Gemeinsamer Bundesausschuss

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

plan. QI-RL

in der Fassung vom 15. Dezember 2016
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 23.03.2017 B2)
in Kraft getreten am 24. März 2017

zuletzt geändert am 18. April 2024
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 17.07.2024 B3)
in Kraft getreten am 18. April 2024

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Inhalt

§ 1 Rechtsgrundlagen ... 3
§ 2 Ziele und Zweck der Richtlinie ... 3
§ 3 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse ... 3
§ 4 Allgemeine Bestimmungen zur Erhebung, Übermittlung, Prüfung und Auswertung der Daten ... 4
§ 5 Besondere Bestimmungen für planungsrelevante Qualitätsindikatoren ... 4
§ 6 Datenübermittlung ... 4
§ 7 Erstellung und Übermittlung von Auswertungsergebnissen an die Krankenhäuser 4
§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche ... 6
§ 9 Datenvalidierung ... 6
§ 10 Neuberechnungen ... 9
§ 11 Stellungnahmeverfahren ... 9
§ 12 Fachkommissionen ... 11
§ 13 Übermittlung von einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnissen ... 12
§ 14 Gremien zur Systempflege ... 13
§ 15 Bericht des Instituts nach § 137a SGB V zur Systempflege ... 14
§ 16 Begleitevaluation ... 15
§ 17 Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses ... 15
§ 18 Aussetzung von Teilen der Richtlinie ... 15
§ 19 Übergangsregelung für das Erfassungsjahr 2020 ... 16

Anlage 1: Endgültige Rechenregeln der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Erfassungsjahr 2023 ... 17
Gynäkologische Operationen (GYN-OP) ... 17
Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH) ... 26
Mammachirurgie (MC) ... 45
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) ... 53
Anhang II: Listen ... 64
Anhang III: Vorberechnungen ... 72
Anhang IV: Funktionen ... 73

Anlage 2: Prospektive Rechenregeln der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Erfassungsjahr 2024 ... 82
Gynäkologische Operationen (GYN-OP) ... 82
Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH) ... 89
Mammachirurgie (MC) ... 106
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) ... 113
Anhang II: Listen ... 123
Anhang III: Vorberechnungen ... 129
Anhang IV: Funktionen ... 130

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

§ 1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt auf Grundlage von § 136 Absatz 1 i.V.m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V diese Richtlinie grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten als verpflichtende Maßnahme der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser.

§ 2 Ziele und Zweck der Richtlinie

(1) Zweck der Richtlinie ist insbesondere:

a) den jeweils durch einen gesonderten Beschluss des G-BA festgelegten Qualitätsindikatoren über die Einbeziehung in den vorliegenden Regelungskontext ihr funktionales Gepräge und damit ihre Planungsrelevanz im Sinne einer Eignung als Grundlage für Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden gemäß § 136c Absatz 1 SGB V zu geben;

b) die Umsetzung des Regelungsauftrages aus § 136c Absatz 2 SGB V zur Übermittlung einrichtungsbezogener Auswertungsergebnisse zu den vom G-BA festgelegten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie von Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

(2) Die Richtlinie soll auch bundesweit einheitliche qualitätsorientierte Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ermöglichen.

§ 3 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse

(1) Die einzelnen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V werden durch die Aufnahme auf die vom G-BA jeweils zu beschließende Liste der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Liste) festgelegt.

(2) [1]Die Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Ergebnisse zu den einzelnen Indikatoren müssen zumindest dazu geeignet sein, qualitativ unzureichende Qualitätsergebnisse zu identifizieren, sowie für ab dem Jahr 2018 zu beschließende neue Indikatoren eine Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern im Hinblick darauf, ob eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität im Sinne von § 8 Absatz 1a Satz 1 und Absatz 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V vorliegt, zu ermöglichen. [2]Die Maßstäbe und Kriterien können sich auf einen QI oder mehrere QI beziehen.

(3) [1]Maßstäbe sind in Form von Referenzbereichen festzulegen. [2]Rechenregeln, die erforderlich sind, um statistisch signifikante Abweichungen von den Referenzbereichen zu ermitteln, sind ebenfalls indikatorspezifisch in der Anlage zu dieser Richtlinie festzulegen. [3]Zu den Bewertungskriterien zählt insbesondere die Berücksichtigung von relevanten Ausnahmetatbeständen gemäß Absatz 4.

(4) [1]Das Institut nach § 137a SGB V erstellt bundeseinheitlich auf Basis kontinuierlich fortzuschreibender Erkenntnisse aus dem Stellungnahmeverfahren zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste einen Katalog von relevanten Ausnahmetatbeständen, der im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens und der Systempflege genutzt werden kann. [2]Die rele-

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

vanten Ausnahmetatbestände sind anhand wissenschaftlicher Maßstäbe und der Weiterentwicklung der Indikatoren und deren Risikoadjustierung kontinuierlich auf Nachbesserungsbedarf zu prüfen.

(5) Die vom Institut nach § 137a SGB V entwickelten Maßstäbe und Kriterien sind im Rahmen der Systempflege regelmäßig, jedoch mindestens einmal jährlich, anhand des aktuellen Stands der Wissenschaft und anhand etwaiger Hinweise und Änderungsvorschläge der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf Nachbesserungsbedarf zu prüfen.

§ 4 Allgemeine Bestimmungen zur Erhebung, Übermittlung, Prüfung und Auswertung der Daten

(1) Für die durch den G-BA festgelegten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste erfolgt die Datenerfassung und -übermittlung auf Grundlage der Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.

(2) Vorbehaltlich der abweichenden Regelungen in den §§ 5 bis 17 gelten die Vorgaben derjenigen Richtlinien gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V, auf deren Grundlage die Daten zum jeweiligen Qualitätsindikator bereits erhoben und ausgewertet werden.

§ 5 Besondere Bestimmungen für planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Für die Leistungsbereiche der vom G-BA festgelegten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste, die bereits auf Grundlage der Richtlinie des G-BA zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – DeQS-RL erhoben und ausgewertet werden, gelten die Regelungen der DeQS-RL soweit in den §§ 6 bis 19 keine abweichenden Vorgaben geregelt werden.

§ 6 Datenübermittlung

[1]Die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser übermitteln die nach Teil 1 § 15 Absatz 1 Satz 1 DeQS-RL erhobenen Datensätze, jeweils quartalsweise. [2]Abweichend von § 10 Absatz 2 Teil 1 DeQS-RL nimmt das Institut nach § 137a SGB V im Verfahren der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren die Funktion der Bundesauswertungsstelle wahr.

§ 7 Erstellung und Übermittlung von Auswertungsergebnissen an die Krankenhäuser

(1) [1]Das Erfassungsjahr ist das jeweilige Kalenderjahr. [2]Maßgeblich für die Zuordnung bei der Auswertung ist ab dem Erfassungsjahr 2018 das Entlassdatum der Patientin oder des Patienten. [3]Fallbezogene Ausnahmen werden durch die Rechenregeln bestimmt.

(2) Auf Basis der quartalsweisen Datenlieferungen erstellt das Institut nach § 137a SGB V jeweils Zwischenberichte in Form von Quartals- und rollierender Jahresauswertung sowie für jedes Erfassungsjahr einen Bericht in Form einer Jahresauswertung für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste und übermittelt diese an die DAS zur unverzüglichen Weiterleitung an die jeweiligen Krankenhäuser sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften nach Teil 1 § 5 DeQS-RL (LAG) zum Zwecke der Qualitätssicherung und -förderung gemäß § 11 Absatz 2.

(3) Die Berichte zu den Auswertungsergebnissen für die Krankenhäuser werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

(4) Die Berichte werden elektronisch (PDF-Format) und zusätzlich in einem maschinenlesbaren Format erstellt.

(5) Datengrundlage für die Zwischenberichte sind die jeweils zum Zeitpunkt der Berichterstellung verfügbaren Daten.

(6) Die Zwischenberichte (Quartals- und rollierenden Jahresauswertungen) werden den DAS sowie den LAGen zu folgenden Terminen durch das Institut nach § 137a SGB V zur Verfügung gestellt:

a) 1. Juli: Quartalsbericht inkl. des ersten Quartals des Erfassungsjahres,

b) 15. September: Quartalsbericht inkl. des zweiten Quartals des Erfassungsjahres,

c) 15. Dezember: Quartalsbericht inkl. des dritten Quartals des Erfassungsjahres, sowie am

d) 4. Mai: Quartalsbericht inkl. des vierten Quartals des Erfassungsjahres, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (alle vier Quartale).

(7) Die an die Krankenhäuser zu übermittelnden Jahresauswertungen nach Absatz 2 enthalten mindestens folgende Informationen:

a) die Vollzähligkeit der übermittelten Daten,

b) eine Basisauswertung,

c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren

- Ergebnis des Indikators
- mit Angabe von Zähler, Nenner und der jeweiligen Grundgesamtheit
- mit den entsprechenden Referenzbereichen
- mit den rechnerischen Auffälligkeiten sowie
- mit statistischen Auffälligkeiten mit den entsprechenden Konfidenzintervallen und p-Werten

d) Auswertung der einzelnen Indikatoren je Krankenhaus oder Krankenhausstandort im Vergleich

e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren (ab 2019) und aus den drei vorangegangenen Jahren (ab 2020) sowie

f) bei rechnerischer oder statistischer Auffälligkeit eine Auflistung der Vorgangsnummern, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird.

(8) Die an die Krankenhäuser zu übermittelnden quartalsweisen Zwischenauswertungen nach Absatz 2 enthalten die Angaben zu Absatz 7 c) und f).

(9) Datengrundlage für die Jahresberichte sind die Daten des Erfassungsjahres.

(10) Für die vom G-BA festgelegten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste übersenden die DAS zur Depseudonymisierung jeweils bis 15. März für das auf das Erfassungsjahr folgende Jahr eine Referenztabelle an das Institut nach § 137a SGB V, in der die Standort-ID dem entsprechenden Krankenhausstandort-Pseudonym gegenübergestellt ist.

(11) Eine rechnerische oder statistische Auffälligkeit in den vierteljährlichen Quartals- oder rollierenden Jahresauswertungen führt zu einer Mitteilung der LAGen an das Krankenhaus.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

(1) [1]Die Rechenregeln und Referenzbereiche (Anlage) für planungsrelevante Qualitätsindikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringer Gültigkeit. [2]Sie werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Experten mit methodischer und fachlicher Expertise festgelegt. [3]Die Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach Abschluss der Datenerhebung auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten erforderlichenfalls angepasst.

(2) [1]Eine rechnerische Auffälligkeit ist eine Abweichung in einem Qualitätsindikator von einem definierten Referenzbereich. [2]Die Identifizierung von rechnerischen Auffälligkeiten erfolgt grundsätzlich für alle Qualitätsindikatoren, für die ein Referenzbereich vom Institut nach § 137a SGB V definiert ist. [3]Der Referenzbereich unterscheidet auffällige von unauffälligen Ergebnissen.

(3) [1]Eine statistische Auffälligkeit ist eine durch eine festgelegte Irrtumswahrscheinlichkeit bestimmte statistisch signifikante Abweichung in einem Qualitätsindikator von einem definierten Referenzbereich. [2]Dabei werden durch die statistische Methodik fallzahlabhängige Schwellenwerte bzw. Auffälligkeiten auf der Grundlage des vom Institut nach § 137a SGB V konkret verwendeten Rechenmodells berechnet. [3]Die genutzte statistische Methodik ist anhand des verwendeten Rechenmodells vom Institut nach § 137a SGB V transparent und nachvollziehbar zu beschreiben.

(4) [1]Der G-BA beschließt auf Vorschlag des Instituts nach § 137a SGB V bis zum 31. Dezember des dem Erfassungsjahr vorangehenden Jahres die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für das Erfassungsjahr und veröffentlicht diese. [2]Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln, insbesondere der Indexbildung, der Risikoadjustierung und der Referenzbereiche sind zu veröffentlichen.

(5) [1]Die endgültigen Rechenregeln werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. April des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. [2]Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln und der Referenzbereiche sind durch das Institut nach § 137a SGB V gegenüber dem G-BA zu begründen, vom G-BA zu beschließen und zu veröffentlichen.

§ 9 Datenvalidierung

(1) Das Datenvalidierungsverfahren besteht für die vom G-BA festgelegten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste in jedem Jahr aus einem Aktenabgleich und einem Verfahren zur möglichen Korrektur der Dokumentation.

(2) Das Verfahren gemäß Absatz 1 ist durchzuführen bei Krankenhäusern,

a) die statistische Auffälligkeiten nach § 8 Absatz 3 aufweisen,

b) die im jeweiligen Vorjahr eine statistische Auffälligkeit aufgewiesen haben,

c) aus einer Stichprobe,

d) sowie mindestens aus einer Stichprobe von Krankenhäusern, die Daten nachgeliefert haben.

(3) Die zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 2 erforderliche konkrete Festlegung des Stichprobenumfangs und der zu prüfenden Fälle erfolgt nach wissenschaftlichen Kriterien durch das Institut nach § 137a SGB V.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

(4) [1]Die Prüfung der Richtigkeit der Dokumentation erfolgt bei bundesbezogenen Verfahren durch das Institut nach § 137a SGB V. [2]Das Institut nach § 137a SGB V muss den Medizinischen Dienst (MD) des entsprechenden Bundeslandes mit der Durchführung des Aktenabgleichs beauftragen, soweit eine direkte Einsicht in Patientenakten aus Gründen des im jeweiligen Bundesland geltenden Datenschutzrechts oder aus Gründen des für das jeweilige Krankenhaus im jeweiligen Bundesland geltenden Datenschutzrechts nicht zulässig ist. [3]Darüber hinaus kann der MD, insbesondere zur Gewährleistung der Erfüllung der Aufgaben und deren Fristen gemäß Absatz 6 und 7 beauftragt werden. [4]Der MD wird bis zum 30. Juni des dem Jahr der Prüfung vorangehenden Jahres informiert, ob er mit den Prüfungen beauftragt wird.

(5) [1]Die Prüfung der Richtigkeit der Dokumentation erfolgt bei landesbezogenen Verfahren durch die jeweilige LAG. [2]Die LAG muss den MD des entsprechenden Bundeslandes mit der Durchführung des Aktenabgleichs beauftragen, soweit eine direkte Einsicht in Patientenakten aus Gründen des im jeweiligen Bundesland geltenden Datenschutzrechts oder aus Gründen des für das jeweilige Krankenhaus im jeweiligen Bundesland geltenden Datenschutzrechts nicht zulässig ist. [3]Darüber hinaus kann der MD insbesondere zur Gewährleistung der Erfüllung der Aufgaben und deren Fristen gemäß Absatz 6 und 7 beauftragt werden. [4]Die LAGen informieren den MD des jeweiligen Bundeslandes bis zum 30. Juni des dem Jahr der Prüfung vorangehenden Jahres, ob er mit den Prüfungen beauftragt wird. [5]Das Institut nach § 137a SGB V wird von der LAG unverzüglich nach dem 30. Juni des dem Jahr der Prüfung vorangehenden Jahres informiert, ob der MD mit der Prüfung beauftragt wird.

(6) [1]Für die Prüfungen übermittelt das Institut nach § 137a SGB V der jeweiligen LAG unverzüglich nach Abschluss der Festlegungen gemäß Absatz 3 die Vorgangsnummern der zu prüfenden Fälle sowie die jeweiligen von den Krankenhäusern übermittelten Datensätze in elektronischer Form. [2]Diese Übermittlung findet für Prüfungen nach § 9 Absatz 2 a) am 4. Mai, für Prüfungen nach § 9 Absatz 2 b), c) und d) am 3. April statt. [3]Die jeweilige LAG übermittelt der jeweiligen prüfenden Stelle unverzüglich nach Abschluss der Festlegungen gemäß Absatz 3 die Vorgangsnummern der zu prüfenden Fälle sowie die jeweiligen von den Krankenhäusern an das Institut nach § 137a SGB V nach Satz 1 übermittelten Datensätze der zu prüfenden Fälle in elektronischer Form. [4]Die jeweilige LAG übermittelt den Krankenhäusern unverzüglich nach Abschluss der Festlegungen gemäß Absatz 3 die Vorgangsnummern der zu prüfenden Fälle nach Satz 1 in elektronischer Form.

(7) [1]Die Prüfungen für Krankenhäuser nach Absatz 2 a) beginnen frühestens am 4. Mai und sind spätestens am 19. Juni des jeweiligen Jahres abzuschließen. [2]Die Prüfungen der Krankenhäuser nach Absatz 2 b), c) und d) beginnen frühestens am 3. April und sind spätestens am 19. Juni des jeweiligen Jahres abzuschließen. [3]Die prüfende Stelle muss dem Krankenhaus mindestens zwei Termine anbieten. [4]Kann innerhalb des vorgegebenen Prüfungszeitraums keine Prüfung durchgeführt werden, informiert die prüfende Stelle unverzüglich das Institut nach § 137a SGB V über diese Gründe. [5]Diese Information ist auch in dem Bericht nach § 17 anzugeben.

(8) [1]Die Krankenhäuser stellen der prüfenden Stelle über den gesamten Prüfzeitraum vor Ort die vollständige Patientendokumentation der anhand der übermittelten Vorgangsnummern identifizierten Krankenhausfälle zur Verfügung. [2]Die Dokumentation des Abgleichs im Krankenhaus erfolgt mit Hilfe standardisierter Dokumente, die vom Institut nach § 137a SGB V vorgegeben werden. [3]Der Prüfbericht sowie die geprüften und gegebenenfalls korrigierten Daten zur Neuberechnung werden den Krankenhäusern und dem Institut nach § 137a SGB V durch die prüfende Stelle unverzüglich zur Verfügung gestellt.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

(9) [1]Sichert ein statistisch auffälliges Krankenhaus gegenüber dem Institut nach § 137a SGB V innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach Übermittlung der Jahresauswertung zu, dass der statistischen Auffälligkeit keine Dokumentationsfehler des Krankenhauses zugrunde liegen, ist die Durchführung der Datenvalidierung gemäß Absatz 2 a) entbehrlich. [2]Das Krankenhaus hat in der Zusicherung auch die Durchführung der internen Überprüfung der Dokumentation zu bestätigen und durch geeignete Belege nachzuweisen. [3]Die Zusicherung bedarf der Schriftform gemäß § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. [4]Soweit mit der Prüfung der Dokumentation durch die prüfende Stelle bereits begonnen wurde, sind die bis dahin vorliegenden Ergebnisse der Prüfung durch die prüfende Stelle unverzüglich an das Institut nach § 137a SGB V zu übermitteln.

(10) [1]Der Aktenabgleich mit der Patientenakte gemäß Absatz 1 kann alternativ zur Einsichtnahme vor Ort auch durch die Nutzung eines Videodienstes erfolgen, soweit die datenschutzrechtlichen Anforderungen erfüllt sind und in diesem Rahmen ein angemessenes Schutzniveau, insbesondere für die Risiken hinsichtlich der Integrität und Vertraulichkeit der Daten, durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen nach dem Stand der Technik angemessen gewährleistet wird. [2]Dabei sind konkrete Voraussetzungen für die Nutzung eines Videodienstes in technischer und organisatorischer Hinsicht insbesondere, dass

1. die Datenübertragung durch eine Peer-to-Peer-Verbindung oder eine Verbindung mit zumindest gleichwertigem Schutzniveau erfolgt,
2. sämtliche Daten während des Übertragungsprozesses nach dem Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind,
3. die Daten während des Übertragungsprozesses nicht von Unbefugten eingesehen werden können,
4. die während des Übertragungsprozesses ausschließlich von den dazu befugten Personen der jeweiligen Krankenhäuser und der prüfenden Stellen eingesehenen Daten nicht gespeichert werden,
5. die Metadaten und technischen Verbindungsdaten ausschließlich für die zur Abwicklung der Akteneinsicht notwendigen technischen Abläufe verarbeitet und spätestens nach drei Monaten gelöscht werden und
6. die Anbieter eines Videodienstes die Einhaltung der Voraussetzungen nach Nummer 1 bis 5 sicherstellen und gegenüber der prüfenden Stelle bzw. gegenüber dem Krankenhaus schriftlich zusichern sowie dazu geeignete Nachweise vorlegen.

[3]Unter den Voraussetzungen nach Satz 2 kann der Videodienst für den Aktenabgleich mit der Patientenakte gemäß Absatz 1 genutzt werden, wenn die prüfende Stelle den Videodienst bereitstellt, die alternative Nutzung im Rahmen von § 9 Absatz 7 Satz 3 unter Vorlage der Nachweise nach Satz 2 Nummer 6 anbietet und das Krankenhaus das Angebot annimmt. [4]Das Krankenhaus kann die alternative Nutzung eines Videodienstes ablehnen oder einen anderen Videodienst bereitstellen, der die Voraussetzungen nach Satz 2 erfüllt, und der prüfenden Stelle unter Vorlage der Nachweise nach Satz 2 Nummer 6 zur alternativen Nutzung vorschlagen. [5]Lehnt das Krankenhaus die alternative Nutzung eines Videodienstes ab oder stimmt die prüfende Stelle der Nutzung des vom Krankenhaus vorgeschlagenen Videodienstes nicht zu, ist der Termin für den Aktenabgleich mit der Patientenakte gemäß Absatz 1 durch Einsichtnahme vor Ort durchzuführen.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

§ 10 Neuberechnungen

(1) [1]Sofern aufgrund von Prüfungen nach § 9 Korrekturen an den Daten erforderlich sind, führt das Institut nach § 137a SGB V auf Grundlage der nach § 9 geprüften Daten vom 20. Juni bis 9. Juli des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres Neuberechnungen durch. [2]Die Ergebnisse der Neuberechnungen und Angaben über die korrigierten Datensätze erhalten unverzüglich die Krankenhäuser und die LAGen.

