

# Beschluss

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätssicherungs- Richtlinie Früh- und Reifgeborene: Änderung in § 7 und Neufassung der Anlage 4**

Vom 20. November 2014

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. November 2014 beschlossen, die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene / QFR-RL), in der Fassung vom 20. September 2005 (BAnz AT 28.10.2005 V 205), zuletzt geändert am 19. Dezember 2013 (BAnz AT 09.01.2014 B2) wie folgt zu ändern:

- I. Die „Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene“ wird wie folgt geändert:
  1. In § 7 Satz 1 wird das Wort „Frühgeborenen“ durch das Wort „Neugeborenen“ ersetzt.
  2. Die Anlage 4 der QFR-RL wird gemäß **Anlage** zum Beschluss neu gefasst.
- II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 20. November 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Hecken

**Anlage 4**  
**der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):**  
**Veröffentlichung der Ergebnisdaten der Perinatalzentren i.S.v. § 3 QFR-RL**

**Inhaltsverzeichnis**

<b>§ 1 Grundlagen .....</b>	<b>2</b>
<b>§ 2 Definitionen im Zusammenhang mit der Richtlinie .....</b>	<b>2</b>
<b>§ 3 Datengrundlage für die Veröffentlichung .....</b>	<b>3</b>
<b>§ 4 Registrierung der Perinatalzentren .....</b>	<b>3</b>
<b>§ 5 Datenflüsse .....</b>	<b>4</b>
<b>§ 6 Datenzusammenführung und –aufbereitung .....</b>	<b>5</b>
<b>§ 7 Auswertung und Darstellung .....</b>	<b>6</b>
<b>§ 8 Veröffentlichung der Daten zur Ergebnisqualität .....</b>	<b>8</b>

**Verzeichnis der Anhänge**

Anhang 1: Verwendete Daten

Anhang 2: Registrierungsformular für Krankenhäuser

Anhang 3: Abgleich von Daten der Neonatalerhebung und des Instituts für das Entgelt-  
wesen im Krankenhaus (InEK)

Anhang 4: Tabellen zur Darstellung der Ergebnisqualität

## **§ 1 Grundlagen**

- (1) Die zentrale Veröffentlichung von Daten der frühen und späten Ergebnisqualität von Krankenhäusern mit Perinatalzentren i. S. v. § 3 QFR-RL dient folgenden Zielen:
  1. Information und Entscheidungshilfe für Schwangere / werdende Eltern insbesondere bei Risikoschwangerschaften oder zu erwartender Frühgeburt,
  2. Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung von Frauen mit Risikoschwangerschaften oder zu erwartender Frühgeburt für behandelnde Ärztinnen und Ärzte,
  3. Möglichkeit für die Krankenhäuser, sich hinsichtlich der Ergebnisse der Versorgung von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g miteinander zu vergleichen.
- (2) Der G-BA beauftragt die Institution nach § 137a SGB V zeitnah mit der Weiterentwicklung des hier geregelten und als „Phase B“ bezeichneten Verfahrens. Diese Weiterentwicklung wird als „Phase C“ bezeichnet. Sobald das Verfahren der Phase C in Kraft getreten ist, wird das Verfahren nach Phase B abgelöst.

## **§ 2 Definitionen im Zusammenhang mit der Richtlinie**

- (1) Krankenhäuser im Sinne dieser Anlage sind Krankenhäuser mit Perinatalzentren gemäß § 3 QFR-RL.
- (2) „Frühe Ergebnisqualität“ bezeichnet das Behandlungsergebnis zum Zeitpunkt der Entlassung aus einem Perinatalzentrum.
- (3) „Späte Ergebnisqualität“ bezeichnet das Ergebnis der Nachuntersuchung im korrigierten Lebensalter von zwei Jahren.
- (4) „Validierung“ bedeutet die Überprüfung der Vollständigkeit der Mortalitätsdaten durch Abgleich der Daten aus dem Leistungsbereich „Neonatologie“ der externen stationären Qualitätssicherung mit den durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Leistungsdaten gemäß § 21 KHEntG.
- (5) „Risikoadjustierung“ bedeutet die Berücksichtigung patientenindividueller Faktoren, die Effekte auf das Behandlungsergebnis haben können (Risiken), aber keine Behandlungsergebnisse abbilden.
- (6) „Erfassungsjahr“ ist das Jahr, in dem die Daten im Krankenhaus erhoben werden.

- (7) „Veröffentlichungsjahr“ ist das Jahr, in dem die Ergebnisse und Auswertungen zu den Daten veröffentlicht werden.

