengeführten Datensätze für die Variablen „Aufnahmedatum“, „Entlassungsdatum“, „Geschlecht“ und „Aufnahmegewicht“ sind. Es wird ein Ähnlichkeitsmaß berech-

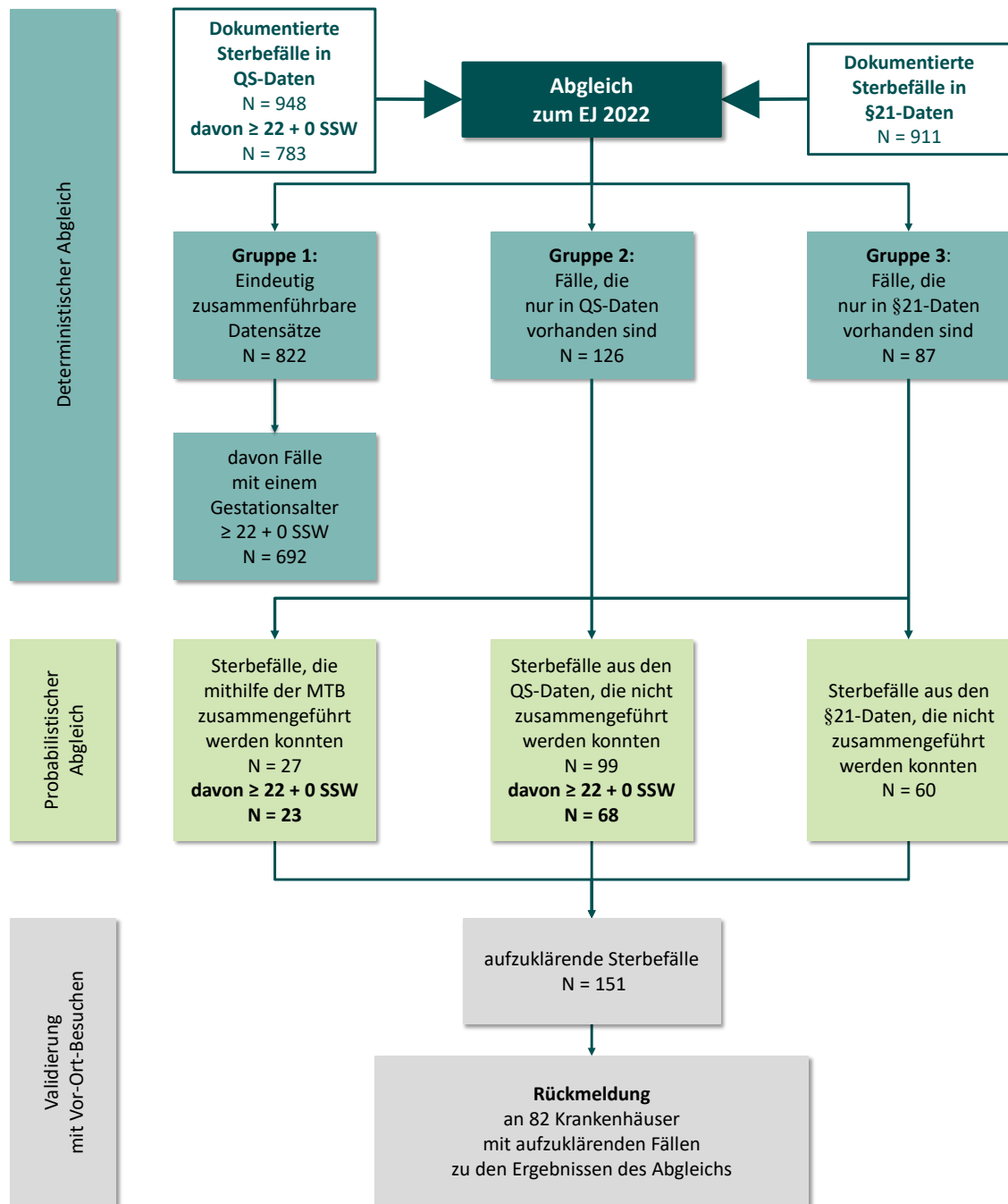
net, das geringfügige Abweichungen der zusammengeführten Variablen akzeptiert. Als Ähnlichkeitsmaß wurde die Levenshtein-Distanz verwendet. Die Levenshtein-Distanz zwischen zwei Zeichenketten ist die kleinstmögliche Zahl an Einfügungen, Löschungen oder Substitutionen von Zeichen, durch die sich die beiden Zeichenketten ineinander überführen lassen. Weitere detaillierte technische Beschreibungen zur Berechnung der Levenshtein-Distanz finden sich in Navarro (2001). So wurde bei nur geringfügigen Abweichungen – wie etwa geringen Schwankungen im Gewicht, einer Differenz von einem Tag im Datum oder einer unterschiedlichen Geschlechtsangabe – vom gleichen Fall ausgegangen.

Alle Sterbefälle der Gruppe 2 und der Gruppe 3 stellen somit die aufzuklärenden Sterbefälle dar und wurden den Krankenhäusern zur Prüfung zurückgespiegelt.

3 Ergebnisse

3.1 Datenbasis für die aufzuklärenden Sterbefälle

Die Datenbasis für den Abgleich des Erfassungsjahres 2022 und die sich anschließenden Vor-Ort-Besuche sind in Abbildung 1 dargestellt. Nach Durchführung des deterministischen Abgleichs der QS-Daten und der §21-Daten sowie der Verwendung der MTB (probabilistischer Abgleich) wurden insgesamt 151 Sterbefälle in 82 Krankenhäusern identifiziert, die durch die Krankenhäuser und die LAG aufzuklären waren. Diese unterteilen sich in 23 Sterbefälle, die probabilistisch mithilfe der MTB zusammengeführt werden konnten; 68 Sterbefälle, die nur in den QS-Daten gefunden wurden (aufzuklärende Sterbefälle in den QS-Daten), sowie 60 Sterbefälle, die nur in den §21-Daten identifiziert wurden (aufzuklärende Sterbefälle in den §21-Daten).

Abbildung 1: Übersicht über den Datenabgleich des Erfassungsjahres 2022²

² Aufgrund von Mehrfachzusammenführungen im Zusammenhang mit Mehrlingsgeburten können geringfügige Abweichungen in der Berechnung auftreten.

3.2 Empirische Auswertung

3.2.1 Empirische Auswertung – Datenbasis

Für die folgenden empirischen Auswertungen ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse aus den vorherigen abgegebenen Abschlussberichten fortgeschrieben werden und somit ein 13-Jahres-Vergleich möglich ist. Wie in den Auswertungen in den vergangenen Jahren wurden im Erfassungsjahr 2010 keine Überlieger aus dem Jahr 2009 berücksichtigt.³ Aus diesem Grund sind für das Jahr 2010 weniger Sterbefälle in die Analysen eingeflossen. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurden diese Überlieger auch aus den §21-Daten ausgeschlossen. Wie bereits für die Erfassungsjahre 2017 bis 2021 wurden für die Auswertung des Erfassungsjahres 2022 auch Fälle von Kindern ausgeschlossen, die ein Aufnahmegewicht von ≥ 1.500 g hatten. Dies traf auf 10 Sterbefälle zu. Da in den §21-Daten nur Fälle mit einem Aufnahmegewicht < 1.500 g verwendet werden, führte dies immer zu einer nicht gerechtfertigten Auffälligkeit. Dies wird durch den Ausschluss verhindert. Seit der Spezifikation 2020 ist für Kinder unter 22 + 0 SSW ein verkürzter QS-Bogen auszufüllen, dadurch können diese Kinder im Abgleich berücksichtigt werden. Da sie jedoch nicht für die verpflichtende zentrale Ergebnisveröffentlichung relevant sind, werden diese nach Anwendung der MTB (probabilistischer Abgleich) aus den QS-Daten ausgeschlossen. Die Datenbasis für die empirische Analyse ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 2 zeigt die dokumentierten Sterbefälle in den §21-Daten und in den QS-Daten vor dem Abgleich sowie die deterministisch zusammengeführten Sterbefälle. Die Sterbefälle in den §21-Daten liegen auf einem ähnlichen Niveau wie die Vorjahre. Wie in den Erfassungsjahren 2020 und 2021 liegt die Anzahl der Sterbefälle in den QS-Daten über der Anzahl der Sterbefälle in den §21-Daten. Dies kann auf den geänderten QS-Filter zurückgeführt werden. Zusätzlich werden daher seit dem Erfassungsjahr 2020 die Sterbefälle aufgeführt, die ein Gestationsalter $\geq 22 + 0$ SSW aufweisen. Die Anzahl der Sterbefälle, die deterministisch zusammengeführt werden konnten, ist gegenüber dem Vorjahr gesunken.

Eine Übersicht über die prozentuale Verteilung der zusammengeführten Sterbefälle in den §21-Daten sowie in den QS-Daten ist in Abbildung 3 dargestellt. Die Rate von verknüpfbaren QS-Daten lag im Erfassungsjahr 2010 bei 79,9 % und ist bis zum Jahr 2013 auf 89,2 % gestiegen. Seit dem Jahr 2014 liegt diese Rate bei ca. 85 %. Die Ausnahme stellen die Erfassungsjahre 2019 und 2021 mit jeweils ca. 88 % dar. Im Vergleich dazu konnten von den §21-Daten im Jahr 2010 nur 61,8 % mit den QS-Daten zusammengeführt werden. Von 2012 bis 2019 ist eine nahezu konstante Rate der zusammenführbaren §21-Daten von knapp unter 80 % zu verzeichnen. Es ist hierbei zu berücksichtigen, dass die Anzahl der zusammengeführten Sterbefälle in den §21-Daten niedriger ist, da

³ Da 2009 noch nach der Spezifikation der freiwilligen Neonatalerhebung mit anderen Einschlusskriterien dokumentiert wurde, wurde beschlossen, diese Fälle nicht zu berücksichtigen.

hier, wie in Abbildung 2 verdeutlicht wird, eine höhere Anzahl an Sterbefällen vorliegt. Ab dem Erfassungsjahr 2020 ist die Rate der zusammengeführten Sterbefälle in den §21-Daten deutlich angestiegen, im Erfassungsjahr 2022 lag die Rate bei 90,2 % (siehe Abbildung 3).

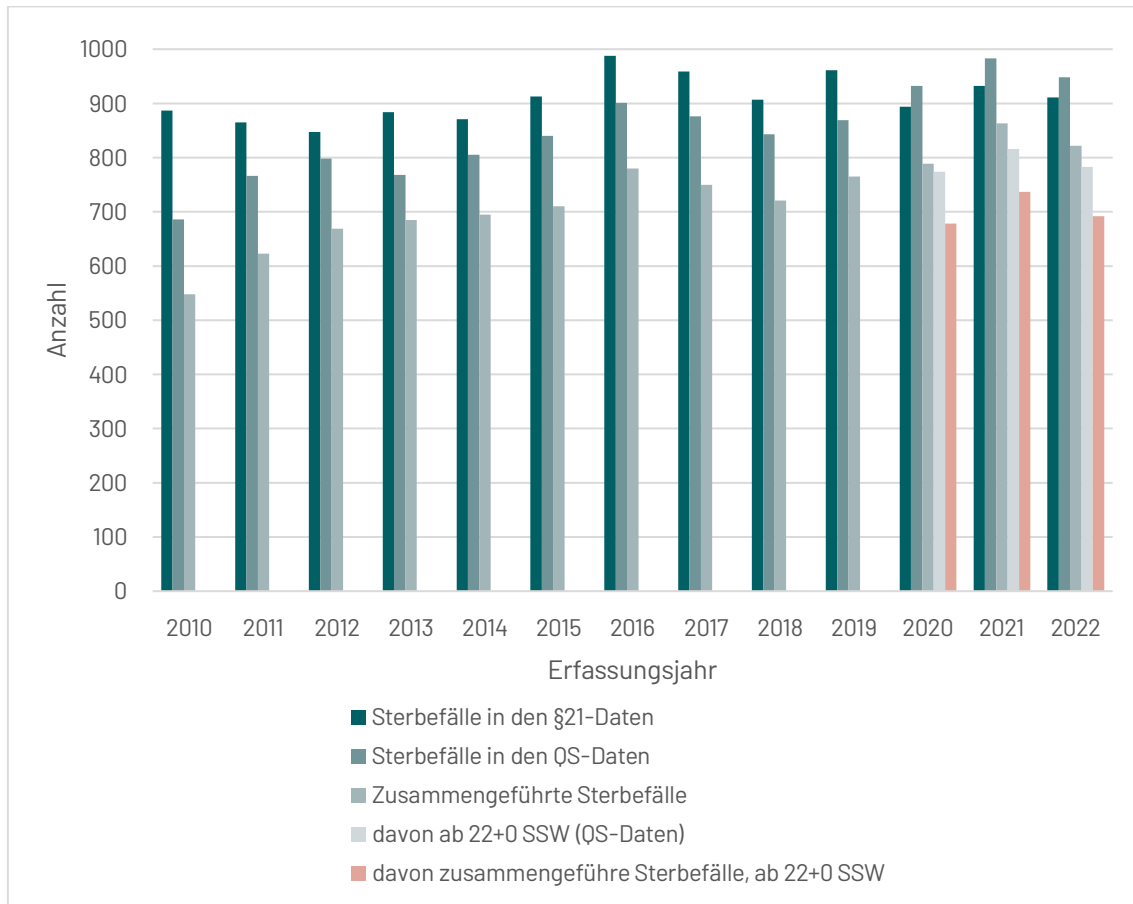


Abbildung 2: Übersicht der dokumentierten Sterbefälle (nach Erfassungsjahr)