(2) [1]Das Institut nach § 137a SGB V ermittelt, ob das Krankenhaus unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse erstmals oder weiterhin eine statistische Auffälligkeit aufweist. [2]Das Institut nach § 137a SGB V teilt den Krankenhäusern, den LAGen und dem G-BA das Ergebnis der Neuberechnung mit.

§ 11 Stellungnahmeverfahren

(1) [1]Wird für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste nach Abschluss der Datenvalidierung gemäß § 9 und gegebenenfalls Neuberechnung nach § 10 weiterhin oder erstmals eine statistische Auffälligkeit in den Jahresauswertungsergebnissen des gesamten Erfassungsjahres festgestellt, wird ein Stellungnahmeverfahren durch das Institut nach § 137a SGB V durchgeführt. [2]Dies gilt auch für den Fall, dass die Datenvalidierung gemäß § 9 Absatz 7 nicht innerhalb des Prüfungszeitraumes erfolgen konnte oder eine Zusicherung gemäß § 9 Absatz 9 durch das Krankenhaus abgegeben wurde.

(2) Abweichend von Teil 1 § 17 Absatz 2 der DeQS-RL führen LAGen mit Krankenhäusern mit statistisch auffälligen Ergebnissen gemäß § 10 Absatz 2 Satz 1 kein Stellungnahmeverfahren durch. Das IQTIG informiert die LAGen frühestmöglich, spätestens bis zum 10. Juli für welche Krankenhäuser das Stellungnahmeverfahren durch das IQTIG gemäß plan. QI-RL durchgeführt wird. Die LAGen führen erforderlichenfalls ergänzend mit dem betroffenen Krankenhaus qualitätsfördernde Maßnahmen wie Besprechungen und Begehungen sowie Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absätze 3 bis 5 DeQS-RL durch und teilen Inhalt und Ziel der Maßnahmen dem Institut nach § 137a SGB V mit.

(3) Bei Vorliegen mehrerer statistischer Auffälligkeiten zu einem Leistungsbereich wird ein gemeinsames Stellungnahmeverfahren durchgeführt, wobei zu jeder statistischen Auffälligkeit eine gesonderte Stellungnahme abzugeben ist.

(4) Das Stellungnahmeverfahren umfasst:

a) [1]Eine Stellungnahme des Krankenhauses zum statistisch auffälligen Ergebnis. [2]Nach Abschluss der Datenvalidierung nach § 9 oder der Nachberechnung nach § 10 zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste werden die Leitungen der Krankenhäuser mit statistisch auffälligen Ergebnissen spätestens innerhalb von vier Tagen durch das Institut nach § 137a SGB V aufgefordert, eine Stellungnahme abzugeben. [3]Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. [4]Wird für planungsrelevante Qualitätsindikatoren der Liste bei der Datenvalidierung gemäß § 9 Absatz 2 a) keine Erforderlichkeit zu Neuberechnungen nach § 10 festgestellt, erfolgt das Stellungnahmeverfahren zwischen 20. Juni bis 12. August des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres. [5]Wird für planungsrelevante Qualitätsindikatoren der Liste bei der Datenvalidierung gemäß § 9 Absatz 2 a) bis d) und einer Neuberechnung nach § 10 weiterhin oder erstmals eine statistische Auffälligkeit in den Jahresauswertungsergebnissen des gesamten Erfassungsjahres festgestellt, erfolgt das Stellungnahmeverfahren zwischen 10. Juli bis 16. August des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres. [6]Für Krankenhäuser, die eine Zusicherung

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

nach § 9 Absatz 9 abgegeben haben, erfolgt das Stellungnahmeverfahren zwischen dem 4. Mai und 19. Juni des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres.

b) [1]Das Institut nach § 137a SGB V erhält weitere Informationen von den LAGen, sofern aus dem Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL des zurückliegenden Verfahrensjahres Informationen zur Verfügung stehen. [2]Zudem kann das Institut nach § 137a SGB V vom Krankenhaus weitere Informationen anfordern. [3]Vom Institut nach § 137a SGB V sind auch die Mitteilungen nach § 9 Absatz 7 Sätze 3 und 4 als Bestandteil der Stellungnahme zu berücksichtigen.

(5) [1]Die Stellungnahme bedarf der Schriftform gemäß § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuchs und muss an das Institut nach § 137a SGB V gesendet werden. [2]Krankenhausleitung oder Träger des Krankenhauses sind im Vorfeld der Übermittlung durch das Institut nach § 137a SGB V darauf hinzuweisen, dass die Stellungnahmen keine personenbezogenen Daten enthalten dürfen. [3]Dies enthält einen Hinweis auf die Verpflichtungen und mögliche Folgenaus der Datenschutzgrundverordnung. [4]Die Krankenhäuser haben vor Übermittlung an das Institut nach § 137a SGB V sicherzustellen, dass in den Stellungnahmen keine personenbezogenen Daten enthalten sind. [5]Ferner sind Krankenhausleitung oder Träger des Krankenhauses durch das Institut nach § 137a SGB V darauf hinzuweisen, dass die Stellungnahmen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und an die LAGen weitergeleitet werden. [6]Das Institut nach § 137a SGB V berücksichtigt nur richtlinienkonforme Stellungnahmen. [7]Sofern das Institut nach § 137a SGB V in der Stellungnahme eines Krankenhauses personenbezogene Daten identifiziert, hat es das Krankenhaus über die unzulässige Übermittlung personenbezogener Daten zu informieren, die Stellungnahme unverzüglich zu löschen oder zu vernichten und es zur Übermittlung einer korrigierten Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens sieben Werktagen aufzufordern. [8]Sollte nach Ablauf der Frist auch die korrigierte Stellungnahme personenbezogene Daten enthalten, ist diese ebenfalls durch das Institut nach § 137a SGB V unverzüglich zu löschen oder zu vernichten und nicht zu bewerten. [9]Das Institut nach § 137a SGB V berichtet an den G-BA zum Zwecke der internen Evaluation jährlich über die Anzahl der aus Datenschutzgründen gelöschten oder vernichteten Stellungnahmen.

(6) [1]Auf Basis der Stellungnahmen der Krankenhäuser und der durch die LAGen zur Verfügung gestellten Informationen nimmt das Institut nach § 137a SGB V bis zum 23. September eine fachliche Bewertung möglicher relevanter Ausnahmetatbestände vor. [2]Es zieht dabei die entsprechende Fachkommission gemäß § 12 zur Beratung hinzu. [3]Das Institut nach § 137a SGB V prüft die fachlichen Argumente bezogen auf die Indikatorspezifikation und -auswertung, bewertet sie und ergänzt auf dieser Grundlage die Kriterien zur Bewertung, die den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zur Verfügung gestellt werden.

(7) [1]Ein Bewertungsergebnis zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste gilt im Sinne dieser Richtlinie als qualitativ unzureichend, wenn jedes der folgenden Kriterien erfüllt ist:

a) nach Abschluss der Datenvalidierung gemäß § 9 und gegebenenfalls erfolgter Neuberechnung gemäß § 10 liegt weiterhin oder erstmals ein statistisch auffälliges Ergebnis zu einem Qualitätsindikator vor, wobei dieses Kriterium auch bei Abgabe einer Zusicherung gemäß § 9 Absatz 9 sowie ungeachtet einer fehlenden Prüfung der Daten gemäß § 9 Absatz 7 als erfüllt gilt;

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

b) das Krankenhaus hat im Rahmen des Stellungnahmeverfahren gemäß Absatz 4 keine als relevant bewerteten Ausnahmetatbestände geltend gemacht, wobei die Angabe von Dokumentationsfehlern nicht als relevanter Ausnahmetatbestand gewertet wird oder das Krankenhaus hat Ausnahmetatbestände vorgebracht, die jedoch in einer fachlichen Bewertung durch das Institut nach § 137a SGB V gemäß Absatz 6, insbesondere unter Berücksichtigung von gegebenenfalls vorliegenden Hinweisen der LAGen, als nicht relevant eingestuft wurden;

c) es ist eine fachliche Bewertung durch das Institut nach § 137a SGB V gemäß Absatz 6, insbesondere unter Berücksichtigung von gegebenenfalls vorliegenden Hinweisen der LAGen erfolgt.

[2]Das Institut nach § 137a SGB V stellt im Rahmen seiner fachlichen Bewertung das Vorliegen einer unzureichenden Qualität fest, wenn jedes der Kriterien nach Satz 1 a bis c erfüllt ist. [3]Die Feststellung des Vorliegens der unzureichenden Qualität wird Bestandteil der an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemäß § 13 zu übermittelnden Auswertungsergebnisse. [4]Darüber hinaus übermittelt das Institut nach § 137a SGB V unverzüglich den Krankenhäusern die jeweiligen Bewertungsergebnisse.

(8) [1]Abweichend von den Regelungen für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser ist bei statistisch auffälligen Krankenhäusern bei der Ergebnisdarstellung im Teil C des Qualitätsberichts der Krankenhäuser für den jeweiligen planungsrelevanten Qualitätsindikator der Liste darzustellen: „Das Krankenhaus weist bei diesem planungsrelevanten Indikator ein statistisch auffälliges Ergebnis auf. [2]Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. [3]Bei qualitativ unzureichenden Krankenhäusern wird im Qualitätsbericht stattdessen folgendes dargestellt: „Das Krankenhaus weist bei diesem planungsrelevanten Qualitätsindikator qualitativ unzureichende Ergebnisse auf. [4]Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. [5]Darüber hinaus werden im Qualitätsbericht die Auswertungsergebnisse sowie die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens dargestellt.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

§ 12 Fachkommissionen

(1) Gemäß § 11 Absatz 6 zieht das Institut nach § 137a SGB V beratend Fachkommissionen hinzu.

(2) [1]Die Fachkommissionen beraten bei der Bewertung der Stellungnahmen nach § 11 anhand medizinisch-wissenschaftlicher Kriterien hinsichtlich des Vorliegens möglicher medizinisch und fachlich relevanter Ausnahmetatbestände, die nicht auf einer mangelnden Erfüllung der Qualitätsanforderungen des G-BA beruhen. [2]Als Ergebnis ihrer Beratung geben die Fachkommissionen Empfehlungen ab.

(3) Die Beratungen durch die Fachkommissionen erfolgen ohne Nennung der Namen der Krankenhäuser, die nach § 11 Absatz 1 Stellungnahmen abgeben.

(4) [1]Die Arbeit dieser Fachkommissionen erfolgt auf der Grundlage einer Geschäftsordnung, die vom G-BA beschlossen wird. [2]Die Geschäftsordnung ist zu veröffentlichen.

(5) [1]Es wird ein Pool von Mitgliedern der Fachkommissionen auf Landesebene gemäß Teil 1 § 8a DeQS-RL gebildet. [2]Die Benennung für den Pool der Mitglieder erfolgt auf Vorschlag

und im gemeinsamen Benehmen der LAGen und dem Institut nach § 137a SGB V für drei Jahre. [3]Wiederbenennungen in den Pool sind einmalig möglich. [4]Die Einzelheiten sind in der Geschäftsordnung gemäß Absatz 4 zu regeln. [5]Die Benennungen für den Pool müssen die Besetzung nach Absatz 6 ermöglichen.

(6) [1]Das Institut nach § 137a SGB V benennt für eine Laufzeit von zwei Jahren Mitglieder für die Fachkommissionen aus dem Pool nach Absatz 5. [2]Die Fachkommissionen bestehen jeweils aus mindestens sieben Mitgliedern darunter muss mindestens ein Vertreter des MD sein, wobei jedoch die Gesamtzahl der Vertreter des MD nicht mehr als ein Fünftel der Gesamtzahl der Mitglieder der Fachkommission betragen darf. [3]Mitglieder aus dem Pool sollen nicht in zwei aufeinander folgenden Benennungsperioden in die Fachkommission berufen werden. [4]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V erhalten ein Mitberatungsrecht und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [5]Zusätzlich kann das Institut nach § 137a SGB V ein weiteres Mitglied benennen.

(7) [1]Es ist sicherzustellen, dass die Mitglieder der Fachkommissionen frei von Interessenkonflikten oder Befangenheiten in Bezug auf die Krankenhäuser sind, deren Stellungnahmen bewertet werden. [2]Ebenso ist sicherzustellen, dass die Mitglieder über spezielle medizinische Expertise verfügen. [3]Es ist sicherzustellen, dass die überwiegende Anzahl der Mitglieder klinisch aktiv tätig ist. [4]Vertreter von Kliniken der Maximalversorgung wie auch der Regelversorgung sind zu berücksichtigen. [5]Ebenso sollte jeweils ein Mitglied des Gremiums zur Systempflege beratend hinzugezogen werden, um einen fachlichen Austausch zwischen den Fachkommissionen und dem Gremium zu gewährleisten. [6]Die Einzelheiten sind in der Geschäftsordnung nach Absatz 4 zu regeln.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

§ 13 Übermittlung von einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnissen

(1) [1]Die Auswertungsergebnisse des jeweiligen Erfassungsjahres (Jahresauswertung), die Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung sowie die fachlichen Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahren zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste werden dem G-BA durch das Institut nach § 137a SGB V am 24. September des auf die Datenerfassung folgenden Jahres in maschinenlesbarer Form zur Verfügung gestellt. [2]Diese Auswertungsergebnisse umfassen mindestens:

a) Die Ergebnisse aller Krankenhäuser zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste mit Angabe von Zähler, Nenner, Grundgesamtheit, Konfidenzintervalle, p-Werte und Referenzbereichen einschließlich der Ergebnisse der fachlichen Bewertungen,

b) Angaben zur Vollzähligkeit der Datenlieferung,

c) Ergebnisse der Datenvalidierung oder gegebenenfalls die vom Krankenhaus und der prüfenden Stelle genannten Gründe, wenn kein Termin zur Datenvalidierung vereinbart werden konnte,

d) die einrichtungsbezogenen Ergebnisse mit rechnerischen und statistischen Auffälligkeiten der zurückliegenden 8 Quartale,

e) Ergebnisse und relevante Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens nach § 11 Absatz 4 bei statistisch auffälligen Ergebnissen (einrichtungsbezogene Kopien des Schriftwechsels im PDF-Format),

f) die vorliegenden Informationen nach § 11 Absatz 2,

g) Bundesergebnisse.

[3]Die Ergebnisse von Krankenhäusern, denen die prüfende Stelle nicht mindestens zwei Termine gemäß § 9 Absatz 7 Satz 3 angeboten hat und die in der fachlichen Bewertung keine nach § 11 Absatz 7 Buchstabe b als relevant bewerteten Ausnahmetatbestände geltend gemacht haben, sind wie folgt darzustellen:

a) bei Krankenhäusern, die in ihrer Stellungnahme bewertungsrelevante Dokumentationsfehler angegeben haben, wird auf die Angabe der fachlichen Bewertung verzichtet und die Gründe für den Verzicht kommentiert,

b) bei Krankenhäusern, die in ihrer Stellungnahme keine bewertungsrelevanten Dokumentationsfehler angegeben haben, wird die fachliche Bewertung angegeben und die Gründe für die Angabe kommentiert.

[4]Die betroffenen Krankenhäuser werden im Rahmen der Übermittlung ihrer jeweiligen Bewertungsergebnisse gemäß § 11 Absatz 7 Satz 4 entsprechend dieser Darstellung informiert.

(2) [1]Der G-BA stellt die Informationen sowie die Auswertungsergebnisse bundeslandbezogen den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den jeweiligen LAGen bis zum 24. September des auf die Datenerfassung folgenden Jahres zum Download über ein durch das Institut nach § 137a SGB V betriebenes Webportal zur Verfügung. [2]Bei der Datenübermittlung an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen ist sicherzustellen, dass keine personenbezogenen Daten enthalten sind. [3]Das Institut nach § 137a SGB V informiert die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über die Bereitstellung.

(3) [1]Benötigen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesplanungsbehörden zur Beurteilung der Qualität weitere einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste aus bereits abgeschlossenen Quartalen, können diese Informationen beim Institut nach § 137a SGB V angefragt werden. [2]Dieses stellt die angefragten Informationen zusammen. [3]Soweit erforderlich, übermitteln die LAGen die bei ihnen vorhandenen Informationen an das Institut nach § 137a SGB V. [4]Nach Freigabe durch den G-BA werden die Informationen den Landesplanungsbehörden durch das Institut nach § 137a SGB V zur Verfügung gestellt.

§ 14 Gremien zur Systempflege

(1) [1]Das Institut nach § 137a SGB V richtet für seine fachliche Beratung ein oder mehrere Gremien zur Systempflege ein. [2]Die Arbeit dieser Gremien erfolgt auf der Grundlage einer Geschäftsordnung, die vom G-BA beschlossen wird. [3]Als Ergebnis ihrer Beratung geben die Gremien Empfehlungen ab. [4]Das Institut nach § 137a SGB V berücksichtigt diese Empfehlungen im Rahmen der Systempflege.

(2) Beratungsgegenstände der Gremien zur Systempflege können Änderungen an Spezifikationen, Rechenregeln, Referenzbereichen und am Verfahren zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (z.B. Datenerhebung, Verarbeitung und Übermittlung, Datenvalidierung, Stellungnahmeverfahren) sein.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

(3) [1]Die Mitglieder eines Gremiums werden für vier Jahre benannt. [2]Eine einmalige Wiederbenennung ist möglich. [3]Das Gremium setzt sich zusammen aus bis zu vier benannten Vertretern der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, benannten medizinisch-pflegerischen Experten, davon zwei benannt durch Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), zwei benannt durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), zwei benannt durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, eine(r) benannt durch den Deutschen Pflegerat (DPR), eine(r) benannt durch die Bundesärztekammer (BÄK), sowie einem Vertreter der Qualitätssicherungsstrukturen auf Landesebene. [4]Zusätzlich kann das Institut nach § 137a SGB V ein weiteres Mitglied benennen. [5]Es ist sicherzustellen, dass die Mitglieder über spezielle medizinische bzw. pflegerische Expertise verfügen. [6]Die Einzelheiten sind in der Geschäftsordnung gemäß Absatz 1 zu regeln.

(4) Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V erhalten ein Mitberatungsrecht und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen.

(5) Ein Gremium tagt mindestens einmal jährlich und berät das Institut nach § 137a SGB V auch bei der Erstellung des Berichts zur Systempflege an den G-BA.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

§ 15 Bericht des Instituts nach § 137a SGB V zur Systempflege

[1]Für jedes Erfassungsjahr erstellt das Institut nach § 137a SGB V auch auf Basis der Informationen der LAGen einen Bericht zur Systempflege. [2]Der Bericht umfasst differenziert nach Leistungsbereichen mindestens:

a) Anzahl der durchgeführten Stellungnahmeverfahren,

b) Anzahl der Stellungnahmen, in denen keine relevanten Ausnahmetatbestände festgestellt werden konnten,

c) bei statistisch auffälligen Krankenhäusern Anzahl und Inhalt von Prüfungen des Stellungnahmeverfahrens des vorausgehenden Jahres nach Teil 1 § 17 DeQS-RL durch die LAGen und der Kommission nach § 12,

d) Änderungen des Katalogs der relevanten Ausnahmetatbestände nach § 3 Absatz 4,

e) Übersicht über die eingeleiteten Maßnahmen nach § 11 Absatz 2,

f) Übersicht zu Umfang und Dauer der Stellungnahmeverfahren,

g) Übersicht über die Anzahl der im Rahmen der Datenprüfung geänderten Datensätze,

h) Übersicht über die durch die Datenprüfungen veränderten Indikatorergebnisse,

i) Übersicht zur Datenvalidierung mit einer allgemeinen Beschreibung des Prüfvorgehens,

j) Übersicht über die im jeweiligen Erfassungsjahr festgestellten, relevanten Ausnahmetatbestände nach § 3 Absatz 4 sowie

k) Vorschläge zur Verbesserung des Verfahrens.

[3]Der Bericht ist dem G-BA und den LAGen bis zum 24. Oktober eines jeden Jahres vorzulegen.

§ 16 Begleitevaluation

[1]Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V für die nächsten fünf Jahre mit der wissenschaftlichen Begleitevaluation der Einführungsphase der Umsetzung dieser Richtlinie. [2]Das Institut nach § 137a SGB V erhebt die notwendigen Informationen unter Einbeziehung des Berichts zur Systempflege gemäß § 15 und erstellt auf der Basis der Informationen einen Bericht. [3]Der G-BA entscheidet auf der Basis der Berichte über notwendige Anpassungen der Richtlinie und der Spezifikationen.