### **§ 3 Datengrundlage für die Veröffentlichung**

- (1) Die Veröffentlichung bezieht sich auf alle Neugeborenen, die in den jeweils zu berichtenden Erfassungsjahren gemäß § 7 Absatz 4 und 5 in Perinatalzentren entlassen wurden, und bei ihrer Geburt weniger als 1500 g gewogen haben.
- (2) Für die Veröffentlichung werden folgende Daten der Krankenhäuser verwendet:
1. Angaben zur frühen Ergebnisqualität gemäß Anhang 1,
  2. Angaben zur späten Ergebnisqualität gemäß Anhang 4 Tabellen 3A und 3B,
  3. Leistungsdaten nach § 21 KHEntG gemäß Anhang 1,
  4. Administrative Daten gemäß Anhang 1, sowie
  5. Daten zur Registrierung gemäß Anhang 2.

### **§ 4 Registrierung der Krankenhäuser**

- (1) Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre Perinatalzentren bis zum 15.03.2015, spätestens jedoch zum 31.03.2015, mittels des Registrierungsformulars gemäß Anhang 2 bei der Institution nach § 137a SGB V zu registrieren.
- (2) Krankenhäuser, die für ihre Perinatalzentren nach dem 31.03.2015 die Checkliste gemäß § 6 Absatz 5 QFR-RL erstmals abgeben, müssen sich unverzüglich nach der Abgabe mittels des Registrierungsformulars gemäß Anhang 2 bei der Institution nach § 137a SGB V registrieren.
- (3) Die Registrierung erfordert die vollständigen Angaben gemäß Anhang 2. Nach der Registrierung erhält das Krankenhaus von der Institution nach § 137a SGB V eine Bestätigung, und seine Daten für den Zugang zur Internetplattform <https://login.perinatalzentren.org>.
- (4) Im Rahmen der jährlichen Lieferung der Daten nach Anhang 4 Tabellen 3A und 3B sind die Krankenhäuser verpflichtet, die Registrierungsdaten gemäß Anhang 2 zu prüfen, und bei Bedarf unverzüglich zu aktualisieren. Bei unterjährigen Veränderungen haben die Krankenhäuser die Aktualisierung der Registrierungsdaten nach Anhang 2 unverzüglich vorzunehmen.

## § 5 Datenflüsse

- (1) Die Lieferung der Daten zur Darstellung der frühen Ergebnisqualität gemäß der Spezifikation nach Tabelle 1 in Anhang 1 an die Institution nach § 137a SGB V kann sowohl vom Krankenhaus als auch von den jeweils zuständigen, von der Landesebene beauftragten Stellen nach § 6 der QSKH-RL (regelmäßig die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, LQS) vorgenommen werden. Die Datenlieferung soll im Auftrag des Krankenhauses durch die von der Landesebene beauftragte Stelle erfolgen. Falls eine Einbindung der von der Landesebene beauftragten Stelle nicht erfolgt, hat das Krankenhaus die Übermittlung der Daten zur Darstellung der frühen Ergebnisqualität vorzunehmen. Die Lieferung beinhaltet im ersten Jahr der Registrierung die Datensätze der jeweils zurückliegenden fünf Erfassungsjahre, sofern das Krankenhaus bereits seit mehr als fünf Jahren ein Perinatalzentrum betreibt. Für Krankenhäuser, deren Perinatalzentrum zum Zeitpunkt der Registrierung über einen kürzeren Zeitraum betrieben worden ist, beinhaltet die Lieferung im ersten Jahr der Registrierung die Datensätze aller bis zur Registrierung vollständig dokumentierten Erfassungsjahre. In den Folgejahren wird der Datensatz des jeweils zurückliegenden Erfassungsjahres geliefert. Die Übermittlung erfolgt fallbezogen und patienten anonymisiert.
- (2) Die aggregierten Daten zur späten Ergebnisqualität (§ 3 Nr. 2) sind von den Krankenhäusern über die administrative Registrierungsplattform durch Eintrag in die Tabellenvorlage gemäß Anhang 4, Tabelle 3A und 3B unter <https://login.perinatalzentren.org> an die Institution nach § 137a SGB V zu liefern.
- (3) Die Leistungsdaten nach § 21 KHEntG (§ 3 Nr. 3) werden von der Institution nach § 137a SGB V beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gemäß § 21 Absatz 3a KHEntG angefordert. Die anzufordernden Daten sind in Tabelle 2, Anhang 1 dargelegt.
- (4) Die Daten nach Absatz 1 und 2 müssen bis spätestens 31.05. des Veröffentlichungsjahres an die Institution nach § 137a SGB V übermittelt sein. Sollte die Übermittlung bis zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgt sein, werden die jeweils zuständige von der Landesebene beauftragte Stelle oder das betreffende Krankenhaus gemäß Absatz 1 und 2 von der Institution nach § 137a SGB V aufgefordert, die Daten bis zum 30.06. desselben Jahres an die Institution nach § 137a SGB V nachzuliefern. Bei erneuter Nichtlieferung wird dies auf der Internetseite [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org) entsprechend ausgewiesen.