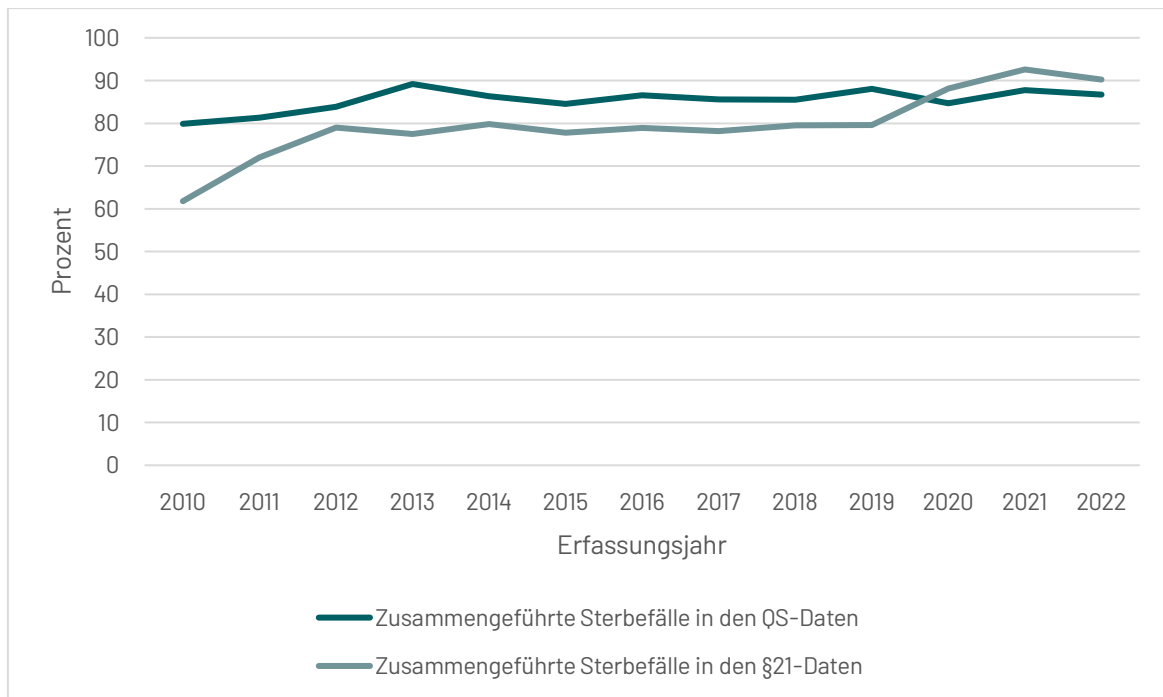


Abbildung 3: Anteil zusammengeführter Sterbefälle nach unterschiedlichen Datenquellen und Erfassungsjahr

Im Hinblick auf die Verteilung der aufzuklärenden Sterbefälle in den jeweiligen Datenpools ist für den Erfassungszeitraum von 2010 bis 2019 festzustellen, dass mit Ausnahme des Jahres 2010 die Anzahl der aufzuklärenden Sterbefälle in den §21-Daten mit leichten Schwankungen ähnlich hoch ist. Im Jahr 2020 sinkt die Anzahl stark auf erstmals unter 100 aufzuklärende Sterbefälle, im Erfassungsjahr 2021 halbiert sich diese Anzahl noch einmal, stieg jedoch mit dem Erfassungsjahr 2022 leicht auf 60 aufzuklärende Sterbefälle an. In den QS-Daten ist seit dem Erfassungsjahr 2019 eine Abnahme zu erkennen, auch diese Anzahl ist mit dem Erfassungsjahr 2022 wieder leicht gegenüber dem Vorjahr angestiegen. Mit den Erfassungsjahren 2021 und 2022 liegt erstmals die Anzahl der aufzuklärenden Sterbefälle in den QS-Daten über den aufzuklärenden Sterbefällen in den §21-Daten. Die Anzahl der zusammengeführten Sterbefälle durch die MTB ist über den gesamten Zeitraum annähernd konstant (siehe Abbildung 4).

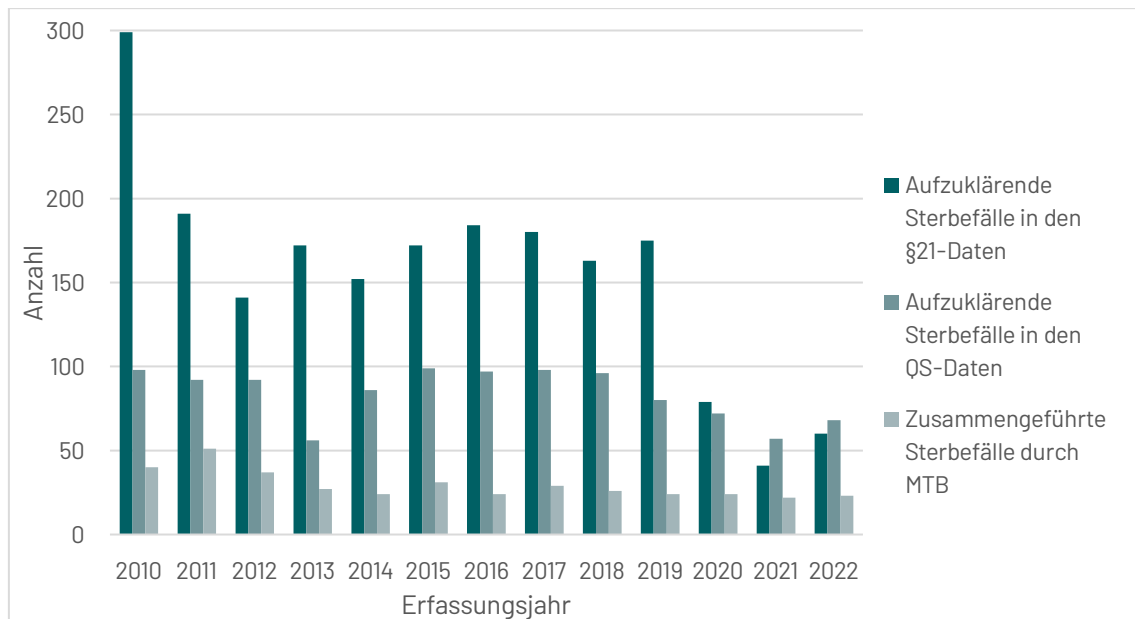


Abbildung 4: Aufzuklärende Sterbefälle nach Datenquelle und Erfassungsjahr

3.2.2 Aufzuklärende Sterbefälle in den §21-Daten

Bei diesem Abgleich wurden für das Erfassungsjahr 2022 insgesamt 60 aufzuklärende Sterbefälle in den §21-Daten identifiziert, die im ersten Schritt in den QS-Daten nicht aufzufinden waren (vgl. auch Abbildung 11). Aufgrund der Aufklärung der Fälle in Vor-Ort-Besuchen wurden 17 Sterbefälle als zusätzlich zu berücksichtigende Sterbefälle eingestuft und somit für die Ergebnisveröffentlichung auf perinatalzentren.org nachdokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 28,3 % aller aufzuklärenden Sterbefälle in den §21-Daten. Insgesamt ist die Zahl der zu dokumentierenden Sterbefälle im Verhältnis zu den bereits dokumentierten Sterbefällen in den QS-Daten um 2,1 % gestiegen. Von diesen 17 zusätzlich identifizierten Sterbefällen waren 13 Sterbefälle bislang nicht über einen QS-Bogen dokumentiert, obwohl die Einschlusskriterien des QS-Filters erfüllt waren. Bei den verbleibenden 4 Sterbefällen wurde fälschlicherweise ein MDS angelegt. Alle Sterbefälle wurden mit der Erfassungssoftware nacherfasst.

Bei 15 Sterbefällen wurde angegeben, dass ein QS-Bogen vorhanden ist, aber aufgrund eines Dokumentationsfehlers eine Zusammenführung mittels MTB nicht möglich war. Somit wurden bei den genannten Sterbefällen zwar die Einschlusskriterien des QS-Filters Neonatologie erfüllt, sie sind aber nicht in der Auswertung für die verpflichtende Ergebnisveröffentlichung zu berücksichtigen. Darüber hinaus war bei 7 Sterbefällen die Dokumentationspflicht laut QS-Filter nicht erfüllt. Bei 21 Sterbefällen lag das Gestationsalter unter 22 + 0 SSW, hier wurde teilweise fälschlicherweise ein MDS von den Krankenhäusern angelegt. Da die Sterbefälle jedoch nicht für die verpflichtende zentrale Ergebnisveröffentlichung relevant sind, wurden sie hier als nicht zu berücksichtigende Sterbefälle bewertet. Insgesamt wurden 43 Sterbefälle (71,7 %) als nicht zu

berücksichtigende Sterbefälle eingestuft. Im Rahmen der diesjährigen Aufklärung wurde kein Sterbefall durch das Krankenhaus und die LAG als offen⁴ eingestuft.

Eine Verteilung der eingangs beschriebenen Einstufungen ist in Abbildung 5 zu sehen. Zur besseren Nachvollziehbarkeit ist auch hier der Zeitverlauf von 2010 bis 2022 abgebildet. Bis zum Erfassungsjahr 2019 hat die Anzahl der nachdokumentierten Sterbefälle kontinuierlich abgenommen. Seit dem Erfassungsjahr 2020 ist diese Anzahl leicht schwankend. Gegenüber dem Vorjahr ist die Anzahl im Erfassungsjahr 2022 deutlich von 5 auf 17 Fälle angestiegen. Die Anzahl an Sterbefällen, bei denen es sich um nicht zu berücksichtigende Sterbefälle handelt, stieg vom Erfassungsjahr 2012 bis zum Erfassungsjahr 2019. Eine Ausnahme bildet hier das Erfassungsjahr 2018, bei dem sowohl für die Anzahl der aufzuklärenden Sterbefälle als auch für die nicht zu berücksichtigenden Fälle eine Abnahme erkennbar war. Dies bestätigte sich jedoch nicht für das Erfassungsjahr 2019. Seit dem Erfassungsjahr 2020 ist diese Anzahl der nicht zu berücksichtigenden Sterbefälle durch die Änderungen des QS-Filters deutlich gesunken. Aufgrund dieser Änderungen lässt sich diese Anzahl nicht mit den Vorjahren vergleichen. Im Erfassungsjahr 2022 ist die Anzahl gegenüber dem Vorjahr wieder angestiegen.