§ 17 Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses

[1]Der G-BA veröffentlicht einrichtungsbezogen bis zum 23. November des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres die Ergebnisse aller Einrichtungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste mit Angabe von Grundgesamtheit, Referenzbereichen und Angaben zur Vollzähligkeit der Datenlieferung und Bundesergebnissen, Ergebnissen der Datenvalidierung sowie die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens auf den Internetseiten des Instituts nach § 137a SGB V. [2]§ 11 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 18 Aussetzung von Teilen der Richtlinie

(1) [1]Die Regelungen in §§ 9, 10, 11, 13, 15 und 17 der Richtlinie finden für die Erfassungsjahre 2019 und 2020 keine Anwendung. [2]Die Regelung in § 6 der Richtlinie findet für das 1., 2. und 3. Quartal der Erfassungsjahre 2020 und 2021 keine Anwendung. [3]Die Krankenhäuser haben die Daten für das gesamte Erfassungsjahr 2020 bis zum 28. Februar 2021 und für das gesamte Erfassungsjahr 2021 bis zum 28. Februar 2022 zu liefern.

(2) [1]Korrigierende Datenlieferungen, einschließlich Stornierungen, Neu- und erstmalige Lieferungen von Datensätzen, sowie Änderungen von Datensätzen sind für Daten aller Quartale des Erfassungsjahres 2021 möglich bis zum 15. März 2022. [2]Hieraus ergeben sich die entsprechenden Verschiebungen der darauffolgenden Fristen:

a) Der Zwischenbericht gemäß § 7 Absatz 6 Buchstabe d für das Erfassungsjahr 2021 wird den DAS sowie den LAGen zum 3. Mai 2022 zur Verfügung gestellt.

b) Die Referenztabelle gemäß § 7 Absatz 10 ist dem Institut nach § 137a SGB V für das Erfassungsjahr 2021 bis zum 15. März 2022 zu übersenden.

c) [1]Die Übermittlung gemäß § 9 Absatz 6 Satz 2 Halbsatz 1 erfolgt für das Erfassungsjahr 2021 am 3. Mai 2022. [2]Die Übermittlung gemäß § 9 Absatz 6 Halbsatz 2 erfolgt für das Erfassungsjahr 2021 am 2. April 2022.

d) [1]Die Prüfungen gemäß § 9 Absatz 7 Satz 1 beginnen für das Erfassungsjahr 2021 frühestens am 3. Mai 2022 und sind spätestens am 18. Juni 2022 abzuschließen. [2]Die Prüfungen gemäß § 9 Absatz 7 Satz 2 beginnen für das Erfassungsjahr 2021 frühestens am 2. April 2022 und sind spätestens am 18. Juni 2022 abzuschließen.

e) Die Neuberechnungen nach § 10 Absatz 1 Satz 1 sind für das Erfassungsjahr 2021 zwischen dem 19. Juni 2022 und dem 18. Juli 2022 durchzuführen.

f) [1]Das Stellungnahmeverfahren nach § 11 Absatz 4 Buchstabe a Satz 4 erfolgt für das Erfassungsjahr 2021 zwischen 19. Juni bis 18. August 2022. [2]Das Stellungnahmeverfahren nach § 11 Absatz 4 Buchstabe a Satz 5 erfolgt für das Erfassungsjahr 2021 zwischen 19. Juli bis 18. August 2022. [3]Das Stellungnahmeverfahren nach § 11 Absatz 4 Buchstabe a Satz 6 erfolgt für das Erfassungsjahr 2021 zwischen 3. Mai und 18. Juni 2022.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

g) Die fachliche Bewertung nach § 11 Absatz 6 Satz 1 ist für das Erfassungsjahr 2021 bis zum 18. September 2022 vorzunehmen.

h) Die Bereitstellung der Auswertungsergebnisse gemäß § 13 Absatz 1 Satz 1 sowie gemäß § 13 Absatz 2 Satz 1 erfolgt für das Erfassungsjahr 2021 bis zum 19. September 2022.

i) Der Bericht nach § 15 Satz 3 ist für das Erfassungsjahr 2021 bis zum 19. Oktober 2022 vorzulegen.

j) Der G-BA veröffentlicht den Bericht gemäß § 17 für das Erfassungsjahr 2021 bis zum 18. November 2022.

(3) Der Zwischenbericht gemäß § 7 Absatz 6 Buchstabe c für das Erfassungsjahr 2021 wird den DAS sowie den LAGen zum 15. Januar 2022 zur Verfügung gestellt.

(4) Der in der Liste der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unter QI-ID 330 aufgeführte Qualitätsindikator findet vorerst für die Erfassungsjahre 2022, 2023 und 2024 keine Anwendung.

(5) Das Verfahren gemäß den §§ 7, 9, 10, 11, 13 und 17 der Richtlinie findet in dem Zeitraum vom 18. April 2024 bis zum 31. Dezember 2025 keine Anwendung.

§ 19 Übergangsregelung für das Erfassungsjahr 2020

Für die Übermittlung von Informationen aus dem Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL des Erfassungsjahres 2020 findet diese Richtlinie in der Fassung vom 15. Dezember 2016 (BAnz AT 23.03.2017 B2), zuletzt geändert am 14. Mai 2020 (BAnz AT 29.05.2020) weiter Anwendung.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Anlage 1: Endgültige Rechenregeln der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Erfassungsjahr 2023

Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
18:O	postoperative Histologie	M	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN
19:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
24:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	10211
Bezeichnung	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2022	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	Referenzbereich aus dem Jahr 2022
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-

Rechenregeln	**Zähler** Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentnahme und Angabe einer Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund **Nenner** Alle durchgeführten isolierten Ovareingriffe mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*)[Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-651.x*, 5-651.y*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*] und Angaben zur postoperativen Histologie, unter Ausschluss von Patientinnen, bei denen eine Uterusexstirpation mit einer ausgedehnten retroperitonealen Präparation und einseitiger oder beidseitiger Salpingoovariektomie erfolgte (OPS 5-683.6* und 5-683.7*), Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00, Z40.01) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3) und Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose: F64.0).
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Ein isolierter Ovareingriff wird dann berücksichtigt, wenn nach Untersuchung des Gewebes „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund vorliegt. Nenner: Nur isolierte Ovareingriffe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) mit Angabe zur Histologie werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2022 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2023 die OPS-Kodes 5-683.6 oder 5-683.7 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	15/1:O
Zähler (Formel)	HISTOL %in% c("01","02")
Nenner (Formel)	fn_GynIsolierteAdnexeAblativ & !(ENTLDIAG %any_like% LST$ICD_GynCAOvar & OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynOvarOP_EX) & !(ENTLDIAG %any_like% c(LST$ICD_GynCARisiko, LST$ICD_GynTranssex)) & HISTOLJN %==% 1 & fn_PlanQI_GG

Die ist außer Kraft getreten.

Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexeAblativ fn_PlanQI_GG
Verwendete Listen	ICD_GynCAOvar ICD_GynCARisiko ICD_GynTranssex OPS_GynOvarOPAblativ OPS_GynOvarOPAblativZusatz OPS_GynOvarOP_EX QSF_GYN_OPS
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
18:O	postoperative Histologie	M	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN

Eigenschaften und Berechnung

ID	12874
Bezeichnung	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert

Die ist au Kraft getreten.

Referenzbereich 2023	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2022	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	Referenzbereich aus dem Jahr 2022
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Isolierter Ovareingriff ohne Angabe einer postoperativen Histologie **Nenner** Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentfernung (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*]. Ausgeschlossen werden Patientinnen, bei denen eine Uterusexstirpation mit einer ausgedehnten retroperitonealen Präparation und einseitiger oder beidseitiger Salpingoovariektomie erfolgte (OPS 5-683.6* und 5-683.7*).
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Ein isolierter Ovareingriff wird im Zähler gewertet, wenn eine Angabe zur durchgeführten histologischen Untersuchung fehlt. Nenner: Alle dokumentierten isolierten Ovareingriffe (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) einer Patientin werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2022 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2023 die OPS-Kodes 5-683.6 oder 5-683.7 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	15/1:O
Zähler (Formel)	HISTOLJN %==% 0
Nenner (Formel)	fn_GynIsolierteAdnexe & fn_PlanQI_GG
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexe fn_PlanQI_GG
Verwendete Listen	OPS_GynOvarOP OPS_GynOvarOPZusatz QSF_GYN_OPS

Die ist außer Kraft getreten.

Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:O	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
11:O	Einstufung nach ASA-Klassifikation	M	1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	ASA
12:O	Voroperation im OP-Gebiet	M	0 = nein 1 = ja	VOROPGLEICH
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
17.1:O	Blase	K	1 = ja	IOPKOMPLBLASE
17.2:O	Harnleiter	K	1 = ja	IOPKOMPLHARNL

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17.3:O	Urethra	K	1 = ja	IOPKOMPLURETHRA
17.4:O	Darm	K	1 = ja	IOPKOMPLDARM
17.5:O	Uterus	K	1 = ja	IOPKOMPLUTERUS
17.6:O	Gefäß-/Nervenläsion	K	1 = ja	IOPKOMPLGEFNERV
17.8:O	andere Organverletzungen	K	1 = ja	IOPKOMPLORGAN
24:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	51906
Bezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Logistische Regression (O/E)
Referenzbereich 2023	≤ 4,18
Referenzbereich 2022	≤ 4,18
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	Referenzbereich aus dem Jahr 2022
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung

	Nenner Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation. Ausgeschlossen werden Patientinnen, bei denen eine Uterusexstirpation mit einer ausgedehnten retroperitonealen Präparation und einseitiger oder beidseitiger Salpingoovariektomie erfolgte (OPS 5-683.6* und 5-683.7*). **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation **E (expected)** Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für ID 51906
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Als Organverletzungen zählen Verletzungen von Blase, Harnleiter, Urethra, Darm, Uterus, sowie Gefäß-/Nervenläsion oder andere Organverletzungen. Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung werden dann gezählt, wenn bei der ersten Operation der berücksichtigten Grundgesamtheit eine Organverletzung vorliegt. Nenner: Es werden Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang gezählt. Patientinnen, bei denen zusätzlich mindestens ein OPS-Kode aus der Liste OPS_GynLapOP_EX dokumentiert wurde, werden aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2022 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2023 die OPS-Kodes 5-683.6 oder 5-683.7 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	O_51906
Nenner (Formel)	E_51906
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**
	Art des Wertes: Kalkulatorische Kennzahl
	ID: O_51906
	Bezug zu QS-Ergebnissen: 51906

ie ist außer Kraft getreten

	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	15/1:B
	Zähler	fn_Organverletzung
	Nenner	fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP & fn_PlanQI_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51906
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51906
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für ID 51906
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	15/1:B
	Zähler	fn_GYNScore_51906
	Nenner	fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP & fn_PlanQI_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_GynLapOP fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung	

ie ist außer Kraft getreten.

	fn_PlanQI_GG fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff
Verwendete Listen	ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum ICD_GynMalignom OPS_GynLapOP OPS_GynLapOP_EX OPS_GYN_Adhaesiolyse OPS_GYN_Exzision QSF_GYN_OPS
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Poissontest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_oe_pvalue(o, e, t_smr, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

Kraft getreten.

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,495 % (Odds: 0,005)					
Risikofaktor	**Regressionskoeffizient**	**Std.-Fehler**	**Z-Wert**	**Odds-Ratio**	**95 %-Vertrauensbereich**
Konstante	-5,304211289769412	0,060	-88,438	-	-
Alter bei nicht vorliegender Endometriose (linear, in Jahren)	0,019375888768775	0,002	11,691	1,020	1,016 - 1,023
ASA-Klassifikation 2	0,147253964780686	0,054	2,728	1,159	1,042 - 1,288
ASA-Klassifikation 3	0,309655614722268	0,079	3,936	1,363	1,168 - 1,590
ASA-Klassifikation 4 oder 5	0,719994425473530	0,315	2,284	2,054	1,108 - 3,811
Adhäsiolyse	0,498220600957298	0,073	6,785	1,646	1,425 - 1,901
Endometriose	0,332213690708543	0,066	4,999	1,394	1,224 - 1,588
Exzision	-0,494219949608219	0,067	-7,389	0,610	0,535 - 0,695

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,495 % (Odds: 0,005)					
Risikofaktor	**Regressionskoeffizient**	**Std. - Fehler**	**Z-Wert**	**Odds-Ratio**	**95 %-Vertrauensbereich**
Voroperation im OP-Gebiet	0,324448580635226	0,059	5,494	1,383	1,232 - 1,553
Gynäkologisches Malignom	0,358638758607410	0,069	5,200	1,431	1,250 - 1,639
Interaktion: Voroperation im OP-Gebiet mit Adhäsiolyse	0,225862234332617	0,091	2,478	1,253	1,048 - 1,499

Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
31:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
32:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
33:M	Aufnahmeart	M	1 = Geburt in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Geburt in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde 3 = Geburt des Kindes vor Klinikaufnahme	AUFNAHMEART
71:K	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend	M	0 = nein 1 = ja	PAEDVOR

außer Kraft getreten.

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
75:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
95:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburts-datum - Errechne-ter Termin in Ta-gen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	318
Bezeichnung	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2022	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	Referenzbereich aus dem Jahr 2022
Erläuterung zum Stellungnahmever-fahren 2023	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Pädiater bei Geburt anwesend **Nenner** Alle lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsal-ter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen unter Ausschluss von Kin-dern, die vor Klinikaufnahme geboren wurden
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler (Formel)	PAEDVOR %==% 1

ie ist außer Kraft getreten.

Nenner (Formel)	TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(168,244) & AUFNAHMEART %!=% 3
Verwendete Funktionen	fn_Gestalter
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

Qualitätsziel	Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
68:K	Notsektio	K	0 = nein 1 = ja	NOTSECTIO
70:K	E-E-Zeit bei Not-sektio	K	in Minuten	EEZEIT

Eigenschaften und Berechnung

ID	1058
Bezeichnung	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	Sentinel Event
Referenzbereich 2022	Sentinel Event

Erläuterung zum Referenzbereich 2023	Referenzbereich aus dem Jahr 2022
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** E-E-Zeit > 20 min **Nenner** Alle Kinder, die per Notfallkaiserschnitt geboren wurden
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler (Formel)	EEZEIT %>% 20
Nenner (Formel)	NOTSECTIO %==% 1
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

Diese Richtlinie ist außer Kraft getreten.

50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittgeburt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
65:K	Geburtsmodus	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	ENTBINDMODUS
67:K	Kaiserschnittgeburt unter Antibiotika (Mutter)	K	0 = nein 1 = ja, prophylaktische Gabe 2 = ja, laufende antibiotische Therapie	ANTIBIOTSECTIO

Eigenschaften und Berechnung

ID	50045
Bezeichnung	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2022	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	Referenzbereich aus dem Jahr 2022
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Perioperative Antibiotikaprophylaxe **Nenner** Alle Geburten mit Kaiserschnitt
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	16/1:M
Zähler (Formel)	ANTIBIOTSECTIO %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	ENTBINDMODUS %any_like% LST$OPS_Sectio
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	OPS_Sectio
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

ie ist außer Kraft getreten.

51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Qualitätsziel	Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
31:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
32:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
40:M	Geburtsrisiko	K	s. Anhang: IndikGeburt	GEBRISIKO
75:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
81:K	APGAR	K	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	APGAR5
87:K	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	in mmol/l	BGNABELBEXC
88:K	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	-	BGNABELPH
93:K	Fehlbildungen	M	0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	CRIBFEHLBILD
95:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
96:K	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt	K	0 = nein 1 = ja	TOTVORAUFN
103.1:K	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	K	s. Anhang: EntlGrundK	ENTLGRUNDK
105:K	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage	K	0 = nein 1 = ja	TOD7TAGE
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	51803
Bezeichnung	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Logistische Regression (O/E)
Referenzbereich 2023	≤ 2,32
Referenzbereich 2022	≤ 2,32
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	Referenzbereich aus dem Jahr 2022
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Ebene 1: Verstorbene Kinder UND Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16

ist außer Kraft getr

	UND Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00) **Nenner** Ebene 1: Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind UND Ebene 2: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar UND Ebene 3: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess UND Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert **O (observed)** Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00) **E (expected)** Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind Für die Berechnung von O und E werden die zutreffenden Bedingungen der einzelnen Ebenen summiert. Ein Kind kann somit bis zu vier Mal im Zähler enthalten sein. Die Grundgesamtheit entspricht dagegen der Anzahl an Kindern, die jeweils in mindestens einer der vier Indexebenen eingehen.

ie ist außer Kraft getreten.

Teildatensatzbezug	16/1:K	
Zähler (Formel)	O_51803	
Nenner (Formel)	E_51803	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndexGesamt_51803_Z WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_Z %>% 0
	Nenner	1 WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-

ie ist außer Kraft getreten.

	Rechenregel	Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndexGesamt_51803_E WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0
	Nenner	1 WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex1_51803_E fn_GEBIndex1_51803_GG fn_GEBIndex1_51803_Z fn_GEBIndex2_51803_E fn_GEBIndex2_51803_GG fn_GEBIndex2_51803_Z fn_GEBIndex3_51803_E fn_GEBIndex3_51803_GG fn_GEBIndex3_51803_Z fn_GEBIndex4_51803_E fn_GEBIndex4_51803_GG fn_GEBIndex4_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_E fn_GEBIndexGesamt_51803_GG fn_GEBIndexGesamt_51803_Z	

ie ist außer Kraft getreten.

	fn_Gestalter fn_GestalterWochen
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

51808_51803 - Ebene 1: Verstorbene Kinder

ID	51808_51803	
Bezeichnung Ebene	Ebene 1: Verstorbene Kinder	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803	
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Kinder **Nenner** Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind **O (observed)** Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern **E (expected)** **Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803**	
Zähler (Formel)	O_51808_51803	
Nenner (Formel)	E_51808_51803	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51808_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51808_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern

e ist außer Kraft getreten.

	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex1_51803_Z
	Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51808_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51808_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex1_51803_E
	Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex1_51803_E fn_GEBIndex1_51803_GG fn_GEBIndex1_51803_Z fn_Gestalter fn_GestalterWochen	

e ist außer Kraft getreten.

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,016 % (Odds: 0,000)					
Risikofaktor	**Regressionskoeffizient**	**Std.-Fehler**	**Z-Wert**	**Odds-Ratio**	**95 %-Vertrauensbereich**
Konstante	-8,741219115372280	0,095	-91,533	-	-

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,016 % (Odds: 0,000)					
Risikofaktor	**Regressionskoeffi-zient**	**Std.-Fehler**	**Z-Wert**	**Odds-Ratio**	**95 %-Vertrauensbereich**
Gestationsalter 37 abge-schlossene SSW	0,710122396566268	0,194	3,658	2,034	1,390 - 2,976
Fehlbildung vorhanden	4,124600501154170	0,158	26,153	61,843	45,399 - 84,243

51813_51803 - Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5

ID	51813_51803	
Bezeichnung Ebene	Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803	
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 **Nenner** Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 **E (expected)** **Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803**	
Zähler (Formel)	O_51813_51803	
Nenner (Formel)	E_51813_51803	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51813_51803
	Bezug zu QS-Ergeb-nissen	51813_51803
	Bezug zum Verfah-ren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-

e ist außer Kraft getreten.

	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_Z
	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51813_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51813_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_E
	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex2_51803_E fn_GEBIndex2_51803_GG fn_GEBIndex2_51803_Z fn_Gestalter fn_GestalterWochen	

e ist außer Kraft getreten.

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,184 % (Odds: 0,002)					
Risikofaktor	**Regressionskoeffizient**	**Std. - Fehler**	**Z-Wert**	**Odds-Ratio**	**95 %-Vertrauensbereich**
Konstante	-6,296304790074080	0,029	-216,913	-	-
Gestationsalter 37 abgeschlossene SSW	0,427146023124653	0,080	5,321	1,533	1,310 - 1,794
Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung	0,602326918827803	0,144	4,186	1,826	1,378 - 2,421
Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall	1,606621135871970	0,453	3,544	4,986	2,051 - 12,123
Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung	2,778854067046700	0,134	20,754	16,101	12,384 - 20,932

51818_51803 - Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16

ID	51818_51803
Bezeichnung Ebene	Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit Base Excess unter -16 **Nenner** Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 **E (expected)** **Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803**
Zähler (Formel)	O_51818_51803
Nenner (Formel)	E_51818_51803

e ist außer Kraft

Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51818_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51818_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex3_51803_Z
	Nenner	fn_GEBIndex3_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51818_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51818_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex3_51803_E
	Nenner	fn_GEBIndex3_51803_GG
	Darstellung	-

e ist außer Kraft getreten.