## **§ 6 Datenzusammenführung und -aufbereitung**

- (1) Die Institution nach § 137a SGB V nimmt folgende Prüfung der Daten vor:
  1. Plausibilitätsprüfung bei Annahme der Daten nach § 5 Absatz 1 und 2,
  2. Validierung der Daten gemäß Anhang 3
- (2) Das Ergebnis der Validierung nach Absatz 1 Nr. 2 wird den Krankenhäusern bis spätestens zum 30.09. des Veröffentlichungsjahres zur Verfügung gestellt.
- (3) Das Krankenhaus teilt der Institution nach § 137a SGB V spätestens bis zum 31.10. des Veröffentlichungsjahres mit, ob das Ergebnis der Validierung aus seiner Sicht zutreffend ist.
- (4) Stellen das Krankenhaus oder die Institution nach § 137a SGB V weiteren Aufklärungsbedarf fest, sind die Abweichungen gemeinsam von der zuständigen von der Landesebene beauftragten Stelle und dem Krankenhaus zu klären. Falls die zuständige von der Landesebene beauftragte Stelle diese Klärung nicht durchführt, tritt die Institution nach § 137a SGB V an ihre Stelle. Die von der Landesebene beauftragte Stelle und das Krankenhaus sind verpflichtet, der Institution nach § 137a SGB V unverzüglich mitzuteilen, wenn eine Einbindung der von der Landesebene beauftragten Stelle nicht erfolgt. Zur Durchführung der Aufklärung sind die Ergebnisse der Validierung nach Absatz 1 Nr. 2, die Rückmeldungen des Krankenhauses nach Absatz 3 sowie der benannte Aufklärungsbedarf nach Satz 1 zur Verfügung zu stellen. Die Aufklärung erfolgt unter Einsicht in die Originaldokumentation des Krankenhauses spätestens bis zum 15.02. des auf das Veröffentlichungsjahr folgenden Jahres. Die Ergebnisse der gemeinsamen Aufklärung sind unter Berücksichtigung der für den Bericht gemäß Absatz 5 erforderlichen Angaben spätestens bis zum 28.02. des auf das Veröffentlichungsjahr folgenden Jahres an die Institution nach § 137a SGB V zu übermitteln.
- (5) Die Institution nach § 137a SGB V berichtet zum 30.06. eines Jahres, beginnend 2016, dem G-BA über das Ergebnis der Aufklärung nach Absatz 4 in zusammenfassender Berichtsform. Die Ergebnisse der Aufklärung und die Gründe für Abweichungen werden darin in anonymisierter Form aufgeführt. Neben den aufgeklärten Fällen umfassen die zu berichtenden Ergebnisse auch die Anzahl der strittig gebliebenen Fälle und die Gründe für die fehlende Aufklärung dieser Fälle.
- (6) Für alle durch den Abgleich zusätzlich identifizierten Sterbefälle ist das Krankenhaus verpflichtet, die jeweils für die Erstellung des Berichts nach Absatz 5 notwendigen

Dokumentationen im Rahmen der Aufklärung vorzunehmen und an die Institution nach § 137a SGB V zu übermitteln oder durch die von der Landesebene beauftragte Stelle übermitteln zu lassen.

- (7) Nach Vorliegen des ersten Berichts nach Absatz 5 wird der G-BA bis zum 31.12.2017 die Kriterien für den Umgang mit den Ergebnissen des Validierungsverfahrens und die konkrete Einbeziehung der durch das Validierungsverfahren zusätzlich gewonnenen Daten für die Auswertung und Darstellung nach § 7 beschließen. Bis zum Beschluss nach Satz 1 bleiben die Ergebnisse des Validierungsverfahrens im Rahmen der Auswertung und Darstellung nach § 7 unberücksichtigt.