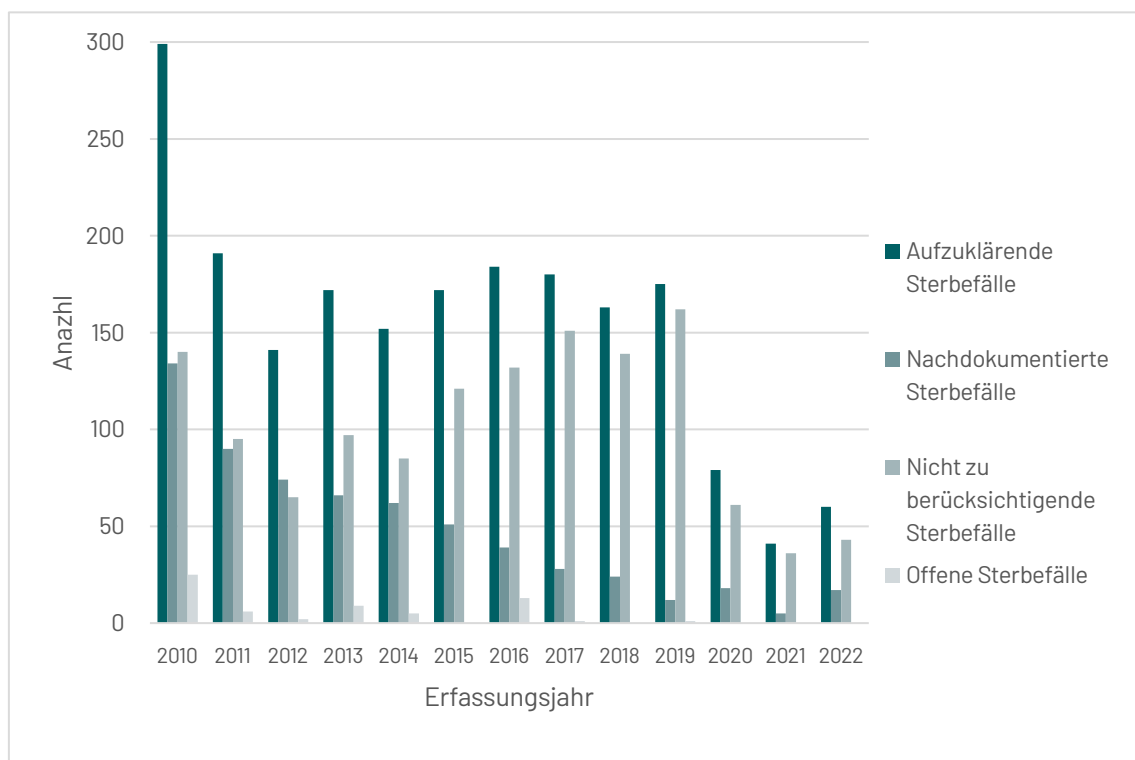


Abbildung 5: Ergebnis der Aufklärung der Sterbefälle in den §21-Daten (nach Erfassungsjahr)

Werden die Anteile der nachdokumentierten, der nicht zu berücksichtigenden und der offenen Sterbefälle für den Erfassungszeitraum 2010 bis 2022 in Prozent ausgegeben (bezogen auf die

⁴ Anders als in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) benannt, werden hier strittige Sterbefälle als offene Sterbefälle beschrieben. Alle eindeutig aufgeklärten Sterbefälle werden als unstrittig bezeichnet.

Anzahl der aufzuklärenden Sterbefälle aus den §21-Daten, siehe Abbildung 6), wird deutlich, dass die Rate der nachdokumentierten Sterbefälle vom Erfassungsjahr 2010 bis zum Erfassungsjahr 2012 sogar auf 52,5 % steigt, jedoch in den darauffolgenden Jahren bis zum Erfassungsjahr 2019 kontinuierlich auf 6,9 % gesunken ist. Im Erfassungsjahr 2020 ist der Anteil auf 22,8 % gestiegen, um im Jahr 2021 wieder auf 12,2 % zu sinken. Im Erfassungsjahr 2022 lag der Anteil bei 28,3 %. Der Anteil an nicht zu berücksichtigenden Sterbefällen nimmt somit bis zum Erfassungsjahr 2019 zu. Waren es zu Beginn im Jahr 2010 noch 47 %, sind es im Erfassungsjahr 2019 92,6 %. Im Erfassungsjahr 2020 sinkt der Anteil auf 77,2 %. Im Erfassungsjahr 2021 liegt die Rate bei 87,8 % und sinkt im Erfassungsjahr 2022 auf 71,7 %. Die Rate an offenen Sterbefällen schwankt über die Erfassungsjahre 2010 bis 2019 zwischen 0 % und 8 %. In den Erfassungsjahren 2018, 2020, 2021 und 2022 wurde kein Sterbefall als offen kategorisiert.

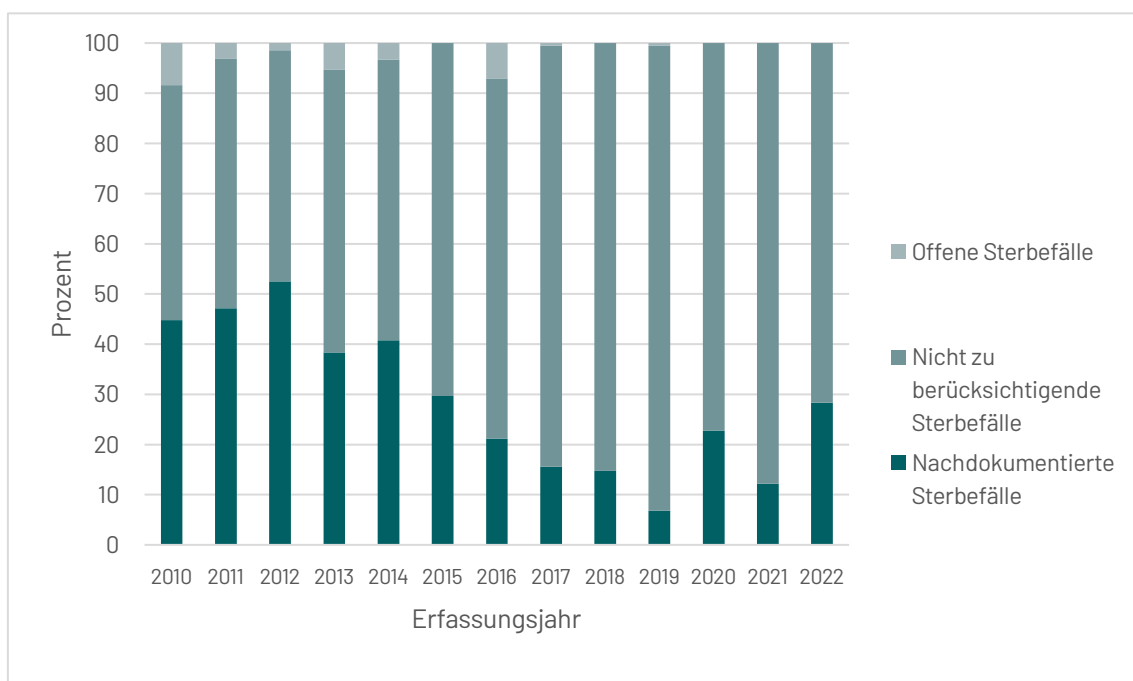


Abbildung 6: Ergebnis der Aufklärung (in Prozent) der Sterbefälle in den §21-Daten (nach Erfassungsjahr)

Bei einem Vergleich der einzelnen Erfassungsjahre in Bezug auf die nachdokumentierten Sterbefälle (siehe Abbildung 7) wird deutlich, dass die Anzahl bis zum Erfassungsjahr 2019 auf 12 Fälle gesunken ist. Im Erfassungsjahr 2020 sind die Fälle auf 18 angestiegen, um im Erfassungsjahr 2021 auf 5 Fälle zu sinken. Im Erfassungsjahr steigt die Anzahl erneut auf 17 nachdokumentierte Sterbefälle an. Außerdem zeigt die Abbildung, wie viele Sterbefälle davon in der QS nicht dokumentiert wurden und in wie vielen Sterbefällen fälschlicherweise ein MDS angelegt wurde. Die in der QS-Dokumentation fehlenden Sterbefälle sind mit leichten Schwankungen sinkend, die Anzahl der nicht korrekt angelegten MDS über die einzelnen Erfassungsjahre ist seit 2014 mit Schwankungen auf einem ähnlichen Niveau.

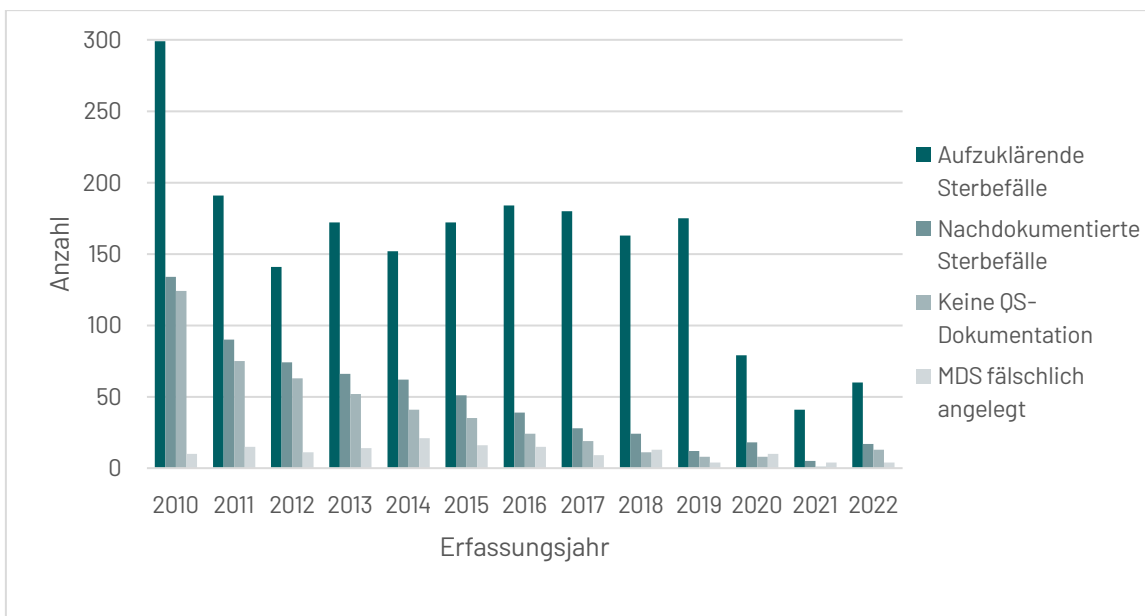


Abbildung 7: Übersicht der nachdokumentierten Sterbefälle (nach Erfassungsjahr)

Bei der anonymisierten Aufgliederung nach Bundesländern (siehe Abbildung 8) wird die Spannweite der Rate an nachdokumentierten Sterbefällen deutlich. Es wird hierbei der prozentuale Wert angegeben, von wie vielen aufzuklärenden Sterbefällen in den §21-Daten in dem jeweiligen Bundesland eine Nachdokumentation eines Sterbefalls stattgefunden hat. Da es in fünf Bundesländern keine aufzuklärenden Sterbefälle gab, sind in der Abbildung nur elf Bundesländer aufgeführt. Hierbei haben die Bundesländer zwischen 0 % und 100 % aller aufzuklärenden Sterbefälle nachdokumentiert und somit als zusätzliche Sterbefälle identifiziert. In der Abbildung wird zudem das jeweilige Konfidenzintervall mit angegeben, um zufällige Schwankungen bzw. signifikante Abweichungen erkennen zu können. Dabei zeigen sich wie bereits bei den letzten Auswertungen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Im Erfassungsjahr 2022 weicht kein Bundesland signifikant vom Bundesmittelwert (28,3 %) ab.

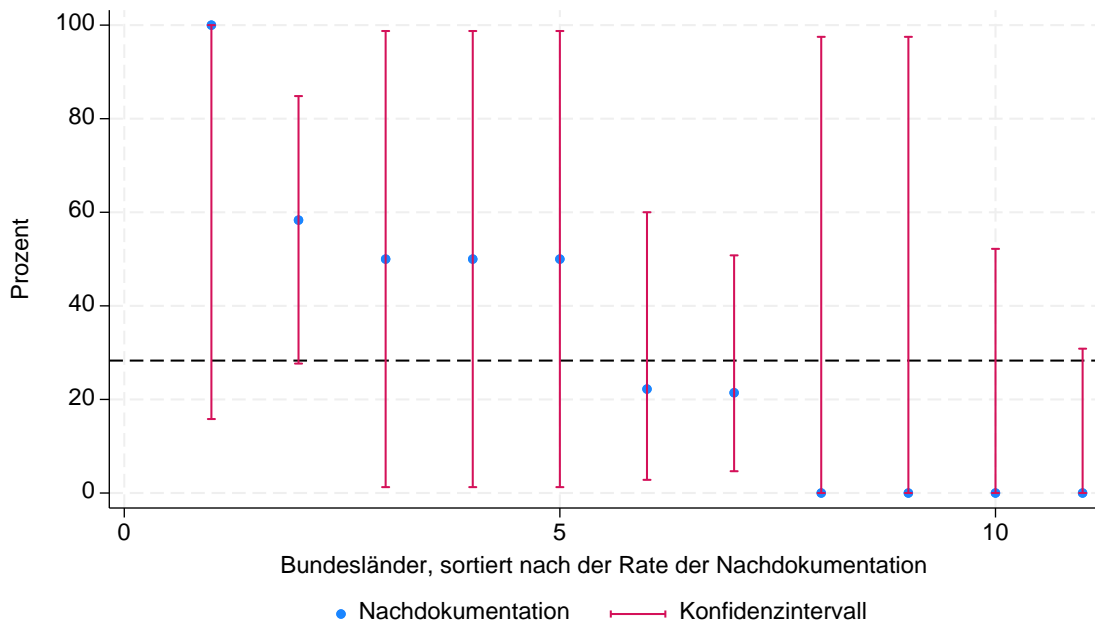


Abbildung 8: Rate der nachdokumentierten Sterbefälle nach Bundesländern (in Prozent) für das Erfassungsjahr 2022

3.2.3 Aufzuklärende Sterbefälle in den QS-Daten

Von 68 aufzuklärenden Sterbefällen in den QS-Daten, die im ersten Schritt nicht in den §21-Daten zu finden sind, wurden 63 als unstrittige Sterbefälle kategorisiert. 3 Sterbefälle wurden nach der Aufklärung als nicht dokumentationspflichtig eingestuft, da es sich hier um totgeborene Kinder handelte. Bei 2 Sterbefällen bestanden Dokumentationsfehler, die nach Korrektur nicht mehr den Filter der verpflichtenden zentralen Ergebnisveröffentlichung erfüllten (siehe Abbildung 9).