	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex3_51803_E fn_GEBIndex3_51803_GG fn_GEBIndex3_51803_Z fn_Gestalter fn_GestalterWochen	

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,201 % (Odds: 0,002)					
Risikofaktor	**Regressionskoeffizient**	**Std. - Fehler**	**Z-Wert**	**Odds-Ratio**	**95 %-Vertrauensbereich**
Konstante	-6,207490210645980	0,036	-173,903	-	-
Gestationsalter 40 abgeschlossene SSW	0,376572683027642	0,053	7,123	1,457	1,314 - 1,616
Gestationsalter 41 abgeschlossene SSW	0,519498200510977	0,064	8,167	1,681	1,484 - 1,904
Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung	0,574033325260986	0,137	4,202	1,775	1,358 - 2,320
Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall	0,908635123385593	0,581	1,563	2,481	0,794 - 7,751
Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung	2,647809559960010	0,133	19,940	14,123	10,887 - 18,321

Richtl

51823_51803 - Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00)

ID	51823_51803
Bezeichnung Ebene	Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit Azidose (pH < 7,00) **Nenner** Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert

	O (observed) Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00) **E (expected)** **Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803**	
Zähler (Formel)	O_51823_51803	
Nenner (Formel)	E_51823_51803	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51823_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51823_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex4_51803_Z
	Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51823_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51823_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score

e ist außer Kraft getreten.

		für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex4_51803_E
	Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex4_51803_E fn_GEBIndex4_51803_GG fn_GEBIndex4_51803_Z fn_Gestalter fn_GestalterWochen	

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,167 % (Odds: 0,002)					
Risikofaktor	**Regressionskoeffizient**	**Std.-Fehler**	**Z-Wert**	**Odds-Ratio**	**95 %-Vertrauensbereich**
Konstante	-6,395145625335610	0,039	-164,543	-	-
Gestationsalter 40 abgeschlossene SSW	0,263975452491729	0,059	4,501	1,302	1,161 - 1,461
Gestationsalter 41 abgeschlossene SSW	0,518769964797240	0,069	7,549	1,680	1,468 - 1,922
Schwangerschafts-Risiko: Diabetes mellitus	0,488859060460810	0,222	2,201	1,630	1,055 - 2,520
Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung	0,886209664973184	0,128	6,948	2,426	1,889 - 3,115
Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall	2,062746647377880	0,364	5,669	7,868	3,856 - 16,052
Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung	3,258504728963050	0,111	29,370	26,011	20,927 - 32,329

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Poissontest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_oe_pvalue(o, e, t_smr, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

etreten.

Mammachirurgie (MC)

2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion bei DCIS

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
21:BRUST	Prätherapeutischer Befund: maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	PRAEICDO3
35:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
38:BRUST	Postoperativer Befund: maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
39:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
41:BRUST	pT	K	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
53:BRUST	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladissektion	AXLKENTFOMARK
54:BRUST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja	SLKBIOPSIE

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
58:B	Entlassungsdiag-nose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	2163
Bezeichnung	Primäre Axilladissektion bei DCIS
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	Sentinel Event
Referenzbereich 2022	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	Referenzbereich aus dem Jahr 2022
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“ und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dem den QS-Filter auslösenden ICD-Kode C44.59 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes) und dem den QS-Filter auslösenden OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)
Erläuterung der Rechenregel	Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2022 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2023 der ICD-Kode C44.59 oder der OPS-Kode 5-408.71 und keine weiteren den

Die ist außer Kraft getreten.

	QS-Filter des QS-Verfahrens Mammachirurgie auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Zähler (Formel)	AXLKENTFOMARK %==% 2 & SLKBIOPSIE %==% 0
Nenner (Formel)	ARTERKRANK %==% 1 & OPTHERAPIEENDE %==% 1 & fn_DCIS & fn_pTohneNeoadjuvanz & !fn_invasivesMammaCa_prae & fn_PlanQI_GG
Verwendete Funktionen	fn_DCIS fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen fn_invasivesMammaCa_prae fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen fn_PlanQI_GG fn_pTohneNeoadjuvanz
Verwendete Listen	ICD_O_3_DCIS ICD_O_3_InvasivesMammaCa QSF_MAM_ICD QSF_MAM_OPS
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

Bezeichnung Gruppe	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
32:O	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie 3 = ja, durch MRT 4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	PRAEOPMARKIERUNG
33:O	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie	K	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiografie 2 = ja, intraoperative Präparatesonografie	RADIOSONOGRAPHIE
35:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
58:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	52279
Bezeichnung	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2022	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	Referenzbereich aus dem Jahr 2022
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie **Nenner**

ie ist außer Kraft

	Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.59 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)
Erläuterung der Rechenregel	Aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien (OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie). Nicht aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien, wenn sie in Kombination mit einer brusterhaltenden Operation (OPS-Kode aus der Liste OPS_BET UND OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie) stattfinden. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2022 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2023 der ICD-Kode C44.59 oder der OPS-Kode 5-408.71 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Mammachirurgie auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	18/1:O
Zähler (Formel)	RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	PRAEOPMARKIERUNG %==% 2 & (!(OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_Mastektomie) \| (OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_Mastektomie & OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_BET)) & fn_PlanQI_GG
Verwendete Funktionen	fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen fn_PlanQI_GG
Verwendete Listen	OPS_BET OPS_Mastektomie QSF_MAM_ICD QSF_MAM_OPS
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

Diese ist außer Kraft getreten.

52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2023

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
32:O	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie 3 = ja, durch MRT 4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	PRAEOPMARKIERUNG
33:O	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie	K	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiografie 2 = ja, intraoperative Präparatesonografie	RADIOSONOGRAPHIE
35:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
58:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	52330
Bezeichnung	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2022	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	Referenzbereich aus dem Jahr 2022
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-

Rechenregeln	**Zähler** Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie **Nenner** Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.59 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)
Erläuterung der Rechenregel	Aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien (OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie). Nicht aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien, wenn sie in Kombination mit einer brusterhaltenden Operation (OPS-Kode aus der Liste OPS_BET UND OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie) stattfinden. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2022 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2023 der ICD-Kode C44.59 oder der OPS-Kode 5-408.71 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Mammachirurgie auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	18/1:O
Zähler (Formel)	RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	PRAEOPMARKIERUNG %==% 1 & (!(OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_Mastektomie) \| (OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_Mastektomie & OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_BET)) & fn_PlanQI_GG
Verwendete Funktionen	fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen fn_PlanQI_GG
Verwendete Listen	OPS_BET OPS_Mastektomie QSF_MAM_ICD QSF_MAM_OPS
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%

ie ist außer Kraft getreten.

Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Schlüssel: HistolOpGyn	
01	Adnexe: Normalbefund
02	Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste
03	Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste)
04	Adnexe: Dermoid (z.B. benignes Teratom)
05	Adnexe: Endometriose
06	Adnexe: andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)
07	Adnexe: Entzündung
08	Adnexe: Extrauteringravidität
09	Adnexe: Stieldrehung
10	Adnexe: Borderline-Veränderungen
11	Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome
19	Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 02 - 11 nicht erfasst sind
20	Cervix uteri: Ektopie
21	Cervix uteri: Dysplasie
22	Cervix uteri: Carcinoma in situ
23	Cervix uteri: invasives Karzinom la
24	Cervix uteri: invasives Karzinom > la
28	Cervix uteri: histologisch Normalbefund
29	Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind
30	Corpus uteri: Myom
31	Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive
38	Corpus uteri: histologisch Normalbefund
39	Corpus uteri: Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind
70	Vagina/Vulva: entzündliche Veränderung
71	Vagina/Vulva: benigne Neoplasien

Schlüssel: HistolOpGyn	
72	Vagina/Vulva: maligne Neoplasien
78	Vagina/Vulva: histologisch Normalbefund
79	Vagina/Vulva: Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 - 72 nicht erfasst sind
80	Endometriose anderer Lokalisationen
81	Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen

Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

Schlüssel: BefMPass	
1	Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)
2	frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)
3	Blutungs-/Thromboseneigung
4	Allergie
5	frühere Bluttransfusionen
6	besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche)
7	besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme)
8	Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.)
9	Diabetes mellitus
10	Adipositas
11	Kleinwuchs
12	Skelettanomalien
13	Schwangere unter 18 Jahre
14	Schwangere über 35 Jahre
15	Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)
16	Z. n. Sterilitätsbehandlung
17	Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen)
18	Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g)
19	Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen
20	Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese
21	Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen
22	Komplikationen post partum

Schlüssel: BefMPass	
23	Z. n. Sectio caesarea
24	Z. n. anderen Uterusoperationen
25	rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)
26	sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde
27	behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen
28	Dauermedikation
29	Abusus
30	besondere psychische Belastung
31	besondere soziale Belastung
32	Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen
33	Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr
34	Placenta praevia
35	Mehrlingsschwangerschaft
36	Hydramnion
37	Oligohydramnie
38	Terminunklarheit
39	Placentainsuffizienz
40	Isthmozervikale Insuffizienz
41	vorzeitige Wehentätigkeit
42	Anämie
43	Harnwegsinfektion
44	indirekter Coombstest positiv
45	Risiko aus anderen serologischen Befunden
46	Hypertonie (Blutdruck über 140/90)
47	Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr
48	Mittelgradige - schwere Ödeme
49	Hypotonie
50	Gestationsdiabetes
51	Lageanomalie
52	sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf
53	Hyperemesis

Schlüssel: BefMPass	
54	Z. n. HELLP-Syndrom
55	Z. n. Eklampsie
56	Z. n. Hypertonie

Schlüssel: EntlGrundK	
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
12	interne Verlegung
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
30	Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege

Schlüssel: IndikGeburt	
60	vorzeitiger Blasensprung
61	Übertragung des Termins
62	Fehlbildung
63	Frühgeburt
64	Mehrlingsschwangerschaft

Schlüssel: IndikGeburt	
65	Plazentainsuffizienz
66	hypertensive Schwangerschaftserkrankung
67	Rh-Inkompatibilität
68	Diabetes mellitus
69	Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen
70	Placenta praevia
71	vorzeitige Plazentalösung
72	sonstige uterine Blutungen
73	Amnioninfektionssyndrom
74	Fieber unter der Geburt
75	mütterliche Erkrankung
76	mangelnde Kooperation der Mutter
77	pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne
78	grünes Fruchtwasser
79	Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)
80	Nabelschnurvorfall
81	sonstige Nabelschnurkomplikationen
82	protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode
83	protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode
84	absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken
85	Uterusruptur
86	Querlage/Schräglage
87	Beckenendlage
88	hintere Hinterhauptslage
89	Vorderhauptslage
90	Gesichtslage/Stirnlage
91	tiefer Querstand
92	hoher Geradstand
93	sonstige regelwidrige Schädellagen
94	sonstige
95	HELLP-Syndrom

Schlüssel: IndikGeburt	
96	intrauteriner Fruchttod
97	pathologischer Dopplerbefund
98	Schulterdystokie

Mammachirurgie (MC)

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8010/3	Karzinom o.n.A.
8010/6	Karzinom, Metastase o.n.A.
8013/3	Großzelliges neuroendokrines Karzinom
8013/6	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, Metastase
8013/9	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8022/3	Pleomorphes Karzinom
8022/6	Pleomorphes Karzinom, Metastase
8022/9	Pleomorphes Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8032/3	Spindelzellkarzinom o.n.A.
8035/3	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen
8035/6	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, Metastase
8035/9	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8041/3	Kleinzelliges Karzinom o.n.A.
8041/6	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., Metastase
8041/9	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A.
8070/6	Plattenepithelkarzinom-Metastase o.n.A.
8070/9	Plattenepithelkarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8140/6	Adenokarzinom-Metastase o.n.A.
8140/9	Adenokarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8200/3	Adenoid-zystisches Karzinom
8200/6	Adenoid-zystisches Karzinom, Metastase
8200/9	Adenoid-zystisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8201/3	Kribriformes Karzinom o.n.A.

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8201/6	Kribriformes Karzinom o.n.A., Metastase
8201/9	Kribriformes Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8211/3	Tubuläres Adenokarzinom
8211/6	Tubuläres Adenokarzinom, Metastase
8211/9	Tubuläres Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8246/3	Neuroendokrines Karzinom o.n.A.
8249/3	Atypischer Karzinoidtumor
8249/6	Atypischer Karzinoidtumor, Metastase
8249/9	Atypischer Karzinoidtumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8265/3	Mikropapilläres Karzinom o.n.A.
8265/6	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., Metastase
8265/9	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8290/3	Onkozytäres Karzinom
8290/6	Onkozytäres Karzinom, Metastase
8290/9	Onkozytäres Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8314/3	Lipidreiches Karzinom
8314/6	Lipidreiches Karzinom, Metastase
8314/9	Lipidreiches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8315/3	Glykogenreiches Karzinom
8315/6	Glykogenreiches Karzinom, Metastase
8315/9	Glykogenreiches Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8401/3	Apokrines Adenokarzinom
8401/6	Apokrines Adenokarzinom, Metastase
8401/9	Apokrines Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8410/3	Talgdrüsenadenokarzinom
8410/6	Talgdrüsenadenokarzinom, Metastase
8410/9	Talgdrüsenadenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8430/3	Mukoepidermoid-Karzinom
8430/6	Mukoepidermoid-Karzinom, Metastase
8430/9	Mukoepidermoid-Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8480/3	Muzinöses Adenokarzinom

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8480/6	Muzinöses Adenokarzinom, Metastase
8480/9	Muzinöses Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8490/3	Siegelringzellkarzinom
8490/6	Metastase eines Siegelringzellkarzinomes
8490/9	Siegelringzellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8500/2	Duktales Carcinoma in situ o.n.A.
8500/3	Invasives duktales Karzinom o.n.A.
8500/6	Invasives duktales Karzinom o.n.A., Metastase
8500/9	Invasives duktales Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8502/3	Sekretorisches Mammakarzinom
8502/6	Sekretorisches Mammakarzinom, Metastase
8502/9	Sekretorisches Mammakarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8503/2	Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom
8503/3	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion
8503/6	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, Metastase
8503/9	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8504/2	Nichtinvasives intrazystisches Karzinom
8504/3	Intrazystisches Karzinom o. n. A. , intrazystisches papilläres Adenokarzinom
8507/2	Intraduktales mikropapilläres Karzinom
8507/3	Invasives mikropapilläres Mammakarzinom
8509/2	Solides papilläres Carcinoma in situ
8509/3	Solides papilläres Karzinom mit Invasion
8510/3	Medulläres Karzinom o.n.A.
8510/6	Medulläres Karzinom o.n.A., Metastase
8510/9	Medulläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8519/2	Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ
8520/2	Lobuläres Carcinoma in situ o.n.A.
8520/3	Lobuläres Karzinom o.n.A.
8520/6	Lobuläres Karzinom o.n.A., Metastase
8520/9	Lobuläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8522/3	Invasives duktales und lobuläres Karzinom

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8522/6	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, Metastase
8522/9	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8523/3	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8523/6	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8523/9	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8524/3	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8524/6	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8524/9	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8530/3	Inflammatorisches Karzinom
8530/6	Inflammatorisches Karzinom, Metastase
8530/9	Inflammatorisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8540/3	M. Paget der Brust
8541/3	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom
8541/6	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, Metastase
8541/9	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8543/3	M. Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom
8550/3	Azinuszellkarzinom
8550/6	Azinuszellkarzinom, Metastase
8550/9	Azinuszellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8560/3	Adenosquamöses Karzinom
8560/6	Adenosquamöses Karzinom, Metastase
8560/9	Adenosquamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8571/3	Adenokarzinom mit Knorpel- und Knochenmetaplasie
8572/3	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie
8572/6	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, Metastase
8572/9	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8574/3	Adenokarzinom mit neuroendokriner Differenzierung
8575/3	Metaplastisches Karzinom o.n.A.
8575/6	Metaplastisches Karzinom o.n.A., Metastase

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8575/9	Metaplastisches Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8800/3	Sarkom o.n.A.
8800/6	Sarkom o.n.A., Metastase
8800/9	Sarkomatose o.n.A.
8802/3	Riesenzellsarkom
8830/3	Malignes fibröses Histiozytom
8850/3	Liposarkom o.n.A.
8850/6	Liposarkom o.n.A., Metastase
8850/9	Liposarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8890/3	Leiomyosarkom o.n.A.
8890/6	Leiomyosarkom o.n.A., Metastase
8890/9	Leiomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8982/3	Malignes Myoepitheliom
8982/6	Malignes Myoepitheliom, Metastase
8982/9	Malignes Myoepitheliom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9020/1	Phylloides-Tumor mit Borderline-Malignität
9020/3	Maligner Phylloides-Tumor
9020/6	Maligner Phylloides-Tumor, Metastase
9020/9	Maligner Phylloides-Tumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9120/3	Hämangiosarkom
9120/6	Hämangiosarkom, Metastase
9120/9	Hämangiosarkom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9180/3	Osteosarkom o.n.A.
9180/6	Osteosarkom o.n.A., Metastase
9180/9	Osteosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9590/3	Malignes Lymphom o.n.A.
9680/3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom o.n.A.
9687/3	Burkitt-Lymphom o.n.A.
9690/3	Follikuläres Lymphom o.n.A.
9699/3	Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A.

Schlüssel: pTMamma	
pT0	pT0
pT1	pT1
pT1a	pT1a
pT1b	pT1b
pT1c	pT1c
pT1mic	pT1mic
pT2	pT2
pT3	pT3
pT4a	pT4a
pT4b	pT4b
pT4c	pT4c
pT4d	pT4d
pTX	pTX
pTis	pTis
ypT0	ypT0
ypT1	ypT1
ypT1a	ypT1a
ypT1b	ypT1b
ypT1c	ypT1c
ypT1mic	ypT1mic
ypT2	ypT2
ypT3	ypT3
ypT4a	ypT4a
ypT4b	ypT4b
ypT4c	ypT4c
ypT4d	ypT4d
ypTX	ypTX
ypTis	ypTis