### **§ 7 Auswertung und Darstellung**

- (1) Die Auswertung beinhaltet die tabellarische Darstellung der Ergebnisse gemäß Anhang 4 sowie risikoadjustierte Einrichtungsvergleiche.
- (2) Für die Risikoadjustierung werden für jede jahresbezogene Veröffentlichung nach dieser Richtlinie alle potentiell relevanten patientenbezogenen Faktoren hinsichtlich ihres Einflusses auf die Ergebnisse gemäß Anhang 4 geprüft. Die Institution nach § 137a SGB V ist verpflichtet, für das Risikoadjustierungsmodell die Daten gemäß Anhang 1 zu prüfen, und dabei insbesondere die Merkmale Gestationsalter bei Geburt, Geschlecht, Aufnahmegewicht, Fehlbildung, Mehrling, sowie Alter bei Aufnahme zu berücksichtigen, und die geeigneten Einflussfaktoren in das Modell der Risikoadjustierung einzuschließen. Die Methode der Risikoadjustierung einschließlich des Risikoadjustierungsmodells mit seinen für die jeweilige Veröffentlichung im Risikoadjustierungsmodell verwendeten Merkmalen einschließlich der Begründung für ihre Auswahl, und die zugehörigen Regressionsgewichte werden auf der Website des Gemeinsamen Bundesausschusses veröffentlicht.
- (3) In die Entwicklung des Modells der Risikoadjustierung sowie in die risikoadjustierten Einrichtungsvergleiche werden Kinder nicht einbezogen, die mindestens eines der folgenden Merkmale aufweisen:
- Gestationsalter unter 24+0 Schwangerschaftswochen (sofern nicht vorhanden, Aufnahmegewicht unter 500g)
  - Letale Fehlbildung
  - Primäre palliative Versorgung

- (4) Die Ergebnisse der Einrichtungsvergleiche werden grafisch aufbereitet. Ein Vergleich jedes Krankenhauses mit dem Bundesdurchschnitt (inklusive Minimum und Maximum) muss mindestens enthalten sein. Folgende Merkmale werden über Einrichtungsvergleiche dargestellt:
- Die aktuelle Versorgungsstufe des Perinatalzentrums gemäß § 3 QFR-RL,
  - die Angabe der Zahl der Standorte eines Perinatalzentrums, sobald Daten aus 5 kompletten Erfassungsjahren standortbezogen vorliegen, erfolgt eine standortbezogene Auswertung und Darstellung,
  - die Fallzahl (durchschnittliche Anzahl der dokumentierten Fälle pro Jahr über die vergangenen 5 Erfassungsjahre),
  - die Behandlungsroutine (durchschnittliche risikoadjustierte Anzahl der dokumentierten Fälle pro Jahr über die vergangenen 5 Erfassungsjahre),
  - das risikoadjustierte Überleben von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g in den vergangenen 5 Erfassungsjahren, sowie
  - das risikoadjustierte Überleben ohne schwere Erkrankung von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g in den vergangenen 5 Erfassungsjahren.
- (5) Für Krankenhäuser, deren Perinatalzentrum zum Zeitpunkt der Registrierung gemäß § 4 über einen kürzeren Zeitraum als 5 Jahre betrieben worden sind, beinhaltet die Darstellung die Daten aller bis zur Registrierung komplett dokumentierten Erfassungsjahre. Die unterschiedliche Datengrundlage wird in den Darstellungen nach § 7 Absatz 1 ausgewiesen.
- (6) Die Darstellungen nach den Absätzen 1 – 5 erfolgen sowohl in laienverständlicher Form, als auch für die Fachöffentlichkeit.
- (7) Die Darstellungen nach den Absätzen 1 – 5 werden den jeweiligen Krankenhäusern bis spätestens zum 30.09 des Veröffentlichungsjahres zur Verfügung gestellt. Die Krankenhäuser können die dargestellten eigenen Ergebnisse bis zum 31.10. desselben Jahres insgesamt freitextlich erläutern und kommentieren. Hierfür besteht eine Zeichenbegrenzung einschließlich Leerzeichen von 1000 Zeichen, Hyperlinks sind möglich. Die Krankenhäuser haben sicherzustellen, dass durch die Kommentare kein Personenbezug hergestellt werden kann. Kommentare mit Personenbezügen werden nicht veröffentlicht.