Dokumentationsfehler in den abzugleichenden Datenfeldern traten bei insgesamt drei Sterbefällen auf, dies entspricht einem Anteil von 4,4 % an allen aufzuklärenden Sterbefällen in den QS-Daten. Im Vergleich zum Vorjahr liegt dieser Anteil auf einem ähnlichen Niveau.

Insgesamt flossen somit 63 unstrittige Sterbefälle in die weiteren Analysen ein. Bei korrigierten Dokumentationsfehlern wurde der korrekte Wert übernommen. Da die verbleibenden 5 Sterbefälle nicht den Kriterien des QS-Filters entsprachen werden diese in den folgenden vergleichenden Analysen ausgeschlossen.

Bei der Betrachtung der einzelnen Erfassungsjahre in Abbildung 9 fällt auf, dass die Anzahl der aufzuklärenden QS-Fälle bis zum Erfassungsjahr 2013 abnimmt, anschließend jedoch seit dem Jahr 2015 wieder auf das Ausgangsniveau steigt. In den Jahren 2019 bis 2021 nimmt die Anzahl kontinuierlich ab. Zum Erfassungsjahr 2022 zeigt sich erstmals wieder ein Anstieg der aufzuklärenden Sterbefälle.



Abbildung 9: Ergebnisse der Aufklärung der Sterbefälle in den QS-Daten (nach Erfassungsjahr)

3.2.4 Zusammengeführte Sterbefälle durch MTB

Insgesamt konnten 23 Sterbefälle mittels MTB zusammengeführt werden. Nach der gemeinsamen Aufklärung durch die Krankenhäuser und LAG kann festgehalten werden, dass alle 23 Sterbefälle korrekt zusammengeführt wurden (siehe Abbildung 10).

Somit bestätigt sich bei 100 % der Fälle im Erfassungsjahr 2022, dass zwar die Sterbefälle sowohl in den §21-Daten als auch in der QS-Dokumentation vorhanden sind, diese jedoch wegen eines Dokumentationsfehlers nicht direkt zusammengeführt werden konnten. Die folgende Abbildung 10 zeigt den Verlauf über die 13 geprüften Jahre. Auffällig ist diesbezüglich, dass zum Erfassungsjahr 2011 ein leichter Anstieg der zusammengeführten Sterbefälle zu erkennen ist. Anschließend ist ein nahezu gleichbleibendes Niveau zu erkennen, und zwar aufgrund der geringen Fallzahl mit leichten Schwankungen.

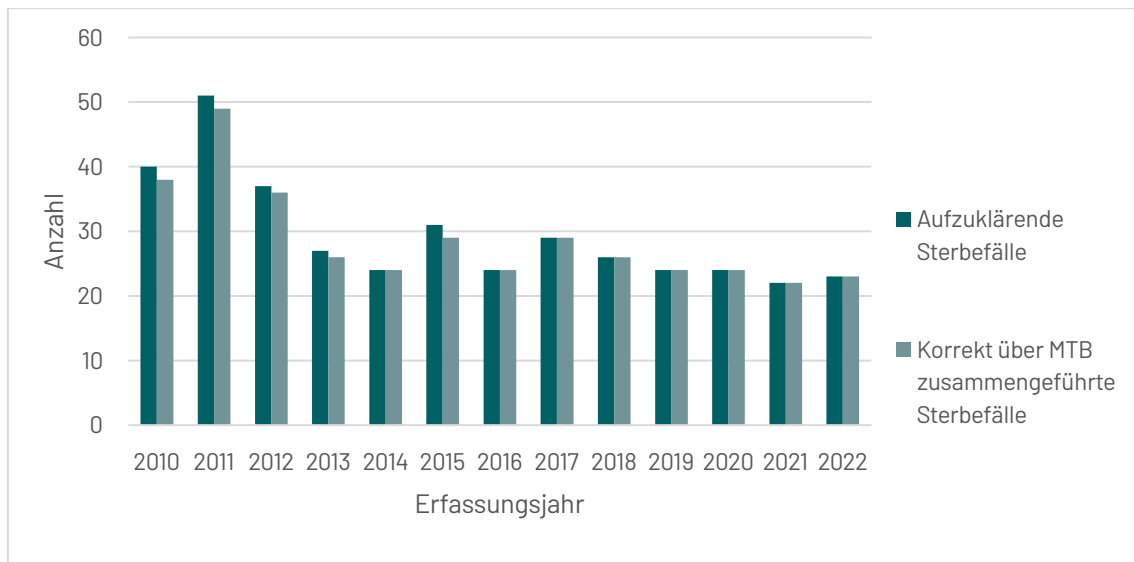


Abbildung 10: Korrekt zusammengeführte Sterbefälle mittels MTB (nach Erfassungsjahr)

3.2.5 Gesamtübersicht über alle Sterbefälle

Eine Gesamtübersicht des Abgleichs für das Erfassungsjahr 2022 ist in Abbildung 11 einzusehen. Es wurden 23 Sterbefälle untersucht, die mittels MTB zusammengeführt wurden, 68 Sterbefälle, die primär nur in den QS-Daten aufzufinden waren, sowie 60 Sterbefälle in den §21-Daten, die nicht zusammengeführt werden konnten. Als Gesamtergebnis kann festgehalten werden, dass von diesen insgesamt 151 aufzuklärenden Sterbefällen 103 Sterbefälle dokumentationspflichtig waren. Von diesen waren 63 bereits in der QS vorhanden und 23 wurden korrekt mit der MTB zusammengeführt. Zudem wurden 17 Sterbefälle nachdokumentiert, die vor dem Abgleich nur in den §21-Daten vorhanden waren.

Von allen 151 aufzuklärenden Sterbefällen sind somit 103 unstrittige Sterbefälle (68,2 %). In 48 Fällen (31,8 %) handelte es sich um nicht zu berücksichtigende Sterbefälle.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass 17 nachzudokumentierende Sterbefälle identifiziert wurden. Somit wurden zu den bereits 793 dokumentierten Sterbefällen in der QS 2,1% nachdokumentiert, wobei 5 Sterbefälle nachträglich wieder aus den QS-Daten ausgeschlossen wurden, weil die Einschlusskriterien des QS-Filters bzw. für die verpflichtende zentrale Ergebnisveröffentlichung nicht erfüllt waren. Somit ergibt sich nach dem Abgleich eine Gesamtsumme von 805 Sterbefällen.

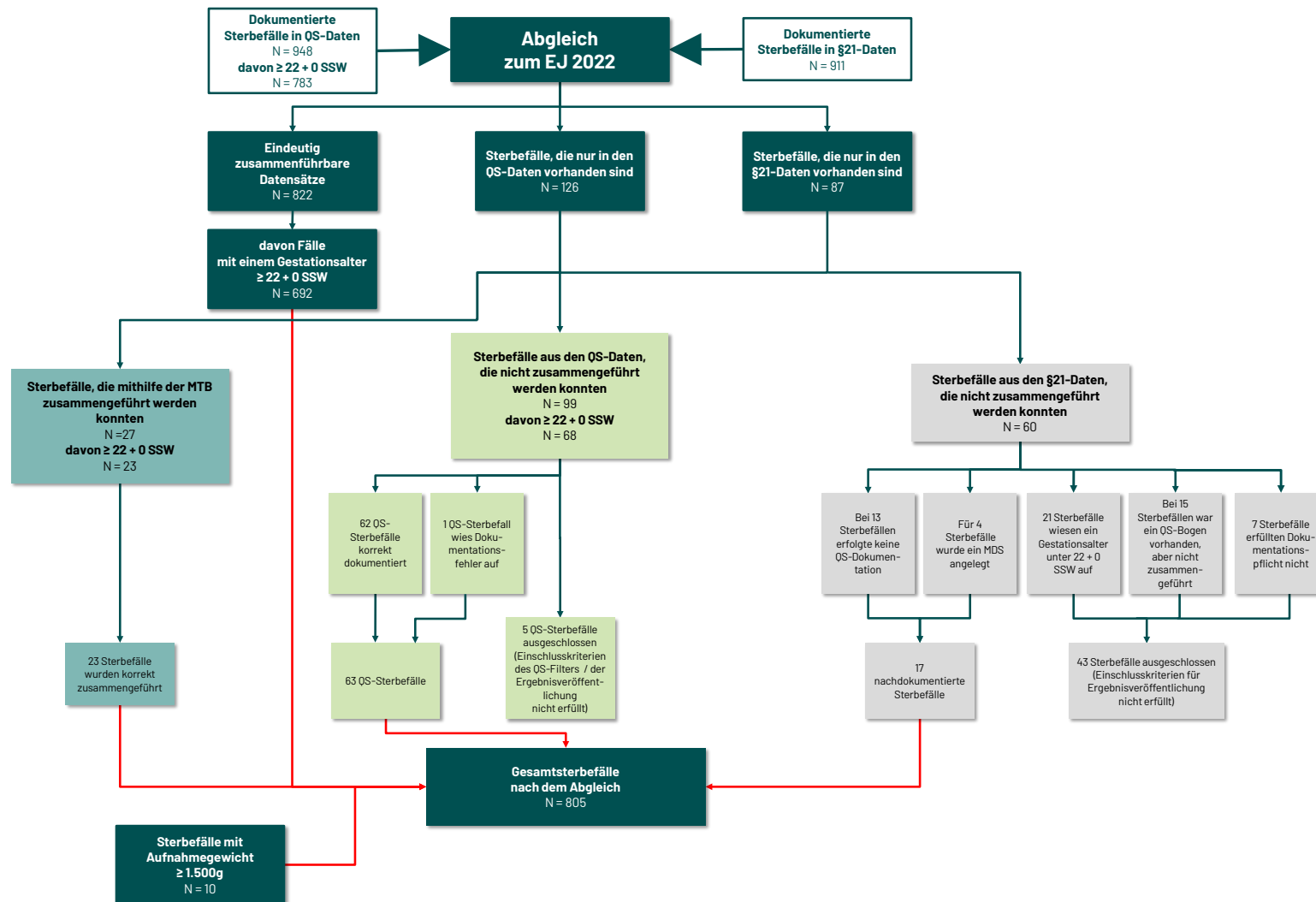


Abbildung 11: Gesamtergebnis der Validierung für das Erfassungsjahr 2022

Die folgende Tabelle 1 zeigt einen Vergleich des verwendeten Datenpools vor dem Abgleich und nach Ergänzung der nachdokumentierten Sterbefälle.

Tabelle 1: Vergleich der Parameter vor und nach dem Abgleich 2022

	Vor Durchführung des Abgleichs	Nach Durchführung des Abgleichs (ohne offene Sterbefälle)
Alle Kinder (2022)	8.621 (100 %)	8.633 (100 %)
Verstorbene Kinder	793 (9,2 %)	805 (9,3 %)
davon:		
▪ Gestationsalter, Mittelwert	25,00 SSW	24,97 SSW
▪ Geburtsgewicht, Mittelwert	694 g	694 g
▪ Aufnahmegewicht, Mittelwert	718 g	719 g
▪ männlich, Anzahl	442 (55,8 %)	452 (56,2 %)
▪ Mehrling, Anzahl	195 (24,6 %)	195 (24,2 %)
▪ schwere oder letale angeborene Erkrankung, Anzahl	171 (21,6 %)	173 (21,5 %)
▪ palliative Versorgung, Anzahl	201 (31,6 %)	207 (31,9 %)
▪ im Kreißsaal verstorben, Anzahl	181 (22,8 %)	186 (23,1 %)

Der Anteil der verstorbenen Kinder beträgt nach Korrektur 9,3 %. Bei einem direkten Vergleich zeigt sich, dass sich durch die nachträglich dokumentierten Sterbefälle die ausgewiesenen Risikoparameter bzw. die Ausschlusskriterien für die Risikoadjustierung nur leicht geändert haben.