Anhang II: Listen

Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_GynCAOvar	ICD	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Mammakarzinom)	C50%
ICD_GynCARisiko	ICD	Risikofaktoren für Bösartige Neubildungen	Z40.00%, Z40.01%, Z85.3%
ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum	ICD	Endometriose an Darm, Uterus oder Septum rectovaginale und der Vagina	N80.0%, N80.4%, N80.5%
ICD_GynMalignom	ICD	Malignom	C48%, C53%, C54%, C55%, C56%
ICD_GynTranssex	ICD	Diagnose Transsexualismus	F64.0%
OPS_GYN_Adhaesiolyse	OPS	Adhäsiolyse an Darm, Peritoneum oder Ovar	5-469.11%, 5-469.20%, 5-469.21%, 5-469.22%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.73%
OPS_GYN_Exzision	OPS	Exzisionsbiopsie oder Exzision einer Ovarialzyste	5-651.82%, 5-651.92%
OPS_GynLapOP	OPS	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang	5-650.4%, 5-650.5%, 5-651.82%, 5-651.83%, 5-651.92%, 5-651.93%, 5-651.a2%, 5-651.a3%, 5-651.b2%, 5-651.b3%, 5-651.x2%, 5-651.x3%, 5-652.42%, 5-652.43%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-653.22%, 5-653.23%, 5-653.32%, 5-653.33%, 5-656.82%, 5-656.83%, 5-656.92%, 5-656.93%, 5-656.a2%, 5-656.a3%, 5-656.b2%, 5-656.b3%, 5-656.x2%, 5-656.x3%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.72%, 5-657.73%, 5-657.82%, 5-657.83%, 5-657.92%, 5-657.93%, 5-657.x2%, 5-657.x3%, 5-659.22%, 5-659.23%, 5-659.x2%, 5-659.x3%, 5-660.4%, 5-660.5%, 5-661.42%, 5-661.43%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-661.52%, 5-661.53%, 5-661.62%, 5-661.63%, 5-663.02%, 5-663.03%, 5-663.12%, 5-663.13%, 5-663.22%, 5-663.23%, 5-663.32%, 5-663.33%, 5-663.42%, 5-663.43%, 5-663.52%, 5-663.53%, 5-663.x2%, 5-663.x3%, 5-665.42%, 5-665.43%, 5-665.52%, 5-665.53%, 5-665.x2%, 5-665.x3%, 5-666.82%, 5-666.83%, 5-666.92%, 5-666.93%, 5-666.a2%, 5-666.a3%, 5-666.b2%, 5-666.b3%, 5-666.x2%, 5-666.x3%, 5-683.13%, 5-683.14%, 5-683.23%, 5-683.24%, 5-744.02%, 5-744.03%, 5-744.12%, 5-744.13%, 5-744.22%, 5-744.23%, 5-744.32%, 5-744.33%, 5-744.42%, 5-744.43%
OPS_GynLapOP_EX	OPS	Ausschlusskriterien zur Definition von Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang	5-650.2%, 5-650.3%, 5-650.6%, 5-650.7%, 5-650.x%, 5-650.y%, 5-651.80%, 5-651.81%, 5-651.84%, 5-651.85%, 5-651.8x%, 5-651.90%, 5-651.91%, 5-651.94%, 5-651.95%, 5-651.9x%, 5-651.a0%, 5-651.a1%, 5-651.a4%, 5-651.a5%, 5-651.ax%, 5-651.b0%, 5-651.b1%, 5-651.b4%, 5-651.b5%, 5-651.bx%, 5-651.x0%, 5-651.x1%, 5-651.x4%, 5-651.x5%, 5-651.xx%, 5-651.y%, 5-652.40%, 5-652.41%, 5-652.44%, 5-652.45%, 5-652.4x%, 5-652.50%, 5-652.51%, 5-652.54%, 5-652.55%, 5-652.5x%, 5-652.60%, 5-652.61%, 5-652.64%, 5-652.65%, 5-652.6x%, 5-652.y%, 5-653.20%, 5-653.21%, 5-653.24%, 5-653.25%, 5-653.2x%, 5-653.30%, 5-653.31%, 5-653.34%, 5-653.35%, 5-653.3x%, 5-653.y%, 5-656.90%, 5-656.91%, 5-656.94%, 5-656.95%, 5-656.9x%, 5-656.a0%, 5-656.a1%, 5-656.a4%, 5-656.a5%, 5-656.ax%, 5-656.b0%, 5-656.b1%, 5-656.b4%, 5-656.b5%, 5-656.bx%, 5-656.x0%, 5-656.x1%, 5-656.x4%, 5-656.x5%, 5-656.xx%, 5-656.y%, 5-657.60%, 5-657.61%, 5-657.64%, 5-657.65%, 5-657.6x%, 5-657.70%, 5-657.71%, 5-657.74%, 5-657.75%, 5-657.7x%, 5-657.80%, 5-657.81%, 5-657.84%, 5-657.85%, 5-657.8x%, 5-657.90%, 5-657.91%, 5-657.94%, 5-657.95%, 5-657.9x%, 5-657.x0%, 5-657.x1%, 5-657.x4%, 5-657.x5%, 5-657.xx%, 5-657.y%, 5-658.6%, 5-658.7%, 5-658.8%, 5-658.9%, 5-658.x%, 5-658.y%, 5-659.20%, 5-659.21%, 5-659.24%, 5-659.25%, 5-659.2x%, 5-659.x0%, 5-659.x1%, 5-659.x4%, 5-659.x5%, 5-659.xx%, 5-659.y%, 5-660.2%, 5-660.3%, 5-660.6%, 5-660.7%, 5-660.x%, 5-660.y%, 5-661.40%, 5-661.41%, 5-661.44%, 5-661.45%, 5-661.4x%, 5-661.50%, 5-661.51%, 5-661.54%, 5-661.55%, 5-661.5x%, 5-661.60%, 5-661.61%, 5-661.64%, 5-661.65%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-661.6x%, 5-661.y%, 5-663.00%, 5-663.01%, 5-663.04%, 5-663.05%, 5-663.0x%, 5-663.10%, 5-663.11%, 5-663.14%, 5-663.15%, 5-663.1x%, 5-663.20%, 5-663.21%, 5-663.24%, 5-663.25%, 5-663.2x%, 5-663.30%, 5-663.31%, 5-663.34%, 5-663.35%, 5-663.3x%, 5-663.40%, 5-663.41%, 5-663.44%, 5-663.45%, 5-663.4x%, 5-663.50%, 5-663.51%, 5-663.54%, 5-663.55%, 5-663.5x%, 5-663.x0%, 5-663.x1%, 5-663.x4%, 5-663.x5%, 5-663.xx%, 5-663.y%, 5-665.40%, 5-665.41%, 5-665.44%, 5-665.45%, 5-665.4x%, 5-665.50%, 5-665.51%, 5-665.54%, 5-665.55%, 5-665.5x%, 5-665.x0%, 5-665.x1%, 5-665.x4%, 5-665.x5%, 5-665.xx%, 5-665.y%, 5-666.80%, 5-666.81%, 5-666.84%, 5-666.85%, 5-666.8x%, 5-666.90%, 5-666.91%, 5-666.94%, 5-666.95%, 5-666.9x%, 5-666.a0%, 5-666.a1%, 5-666.a4%, 5-666.a5%, 5-666.ax%, 5-666.b0%, 5-666.b1%, 5-666.b4%, 5-666.b5%, 5-666.bx%, 5-666.x0%, 5-666.x1%, 5-666.x4%, 5-666.x5%, 5-666.xx%, 5-666.y%, 5-669%, 5-682.00%, 5-682.01%, 5-682.04%, 5-682.05%, 5-682.0x%, 5-682.1%, 5-682.10%, 5-682.11%, 5-682.14%, 5-682.15%, 5-682.1x%, 5-682.20%, 5-682.2x%, 5-682.x%, 5-682.x0%, 5-682.x1%, 5-682.x4%, 5-682.x5%, 5-682.xx%, 5-682.y%, 5-683.00%, 5-683.01%, 5-683.02%, 5-683.05%, 5-683.0x%, 5-683.10%, 5-683.11%, 5-683.12%, 5-683.15%, 5-683.1x%, 5-683.20%, 5-683.21%, 5-683.22%, 5-683.25%, 5-683.2x%, 5-683.x0%, 5-683.x1%, 5-683.x2%, 5-683.x5%, 5-683.xx%, 5-683.y%, 5-684.0%, 5-684.1%, 5-684.2%, 5-684.3%, 5-684.x%, 5-684.y%, 5-685.00%, 5-685.01%, 5-685.02%, 5-685.03%, 5-685.0x%, 5-685.1%, 5-685.2%, 5-685.3%, 5-685.40%, 5-685.41%, 5-685.42%, 5-685.43%, 5-685.4x%, 5-685.x%, 5-685.y%, 5-686.00%, 5-686.01%, 5-686.02%, 5-686.03%, 5-686.0x%, 5-686.1%, 5-686.2%, 5-686.3%, 5-686.x%, 5-686.y%, 5-687.0%, 5-687.1%, 5-687.2%, 5-687.30%, 5-687.31%, 5-687.3x%, 5-687.y%, 5-689.00%, 5-689.01%, 5-689.02%, 5-689.05%, 5-689.0x%, 5-689.x%, 5-689.y%, 5-744.00%, 5-744.01%, 5-744.04%, 5-744.05%, 5-744.0x%, 5-744.10%, 5-744.11%, 5-744.14%, 5-744.15%, 5-744.1x%, 5-744.20%, 5-744.21%, 5-744.24%, 5-744.25%, 5-744.2x%, 5-744.30%, 5-744.31%, 5-744.34%, 5-744.35%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-744.3x%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.4x%
OPS_GynOvarOP	OPS	Geweberesezierende Operation am Ovar	5-651.8%, 5-651.9%, 5-652%, 5-653%, 5-659.2%
OPS_GynOvarOP_EX	OPS	Ausschluss Ovariektomie und Salpingoovariektomie	5-652%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativ	OPS	Isolierte ablative Operation am Ovar	5-652.4%, 5-652.6%, 5-652.y%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativZusatz	OPS	Zusätzlich zu der isolierten ablativen Operation am Ovar erlaubte Kodes, die keinen Ausschluss aus der Betrachtung des Indikators zur Folge haben.	1%, 3%, 5-540%, 5-541.0%, 5-541.1%, 5-541.2%, 5-541.3%, 5-542%, 5-651.a%, 5-651.b%, 5-651.x%, 5-651.y%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
OPS_GynOvarOPZusatz	OPS	Zusätzlich zu der geweberesezierenden Operation am Ovar oder Tuba uterina erlaubte Kodes, die keinen Ausschluss aus der Betrachtung des Indikators zur Folge haben.	1%, 3%, 5-540%, 5-541.0%, 5-541.1%, 5-541.2%, 5-541.3%, 5-542%, 5-651.a%, 5-651.b%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
QSF_GYN_OPS	OPS	Alle QS-Filter auslösende Kodes	5-650.2%, 5-650.3%, 5-650.4%, 5-650.5%, 5-650.6%, 5-650.7%, 5-650.x%, 5-650.y%, 5-651.80%, 5-651.81%, 5-651.82%, 5-651.83%, 5-651.84%, 5-651.85%, 5-651.8x%, 5-651.90%, 5-651.91%, 5-651.92%, 5-651.93%, 5-651.94%, 5-651.95%, 5-651.9x%, 5-651.a0%, 5-651.a1%, 5-651.a2%, 5-651.a3%, 5-651.a4%, 5-651.a5%, 5-651.ax%, 5-651.b0%, 5-651.b1%, 5-651.b2%, 5-651.b3%, 5-651.b4%, 5-651.b5%, 5-651.bx%, 5-651.x0%, 5-651.x1%, 5-651.x2%, 5-651.x3%, 5-651.x4%, 5-651.x5%, 5-651.xx%, 5-651.y%, 5-652.40%, 5-652.41%, 5-652.42%, 5-652.43%, 5-652.44%, 5-652.45%, 5-652.4x%, 5-652.50%, 5-652.51%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.54%, 5-652.55%, 5-652.5x%, 5-652.60%, 5-652.61%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-652.64%, 5-652.65%, 5-652.6x%, 5-652.y%, 5-653.20%, 5-653.21%, 5-653.22%, 5-653.23%, 5-653.24%, 5-653.25%, 5-653.2x%, 5-653.30%, 5-653.31%, 5-653.32%, 5-653.33%, 5-653.34%, 5-653.35%, 5-653.3x%, 5-653.y%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-656.80%, 5-656.81%, 5-656.82%, 5-656.83%, 5-656.84%, 5-656.85%, 5-656.8x%, 5-656.90%, 5-656.91%, 5-656.92%, 5-656.93%, 5-656.94%, 5-656.95%, 5-656.9x%, 5-656.a0%, 5-656.a1%, 5-656.a2%, 5-656.a3%, 5-656.a4%, 5-656.a5%, 5-656.ax%, 5-656.x0%, 5-656.x1%, 5-656.x2%, 5-656.x3%, 5-656.x4%, 5-656.x5%, 5-656.xx%, 5-656.y%, 5-657.60%, 5-657.61%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.64%, 5-657.65%, 5-657.6x%, 5-657.70%, 5-657.71%, 5-657.72%, 5-657.73%, 5-657.74%, 5-657.75%, 5-657.7x%, 5-657.80%, 5-657.81%, 5-657.82%, 5-657.83%, 5-657.84%, 5-657.85%, 5-657.8x%, 5-657.90%, 5-657.91%, 5-657.92%, 5-657.93%, 5-657.94%, 5-657.95%, 5-657.9x%, 5-657.x0%, 5-657.x1%, 5-657.x2%, 5-657.x3%, 5-657.x4%, 5-657.x5%, 5-657.xx%, 5-657.y%, 5-658.6%, 5-658.7%, 5-658.8%, 5-658.9%, 5-658.x%, 5-658.y%, 5-659.20%, 5-659.21%, 5-659.22%, 5-659.23%, 5-659.24%, 5-659.25%, 5-659.2x%, 5-659.x0%, 5-659.x1%, 5-659.x2%, 5-659.x3%, 5-659.x4%, 5-659.x5%, 5-659.xx%, 5-659.y%, 5-660.2%, 5-660.3%, 5-660.4%, 5-660.5%, 5-660.6%, 5-660.7%, 5-660.x%, 5-660.y%, 5-661.40%, 5-661.41%, 5-661.42%, 5-661.43%, 5-661.44%, 5-661.45%, 5-661.4x%, 5-661.50%, 5-661.51%, 5-661.52%, 5-661.53%, 5-661.54%, 5-661.55%, 5-661.5x%, 5-661.60%, 5-661.61%, 5-661.62%, 5-661.63%, 5-661.64%, 5-661.65%, 5-661.6x%, 5-661.y%, 5-663.00%, 5-663.01%, 5-663.02%, 5-663.03%, 5-663.04%, 5-663.05%, 5-663.0x%, 5-663.10%, 5-663.11%, 5-663.12%, 5-663.13%, 5-663.14%, 5-663.15%, 5-663.1x%, 5-663.20%, 5-663.21%, 5-663.22%, 5-663.23%, 5-663.24%, 5-663.25%, 5-663.2x%, 5-663.30%, 5-663.31%, 5-663.32%, 5-663.33%, 5-663.34%, 5-663.35%, 5-663.3x%, 5-663.40%, 5-663.41%, 5-663.42%, 5-663.43%, 5-663.44%, 5-663.45%, 5-663.4x%, 5-663.50%, 5-663.51%, 5-663.52%, 5-663.53%, 5-663.54%, 5-663.55%, 5-663.5x%, 5-663.x0%, 5-663.x1%, 5-663.x2%, 5-663.x3%, 5-663.x4%, 5-663.x5%, 5-663.xx%, 5-663.y%, 5-665.40%, 5-665.41%, 5-665.42%, 5-665.43%, 5-665.44%, 5-665.45%, 5-665.4x%, 5-665.50%, 5-665.51%, 5-665.52%, 5-665.53%, 5-665.54%, 5-665.55%, 5-665.5x%, 5-665.x0%, 5-665.x1%, 5-665.x2%, 5-665.x3%, 5-665.x4%, 5-665.x5%, 5-665.xx%, 5-665.y%, 5-666.80%, 5-666.81%, 5-666.82%, 5-666.83%, 5-666.84%, 5-666.85%, 5-666.8x%, 5-666.90%, 5-666.91%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-666.92%, 5-666.93%, 5-666.94%, 5-666.95%, 5-666.9x%, 5-666.a0%, 5-666.a1%, 5-666.a2%, 5-666.a3%, 5-666.a4%, 5-666.a5%, 5-666.ax%, 5-666.b0%, 5-666.b1%, 5-666.b2%, 5-666.b3%, 5-666.b4%, 5-666.b5%, 5-666.bx%, 5-666.x0%, 5-666.x1%, 5-666.x2%, 5-666.x3%, 5-666.x4%, 5-666.x5%, 5-666.xx%, 5-666.y%, 5-667.0%, 5-667.1%, 5-667.2%, 5-667.x%, 5-667.y%, 5-669%, 5-683.10%, 5-683.11%, 5-683.12%, 5-683.13%, 5-683.14%, 5-683.15%, 5-683.1x%, 5-683.20%, 5-683.21%, 5-683.22%, 5-683.23%, 5-683.24%, 5-683.25%, 5-683.2x%, 5-683.6%, 5-683.7%, 5-687.0%, 5-687.1%, 5-687.2%, 5-687.30%, 5-687.31%, 5-687.3x%, 5-687.y%, 5-689.x%, 5-689.y%, 5-744.00%, 5-744.01%, 5-744.02%, 5-744.03%, 5-744.04%, 5-744.05%, 5-744.0x%, 5-744.10%, 5-744.11%, 5-744.12%, 5-744.13%, 5-744.14%, 5-744.15%, 5-744.1x%, 5-744.20%, 5-744.21%, 5-744.22%, 5-744.23%, 5-744.24%, 5-744.25%, 5-744.2x%, 5-744.30%, 5-744.31%, 5-744.32%, 5-744.33%, 5-744.34%, 5-744.35%, 5-744.3x%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.42%, 5-744.43%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.4x%

Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
OPS_Sectio	OPS	Sectio (primär, sekundär, n.n.bez)	5-740.0%, 5-740.1%, 5-740.y%, 5-741.0%, 5-741.1%, 5-741.2%, 5-741.3%, 5-741.4%, 5-741.5%, 5-741.x%, 5-741.y%, 5-742.0%, 5-742.1%, 5-742.y%, 5-749.0%, 5-749.10%, 5-749.11%, 5-749.x%, 5-749.y%

Mammachirurgie (MC)

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_O_3_DCIS	ICD-O-3	DCIS (Ductal Carcinoma in Situ)	8500/2, 8503/2, 8504/2, 8507/2, 8509/2, 8540/3, 8543/3

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_O_3_InvasivesMammaCa	ICD-O-3	Invasives Mammakarzinom	8010/3, 8010/6, 8010/9, 8013/3, 8013/6, 8013/9, 8022/3, 8022/6, 8022/9, 8035/3, 8035/6, 8035/9, 8041/3, 8041/6, 8041/9, 8070/3, 8070/6, 8070/9, 8140/6, 8140/9, 8200/3, 8200/6, 8200/9, 8201/3, 8201/6, 8201/9, 8211/3, 8211/6, 8211/9, 8246/3, 8249/3, 8249/6, 8249/9, 8265/3, 8265/6, 8265/9, 8290/3, 8290/6, 8290/9, 8314/3, 8314/6, 8314/9, 8315/3, 8315/6, 8315/9, 8401/3, 8401/6, 8401/9, 8410/3, 8410/6, 8410/9, 8430/3, 8430/6, 8430/9, 8480/3, 8480/6, 8480/9, 8490/3, 8490/6, 8490/9, 8500/3, 8500/6, 8500/9, 8502/3, 8502/6, 8502/9, 8503/3, 8503/6, 8503/9, 8504/3, 8507/3, 8509/3, 8510/3, 8510/6, 8510/9, 8519/2, 8520/3, 8520/6, 8520/9, 8522/3, 8522/6, 8522/9, 8523/3, 8523/6, 8523/9, 8524/3, 8524/6, 8524/9, 8530/3, 8530/6, 8530/9, 8541/3, 8541/6, 8541/9, 8550/3, 8550/6, 8550/9, 8560/3, 8560/6, 8560/9, 8571/3, 8572/3, 8572/6, 8572/9, 8574/3, 8575/3, 8575/6, 8575/9, 8982/3, 8982/6, 8982/9
OPS_BET	OPS	Brusterhaltende Operationen	5-870.20%, 5-870.21%, 5-870.60%, 5-870.61%, 5-870.90%, 5-870.91%, 5-870.a0%, 5-870.a1%, 5-870.a2%, 5-870.a3%, 5-870.a4%, 5-870.a5%, 5-870.a6%, 5-870.a7%, 5-870.ax%, 5-870.x%, 5-870.y%
OPS_Mastektomie	OPS	Mastektomie	5-872.0%, 5-872.1%, 5-872.x%, 5-872.y%, 5-874.0%, 5-874.1%, 5-874.2%, 5-874.4%, 5-874.5%, 5-874.6%, 5-874.7%, 5-874.8%, 5-874.x%, 5-874.y%, 5-877.0%, 5-877.10%, 5-877.11%, 5-877.12%, 5-877.1x%, 5-877.20%, 5-877.21%, 5-877.22%, 5-877.2x%, 5-877.x%, 5-877.y%
QSF_MAM_ICD	ICD	Alle QS-Filter auslösende Kodes	C44.59%, C50.0%, C50.1%, C50.2%, C50.3%, C50.4%, C50.5%, C50.6%, C50.8%, C50.9%, C76.1%, D04.5%, D05.0%, D05.1%, D05.7%, D05.9%, D17.1%, D24%, D48.6%, N60.0%, N60.1%, N60.2%, N60.3%, N60.4%, N60.8%, N60.9%, N63%, N64.3%, N64.5%
QSF_MAM_OPS	OPS	Alle QS-Filter auslösende Kodes	1-586.1%, 1-586.2%, 1-589.0%, 5-401.10%, 5-401.11%, 5-401.12%, 5-401.13%, 5-401.1x%, 5-402.10%, 5-402.11%, 5-402.12%, 5-402.13%, 5-402.1x%, 5-404.00%, 5-404.01%, 5-404.02%, 5-404.03%, 5-404.0x%, 5-406.10%, 5-406.11%, 5-406.12%, 5-406.13%, 5-406.1x%, 5-407.00%, 5-407.01%, 5-407.02%, 5-407.03%, 5-407.0x%, 5-408.71%, 5-870.20%, 5-870.21%, 5-870.60%, 5-870.61%, 5-870.90%, 5-870.91%, 5-870.a0%, 5-870.a1%, 5-870.a2%, 5-870.a3%, 5-870.a4%, 5-870.a5%, 5-870.a6%, 5-870.a7%, 5-870.ax%, 5-870.x%, 5-870.y%, 5-872.0%, 5-872.1%, 5-872.x%, 5-872.y%, 5-874.0%, 5-874.1%, 5-874.2%, 5-874.4%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-874.5%, 5-874.6%, 5-874.7%, 5-874.8%, 5-874.x%, 5-874.y%, 5-877.0%, 5-877.10%, 5-877.11%, 5-877.12%, 5-877.1x%, 5-877.20%, 5-877.21%, 5-877.22%, 5-877.2x%, 5-877.x%, 5-877.y%, 5-879.0%, 5-879.x%, 5-879.y%, 5-882.1%

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Anhang III: Vorberechnungen

Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Mammachirurgie (MC)

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Anhang IV: Funktionen

Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_GynIsolierteAdnexe	boolean	Isolierte Adnexeingriffe (OPS 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) mit Zusatzeingriffen	OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynOvarOP & OPSCHLUESSEL %all_like% union(LST$OPS_GynOvarOP, LST$OPS_GynOvarOPZusatz)
fn_GynIsolierteAdnexeAblativ	boolean	Isolierte Adnexeingriffe, ablativ (OPS 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) mit Zusatzeingriffen	OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynOvarOPAblativ & OPSCHLUESSEL %all_like% union(LST$OPS_GynOvarOPAblativ, LST$OPS_GynOvarOPAblativZusatz)
fn_GynLapOP	boolean	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang unter Ausschluss von Operationen mit anderen Zugangsarten	OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynLapOP & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynLapOP_EX)

fn_GYNScore_51906	float	Score zur logistischen Regression - ID 51906	# Funktion fn_GYNScore_51906
			
			# definiere Summationsvariable log_odds
			log_odds <- 0
			
			# Konstante
			log_odds <- log_odds + (1) * -5.304211289769412
			
			# Alter bei nicht vorliegender Endometriose (linear, in Jahren)
			log_odds <- log_odds + ((alter-45) * !(ENTLDIAG %any_like%
			LST$ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum)) * 0.019375888768775

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

			# ASA-Klassifikation 2
			log_odds <- log_odds + (ASA %==% 2) * 0.147253964780686
			
			# ASA-Klassifikation 3
			log_odds <- log_odds + (ASA %==% 3) * 0.309655614722268
			
			# ASA-Klassifikation 4 oder 5
			log_odds <- log_odds + (ASA %in% c(4,5)) * 0.719994425473530
			
			# Adhäsiolyse
			log_odds <- log_odds + (OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GYN_Adhaesiolyse) * 0.498220600957298
			