3.2.6 Auswirkung der Validierungsergebnisse auf die risikoadjustierte Darstellung

Neben der deskriptiven Auswertung wurde schließlich überprüft, welchen Einfluss die zusätzlich identifizierten und nachdokumentierten Sterbefälle sowie die korrigierten Dokumentationsfehler in den QS-Daten auf die Risikoadjustierung ausüben. Hierbei wird im Folgenden nur der Qualitätsparameter „Überleben von Frühgeborenen“ überprüft. Der Qualitätsparameter „Überleben ohne schwere Erkrankung“ wird nicht mit den zusätzlich identifizierten Sterbefällen neu berechnet, da im Rahmen des Validierungsverfahrens keine explizite Prüfung der Datenfelder zu den Erkrankungen stattfand. Zudem werden für die Risikoadjustierung nur Fälle mit einem Entlassungsdatum im Jahr 2022 berücksichtigt.

Insgesamt wurden im Jahr 2022 in 12 Krankenhäusern 17 Sterbefälle eindeutig als zusätzliche Sterbefälle identifiziert. Von diesen 17 Sterbefällen erfüllten 4 Sterbefälle die Einschlusskriterien für den Qualitätsparameter und für die Risikoadjustierung. Ausschlusskriterien für die Risikoadjustierung sind Kinder, die mit einem Gestationsalter von weniger als 24 + 0 SSW geboren wurden, eine schwere oder letale angeborene Erkrankung aufwiesen oder palliativ behandelt wurden. Von den ausgeschlossenen 13 Sterbefällen hatten 10 Kinder ein Gestationsalter von weniger als 24 + 0 SSW, in 5 Fällen wurde eine schwere oder letale angeborene Erkrankung diagnostiziert. In 8 Fällen wurde ein „primärer Verzicht auf kurative Therapie“ dokumentiert, in 7 dieser Fälle verstarben die Kinder im Kreißsaal.⁵

Die Sterbefälle verteilen sich wie folgt auf die einzelnen Erfassungsjahre:

Tabelle 2: Relevante nachdokumentierte Sterbefälle für Risikoadjustierung nach Erfassungsjahr

Erfassungsjahr	Nicht relevant für Risikoadjustierung	Anteil	Relevant für Risikoadjustierung	Anteil	Gesamt
2010	105	78,4 %	29	21,6 %	134
2011	75	83,3 %	15	16,7 %	90
2012	59	79,7 %	15	20,3 %	74
2013	51	77,3 %	15	22,7 %	66
2014	51	82,2 %	11	17,8 %	62
2015	39	76,5 %	12	23,5 %	51
2016	28	71,8 %	11	28,2 %	39
2017	25	89,3 %	3	10,7 %	28
2018	23	95,8 %	1	4,2 %	24
2019	9	75,0 %	3	25,0 %	12
2020	17	94,4 %	1	5,6 %	18
2021	4	80,0 %	1	20,0 %	5
2022	13	76,5 %	4	23,5 %	17
Gesamt	499	80,5 %	121	19,5 %	620

Vor dem Abgleich der Sterbefälle flossen in die risikoadjustierte Darstellung für die Website *perinatalzentren.org* 327 Sterbefälle aus 139 Krankenhäusern ein, nach der Aufklärung sind es 329 Sterbefälle aus 141 Krankenhäusern.

⁵ Mehrfachnennungen waren möglich.

Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, wurden für die Risikoadjustierung die Regressionsgewichte aus der zentralen Ergebnisveröffentlichung 2022 (Thomas und Heller [2023]) verwendet.

In Abbildung 12 ist auf der x-Achse die Standardisierte Ereignisrate (SER) vor dem Abgleich abgebildet. Auf der y-Achse ist die SER nach dem Abgleich und der Ergänzung der zusätzlichen Sterbefälle aufgetragen. Hierbei wird deutlich, dass wie bei den vergangenen Auswertungen bei einem Großteil der Krankenhäuser keine Veränderung stattfindet, da deren Ergebnisse auf der Winkelhalbierenden liegen. Jedoch verschlechterte sich das Ergebnis von vier Krankenhäusern. Die berechnete Wahrscheinlichkeit für Frühgeborene, in diesem Krankenhaus zu überleben, sank aufgrund der neuen Grundgesamtheit absolut zwischen 3 % und 15 % gegenüber dem Ergebnis vor dem Abgleich. Bei 2 Krankenhäusern verbesserte sich hingegen die Überlebenschance nach der Validierung um 1 % bzw. 2 %.

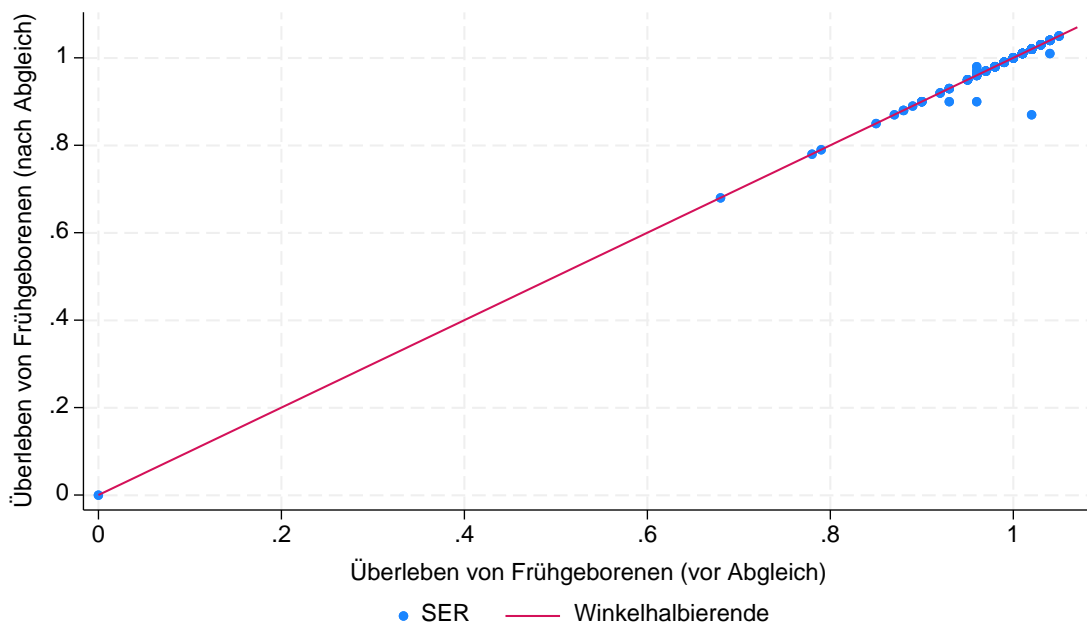


Abbildung 12: Vergleich des Überlebens von Frühgeborenen (dargestellt als standardisierte Ergebnisrate SER) vor und nach dem Abgleich für das Erfassungsjahr 2022

3.3 Auswertung der Kommentare

Bevor die Kommentare zu den aufzuklärenden Sterbefällen in den §21-Daten, den QS-Daten und der MTB nach Kategorien einzeln beschrieben werden, folgen zunächst allgemeine Informationen zum methodischen Vorgehen.

Lagen inhaltliche Differenzen zwischen den Kommentaren der Krankenhäuser und der zuständigen LAG vor, so wurden die Kommentare der LAG zur abschließenden Bewertung nach dem Dialog mit den Krankenhäusern verwendet. Mögliche Dokumentationsfehler beziehen sich im Rahmen

der Auswertung der Kommentare lediglich auf die Datenfelder, die für den Abgleich in beiden Datensätzen zur Verfügung standen (betrifft „Aufnahmegewicht“, „Aufnahmedatum“, „Entlassungsdatum“, „Entlassungsgrund“ und „Geschlecht“).

Insgesamt wurden durch die Einrichtungen und/oder LAG 151 Kommentare zu den aufzuklärenden Sterbefällen abgegeben. Dabei entfielen 60 Kommentare (39,7 %) auf den Bereich der §21-Daten, 68 (45,0 %) auf den Bereich der QS-Daten und 23 Kommentare (15,2 %) bezogen sich auf Sterbefälle, die durch die MTB zusammengeführt wurden.

3.3.1 Kommentare zu aufzuklärenden Sterbefällen in den §21-Daten

Die 60 aufzuklärenden Sterbefälle in den §21-Daten, die von den Krankenhäusern und der jeweils zuständigen LAG eine Kommentierung erhielten, wurden im Anschluss durch das IQTIG inhaltlich analysiert sowie kategorisiert. Hierfür wurden, analog zu den Vorjahresberichten, Kategorien gebildet, die sich an den Antwortmöglichkeiten in der Erfassungssoftware orientieren und zum Teil in weitere Untergruppen differenzieren lassen (siehe Abbildung 13). Es wurden folgende Kategorien gebildet:

1. Kategorie: Minimaldatensatz
2. Kategorie: Primär keine Dokumentation erfolgt – Sterbefälle nachdokumentiert
3. Kategorie: Nicht dokumentationspflichtig
4. Kategorie: QS-Bogen vorhanden – primär keine Zusammenführung möglich
5. Kategorie: Kind unter 22 + 0 SSW

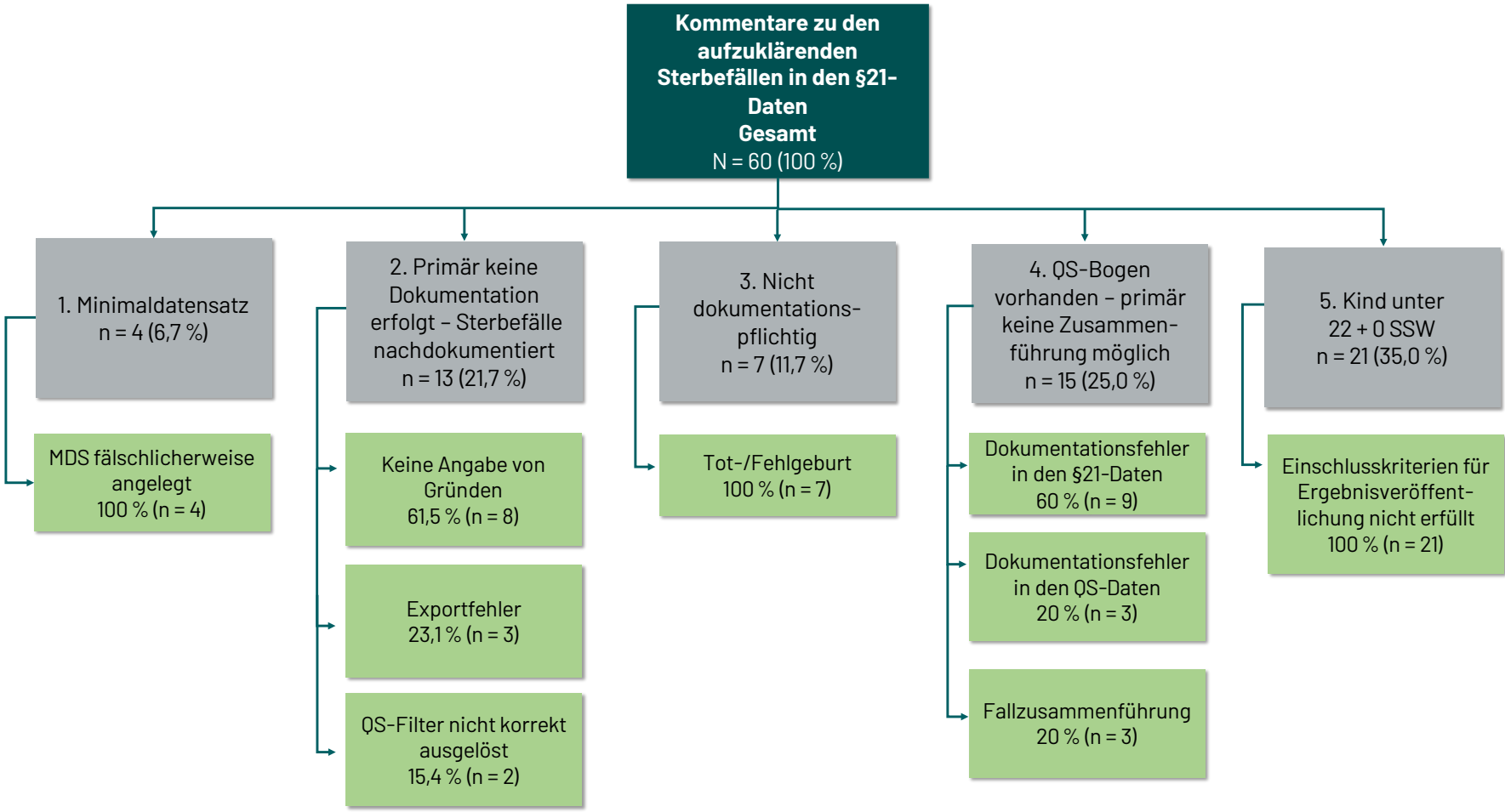


Abbildung 13: Gesamtübersicht der Kommentare der Krankenhäuser und LAG zu den aufzuklärenden Sterbefällen in den §21-Daten⁶

⁶ Die Prozentangaben in den Untergruppen beziehen sich auf den Anteil der Kommentare in der genannten Kategorie; geordnet nach Größe, absteigend.

Im folgenden Abschnitt erfolgt die Beschreibung der einzelnen Untergruppierungen der erwähnten fünf Kategorien:

1. Kategorie „Minimaldatensatz“

Insgesamt 4 (6,7 %) aller aufzuklärenden Sterbefälle in den §21-Daten sind dieser Kategorie zuzuordnen.

▫ MDS fälschlicherweise angelegt

In 100 % (n = 4) der Sterbefälle schrieben die Krankenhäuser und LAG in den Kommentaren, dass sie den MDS fälschlicherweise angelegt hatten. Im Wesentlichen gaben die Einrichtungen diesbezüglich an, dass die Kinder bei Geburt geringfügig ein Gestationsalter nach 22 + 0 SSW aufwiesen oder eine primäre palliative Therapie durchgeführt wurde und dies fälschlicherweise mit einem MDS gleichgesetzt wurde. Diese Fälle wurden nachdokumentiert.

2. Kategorie „Primär keine Dokumentation erfolgt – Sterbefälle nachdokumentiert“

Dieser Kategorie wurde insgesamt 13 (21,7 %) aufzuklärende Sterbefälle zugeordnet.

▫ Keine Angabe von Gründen

In 61,5 % (n = 8) der Sterbefälle fanden sich keine ausreichend schlüssigen Begründungen zur eindeutigen Kategorisierung der aufzuklärenden Sterbefälle.

▫ Exportfehler

Bei drei nachdokumentierten Sterbefällen (23,1 %) ist ein Übermittlungsfehler beim Export aufgetreten. Zwei QS-Datensätze wurden angelegt, aber versehentlich nicht übermittelt. Bei einem weiteren Fall ist vermutlich aufgrund einer Fallzusammenführung die Dokumentation nicht erfolgt.

▫ QS-Filter nicht korrekt ausgelöst

Bei zwei nachdokumentierten Sterbefällen (15,4 %) wurde angegeben, dass diese fälschlicherweise als nicht dokumentationspflichtig eingestuft wurden.

3. Kategorie „Nicht dokumentationspflichtig“

In diese Kategorie entfallen insgesamt 11,7 % (n = 7) aller aufzuklärenden Sterbefälle in den §21-Daten.

▫ Tot-/Fehlgeburt

Bei allen 7 Fällen (100 %) wurde angegeben, dass es sich um eine Tot- oder Fehlgeburt handelt und somit die Bedingungen des QS-Filters nicht erfüllt werden.

4. Kategorie „QS-Bogen vorhanden – primär keine Zusammenführung möglich“

Bei 15 Fällen (25,0 %) lag zwar ein QS-Bogen vor, jedoch konnte dieser aufgrund von Fehlern in der Dokumentation nicht mit dem zugehörigen §21-Datensatz primär zusammengeführt werden. Die Ursachen hierfür waren:

- Dokumentationsfehler in den §21-Daten
Bei 9 Fällen (60 %) bestand ein Dokumentationsfehler in den §21-Daten, der in der Regel durch Eingabe- oder Übertragungsfehler bei der Dokumentation des Aufnahmegewichts hervorgerufen wurde.
- Dokumentationsfehler in den QS-Daten
Ursächlich für Dokumentationsfehler in den QS-Daten sind die bereits bei den Dokumentationsfehlern in den §21-Daten erwähnten Gründe. Auf diese Untergruppe entfielen 3 Sterbefälle (20 %).
- Fallzusammenführung
Aufgrund einer Fallzusammenführung in den §21-Daten war eine Verknüpfung mit den QS-Daten bei drei Sterbefällen (20 %) primär nicht möglich.

5. Kind unter 22 + 0 SSW

Es handelt sich hierbei um 35,0 % (n = 21) aller kommentierten Sterbefälle in den §21-Daten. In 13 Fällen wurde angegeben, dass fälschlicherweise ein MDS angelegt wurde. Da diese Kinder nicht die Einschlusskriterien der Ergebnisveröffentlichung erfüllen, besteht in Bezug auf das Validierungsverfahren kein Handlungsbedarf und es erfolgt keine Nachdokumentation.

3.3.2 Kommentare zu den aufzuklärenden Sterbefällen in den QS-Daten

Insgesamt gab es 68 Kommentare von Krankenhäusern und LAG hinsichtlich der aufzuklärenden Sterbefälle in den QS-Daten. Diese wurden gleichermaßen analysiert und im Anschluss kategorisiert (siehe Abbildung 14). Hierfür wurden folgende Kategorien gebildet:

1. Kategorie: QS-Bogen korrekt dokumentiert
2. Kategorie: QS-Bogen fälschlicherweise angelegt
3. Kategorie: QS-Bogen fehlerhaft dokumentiert

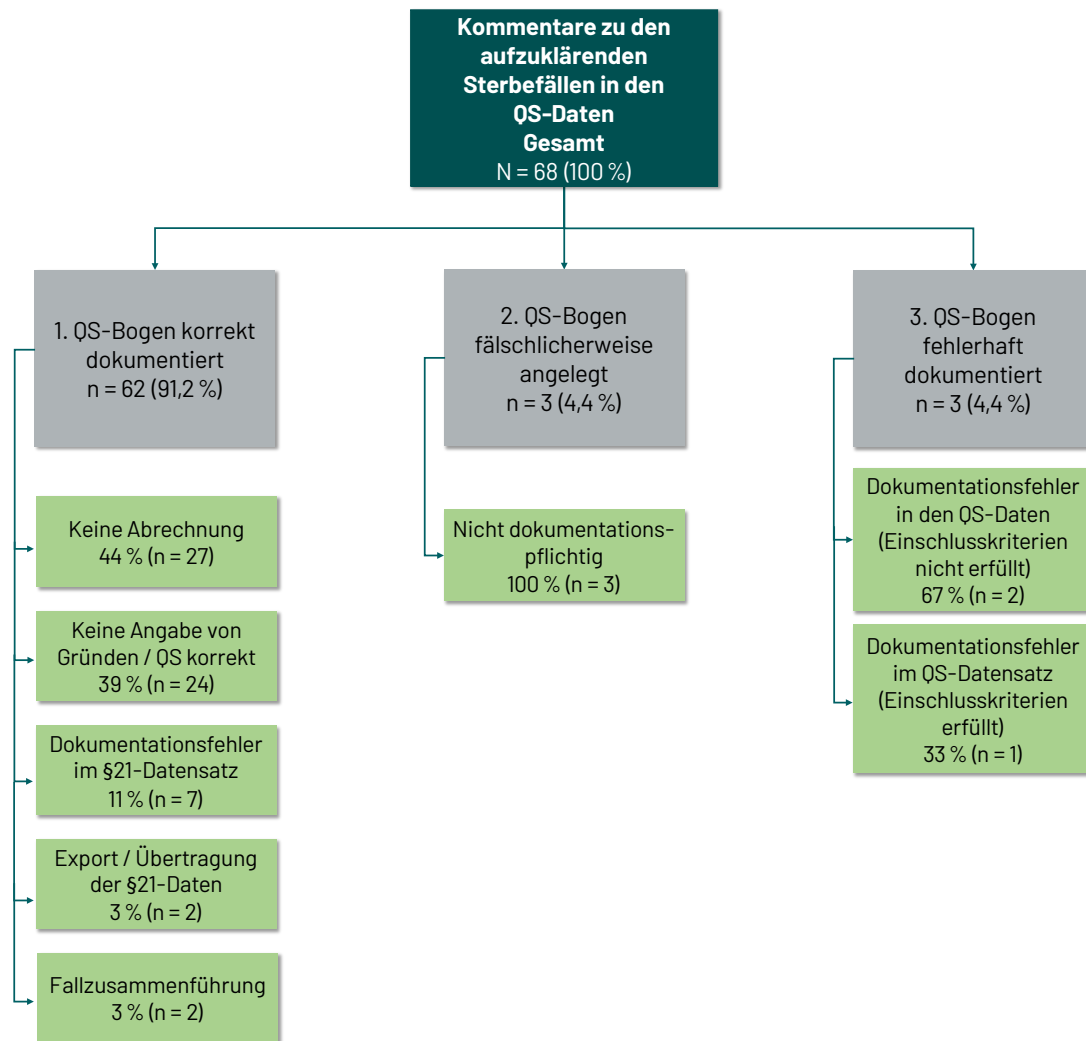


Abbildung 14: Gesamtübersicht der Kommentare der LAG und Krankenhäuser zu den aufzuklärenden Sterbefällen in den QS-Daten⁷

1. Kategorie „QS-Bogen korrekt dokumentiert“

In dieser Kategorie wurden insgesamt 62 der Kommentare zu den aufzuklärenden QS-Daten eingeordnet.

- Keine Abrechnung
44 % der Sterbefälle (n = 27) in dieser Untergruppierung bezogen sich darauf, dass in den QS-Fällen keine Abrechnung des Falls oder eine Abrechnung über die Mutter stattgefunden hat. Dies betraf insbesondere Kinder, die nur eine sehr kurze Lebenszeit hatten.
- Keine Angabe von Gründen / QS korrekt

⁷ Die Prozentangaben in den Untergruppen beziehen sich auf den Anteil der Kommentare in der genannten Kategorie; geordnet nach Größe, absteigend.

In 39 % der Sterbefälle (n = 24) fand sich bei den Kommentaren keine oder keine ausreichend präzise Begründung, wieso eine Zusammenführung nicht möglich war. Konkrete Zuordnungen waren somit nicht möglich, da keine Gewissheit durch die Kommentierung erlangt werden konnte.

▫ Dokumentationsfehler im §21-Datensatz

In 11 % (n = 7) der aufzuklärenden QS-Sterbefälle wurde in den Kommentaren angegeben, dass Dokumentationsfehler im §21-Datensatz vorlagen. Fehlerhafte Dokumentationen lagen insbesondere beim Aufnahmegewicht vor.

▫ Export/Übertragung der §21-Daten

Probleme beim Export bzw. der Übertragung der §21-Daten spielten in der Kategorie „QS-Bogen korrekt dokumentiert“ in 3 % eine Rolle (n = 2). Bei einem Fall wurde die Abrechnung zwischenzeitlich storniert und erst zu einem späteren Zeitpunkt als Selbstzahler erneut ausgestellt. Bei einem Fall lag ein Exportfehler vor.

▫ Fallzusammenführung

Aufgrund einer Fallzusammenführung in den §21-Daten war eine Verknüpfung mit den QS-Daten bei zwei Sterbefällen (3 %) primär nicht möglich.

2. Kategorie „QS-Bogen fälschlicherweise angelegt“

In diese Kategorie entfallen insgesamt 4,4 % (n = 3) aller aufzuklärenden Sterbefälle in den QS-Daten.

▫ Nicht dokumentationspflichtig

In dieser Kategorie finden sich alle aufzuklärenden QS-Daten, bei denen nach Angabe des Krankenhauses und/oder der LAG eine Totgeburt (n = 3) vorlag und somit keine QS-Pflicht bestand.

3. Kategorie „QS-Bogen fehlerhaft dokumentiert“

In dieser Kategorie sind aufzuklärende Sterbefälle eingruppiert, bei denen in den QS-Daten Dokumentationsfehler vorliegen, sodass eine Zusammenführung mit den §21-Daten nicht möglich war. Hier wurden 3 aufzuklärende Sterbefälle (4,4 %) in den QS-Daten identifiziert.

▫ Dokumentationsfehler in den QS-Daten (Einschlusskriterien nicht erfüllt)

Bei zwei Fällen (67 %) wurde festgestellt, dass Dokumentationsfehler vorlagen und die Fälle nach Korrektur nicht die Einschlusskriterien für die verpflichtende zentrale Ergebnisveröffentlichung erfüllten.