			# Endometriose
			log_odds <- log_odds + (ENTLDIAG %any_like% LST$ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum) * 0.332213690708543
			
			# Exzision
			log_odds <- log_odds + (OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GYN_Exzision) * -0.494219949608219
			
			# Voroperation im OP-Gebiet
			log_odds <- log_odds + (VOROPGLEICH %==% 1) * 0.324448580635226
			
			# Gynäkologisches Malignom
			log_odds <- log_odds + (ENTLDIAG %any_like% LST$ICD_GynMalignom) * 0.358638758607410
			
			# Interaktion: Voroperation im OP-Gebiet mit Adhäsiolyse
			log_odds <- log_odds + ((OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GYN_Adhaesiolyse) * (VOROPGLEICH %==% 1)) * 0.225862234332617
			
			# Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds
			plogis(log_odds)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)
fn_Organverletzung	boolean	Organverletzung	IOPKOMPLBLASE %==% 1 | IOPKOMPLHARNL %==% 1 | IOPKOMPLURETHRA %==% 1 | IOPKOMPLDARM %==% 1 | IOPKOMPLUTERUS %==% 1 | IOPKOMPLGEFNERV %==% 1 | IOPKOMPLORGAN %==% 1
fn_PlanQI_GG	boolean	Anpassung der Grundgesamtheit, sodass die OPS-Kodes 5-683.6 und 5-683.7 nicht mehr zum Einschluss führen. Es handelt sich um Uterusexstirpationen mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation mit Salpingoovariektomie.	OPSCHLUESSEL %any_like% LST$QSF_GYN_OPS[!LST$QSF_GYN_OPS %any_like% c("5-683.6%","5-683.7%")]
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF

Richtli

Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

fn_GEBIndex1_51803_E	float	Index Ebene 1 (E)	# Funktion fn_GEBIndex1_51803_E
			
			# definiere Summationsvariable log_odds
			log_odds <- 0

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

			# Konstante
			log_odds <- log_odds + (1) * -8.741219115372280
			
			# Gestationsalter 37 abgeschlossene SSW
			log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 37) * 0.710122396566268
			
			# Fehlbildung vorhanden
			log_odds <- log_odds + (CRIBFEHLBILD %any_in% c(1,3,4)) * 4.124600501154170
			
			# Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds
			plogis(log_odds)

fn_GEBIndex1_51803_GG	boolean	Index Ebene 1 (GG): Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind	TOTVORAUFN %!=% 1 & fn_Gestalter %between% c(259,293)
fn_GEBIndex1_51803_Z	boolean	Index Ebene 1 (Z): Verstorbene Kinder	ENTLGRUNDK %==% "07" | TOD7TAGE %==% 1

fn_GEBIndex2_51803_E	float	Index Ebene 2 (E)	# Funktion fn_GEBIndex2_51803_E
			
			# definiere Summationsvariable log_odds
			log_odds <- 0
			
			# Konstante
			log_odds <- log_odds + (1) * -6.296304790074080
			
			# Gestationsalter 37 abgeschlossene SSW
			log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 37) * 0.427146023124653
			
			# Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung
			log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 66) * 0.602326918827803
			
			# Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall
			log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 80) * 1.606621135871970

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

			# Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung
			log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 71) * 2.778854067046700
			
			# Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds
			plogis(log_odds)

fn_GEBIndex2_51803_GG	boolean	Index Ebene 2 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar	TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(259,293) & APGAR5 %between% c(0,10)
fn_GEBIndex2_51803_Z	boolean	Index Ebene 2 (Z): Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	APGAR5 %<% 5

fn_GEBIndex3_51803_E	float	Index Ebene 3 (E)	# Funktion fn_GEBIndex3_51803_E
			
			# definiere Summationsvariable log_odds
			log_odds <- 0
			
			# Konstante
			log_odds <- log_odds + (1) * -6.207490210645980
			
			# Gestationsalter 40 abgeschlossene SSW
			log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 40) * 0.376572683027642
			
			# Gestationsalter 41 abgeschlossene SSW
			log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 41) * 0.519498200510977
			
			# Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung
			log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 66) * 0.574033325260986
			
			# Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall
			log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 80) * 0.908635123385593
			
			# Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung
			log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 71) * 2.647809559960010

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

			# Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds
			plogis(log_odds)

fn_GEBIndex3_51803_GG	boolean	Index Ebene 3 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess	TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(259,293) & BGNABELBEXC %>=% -40 & BGNABELBEXC %<=% 10
fn_GEBIndex3_51803_Z	boolean	Index Ebene 3 (Z): Kinder mit Base Excess unter -16	BGNABELBEXC %<% -16

fn_GEBIndex4_51803_E	float	Index Ebene 4 (E)	# Funktion fn_GEBIndex4_51803_E
			
			# definiere Summationsvariable log_odds
			log_odds <- 0
			
			# Konstante
			log_odds <- log_odds + (1) * -6.395145625335610
			
			# Gestationsalter 40 abgeschlossene SSW
			log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 40) * 0.263975452491729
			
			# Gestationsalter 41 abgeschlossene SSW
			log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 41) * 0.518769964797240
			
			# Schwangerschafts-Risiko: Diabetes mellitus
			log_odds <- log_odds + (SSBEFUND %any_in% 9) * 0.488859060460810
			
			# Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung
			log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 66) * 0.886209664973184
			
			# Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall
			log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 80) * 2.062746647377880
			
			# Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung
			log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 71) * 3.258504728963050

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script

			# Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds
			plogis(log_odds)

fn_GEBIndex4_51803_GG	boolean	Index Ebene 4 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert	TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(259,293) & BGNABELPH %>=% 6.50 & BGNABELPH %<% 8.00
fn_GEBIndex4_51803_Z	boolean	Index Ebene 4 (Z): Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	BGNABELPH %<% 7.00

fn_GEBIndexGesamt_51803_E	float	Index Gesamt (E): Summe	# inits
			lExpected <- list()
			
			# E nach Ebenen
			lExpected$Ebene1 <-
			(!is.na(fn_GEBIndex1_51803_GG) &
			fn_GEBIndex1_51803_GG) * fn_GEBIndex1_51803_E
			
			lExpected$Ebene2 <-
			(!is.na(fn_GEBIndex2_51803_GG) &
			fn_GEBIndex2_51803_GG) * fn_GEBIndex2_51803_E
			
			lExpected$Ebene3 <-
			(!is.na(fn_GEBIndex3_51803_GG) &
			fn_GEBIndex3_51803_GG) * fn_GEBIndex3_51803_E
			
			lExpected$Ebene4 <-
			(!is.na(fn_GEBIndex4_51803_GG) &
			fn_GEBIndex4_51803_GG) * fn_GEBIndex4_51803_E
			
			# Summe
			row_sums(
			lExpected$Ebene1,
			lExpected$Ebene2,
			lExpected$Ebene3,
			lExpected$Ebene4
			)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndexGesamt_51803_GG	integer	Index Gesamt (GG): Summe der zutreffenden Nennerbedingungen, d. h. ein Fall kann bis zu 4-mal im Nenner gezählt werden	row_sums(fn_GEBIndex1_51803_GG, fn_GEBIndex2_51803_GG, fn_GEBIndex3_51803_GG, fn_GEBIndex4_51803_GG)
fn_GEBIndexGesamt_51803_Z	integer	Index Gesamt (Z): Summe der zutreffenden Zählerbedingungen, d. h. ein Fall kann bis zu 4-mal im Zähler gezählt werden	row_sums(fn_GEBIndex1_51803_GG & fn_GEBIndex1_51803_Z, fn_GEBIndex2_51803_GG & fn_GEBIndex2_51803_Z, fn_GEBIndex3_51803_GG & fn_GEBIndex3_51803_Z, fn_GEBIndex4_51803_GG & fn_GEBIndex4_51803_Z)

fn_Gestalter	integer	Gestationsalter in Tagen	nTragzeitkliWo <- TRAGZEITKLIN * 7
			nAbstGebterm <- 280 + round(
			as.numeric(difftime(GEBDATUMK, GEBTERMIN, unit="days", tz =
			"Europe/Berlin"))
			)
			
			f1 <- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, NA_integer_)
			
			f2 <- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, abstGebterm + 280)
			
			f3 <- ifelse(abs(nTragzeitkliWo-nAbstGebterm)%<%14, nAbstGebterm,
			nTragzeitkliWo)
			
			result <- ifelse(!is.na(GEBTERMIN),
			  ifelse(SSBEFUND %any_in% 38, f1,
			  ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), f3,
			  nAbstGebterm
			  )
			  ), f2

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			) result
fn_GestalterWochen	integer	Gestationsalter in Wochen	trunc(fn_Gestalter/7)

Mammachirurgie (MC)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_DCIS	boolean	DCIS (nach ICD-O-3)	POSTICDO3 %in% LST$ICD_O_3_DCIS
fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen	boolean	QS-Filter ohne ICD-Kode C44.59	ENTLDIAG %any_like% LST$QSF_MAM_ICD[!LST$QSF_MAM_ICD %any_like% "C44.59%"]
fn_invasivesMammaCa_prae	boolean	Invasives Mammakarzinom (nach ICD-O-3) - prätherapeutisch	PRAEICDO3 %in% LST$ICD_O_3_InvasivesMammaCa
fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen	boolean	QS-Filter ohne OPS-Kode 5-408.71	OPSCHLUESSEL %any_like% LST$QSF_MAM_OPS[!LST$QSF_MAM_OPS %any_like% "5-408.71%"]
fn_PlanQI_GG	boolean	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.59 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)	fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen & fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen
fn_pTohneNeoadjuvanz	boolean	Tumorstadium pT ohne präoperative tumorspezifische Therapie	TNMPTMAMMA %in% c("pT0", "pTis", "pT1mic", "pT1a", "pT1b", "pT1c", "pT2", "pT3", "pT4a", "pT4b", "pT4c", "pT4d", "pTX")

Anlage 2: Prospektive Rechenregeln der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Erfassungsjahr 2024

Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2024

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
18:O	postoperative Histologie	M	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN
19:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
24:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	10211
Bezeichnung	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2024	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2023	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2024	Referenzbereich aus dem Jahr 2023
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2024	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-

Rechenregeln	**Zähler** Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentnahme und Angabe einer Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund **Nenner** Alle durchgeführten isolierten Ovareingriffe mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-651.x*, 5-651.y*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*] und Angaben zur postoperativen Histologie. Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00, Z40.01) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3) und Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose: F64.0).
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Ein isolierter Ovareingriff wird dann berücksichtigt, wenn nach Untersuchung des Gewebes „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund vorliegt. Nenner: Nur isolierte Ovareingriffe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) mit Angabe zur Histologie werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt.
Teildatensatzbezug	15/1:O
Zähler (Formel)	HISTOL %in% c("01","02")
Nenner (Formel)	fn_GynIsolierteAdnexeAblativ & !(ENTLDIAG %any_like% LST$ICD_GynCAOvar & OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynOvarOP_EX) & !(ENTLDIAG %any_like% c(LST$ICD_GynCARisiko, LST$ICD_GynTranssex)) & HISTOLJN %==% 1 &
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexeAblativ
Verwendete Listen	ICD_GynCAOvar ICD_GynCARisiko ICD_GynTranssex OPS_GynOvarOPAblativ OPS_GynOvarOPAblativZusatz OPS_GynOvarOP_EX QSF_GYN_OPS

ie ist außer Kraft getreten.

Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2024

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
18:O	postoperative Histologie	M	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN

Eigenschaften und Berechnung

ID	12874
Bezeichnung	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2024	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2023	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2024	Referenzbereich aus dem Jahr 2023
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2024	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-

Rechenregeln	**Zähler** Isolierter Ovareingriff ohne Angabe einer postoperativen Histologie **Nenner** Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentfernung (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*].
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Ein isolierter Ovareingriff wird im Zähler gewertet, wenn eine Angabe zur durchgeführten histologischen Untersuchung fehlt. Nenner: Alle dokumentierten isolierten Ovareingriffe (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) einer Patientin werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt.
Teildatensatzbezug	15/1:O
Zähler (Formel)	HISTOLJN %==% 0
Nenner (Formel)	fn_GynIsolierteAdnexe &
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexe
Verwendete Listen	OPS_GynOvarOP OPS_GynOvarOPZusatz QSF_GYN_OPS
Darstellung	-
Grafik	-

Archivversion ist außer Kraft getreten.

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2024

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:O	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
17.1:O	Blase	K	1 = ja	IOPKOMPLBLASE
17.2:O	Harnleiter	K	1 = ja	IOPKOMPLHARNL
17.3:O	Urethra	K	1 = ja	IOPKOMPLURETHRA
17.4:O	Darm	K	1 = ja	IOPKOMPLDARM
17.5:O	Uterus	K	1 = ja	IOPKOMPLUTERUS
17.6:O	Gefäß-/Nervenläsion	K	1 = ja	IOPKOMPLGEFNERV
17.8:O	andere Organverletzungen	K	1 = ja	IOPKOMPLORGAN
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	51906
Bezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2024	≤ 4,18
Referenzbereich 2023	≤ 4,18
Erläuterung zum Referenzbereich 2024	Referenzbereich aus dem Jahr 2023
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2024	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung

Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Adhäsiolysen Alter ASA-Klassifikation Endometriose Exzision Voroperation im OP-Gebiet Gynäkologisches Malignom
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung **Nenner** Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation. **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation **E (expected)** Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für ID 51906
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Als Organverletzungen zählen Verletzungen von Blase, Harnleiter, Urethra, Darm, Uterus, sowie Gefäß-/Nervenläsion oder andere Organverletzungen. Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung werden dann gezählt, wenn bei der ersten Operation der berücksichtigten Grundgesamtheit eine Organverletzung vorliegt. Nenner: Es werden Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang gezählt. Patientinnen, bei denen zusätzlich mindestens ein OPS-Kode aus der Liste OPS_GynLapOP_EX dokumentiert wurde, werden aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	O_51906
Nenner (Formel)	E_51906
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**
	Art des Wertes: Kalkulatorische Kennzahl
	ID: O_51906

ie ist außer Kraft getreten.

	Bezug zu QS-Ergebnissen	51906
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	15/1:B
	Zähler	fn_Organverletzung
	Nenner	fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP &
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51906
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51906
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für ID 51906
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	15/1:B
	Zähler	fn_GYNScore_51906
	Nenner	fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP &
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_GynLapOP fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP	

ne ist außer Kra getreten.

	fn_Organverletzung fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff
Verwendete Listen	OPS_GynLapOP OPS_GynLapOP_EX QSF_GYN_OPS
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Poissontest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_oe_pvalue(o, e, t_smr, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2024

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
31:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
32:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
33:M	Aufnahmeart	M	1 = Geburt in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Geburt in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde	AUFNAHMEART
71:K	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend	M	0 = nein 1 = ja	PAEDVOR

Entwurf außer Kraft getreten.

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
75:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
95:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburts-datum - Errechne-ter Termin in Ta-gen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	318
Bezeichnung	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2024	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2023	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2024	Referenzbereich aus dem Jahr 2023
Erläuterung zum Stellungnahmever-fahren 2024	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Pädiater bei Geburt anwesend **Nenner** Alle lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsal-ter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler (Formel)	PAEDVOR %==% 1
Nenner (Formel)	TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(168,244) & AUFNAHMEART %!=% 3

ie ist außer Kraft getreten.

Verwendete Funktionen	fn_Gestalter
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

Qualitätsziel	Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2024

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
68:K	Notsektio	K	0 = nein 1 = ja	NOTSECTIO
70:K	E-E-Zeit bei Not-sektio	K	in Minuten	EEZEIT

Eigenschaften und Berechnung

ID	1058
Bezeichnung	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2024	Sentinel Event
Referenzbereich 2023	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2024	Referenzbereich aus dem Jahr 2023
Erläuterung zum Stellungnahmever-fahren 2024	-

Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** E-E-Zeit > 20 min **Nenner** Alle Kinder, die per Notfallkaiserschnitt geboren wurden
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler (Formel)	EEZEIT %>% 20
Nenner (Formel)	NOTSECTIO %==% 1
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute.rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittgeburt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2024

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
65:K	Geburtsmodus	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	ENTBINDMODUS
67:K	Kaiserschnittgeburt unter Antibiotika (Mutter)	K	0 = nein 1 = ja, prophylaktische Gabe 2 = ja, laufende antibiotische Therapie	ANTIBIOTSECTIO

Eigenschaften und Berechnung

ID	50045

Bezeichnung	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2024	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2023	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2024	Referenzbereich aus dem Jahr 2023
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2024	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Perioperative Antibiotikaprophylaxe **Nenner** Alle Geburten mit Kaiserschnitt
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	16/1:M
Zähler (Formel)	ANTIBIOTSECTIO %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	ENTBINDMODUS %any_like% LST$OPS_Sectio
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	OPS_Sectio
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

ie ist außer Kraft getreten.

51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Qualitätsziel	Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2024

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
31:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
32:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
75:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
81:K	APGAR	K	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	APGAR5
87:K	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	in mmol/l	BGNABELBEXC
88:K	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	-	BGNABELPH
95:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
96:K	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt	K	0 = nein 1 = ja	TOTVORAUFN
103.1:K	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	K	s. Anhang: EntlGrundK	ENTLGRUNDK

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
105:K	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage	K	0 = nein 1 = ja	TOD7TAGE
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	51803
Bezeichnung	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2024	≤ 2,32
Referenzbereich 2023	≤ 2,32
Erläuterung zum Referenzbereich 2024	Referenzbereich aus dem Jahr 2023
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2024	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Ebene 1 (Sterblichkeit): Gestationsalter, Geburtsrisiko, Fehlbildung, Adipositas, Vorsorgeuntersuchung Ebene 2 (Apgar) : Gestationsalter, Geburtsrisiko, Fehlbildung, vorausgegangene Totgeburt, Gestationsdiabetes/Diabetes, Adipositas Ebene 3 (Base Excess): Gestationsalter, Geburtsrisiko, Fehlbildung, vorausgegangene Totgeburt, Gestationsdiabetes/Diabetes, Alter der Mutter Ebene 4 (pH): Gestationsalter, Geburtsrisiko, Fehlbildung, vorausgegangene Totgeburt, Gestationsdiabetes/Diabetes, Adipositas, Alter der Mutter, Vorsorgeuntersuchung
Rechenregeln	**Zähler**

ie ist außer Kraft getreten.

	Ebene 1: Verstorbene Kinder UND Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00) **Nenner** Ebene 1: Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind UND Ebene 2: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar UND Ebene 3: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess UND Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert **O (observed)** Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00) **E (expected)** Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind

ie ist außer Kraft getreten.

	Für die Berechnung von O und E werden die zutreffenden Bedingungen der einzelnen Ebenen summiert. Ein Kind kann somit bis zu vier Mal im Zähler enthalten sein. Die Grundgesamtheit entspricht dagegen der Anzahl an Kindern, die jeweils in mindestens einer der vier Indexebenen eingehen.	
Teildatensatzbezug	16/1:K	
Zähler (Formel)	O_51803	
Nenner (Formel)	E_51803	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndexGesamt_51803_Z WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_Z %>% 0
	Nenner	1 WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51803

ie ist außer Kraft getreten.

	Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndexGesamt_51803_E WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0
	Nenner	1 WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex1_51803_E fn_GEBIndex1_51803_GG fn_GEBIndex1_51803_Z fn_GEBIndex2_51803_E fn_GEBIndex2_51803_GG fn_GEBIndex2_51803_Z fn_GEBIndex3_51803_E fn_GEBIndex3_51803_GG	

ie ist außer Kraft getreten.

	fn_GEBIndex3_51803_Z fn_GEBIndex4_51803_E fn_GEBIndex4_51803_GG fn_GEBIndex4_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_E fn_GEBIndexGesamt_51803_GG fn_GEBIndexGesamt_51803_Z fn_Gestalter
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

51808_51803 - Ebene 1: Verstorbene Kinder

ID	51808_51803	
Bezeichnung Ebene	Ebene 1: Verstorbene Kinder	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803	
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
Rechenregeln	**Zähler** Verstorbene Kinder **Nenner** Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind **O (observed)** Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern **E (expected)** **Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803**	
Zähler (Formel)	O_51808_51803	
Nenner (Formel)	E_51808_51803	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51808_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51808_51803

e ist außer Kraft getreten.

	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex1_51803_Z
	Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51808_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51808_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex1_51803_E
	Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex1_51803_E fn_GEBIndex1_51803_GG fn_GEBIndex1_51803_Z fn_Gestalter	

e ist außer Kraft gesetzten.

51813_51803 - Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5

ID	51813_51803
Bezeichnung Ebene	Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 **Nenner** Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 **E (expected)** **Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803**
Zähler (Formel)	O_51813_51803
Nenner (Formel)	E_51813_51803
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**

Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
ID	O_51813_51803
Bezug zu QS-Ergebnissen	51813_51803
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Sortierung	-
Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5
Operator	Anzahl
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler	fn_GEBIndex2_51803_Z
Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG
Darstellung	-

ist außer Kraft getreten.

	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51813_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51813_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_E
	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex2_51803_E fn_GEBIndex2_51803_GG fn_GEBIndex2_51803_Z fn_Gestalter	

Die Regelung ist außer Kraft getreten.

51818_51803 - Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16

ID	51818_51803
Bezeichnung Ebene	Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit Base Excess unter -16 **Nenner**

	Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 **E (expected)** **Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803**	
Zähler (Formel)	O_51818_51803	
Nenner (Formel)	E_51818_51803	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51818_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51818_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex3_51803_Z
	Nenner	fn_GEBIndex3_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51818_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51818_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach

e ist außer Kraft getreten

		logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex3_51803_E
	Nenner	fn_GEBIndex3_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex3_51803_E fn_GEBIndex3_51803_GG fn_GEBIndex3_51803_Z fn_Gestalter	

51823_51803 - Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00)

ID	51823_51803	
Bezeichnung Ebene	Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803	
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
Rechenregeln	**Zähler** Kinder mit Azidose (pH < 7,00) **Nenner** Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert **O (observed)** Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00) **E (expected)** **Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risiko-adjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803**	
Zähler (Formel)	O_51823_51803	
Nenner (Formel)	E_51823_51803	
Kalkulatorische Kennzahlen	**O (observed)**	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51823_51803

e ist außer Kraft getreten.

	Bezug zu QS-Ergebnissen	51823_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex4_51803_Z
	Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51823_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51823_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex4_51803_E
	Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex4_51803_E fn_GEBIndex4_51803_GG fn_GEBIndex4_51803_Z fn_Gestalter	

e ist außer Kra getreten.

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Poissontest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_oe_pvalue(o, e, t_smr, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

Mammachirurgie (MC)

2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion bei DCIS

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2024

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
21:BRUST	Prätherapeutischer Befund: maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	PRAEICDO3
35:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
38:BRUST	Postoperativer Befund: maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
39:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
41:BRUST	pT	K	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
53:BRUST	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei	K	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladissektion	AXLKENTFOMARK

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
	diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			
54:BRUST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja	SLKBIOPSIE
58:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	2163
Bezeichnung	Primäre Axilladissektion bei DCIS
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2024	Sentinel Event
Referenzbereich 2023	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2024	Referenzbereich aus dem Jahr 2023
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2024	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion **Nenner** Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“.

Diese ist außer Kraft getreten.

Erläuterung der Rechenregel	Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Zähler (Formel)	AXLKENTFOMARK %==% 2 & SLKBIOPSIE %==% 0
Nenner (Formel)	ARTERKRANK %==% 1 & OPTHERAPIEENDE %==% 1 & fn_DCIS & fn_pTohneNeoadjuvanz & !fn_invasivesMammaCa_prae &
Verwendete Funktionen	fn_DCIS fn_invasivesMammaCa_prae fn_pTohneNeoadjuvanz
Verwendete Listen	ICD_O_3_DCIS ICD_O_3_InvasivesMammaCa
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

htlinie ist außer Kraft getreten.

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

Bezeichnung Gruppe	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2024

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
32:O	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch	K	0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie	PRAEOPMARKIERUNG

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
	bildgebende Verfahren		3 = ja, durch MRT 4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	
33:O	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie	K	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiografie 2 = ja, intraoperative Präparatesonografie	RADIOSONOGRAPHIE
35:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
58:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	52279
Bezeichnung	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Datenbasiert
Referenzbereich 2024	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2023	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2024	Referenzbereich aus dem Jahr 2023
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2024	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie **Nenner** Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode.

ie ist außer Kraft getreten

Erläuterung der Rechenregel	Aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien (OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie). Nicht aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien, wenn sie in Kombination mit einer brusterhaltenden Operation (OPS-Kode aus der Liste OPS_BET UND OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie) stattfinden.
Teildatensatzbezug	18/1:O
Zähler (Formel)	RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	PRAEOPMARKIERUNG %==% 2 & (!(OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_Mastektomie) \| (OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_Mastektomie & OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_BET)) &
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	OPS_BET OPS_Mastektomie
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

Richtlinie ist außer Kraft getreten.

52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2024

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
32:O	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie 3 = ja, durch MRT 4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	PRAEOPMARKIERUNG
33:O	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie	K	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiografie 2 = ja, intraoperative Präparatesonografie	RADIOSONOGRAPHIE

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
35:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
58:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	52330
Bezeichnung	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2024	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2023	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2024	Referenzbereich aus dem Jahr 2023
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2024	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	**Zähler** Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie **Nenner** Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode.
Erläuterung der Rechenregel	Aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien (OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie). Nicht aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien, wenn sie in Kombination mit einer brusterhaltenden Operation (OPS-Kode aus der Liste OPS_BET UND OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie) stattfinden.
Teildatensatzbezug	18/1:O
Zähler (Formel)	RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)

ie ist außer Kraft getreten.

Nenner (Formel)	PRAEOPMARKIERUNG %==% 1 & (!(OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_Mastektomie) \| (OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_Mastektomie & OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_BET)) &
Verwendete Funktionen	
Verwendete Listen	OPS_BET OPS_Mastektomie
Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Schlüssel: HistolOpGyn	
01	Adnexe: Normalbefund
02	Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste
03	Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste)
04	Adnexe: Dermoid (z.B. benignes Teratom)
05	Adnexe: Endometriose
06	Adnexe: andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)
07	Adnexe: Entzündung
08	Adnexe: Extrauteringravidität
09	Adnexe: Stieldrehung
10	Adnexe: Borderline-Veränderungen
11	Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome
19	Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 02 - 11 nicht erfasst sind
20	Cervix uteri: Ektopie
21	Cervix uteri: Dysplasie
22	Cervix uteri: Carcinoma in situ
23	Cervix uteri: invasives Karzinom la
24	Cervix uteri: invasives Karzinom > la
28	Cervix uteri: histologisch Normalbefund
29	Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind
30	Corpus uteri: Myom
31	Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive
38	Corpus uteri: histologisch Normalbefund
39	Corpus uteri: Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind
70	Vagina/Vulva: entzündliche Veränderung
71	Vagina/Vulva: benigne Neoplasien

Schlüssel: HistolOpGyn	
72	Vagina/Vulva: maligne Neoplasien
78	Vagina/Vulva: histologisch Normalbefund
79	Vagina/Vulva: Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 - 72 nicht erfasst sind
80	Endometriose anderer Lokalisationen
81	Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen

Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

Schlüssel: BefMPass	
1	Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)
2	frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)
3	Blutungs-/Thromboseneigung
4	Allergie
5	frühere Bluttransfusionen
6	besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche)
7	besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme)
8	Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.)
9	Diabetes mellitus
10	Adipositas
11	Kleinwuchs
12	Skelettanomalien
13	Schwangere unter 18 Jahre
14	Schwangere über 35 Jahre
15	Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)
16	Z. n. Sterilitätsbehandlung
17	Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen)
18	Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g)
19	Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen
20	Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese
21	Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen
22	Komplikationen post partum

Schlüssel: BefMPass	
23	Z. n. Sectio caesarea
24	Z. n. anderen Uterusoperationen
25	rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)
26	sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde
27	behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen
28	Dauermedikation
29	Abusus
30	besondere psychische Belastung
31	besondere soziale Belastung
32	Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen
33	Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr
34	Placenta praevia
35	Mehrlingsschwangerschaft
36	Hydramnion
37	Oligohydramnie
38	Terminunklarheit
39	Placentainsuffizienz
40	Isthmozervikale Insuffizienz
41	vorzeitige Wehentätigkeit
42	Anämie
43	Harnwegsinfektion
44	indirekter Coombstest positiv
45	Risiko aus anderen serologischen Befunden
46	Hypertonie (Blutdruck über 140/90)
47	Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr
48	Mittelgradige - schwere Ödeme
49	Hypotonie
50	Gestationsdiabetes
51	Lageanomalie
52	sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf
53	Hyperemesis

Schlüssel: BefMPass	
54	Z. n. HELLP-Syndrom
55	Z. n. Eklampsie
56	Z. n. Hypertonie

Schlüssel: EntlGrundK	
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
12	interne Verlegung
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
30	Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege

Mammachirurgie (MC)

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8010/3	Karzinom o.n.A.
8010/6	Karzinom, Metastase o.n.A.
8013/3	Großzelliges neuroendokrines Karzinom

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8013/6	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, Metastase
8013/9	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8022/3	Pleomorphes Karzinom
8022/6	Pleomorphes Karzinom, Metastase
8022/9	Pleomorphes Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8032/3	Spindelzellkarzinom o.n.A.
8035/3	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen
8035/6	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, Metastase
8035/9	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8041/3	Kleinzelliges Karzinom o.n.A.
8041/6	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., Metastase
8041/9	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A.
8070/6	Plattenepithelkarzinom-Metastase o.n.A.
8070/9	Plattenepithelkarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8140/6	Adenokarzinom-Metastase o.n.A.
8140/9	Adenokarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8200/3	Adenoid-zystisches Karzinom
8200/6	Adenoid-zystisches Karzinom, Metastase
8200/9	Adenoid-zystisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8201/3	Kribriformes Karzinom o.n.A.
8201/6	Kribriformes Karzinom o.n.A., Metastase
8201/9	Kribriformes Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8211/3	Tubuläres Adenokarzinom
8211/6	Tubuläres Adenokarzinom, Metastase
8211/9	Tubuläres Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8246/3	Neuroendokrines Karzinom o.n.A.
8249/3	Atypischer Karzinoidtumor
8249/6	Atypischer Karzinoidtumor, Metastase
8249/9	Atypischer Karzinoidtumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8265/3	Mikropapilläres Karzinom o.n.A.
8265/6	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., Metastase
8265/9	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8290/3	Onkozytäres Karzinom
8290/6	Onkozytäres Karzinom, Metastase
8290/9	Onkozytäres Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8314/3	Lipidreiches Karzinom
8314/6	Lipidreiches Karzinom, Metastase
8314/9	Lipidreiches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8315/3	Glykogenreiches Karzinom
8315/6	Glykogenreiches Karzinom, Metastase
8315/9	Glykogenreiches Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8401/3	Apokrines Adenokarzinom
8401/6	Apokrines Adenokarzinom, Metastase
8401/9	Apokrines Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8410/3	Talgdrüsenadenokarzinom
8410/6	Talgdrüsenadenokarzinom, Metastase
8410/9	Talgdrüsenadenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8430/3	Mukoepidermoid-Karzinom
8430/6	Mukoepidermoid-Karzinom, Metastase
8430/9	Mukoepidermoid-Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8480/3	Muzinöses Adenokarzinom
8480/6	Muzinöses Adenokarzinom, Metastase
8480/9	Muzinöses Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8490/3	Siegelringzellkarzinom
8490/6	Metastase eines Siegelringzellkarzinomes
8490/9	Siegelringzellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8500/2	Duktales Carcinoma in situ o.n.A.
8500/3	Invasives duktales Karzinom o.n.A.
8500/6	Invasives duktales Karzinom o.n.A., Metastase
8500/9	Invasives duktales Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8502/3	Sekretorisches Mammakarzinom
8502/6	Sekretorisches Mammakarzinom, Metastase
8502/9	Sekretorisches Mammakarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8503/2	Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom
8503/3	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion
8503/6	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, Metastase
8503/9	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8504/2	Nichtinvasives intrazystisches Karzinom
8504/3	Intrazystisches Karzinom o. n. A. , intrazystisches papilläres Adenokarzinom
8507/2	Intraduktales mikropapilläres Karzinom
8507/3	Invasives mikropapilläres Mammakarzinom
8509/2	Solides papilläres Carcinoma in situ
8509/3	Solides papilläres Karzinom mit Invasion
8510/3	Medulläres Karzinom o.n.A.
8510/6	Medulläres Karzinom o.n.A., Metastase
8510/9	Medulläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8519/2	Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ
8520/2	Lobuläres Carcinoma in situ o.n.A.
8520/3	Lobuläres Karzinom o.n.A.
8520/6	Lobuläres Karzinom o.n.A., Metastase
8520/9	Lobuläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8522/3	Invasives duktales und lobuläres Karzinom
8522/6	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, Metastase
8522/9	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8523/3	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8523/6	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8523/9	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8524/3	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8524/6	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8524/9	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8530/3	Inflammatorisches Karzinom
8530/6	Inflammatorisches Karzinom, Metastase
8530/9	Inflammatorisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8540/3	M. Paget der Brust
8541/3	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom
8541/6	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, Metastase
8541/9	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8543/3	M. Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom
8550/3	Azinuszellkarzinom
8550/6	Azinuszellkarzinom, Metastase
8550/9	Azinuszellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8560/3	Adenosquamöses Karzinom
8560/6	Adenosquamöses Karzinom, Metastase
8560/9	Adenosquamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8571/3	Adenokarzinom mit Knorpel- und Knochenmetaplasie
8572/3	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie
8572/6	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, Metastase
8572/9	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8574/3	Adenokarzinom mit neuroendokriner Differenzierung
8575/3	Metaplastisches Karzinom o.n.A.
8575/6	Metaplastisches Karzinom o.n.A., Metastase
8575/9	Metaplastisches Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8800/3	Sarkom o.n.A.
8800/6	Sarkom o.n.A., Metastase
8800/9	Sarkomatose o.n.A.
8802/3	Riesenzellsarkom
8830/3	Malignes fibröses Histiozytom
8850/3	Liposarkom o.n.A.
8850/6	Liposarkom o.n.A., Metastase

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8850/9	Liposarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8890/3	Leiomyosarkom o.n.A.
8890/6	Leiomyosarkom o.n.A., Metastase
8890/9	Leiomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8982/3	Malignes Myoepitheliom
8982/6	Malignes Myoepitheliom, Metastase
8982/9	Malignes Myoepitheliom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9020/1	Phylloides-Tumor mit Borderline-Malignität
9020/3	Maligner Phylloides-Tumor
9020/6	Maligner Phylloides-Tumor, Metastase
9020/9	Maligner Phylloides-Tumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9120/3	Hämangiosarkom
9120/6	Hämangiosarkom, Metastase
9120/9	Hämangiosarkom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9180/3	Osteosarkom o.n.A.
9180/6	Osteosarkom o.n.A., Metastase
9180/9	Osteosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9590/3	Malignes Lymphom o.n.A.
9680/3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom o.n.A.
9687/3	Burkitt-Lymphom o.n.A.
9690/3	Follikuläres Lymphom o.n.A.
9699/3	Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A.

Schlüssel: pTMamma	
pT0	pT0
pT1	pT1
pT1a	pT1a
pT1b	pT1b
pT1c	pT1c
pT1mic	pT1mic
pT2	pT2

Schlüssel: pTMamma	
pT3	pT3
pT4a	pT4a
pT4b	pT4b
pT4c	pT4c
pT4d	pT4d
pTX	pTX
pTis	pTis
ypT0	ypT0
ypT1	ypT1
ypT1a	ypT1a
ypT1b	ypT1b
ypT1c	ypT1c
ypT1mic	ypT1mic
ypT2	ypT2
ypT3	ypT3
ypT4a	ypT4a
ypT4b	ypT4b
ypT4c	ypT4c
ypT4d	ypT4d
ypTX	ypTX
ypTis	ypTis