▫ Dokumentationsfehler in den QS-Daten (Einschlusskriterien erfüllt)

Bei einem Fall (33 %) war nach Angaben des Krankenhauses bzw. der LAG aufgrund einer fehlerhaften Angabe des Aufnahmegewichtes in den QS-Daten die Zusammenführung nicht möglich. Die Dokumentationsfehler wurden nachträglich korrigiert.

3.3.3 Kommentare zu den zusammengeführten Sterbefällen durch MTB

Insgesamt haben die Krankenhäuser und/oder LAG 23 Sterbefälle, die mittels MTB zusammengeführt wurden, kommentiert (siehe Abbildung 15).

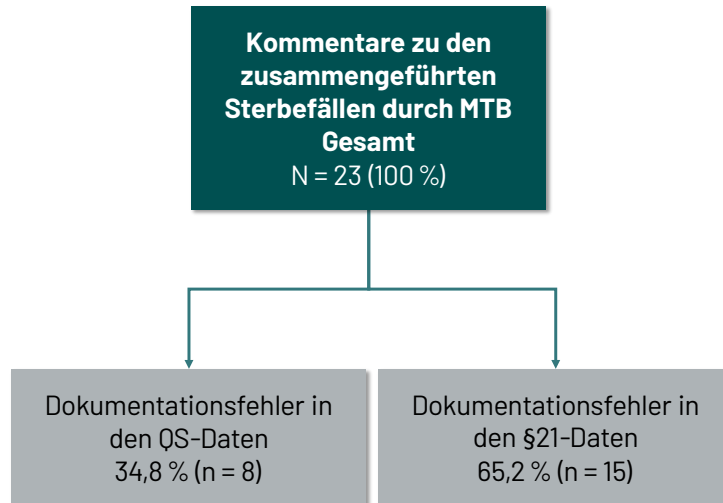


Abbildung 15: Gesamtübersicht der Kommentare der LAG und Krankenhäuser zu den zusammengeführten Sterbefällen durch MTB

Als Gründe wurden in 34,8 % (n = 8) der Fälle Dokumentationsfehler in den QS-Daten und in 65,2 % (n = 15) Dokumentationsfehler in den §21-Daten genannt. Hauptsächlich ergaben sich die Diskrepanzen in der Dokumentation durch die fehlerhafte Angabe des Aufnahmegewichts oder des Datums. In zwei Fällen erfolgte die Dokumentation in den QS-Daten und die Abrechnung in den §21-Daten über unterschiedliche Standorte eines Krankenhauses.

3.4 Darstellung der Gründe für die Abweichungen zwischen dem QS- und dem §21-Datenpool

Bei der Gesamtbetrachtung des Abgleichs aller aufzuklärenden Sterbefälle stellten sich einige Gründe für Abweichungen zwischen den beiden Datenpools als besonders relevant heraus. Diese werden analog zu den Vorjahresberichten in den folgenden Abschnitten näher erläutert und diskutiert:

- Minimaldatensätze (MDS)
- Totgeburten und Kinder an der Grenze zur Lebensfähigkeit in den §21-Daten
- Dokumentationsqualität der Merge-Variablen bei verstorbenen Kindern
- Vollzähligkeit der Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG
- Fehler beim Export
- Problem der Fallzusammenführungen
- Offene Sterbefälle

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass es sich mehrheitlich um Problembeschreibungen handelt, die sich aus den qualitativen Analysen der Kommentare der Krankenhäuser und LAG ergeben haben, und hierbei auch im Sinne der Weiterentwicklung des Validierungsverfahrens überwiegend Einzelfallprobleme beschrieben werden.

Minimaldatensätze

Seit der Spezifikation 2020 sind auch Kinder unter 22 + 0 SSW wieder über einen QS-Bogen zu dokumentieren. Für diese Gruppe sowie für Kinder, die eine primäre palliative Therapie erhalten und im Kreißsaal versterben, werden nur wenige Datenfelder wie Geburtsgewicht oder Geschlecht ausgefüllt. Angaben zur Therapie oder zu Erkrankungen werden nicht erfasst. Seit dem Erfassungsjahr 2020 ist die Anzahl der aufzuklärenden Sterbefälle somit deutlich niedriger gegenüber den Vorjahren.

Zudem gab es im Vergleich zu den letzten Jahren keine aufzuklärenden Fälle, bei denen berechtigterweise ein MDS angelegt wurde. In den Auswertungen dieses Berichts zu den Minimaldatensätzen zeigte sich, dass bei 4 Fällen fälschlicherweise ein MDS angelegt wurde. Im Vergleich zu den Vorjahren liegt dieser Wert unter dem Durchschnitt (siehe Abschnitt 3.2.2).

Ferner wurde deutlich, dass von den aufzuklärenden Sterbefällen in den §21-Daten 21 Fälle ein Gestationsalter von weniger als 22 + 0 SSW aufwiesen. Bei diesen wurde größtenteils fälschlicherweise ein MDS angelegt, sodass diese nicht in den Abgleich miteinbezogen werden konnten. Wie schon in den vorangegangenen Berichten beschrieben ist eine Einbeziehung der MDS in den Abgleich der Sterbefälle nicht möglich, da für diese nur die Aufnahme- und Entlassungsquartale vorliegen und das Geburtsgewicht nicht erfasst wird. Zudem wäre gleichzeitig anzunehmen, dass die Sterbefälle korrekt angelegt sind. Diese Annahme kann, wie bereits erläutert, nicht vorausgesetzt werden.

Durch die Änderung des QS-Filters verringerte sich die Anzahl an aufzuklärenden Sterbefällen in den §21-Daten ab dem Erfassungsjahr 2020 deutlich. Es zeigte sich jedoch auch, dass die Anzahl an aufzuklärenden Sterbefällen in den §21-Daten noch weiter gesenkt werden könnte, da bislang nicht alle Krankenhäuser für Kinder mit einem Gestationsalter von weniger als 22 + 0 SSW einen QS-Bogen anlegen und diese Fälle somit nicht in den Abgleich einbezogen werden konnten.

Totgeburten und Kinder an der Grenze zur Lebensfähigkeit in den §21-Daten

Für den Datenabgleich wurden aus den §21-Daten alle Totgeburten mit entsprechenden ICD-Kodes aus dem Datenpool ausgeschlossen. Im Rahmen des Validierungsverfahrens wurden jedoch weitere Totgeburten in §21-Daten von den Krankenhäusern und LAG beschrieben, die nicht mit den entsprechenden ICD-Kodes abgerechnet wurden. Für diese Kinder wurde korrekterweise kein QS-Bogen angelegt, eine Abrechnung dieser Sterbefälle wurde jedoch durchgeführt. In den Jahren bis 2016 betraf dies im Mittel je 20 Totgeburten pro Jahr, die dennoch abgerechnet wurden. In den Jahren 2017 und 2018 wurden nach Abschluss des Validierungsverfahrens jeweils 4 bzw. 10 abgerechnete Totgeburten nachträglich identifiziert. In den Jahren 2019 und 2020 steigt die Anzahl wieder auf 17 bzw. 13 abgerechnete Fehl- bzw. Totgeburten um erneut im Jahr 2021 auf

2 Fälle zu sinken. Im Erfassungsjahr 2022 wurden 7 abgerechnete Fehl- bzw. Totgeburten identifiziert.

In der Diskussion um Totgeburten ist es in diesem Zusammenhang auch von Bedeutung, die Definition einer Totgeburt gegenüber der eines sehr kleinen Frühgeborenen an der Grenze zur Lebensfähigkeit zu betrachten. Dies wird auch im Rahmen des Validierungsverfahrens wiederholt thematisiert – Krankenhäuser und LAG haben in den Kommentaren mehrfach beschrieben, dass Fälle von Kindern, die an der Grenze zur Lebensfähigkeit geboren wurden, nicht abgerechnet werden, um bspw. den Eltern einen behördlichen Meldevorgang zu ersparen. Dies traf im Erfassungsjahr 2022 auf 27 Sterbefälle zu. Gegenüber den Vorjahren stellt dies ein ähnliches Niveau dar.

Dokumentationsqualität der Merge-Variablen bei verstorbenen Kindern

Die deterministisch zusammengeführten Datensätze sind im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. Auch relativ betrachtet sind die Raten an zusammengeführten Sterbefällen leicht gesunken. Insgesamt war bei 12 Fällen ein Dokumentationsfehler in den aufzuklärende QS-Daten und bei 31 Fällen ein Dokumentationsfehler in den §21-Daten vorhanden.

Vollständigkeit der Leistungsdaten nach § 21 KHEntg

In den letztjährigen Abschlussberichten des IQTIG zur Umsetzung eines Validierungsverfahrens hat sich mehrfach gezeigt, dass auch der §21-Datenpool nicht immer vollständig vorliegt. Diese Annahme hat sich auch bei der Analyse der Kommentare für das Jahr 2022 bei der Betrachtung einzelner Fälle bestätigt. Vom InEK wird eine prozentuale und nominale Bagatellgrenze (mehr als 1 % bzw. mehr als 100 abgerechnete Fälle des Berichtszeitraums) pro Krankenhaus gewährt, bevor die Übermittlungsfrist verletzt wird. Dies bezieht sich auf Fälle, die im Fehlerverfahren nicht akzeptiert werden oder nach Fristende an die Datenstelle übermittelt wurden (AOK-Bundesverband et al. 2006). Durch diese Regelung ist es möglich, dass Datensätze aufgrund von Fehlern bei der Kodierung durch das InEK abgelehnt und diese Fehler vom Krankenhaus nicht korrigiert werden, sodass beim Abgleich aufzuklärende QS-Datensätze gefunden werden.

Ein Fall wurde zu spät gesendet, da die Abrechnung zwischenzeitlich storniert wurde.

Fehler beim Export

In die Kategorie „Fehler beim Export“ fielen im Jahr 2022 fünf Sterbefälle, dies ist ein leichter Anstieg gegenüber den Vorjahren. Es wurde bei der Auswertung der Kommentare der aufzuklärenden §21-Daten erwähnt, dass zwar ein regulärer QS-Bogen ausgefüllt wurde, jedoch aufgrund eines Fehlers bei der Übermittlung nicht exportiert wurde. In diese Kategorie fallen regelmäßig Sterbefälle, die innerhalb des Validierungsverfahrens nachdokumentiert werden müssen. Dies kann nicht durch das IQTIG beeinflusst bzw. verhindert werden.

Problem der Fallzusammenführungen

In diese Kategorie fallen erstmals seit dem Erfassungsjahr 2017 wieder Sterbefälle. Insgesamt waren fünf Sterbefälle (n = 3) aufgrund der Problematik der Fallzusammenführung im Validierungsverfahren aufklärungsbedürftig. Da diese Kategorie somit weiterhin kaum von Relevanz ist, wird auf eine detaillierte Darstellung verzichtet.

Offene Sterbefälle

Es gab im Erfassungsjahr 2022 keinen Sterbefall, der durch die LAG als offen kategorisiert wurde.

4 Fazit und Ausblick

Mit diesem Bericht liegen mittlerweile zum neunten Mal die Ergebnisse eines Abgleichs zwischen Sterbefällen der Neonatalerhebung und denen in den §21-Daten vor.

Im Erfassungsjahr 2022 wurden in dem QS-Verfahren *Neonatalogie* 958 Sterbefälle bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g dokumentiert. Hiervon wiesen bei Aufnahme 948 Frühgeborene ein Gewicht von weniger als 1.500 g auf, diese Fälle werden als Basis für den Abgleich genutzt. Von diesen konnten 86,7 % (822 Fälle) eindeutig (deterministisch) den übermittelten Sterbefällen in den §21-Daten zugeordnet werden. Bezogen auf Sterbefälle mit einem Gestationsalter $\geq 22 + 0$ SSW waren für den Abgleich 783 Fälle relevant, von denen 692 Fälle (88,4 %) deterministisch zugeordnet werden konnten.

Bei den verbleibenden Sterbefällen, die nicht deterministisch zugeordnet wurden, konnten von 13,3 % (126 Fälle) der QS-Fälle und 9,5 % (87 Fälle) der Fälle der §21-Daten anschließend insgesamt 27 Sterbefälle probabilistisch mittels MTB verknüpft werden. Von den 99 unklaren Sterbefällen wiesen 68 Fälle ein Gestationsalter $\geq 22 + 0$ SSW auf und von den Sterbefällen, die mittels MTB verknüpft werden konnten, wiesen 23 Fälle ein Gestationsalter $\geq 22 + 0$ SSW auf. Somit blieben von allen 783 relevanten Sterbefällen in der QS 8,7 % (68 Fälle) unklar. 8,0 % (63 Fälle) sind für die verpflichtende Ergebnisveröffentlichung von Relevanz.

Zudem konnten 60 Sterbefälle aus den §21-Daten nicht den QS-Daten zugeordnet werden und waren deshalb in Vor-Ort-Besuchen aufzuklären. Dabei stellte sich heraus, dass auf 28,3 % (17 Fälle) dieser Sterbefälle die QS-Dokumentationspflicht zutrifft; diese wurden somit nachdokumentiert. Bei 25,0 % (15 Fälle) lag bereits ein QS-Datensatz vor, der aufgrund größerer Dokumentationsfehler nicht mittels MTB zusammengeführt werden konnte. Bei 28 aufzuklärenden Sterbefällen (46,7 %) in den §21-Daten handelte es sich um nicht für die verpflichtende Ergebnisveröffentlichung relevante Sterbefälle, da es sich bspw. um Totgeburten oder Fälle mit einem Gestationsalter unter $22 + 0$ SSW handelte.

Es wurde eine relevante Anzahl an zusätzlichen Sterbefällen identifiziert, die bislang trotz Dokumentationspflicht nicht in der QS enthalten waren. Insgesamt konnten zu den in der Neonatalerhebung enthaltenen Sterbefällen weitere 2,1 % (17 Fälle) an Sterbefällen ergänzt werden.

In den vorangegangenen Erfassungsjahren wurden die den in der Neonatalerhebung enthaltenen Sterbefälle um folgende Sterbefälle ergänzt:

- in den Jahren 2010 bis 2014 um 11 %,
- im Jahr 2015 um 6 %,
- im Jahr 2016 um 4,3 %,
- im Jahr 2017 um 3,2 %,
- im Jahr 2018 um 2,8 %,
- im Jahr 2019 um 1,4 %,

- im Jahr 2020 um 2,3 %
- im Jahr 2021 um 0,6 %

Das Ergebnis von 2,1 % im Jahr 2022 wird als relevant betrachtet und rechtfertigt weiter die Einbeziehung von §21-Daten im Rahmen der esQS.

Schließlich hat sich die Anwendung der MTB weiterhin als geeignet erwiesen. Für die Auswertung im Jahr 2022 haben sich alle 23 über die MTB zusammengeführten Datensätze als korrekt bestätigt. Schwerwiegendere Dokumentationsfehler können weiterhin nur von Hand korrigiert werden, da bei einer Erhöhung der Fehlertoleranz der MTB das Risiko zu stark ansteigen würde, nicht zusammengehörige Sterbefälle zu verknüpfen. Hiervon ist daher weiterhin abzusehen.

Bei der Analyse der Kommentare der LAG und Krankenhäuser zu den ausschließlich in den §21-Daten vorhandenen Sterbefällen zeigte sich, dass in 28,3 % der Sterbefälle (17 Fälle) keine QS-Daten vorlagen; diese Sterbefälle wurden entsprechend nachdokumentiert. Bei 13 Fällen (21,7 %) wurde kein entsprechender QS-Datensatz angelegt. Bei weiteren 4 aufzuklärenden Sterbefällen (6,7 %) in den §21-Daten wurde fälschlicherweise ein MDS angelegt und die Fälle wurden nachdokumentiert.

In der Analyse der Kommentare der LAG und der Krankenhäuser zu den ausschließlich in den QS-Daten identifizierten Sterbefällen zeigte sich, dass 92,6 % der Sterbefälle korrekt dokumentiert wurden. Bei 43 % dieser korrekt dokumentierten Sterbefälle fand keine Abrechnung oder eine Abrechnung über die Mutter statt. Dies war vor allem bei Kindern der Fall, die nur kurz lebten und/oder im Kreißsaal verstorben waren. Bei 13 % war aufgrund von Dokumentationsfehlern primär keine Zusammenführung möglich

Insbesondere führten folgende Aspekte zu Abweichungen zwischen den beiden Datenpools:

- Minimaldatensätze
- Tot-/Fehlgeburten und Kinder an der Grenze zur Lebensfähigkeit in den §21-Daten
- Dokumentationsfehler

Zusammenfassend fallen somit die Gründe für Abweichungen zwischen dem QS- und dem §21-Datenpool für das Erfassungsjahr 2022 ähnlich denen der Vorjahresberichte aus. Wobei durch die Änderung des QS-Filters in der Spezifikation 2020 eine deutliche Reduzierung der aufzuklärenden Sterbefälle in den §21-Daten erreicht werden konnte. Gegenüber dem Vorjahr sind die Dokumentationsfehler auf einem ähnlichen Niveau. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass das vorliegende Verfahren nur sehr bedingt geeignet ist, die Dokumentationsqualität der hier verwendeten QS-Daten zu analysieren. Es stellt vielmehr lediglich ein Instrument zur Validierung der Sterbefälle dar. So werden lebend entlassene Kinder in diesem Verfahren generell nicht berücksichtigt. Zusätzlich wird die Richtigkeit der dokumentierten Datenfelder nur ganz am Rande sichtbar, nämlich nur, wenn diese zur Zusammenführung der QS-Daten und der §21-Daten benötigt werden.

Bis zum Erfassungsjahr 2019 war die Anzahl an zusätzlich identifizierten Sterbefällen kontinuierlich sinkend. Seit dem Erfassungsjahr 2020 sind hier Schwankungen ersichtlich. Nach einem Anstieg der Anzahl an zusätzlich identifizierten Sterbefällen im Erfassungsjahr 2020 ist diese im Erfassungsjahr 2021 wieder gesunken, um im Erfassungsjahr 2022 erneut anzusteigen. Da eine möglichst vollzählige und damit valide Datenbasis für die Darstellung der Ergebnisqualität auf *perinatalzentren.org* von hoher Relevanz ist und dies mittels des Validierungsverfahrens entsprechend Anlage 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)⁸ erreicht werden kann, ist eine Fortführung dieses Abgleichs von großer Bedeutung. Ein solches Vorgehen entspricht der in den zugehörigen Tragenden Gründen formulierten Zielsetzung.

Ebenfalls bewährte es sich wie bereits bei den letztjährigen Datenabgleichen die MTB als geeignetes Instrument zur Zusammenführung von Datensätzen, bei denen geringfügige Dokumentationsfehler vorliegen, zu verwenden.

Der vorliegende Bericht sowie die Abschlussberichte aus den Jahren 2016 bis 2023 sollen dazu dienen, ein Vorgehen abzustimmen, wie künftig die Methode und die Ergebnisse dieser Validierung entwickelt werden können und wie eine Einbeziehung der Ergebnisse in die Darstellung auf der Website *perinatalzentren.org* umgesetzt werden kann. Für das Erfassungsjahr 2023 soll das Validierungsverfahren einmalig ausgesetzt werden. Ab dem Erfassungsjahr 2024 wird empfohlen, das hier beschriebene Validierungsverfahren fortzuführen. Wie bereits dargestellt, konnte seit der Einführung dieser Art von Validierung in den vergangenen Jahren bereits eine merkliche Verbesserung der Vollständigkeit und Zuordenbarkeit der Sterbefälle aus den QS-Daten und den §21-Daten erreicht werden. Dennoch zeigen sich aus der Sicht des IQTIG aktuell Abweichungen in einem Ausmaß, welche die Durchführung des Verfahrens rechtfertigen. Darüber hinaus sollte das Verfahren auch beibehalten werden, um die Verbesserung der Vollständigkeit der Dokumentation von Sterbefällen in den vergangenen Jahren nicht zu gefährden. Mit der seit dem Erfassungsjahr 2020 geltenden Spezifikation hat die Anzahl der abzugleichenden Sterbefälle deutlich abgenommen, weil auch für Kinder, die unter 22 + 0 SSW geboren wurden, ein QS-Bogen angelegt wird, so dass diese in den Abgleich miteinbezogen werden können und kein händischer Abgleich vor Ort mehr nötig ist. Dadurch konnte die Anzahl der aufzuklärenden Sterbefälle gesenkt und die Effizienz des Verfahrens gesteigert werden.

⁸ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V. In der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 19. Oktober 2023, in Kraft getreten am 19. Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/> (abgerufen am: 19.04.2024).

Literatur

- AOK-Bundesverband; BKK Bundesverband; IKK-Bundesverband; Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen; Knappschaft; See-Krankenkasse; et al. (2006): Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG. [Stand:] 25.08.2006. Bonn [u. a.]: AOK-Bundesverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_entwicklung__kalkulation__falldaten/drg_falldaten/KH_Vereinbarung_DRG-Daten_280806.pdf (abgerufen am: 31.05.2023).
- Heller, G; Günster, C; Misselwitz, B; Feller, A; Schmidt, S (2007): Jährliche Fallzahl pro Klinik und Überlebensrate sehr untergewichtiger Frühgeborener (VLBW) in Deutschland – Eine bundesweite Analyse mit Routinedaten. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 211(3): 123-131. DOI: 10.1055/s-2007-960747.
- Hummler, HD; Poets, C (2011): Mortalität sehr unreifer Frühgeborener – Erhebliche Diskrepanz zwischen Neonatalerhebung und amtlicher Geburten-/Sterbestatistik. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 215(1): 10-17. DOI: 10.1055/s-0031-1271757.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016): Validierungsverfahren NICU. Ergebnisse des Abgleichs zur Vollzähligkeit von Sterbefällen. Abschlussbericht. Stand: 29.07.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2015/2016-07-29_IQTIG_Validierungsverfahren-NICU_Abschlussbericht-2016-inkl-Kommentar-G-BA_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 27.06.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Validierungsverfahren NICU. Vollzähligkeit der Dokumentation von Sterbefällen. Abschlussbericht. Stand: 30.06.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2015/IQTIG_Validierungsverfahren-NICU_Abschlussbericht-2017_2017-06-30_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 27.06.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Validierungsverfahren NICU. Vollzähligkeit der Dokumentation von Sterbefällen. Abschlussbericht. Stand: 19.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2016/2018-12-19_IQTIG_Validierungsverfahren-NICU_Abschlussbericht-2018-inkl-Kommentar-G-BA_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 27.06.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Validierungsverfahren NICU. Vollzähligkeit der Dokumentation von Sterbefällen. Abschlussbericht zum Erfassungsjahr 2017. Stand: 28.06.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Validierungsverfahren-

NICU_Abschlussbericht-EJ-2017_2019-06-28_inkl-Kommentar-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 27.06.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020):
Validierungsverfahren NICU. Vollzähligkeit der Dokumentation von Sterbefällen.
Abschlussbericht zum Erfassungsjahr 2018. Stand: 30.06.2020. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG-Validierungsverfahren-NICU_Abschlussbericht-EJ-2018_2020-06-30-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 27.06.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021):
Validierungsverfahren NICU. Vollzähligkeit der Dokumentation von Sterbefällen.
Abschlussbericht zum Erfassungsjahr 2019. Stand: 16.11.2021. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Validierungsverfahren-NICU_Abschlussbericht-EJ-2019_2021-11-16_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 27.06.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022):
Validierungsverfahren NICU. Vollzähligkeit der Dokumentation von Sterbefällen.
Abschlussbericht zum Erfassungsjahr 2020. Stand: 30.06.2022. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Validierungsverfahren-NICU_Abschlussbericht-EJ-2020_2022-06-30-barrierefrei_01.pdf (abgerufen am: 23.04.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023):
Validierungsverfahren NICU. Vollzähligkeit der Dokumentation von Sterbefällen.
Abschlussbericht zum Erfassungsjahr 2021. [Stand:] 30.06.2023. [Berlin]: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Validierungsverfahren-NICU_Abschlussbericht-EJ-2020_2023-06-30-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 23.04.2024).

Navarro, G (2001): A Guided Tour to Approximate String Matching. *ACM Computing Surveys* 33(1): 31-88. DOI: 10.1145/375360.375365.

Schnell, R; Bachteler, T; Reiher, J (2005): MTB: Ein Record-Linkage-Programm für die empirische Sozialforschung. *ZA-Information* 56: 93-103. URL:
https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/zeitschriften/za_information/ZA-Info-56.pdf (abgerufen am: 15.07.2021).

Thomas, T; Heller, G ([2023]): Darstellung des Modells zur Risikoadjustierung zur verpflichtenden Ergebnisveröffentlichung 2023 [Anlage 1 zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Veröffentlichung des Modells zur Risikoadjustierung 2023 gemäß § 7 Absatz 2 Satz 3 der Anlage 4 QFR-RL vom 16.11.2023]. Berlin: IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6306/2023-11-16_QFR-RL_Risikoadjustierungsmodell-2023.pdf (abgerufen am: 24.04.2024).

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