Die H

Anhang II: Listen

Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_GynCAOvar	ICD	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Mammakarzinom)	C50%
ICD_GynCARisiko	ICD	Risikofaktoren für Bösartige Neubildungen	Z40.00%, Z40.01%, Z85.3%
ICD_GynTranssex	ICD	Diagnose Transsexualismus	F64.0%
OPS_GynLapOP	OPS	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang	5-650.4%, 5-650.5%, 5-651.82%, 5-651.83%, 5-651.92%, 5-651.93%, 5-651.a2%, 5-651.a3%, 5-651.b2%, 5-651.b3%, 5-651.x2%, 5-651.x3%, 5-652.42%, 5-652.43%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-653.22%, 5-653.23%, 5-653.32%, 5-653.33%, 5-656.82%, 5-656.83%, 5-656.92%, 5-656.93%, 5-656.a2%, 5-656.a3%, 5-656.b2%, 5-656.b3%, 5-656.x2%, 5-656.x3%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.72%, 5-657.73%, 5-657.82%, 5-657.83%, 5-657.92%, 5-657.93%, 5-657.x2%, 5-657.x3%, 5-659.22%, 5-659.23%, 5-659.x2%, 5-659.x3%, 5-660.4%, 5-660.5%, 5-661.42%, 5-661.43%, 5-661.52%, 5-661.53%, 5-661.62%, 5-661.63%, 5-663.02%, 5-663.03%, 5-663.12%, 5-663.13%, 5-663.22%, 5-663.23%, 5-663.32%, 5-663.33%, 5-663.42%, 5-663.43%, 5-663.52%, 5-663.53%, 5-663.x2%, 5-663.x3%, 5-665.42%, 5-665.43%, 5-665.52%, 5-665.53%, 5-665.x2%, 5-665.x3%, 5-666.82%, 5-666.83%, 5-666.92%, 5-666.93%, 5-666.a2%, 5-666.a3%, 5-666.b2%, 5-666.b3%, 5-666.x2%, 5-666.x3%, 5-683.13%, 5-683.14%, 5-683.23%, 5-683.24%, 5-744.02%, 5-744.03%, 5-744.12%, 5-744.13%, 5-744.22%, 5-744.23%, 5-744.32%, 5-744.33%, 5-744.42%, 5-744.43%
OPS_GynLapOP_EX	OPS	Ausschlusskriterien zur Definition von Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang	5-650.2%, 5-650.3%, 5-650.6%, 5-650.7%, 5-650.x%, 5-650.y%, 5-651.80%, 5-651.81%, 5-651.84%, 5-651.85%, 5-651.8x%, 5-651.90%, 5-651.91%, 5-651.94%, 5-651.95%, 5-651.9x%, 5-651.a0%, 5-651.a1%, 5-651.a4%, 5-651.a5%, 5-651.ax%, 5-651.b0%, 5-651.b1%, 5-651.b4%, 5-651.b5%, 5-651.bx%, 5-651.x0%, 5-651.x1%, 5-651.x4%, 5-651.x5%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-651.xx%, 5-651.y%, 5-652.40%, 5-652.41%, 5-652.44%, 5-652.45%, 5-652.4x%, 5-652.50%, 5-652.51%, 5-652.54%, 5-652.55%, 5-652.5x%, 5-652.60%, 5-652.61%, 5-652.64%, 5-652.65%, 5-652.6x%, 5-652.y%, 5-653.20%, 5-653.21%, 5-653.24%, 5-653.25%, 5-653.2x%, 5-653.30%, 5-653.31%, 5-653.34%, 5-653.35%, 5-653.3x%, 5-653.y%, 5-656.90%, 5-656.91%, 5-656.94%, 5-656.95%, 5-656.9x%, 5-656.a0%, 5-656.a1%, 5-656.a4%, 5-656.a5%, 5-656.ax%, 5-656.b0%, 5-656.b1%, 5-656.b4%, 5-656.b5%, 5-656.bx%, 5-656.x0%, 5-656.x1%, 5-656.x4%, 5-656.x5%, 5-656.xx%, 5-656.y%, 5-657.60%, 5-657.61%, 5-657.64%, 5-657.65%, 5-657.6x%, 5-657.70%, 5-657.71%, 5-657.74%, 5-657.75%, 5-657.7x%, 5-657.80%, 5-657.81%, 5-657.84%, 5-657.85%, 5-657.8x%, 5-657.90%, 5-657.91%, 5-657.94%, 5-657.95%, 5-657.9x%, 5-657.x0%, 5-657.x1%, 5-657.x4%, 5-657.x5%, 5-657.xx%, 5-657.y%, 5-658.6%, 5-658.7%, 5-658.8%, 5-658.9%, 5-658.x%, 5-658.y%, 5-659.20%, 5-659.21%, 5-659.24%, 5-659.25%, 5-659.2x%, 5-659.x0%, 5-659.x1%, 5-659.x4%, 5-659.x5%, 5-659.xx%, 5-659.y%, 5-660.2%, 5-660.3%, 5-660.6%, 5-660.7%, 5-660.x%, 5-660.y%, 5-661.40%, 5-661.41%, 5-661.44%, 5-661.45%, 5-661.4x%, 5-661.50%, 5-661.51%, 5-661.54%, 5-661.55%, 5-661.5x%, 5-661.60%, 5-661.61%, 5-661.64%, 5-661.65%, 5-661.6x%, 5-661.y%, 5-663.00%, 5-663.01%, 5-663.04%, 5-663.05%, 5-663.0x%, 5-663.10%, 5-663.11%, 5-663.14%, 5-663.15%, 5-663.1x%, 5-663.20%, 5-663.21%, 5-663.24%, 5-663.25%, 5-663.2x%, 5-663.30%, 5-663.31%, 5-663.34%, 5-663.35%, 5-663.3x%, 5-663.40%, 5-663.41%, 5-663.44%, 5-663.45%, 5-663.4x%, 5-663.50%, 5-663.51%, 5-663.54%, 5-663.55%, 5-663.5x%, 5-663.x0%, 5-663.x1%, 5-663.x4%, 5-663.x5%, 5-663.xx%, 5-663.y%, 5-665.40%, 5-665.41%, 5-665.44%, 5-665.45%, 5-665.4x%, 5-665.50%, 5-665.51%, 5-665.54%, 5-665.55%, 5-665.5x%, 5-665.x0%, 5-665.x1%, 5-665.x4%, 5-665.x5%, 5-665.xx%, 5-665.y%, 5-666.80%, 5-666.81%, 5-666.84%, 5-666.85%, 5-666.8x%, 5-666.90%, 5-666.91%, 5-666.94%, 5-666.95%, 5-666.9x%, 5-666.a0%, 5-666.a1%, 5-666.a4%, 5-666.a5%, 5-666.ax%, 5-666.b0%, 5-666.b1%, 5-666.b4%, 5-666.b5%, 5-666.bx%, 5-666.x0%, 5-666.x1%, 5-666.x4%, 5-666.x5%, 5-666.xx%, 5-666.y%, 5-669%, 5-682.00%, 5-682.01%, 5-682.04%, 5-682.05%, 5-682.0x%, 5-682.1%, 5-682.10%, 5-682.11%, 5-682.14%, 5-682.15%, 5-682.1x%, 5-682.20%, 5-682.2x%, 5-682.x%, 5-682.x0%, 5-682.x1%, 5-682.x4%, 5-682.x5%, 5-682.xx%, 5-682.y%, 5-683.00%, 5-683.01%, 5-683.02%, 5-683.05%, 5-683.0x%, 5-683.10%, 5-683.11%, 5-683.12%, 5-683.15%, 5-683.1x%, 5-683.20%, 5-683.21%, 5-683.22%, 5-683.25%, 5-683.2x%, 5-683.x0%, 5-683.x1%, 5-683.x2%, 5-683.x5%, 5-683.xx%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-683.y%, 5-684.0%, 5-684.1%, 5-684.2%, 5-684.3%, 5-684.x%, 5-684.y%, 5-685.00%, 5-685.01%, 5-685.02%, 5-685.03%, 5-685.0x%, 5-685.1%, 5-685.2%, 5-685.3%, 5-685.40%, 5-685.41%, 5-685.42%, 5-685.43%, 5-685.4x%, 5-685.x%, 5-685.y%, 5-686.00%, 5-686.01%, 5-686.02%, 5-686.03%, 5-686.0x%, 5-686.1%, 5-686.2%, 5-686.3%, 5-686.x%, 5-686.y%, 5-687.0%, 5-687.1%, 5-687.2%, 5-687.30%, 5-687.31%, 5-687.3x%, 5-687.y%, 5-689.00%, 5-689.01%, 5-689.02%, 5-689.05%, 5-689.0x%, 5-689.x%, 5-689.y%, 5-744.00%, 5-744.01%, 5-744.04%, 5-744.05%, 5-744.0x%, 5-744.10%, 5-744.11%, 5-744.14%, 5-744.15%, 5-744.1x%, 5-744.20%, 5-744.21%, 5-744.24%, 5-744.25%, 5-744.2x%, 5-744.30%, 5-744.31%, 5-744.34%, 5-744.35%, 5-744.3x%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.4x%
OPS_GynOvarOP	OPS	Geweberesezierende Operation am Ovar	5-651.8%, 5-651.9%, 5-652%, 5-653%, 5-659.2%
OPS_GynOvarOP_EX	OPS	Ausschluss Ovariektomie und Salpingoovariektomie	5-652%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativ	OPS	Isolierte ablative Operation am Ovar	5-652.4%, 5-652.6%, 5-652.y%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativZusatz	OPS	Zusätzlich zu der isolierten ablativen Operation am Ovar erlaubte Kodes, die keinen Ausschluss aus der Betrachtung des Indikators zur Folge haben.	1%, 3%, 5-540%, 5-541.0%, 5-541.1%, 5-541.2%, 5-541.3%, 5-542%, 5-651.a%, 5-651.b%, 5-651.x%, 5-651.y%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
OPS_GynOvarOPZusatz	OPS	Zusätzlich zu der geweberesezierenden Operation am Ovar oder Tuba uterina erlaubte Kodes, die keinen Ausschluss aus der Betrachtung des Indikators zur Folge haben.	1%, 3%, 5-540%, 5-541.0%, 5-541.1%, 5-541.2%, 5-541.3%, 5-542%, 5-651.a%, 5-651.b%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
QSF_GYN_OPS	OPS	Alle QS-Filter auslösende Kodes	5-650.2%, 5-650.3%, 5-650.4%, 5-650.5%, 5-650.6%, 5-650.7%, 5-650.x%, 5-650.y%, 5-651.80%, 5-651.81%, 5-651.82%, 5-651.83%, 5-651.84%, 5-651.85%, 5-651.8x%, 5-651.90%, 5-651.91%, 5-651.92%, 5-651.93%, 5-651.94%, 5-651.95%, 5-651.9x%, 5-651.a0%, 5-651.a1%, 5-651.a2%, 5-651.a3%, 5-651.a4%, 5-651.a5%, 5-651.ax%, 5-651.b0%, 5-651.b1%, 5-651.b2%, 5-651.b3%, 5-651.b4%, 5-651.b5%, 5-651.bx%, 5-651.x0%, 5-651.x1%, 5-651.x2%, 5-651.x3%, 5-651.x4%, 5-651.x5%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-651.xx%, 5-651.y%, 5-652.40%, 5-652.41%, 5-652.42%, 5-652.43%, 5-652.44%, 5-652.45%, 5-652.4x%, 5-652.50%, 5-652.51%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.54%, 5-652.55%, 5-652.5x%, 5-652.60%, 5-652.61%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-652.64%, 5-652.65%, 5-652.6x%, 5-652.y%, 5-653.20%, 5-653.21%, 5-653.22%, 5-653.23%, 5-653.24%, 5-653.25%, 5-653.2x%, 5-653.30%, 5-653.31%, 5-653.32%, 5-653.33%, 5-653.34%, 5-653.35%, 5-653.3x%, 5-653.y%, 5-656.80%, 5-656.81%, 5-656.82%, 5-656.83%, 5-656.84%, 5-656.85%, 5-656.8x%, 5-656.90%, 5-656.91%, 5-656.92%, 5-656.93%, 5-656.94%, 5-656.95%, 5-656.9x%, 5-656.a0%, 5-656.a1%, 5-656.a2%, 5-656.a3%, 5-656.a4%, 5-656.a5%, 5-656.ax%, 5-656.x0%, 5-656.x1%, 5-656.x2%, 5-656.x3%, 5-656.x4%, 5-656.x5%, 5-656.xx%, 5-656.y%, 5-657.60%, 5-657.61%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.64%, 5-657.65%, 5-657.6x%, 5-657.70%, 5-657.71%, 5-657.72%, 5-657.73%, 5-657.74%, 5-657.75%, 5-657.7x%, 5-657.80%, 5-657.81%, 5-657.82%, 5-657.83%, 5-657.84%, 5-657.85%, 5-657.8x%, 5-657.90%, 5-657.91%, 5-657.92%, 5-657.93%, 5-657.94%, 5-657.95%, 5-657.9x%, 5-657.x0%, 5-657.x1%, 5-657.x2%, 5-657.x3%, 5-657.x4%, 5-657.x5%, 5-657.xx%, 5-657.y%, 5-658.6%, 5-658.7%, 5-658.8%, 5-658.9%, 5-658.x%, 5-658.y%, 5-659.20%, 5-659.21%, 5-659.22%, 5-659.23%, 5-659.24%, 5-659.25%, 5-659.2x%, 5-659.x0%, 5-659.x1%, 5-659.x2%, 5-659.x3%, 5-659.x4%, 5-659.x5%, 5-659.xx%, 5-659.y%, 5-660.2%, 5-660.3%, 5-660.4%, 5-660.5%, 5-660.6%, 5-660.7%, 5-660.x%, 5-660.y%, 5-661.40%, 5-661.41%, 5-661.42%, 5-661.43%, 5-661.44%, 5-661.45%, 5-661.4x%, 5-661.50%, 5-661.51%, 5-661.52%, 5-661.53%, 5-661.54%, 5-661.55%, 5-661.5x%, 5-661.60%, 5-661.61%, 5-661.62%, 5-661.63%, 5-661.64%, 5-661.65%, 5-661.6x%, 5-661.y%, 5-663.00%, 5-663.01%, 5-663.02%, 5-663.03%, 5-663.04%, 5-663.05%, 5-663.0x%, 5-663.10%, 5-663.11%, 5-663.12%, 5-663.13%, 5-663.14%, 5-663.15%, 5-663.1x%, 5-663.20%, 5-663.21%, 5-663.22%, 5-663.23%, 5-663.24%, 5-663.25%, 5-663.2x%, 5-663.30%, 5-663.31%, 5-663.32%, 5-663.33%, 5-663.34%, 5-663.35%, 5-663.3x%, 5-663.40%, 5-663.41%, 5-663.42%, 5-663.43%, 5-663.44%, 5-663.45%, 5-663.4x%, 5-663.50%, 5-663.51%, 5-663.52%, 5-663.53%, 5-663.54%, 5-663.55%, 5-663.5x%, 5-663.x0%, 5-663.x1%, 5-663.x2%, 5-663.x3%, 5-663.x4%, 5-663.x5%, 5-663.xx%, 5-663.y%, 5-665.40%, 5-665.41%, 5-665.42%, 5-665.43%, 5-665.44%, 5-665.45%, 5-665.4x%, 5-665.50%, 5-665.51%, 5-665.52%, 5-665.53%, 5-665.54%, 5-665.55%, 5-665.5x%, 5-665.x0%, 5-665.x1%, 5-665.x2%, 5-665.x3%, 5-665.x4%, 5-665.x5%, 5-665.xx%, 5-665.y%, 5-666.80%, 5-666.81%, 5-666.82%, 5-666.83%, 5-666.84%, 5-666.85%, 5-666.8x%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-666.90%, 5-666.91%, 5-666.92%, 5-666.93%, 5-666.94%, 5-666.95%, 5-666.9x%, 5-666.a0%, 5-666.a1%, 5-666.a2%, 5-666.a3%, 5-666.a4%, 5-666.a5%, 5-666.ax%, 5-666.b0%, 5-666.b1%, 5-666.b2%, 5-666.b3%, 5-666.b4%, 5-666.b5%, 5-666.bx%, 5-666.x0%, 5-666.x1%, 5-666.x2%, 5-666.x3%, 5-666.x4%, 5-666.x5%, 5-666.xx%, 5-666.y%, 5-667.0%, 5-667.1%, 5-667.2%, 5-667.x%, 5-667.y%, 5-669%, 5-683.10%, 5-683.11%, 5-683.12%, 5-683.13%, 5-683.14%, 5-683.15%, 5-683.1x%, 5-683.20%, 5-683.21%, 5-683.22%, 5-683.23%, 5-683.24%, 5-683.25%, 5-683.2x%, 5-683.6%, 5-683.7%, 5-687.0%, 5-687.1%, 5-687.2%, 5-687.30%, 5-687.31%, 5-687.3x%, 5-687.y%, 5-689.x%, 5-689.y%, 5-744.00%, 5-744.01%, 5-744.02%, 5-744.03%, 5-744.04%, 5-744.05%, 5-744.0x%, 5-744.10%, 5-744.11%, 5-744.12%, 5-744.13%, 5-744.14%, 5-744.15%, 5-744.1x%, 5-744.20%, 5-744.21%, 5-744.22%, 5-744.23%, 5-744.24%, 5-744.25%, 5-744.2x%, 5-744.30%, 5-744.31%, 5-744.32%, 5-744.33%, 5-744.34%, 5-744.35%, 5-744.3x%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.42%, 5-744.43%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.4x%

Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
OPS_Sectio	OPS	Sectio (primär, sekundär, n.n.bez)	5-740.0%, 5-740.1%, 5-740.y%, 5-741.0%, 5-741.1%, 5-741.2%, 5-741.3%, 5-741.4%, 5-741.5%, 5-741.x%, 5-741.y%, 5-742.0%, 5-742.1%, 5-742.y%, 5-749.0%, 5-749.10%, 5-749.11%, 5-749.x%, 5-749.y%

Mammachirurgie (MC)

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_O_3_DCIS	ICD-O-3	DCIS (Ductal Carcinoma in Situ)	8500/2, 8503/2, 8504/2, 8507/2, 8509/2, 8540/3, 8543/3
ICD_O_3_InvasivesMammaCa	ICD-O-3	Invasives Mammakarzinom	8010/3, 8010/6, 8010/9, 8013/3, 8013/6, 8013/9, 8022/3, 8022/6, 8022/9, 8035/3, 8035/6, 8035/9, 8041/3, 8041/6, 8041/9, 8070/3, 8070/6, 8070/9, 8140/6, 8140/9, 8200/3, 8200/6, 8200/9, 8201/3,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			8201/6, 8201/9, 8211/3, 8211/6, 8211/9, 8246/3, 8249/3, 8249/6, 8249/9, 8265/3, 8265/6, 8265/9, 8290/3, 8290/6, 8290/9, 8314/3, 8314/6, 8314/9, 8315/3, 8315/6, 8315/9, 8401/3, 8401/6, 8401/9, 8410/3, 8410/6, 8410/9, 8430/3, 8430/6, 8430/9, 8480/3, 8480/6, 8480/9, 8490/3, 8490/6, 8490/9, 8500/3, 8500/6, 8500/9, 8502/3, 8502/6, 8502/9, 8503/3, 8503/6, 8503/9, 8504/3, 8507/3, 8509/3, 8510/3, 8510/6, 8510/9, 8519/2, 8520/3, 8520/6, 8520/9, 8522/3, 8522/6, 8522/9, 8523/3, 8523/6, 8523/9, 8524/3, 8524/6, 8524/9, 8530/3, 8530/6, 8530/9, 8541/3, 8541/6, 8541/9, 8550/3, 8550/6, 8550/9, 8560/3, 8560/6, 8560/9, 8571/3, 8572/3, 8572/6, 8572/9, 8574/3, 8575/3, 8575/6, 8575/9, 8982/3, 8982/6, 8982/9
OPS_BET	OPS	Brusterhaltende Operationen	5-870.20%, 5-870.21%, 5-870.60%, 5-870.61%, 5-870.90%, 5-870.91%, 5-870.a0%, 5-870.a1%, 5-870.a2%, 5-870.a3%, 5-870.a4%, 5-870.a5%, 5-870.a6%, 5-870.a7%, 5-870.ax%, 5-870.x%, 5-870.y%
OPS_Mastektomie	OPS	Mastektomie	5-872.0%, 5-872.1%, 5-872.x%, 5-872.y%, 5-874.0%, 5-874.1%, 5-874.2%, 5-874.4%, 5-874.5%, 5-874.6%, 5-874.7%, 5-874.8%, 5-874.x%, 5-874.y%, 5-877.0%, 5-877.10%, 5-877.11%, 5-877.12%, 5-877.1x%, 5-877.20%, 5-877.21%, 5-877.22%, 5-877.2x%, 5-877.x%, 5-877.y%

Die Richtlinie ist a

Anhang III: Vorberechnungen

Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Mammachirurgie (MC)

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Anhang IV: Funktionen

Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_GynIsolierteAdnexe	boolean	Isolierte Adnexeingriffe (OPS 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) mit Zusatzeingriffen	OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynOvarOP & OPSCHLUESSEL %all_like% union(LST$OPS_GynOvarOP, LST$OPS_GynOvarOPZusatz)
fn_GynIsolierteAdnexeAblativ	boolean	Isolierte Adnexeingriffe, ablativ (OPS 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) mit Zusatzeingriffen	OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynOvarOPAblativ & OPSCHLUESSEL %all_like% union(LST$OPS_GynOvarOPAblativ, LST$OPS_GynOvarOPAblativZusatz)
fn_GynLapOP	boolean	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang unter Ausschluss von Operationen mit anderen Zugangsarten	OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynLapOP & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST$OPS_GynLapOP_EX)
fn_GYNScore_51906	float	Score zur logistischen Regression - ID 51906	# Funktion fn_GYNScore_51906
fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)
fn_Organverletzung	boolean	Organverletzung	IOPKOMPLBLASE %==% 1 | IOPKOMPLHARNL %==% 1 | IOPKOMPLURETHRA %==% 1 | IOPKOMPLDARM %==% 1 | IOPKOMPLUTERUS %==% 1 |

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			IOPKOMPLGEFNERV %==% 1 | IOPKOMPLORGAN %==% 1
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF

Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndex1_51803_E	float	Index Ebene 1 (E)	# Funktion fn_GEBIndex1_51803_E
fn_GEBIndex1_51803_GG	boolean	Index Ebene 1 (GG): Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind	TOTVORAUFN %!=% 1 & fn_Gestalter %between% c(259,293)
fn_GEBIndex1_51803_Z	boolean	Index Ebene 1 (Z): Verstorbene Kinder	ENTLGRUNDK %==% "07" | TOD7TAGE %==% 1
fn_GEBIndex2_51803_E	float	Index Ebene 2 (E)	# Funktion fn_GEBIndex2_51803_E
fn_GEBIndex2_51803_GG	boolean	Index Ebene 2 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar	TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(259,293) & APGAR5 %between% c(0,10)
fn_GEBIndex2_51803_Z	boolean	Index Ebene 2 (Z): Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	APGAR5 %<% 5

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndex3_51803_E	float	Index Ebene 3 (E)	# Funktion fn_GEBIndex3_51803_E
fn_GEBIndex3_51803_GG	boolean	Index Ebene 3 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess	TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(259,293) & BGNABELBEXC %>=% -40 & BGNABELBEXC %<=% 10
fn_GEBIndex3_51803_Z	boolean	Index Ebene 3 (Z): Kinder mit Base Excess unter -16	BGNABELBEXC %<% -16
fn_GEBIndex4_51803_E	float	Index Ebene 4 (E)	# Funktion fn_GEBIndex4_51803_E
fn_GEBIndex4_51803_GG	boolean	Index Ebene 4 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert	TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(259,293) & BGNABELPH %>=% 6.50 & BGNABELPH %<% 8.00
fn_GEBIndex4_51803_Z	boolean	Index Ebene 4 (Z): Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	BGNABELPH %<% 7.00

fn_GEBIndexGesamt_51803_E	float	Index Gesamt (E): Summe	# inits
			lExpected <- list()
			
			# E nach Ebenen
			lExpected$Ebene1 <-
			(!is.na(fn_GEBIndex1_51803_GG) &
			fn_GEBIndex1_51803_GG) * fn_GEBIndex1_51803_E
			
			lExpected$Ebene2 <-
			(!is.na(fn_GEBIndex2_51803_GG) &
			fn_GEBIndex2_51803_GG) * fn_GEBIndex2_51803_E
			
			lExpected$Ebene3 <-
			(!is.na(fn_GEBIndex3_51803_GG) &
			fn_GEBIndex3_51803_GG) * fn_GEBIndex3_51803_E

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			lExpected$Ebene4 <- (!is.na(fn_GEBIndex4_51803_GG) & fn_GEBIndex4_51803_GG) * fn_GEBIndex4_51803_E # Summe row_sums(lExpected$Ebene1, lExpected$Ebene2, lExpected$Ebene3, lExpected$Ebene4)
fn_GEBIndexGesamt_51803_GG	integer	Index Gesamt (GG): Summe der zutreffenden Nennerbedingungen, d. h. ein Fall kann bis zu 4-mal im Nenner gezählt werden	row_sums(fn_GEBIndex1_51803_GG, fn_GEBIndex2_51803_GG, fn_GEBIndex3_51803_GG, fn_GEBIndex4_51803_GG)
fn_GEBIndexGesamt_51803_Z	integer	Index Gesamt (Z): Summe der zutreffenden Zählerbedingungen, d. h. ein Fall kann bis zu 4-mal im Zähler gezählt werden	row_sums(fn_GEBIndex1_51803_GG & fn_GEBIndex1_51803_Z, fn_GEBIndex2_51803_GG & fn_GEBIndex2_51803_Z, fn_GEBIndex3_51803_GG & fn_GEBIndex3_51803_Z, fn_GEBIndex4_51803_GG & fn_GEBIndex4_51803_Z)
fn_Gestalter	integer	Gestationsalter in Tagen	nTragzeitkliWo <- TRAGZEITKLIN * 7 nAbstGebterm <- 280 + round(as.numeric(difftime(GEBDATUMK, GEBTERMIN, unit="days", tz = "Europe/Berlin"))) f1 <- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, NA_integer_) f2 <- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, abstGebterm + 280)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			f3 <- ifelse(abs(nTragzeitkliWo-nAbstGebterm)%<%14, nAbstGebterm, nTragzeitkliWo) result <- ifelse(!is.na(GEBTERMIN), ifelse(SSBEFUND %any_in% 38, f1, ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), f3, nAbstGebterm)), f2) result

Mammachirurgie (MC)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_DCIS	boolean	DCIS (nach ICD-O-3)	POSTICDO3 %in% LST$ICD_O_3_DCIS
fn_invasivesMammaCa_prae	boolean	Invasives Mammakarzinom (nach ICD-O-3) - prätherapeutisch	PRAEICDO3 %in% LST$ICD_O_3_InvasivesMammaCa
fn_pTohneNeoadjuvanz	boolean	Tumorstadium pT ohne präoperative tumorspezifische Therapie	TNMPTMAMMA %in% c("pT0", "pTis", "pT1mic", "pT1a", "pT1b", "pT1c", "pT2", "pT3", "pT4a", "pT4b", "pT4c", "pT4d", "pTX")

Die Richt… Kraft