**§ 8 Veröffentlichung der Daten zur Ergebnisqualität**

- (1) Alle Ergebnisse nach § 7 werden auf der Internet-Plattform [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org) veröffentlicht, nachdem diese Plattform vom G-BA abgenommen wurde. Alle Ergebnisse mit Fallzahlen < 4 sind von der Darstellung ausgeschlossen.
- (2) Die Kommentare gemäß § 7 Absatz 7 werden im Zusammenhang mit den Ergebnissen für das jeweilige Krankenhaus dargestellt.
- (3) Die Veröffentlichung der Darstellungen gemäß § 7 erfolgt jeweils zum 01.12. des Veröffentlichungsjahres.
- (4) Jedes Krankenhaus hat auf seiner Internetseite einen Link mit folgendem Hinweis aufzunehmen: „Informationen zur Ergebnisqualität des Perinatalzentrums finden Sie auf der Internetseite [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org).“
- (5) Auf der Internetseite [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org) wird eine aktuelle Übersicht (Transparenzliste) mit folgenden Angaben dargestellt:
  - Name und Adresse des Krankenhauses,
  - Name und Adresse des Standortes, an dem sich das Perinatalzentrum befindet, sowie
  - die Versorgungsstufe des Perinatalzentrums gemäß § 3 QFR-RL.

**Anhang 1 zu Anlage 4  
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):  
Verwendete Daten**

Tabelle 1:

**Datenfelder aus dem Datensatz der externen stationären Qualitätssicherung, Leistungsbereich Neonatologie**

Nr.	Datei/Feld-name	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Adminis- trative Datenfel- der	Datenfel- der für die Qualitäts- informa- tionen und Risikoad- justierung	Datenfel- der für die Datenva- lidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Tech- nische und anwen- dungsbe- zogene Gründe
1	Vorgangsnr	Vorgangs- nummer	Eindeutiges Kennzeichen des dokumen- tierten Datensatzes	X		X	
2	Auswertungs- jahr	Auswertungs- jahr	Entlassungs- jahr des Kindes („2010“; „2011“; etc.)	X	X	X	
3	IKNRKH	Institutions- kennzeichen (nicht pseudonymi- siert)	nicht pseudonymi- siertes Institutions- kennzeichen	X	X	X	
4	STANDORT	Entlassender Standort	Angabe der Zahl der Standorte	X			
6	GESCHLEC HTNEO	Geschlecht	Tabelle 1: männlich, Anzahl; Risikoadjus- tierung, Mortalitäts- abgleich		X	X	
7	ANZMEHRLI NGE	Anzahl Mehrlinge	Tabelle 1: Mehrlings- kinder, Anzahl; Risikoadjustier- ung		X		

**Anhang 1 zu Anlage 4  
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):  
Verwendete Daten**

Nr.	Datei/Feldname	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Qualitätsinformationen und Risikoadjustierung	Datenfelder für die Datenvalidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Technische und anwendungsbezogene Gründe
8	GESTALTER	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	Tabelle 1: Aufschlüsselung nach Gestationsalter, in vollendeten Schwangerschaftswochen(SSW, Anzahl) Tabelle 2 B; Risikoadjustierung		X		
9	GEBDATUM	Geburtsdatum des Kindes	Identifizierung des Kindes im Perinatalzentrum	X			
10	ltEntl	Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen)	Mortalitätsabgleich			X	X
11	alterStunden	Alter bei Aufnahme in Stunden	Risikoadjustierung		X		
12	KG	Gewicht des Kindes bei Geburt	Tabelle 1: Aufschlüsselung nach Geburtsgewicht in Gramm (Anzahl); Tabelle 2 A	X	X		X
13	THERAPIEV ERZICHT	Primärer Verzicht auf kurative Therapie bei	Tabelle 1: Palliativversorgung: Kinder mit		X		

**Anhang 1 zu Anlage 4  
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):  
Verwendete Daten**

Nr.	Datei/Feldname	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Qualitätsinformationen und Risikoadjustierung	Datenfelder für die Datenvalidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Technische und anwendungsbezogene Gründe
		verstorbenen Kindern	primärem Verzicht auf kurative Therapie; Anzahl				
14	ItAufn	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus (in Tagen)	Risikoadjustierung, Mortalitätsabgleich		X	X	
15	AUFNDATUM	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)	Mortalitätsabgleich			X	
16	monatAufn	Monat des Aufnahmetages	Mortalitätsabgleich	X		X	
17	AUFNGEW	Gewicht bei Aufnahme	Risikoadjustierung, Mortalitätsabgleich		X	X	
18	CRIBFEHLBLD	Fehlbildungen	Tabelle 1: Kinder mit schweren angeborenen Fehlbildungen; Anzahl, Kinder mit letalen angeborenen Fehlbildungen; Anzahl; Risikoadjustierung		X		
19	SONO	Schädelsonogramm durchgeführt/	Tabelle 2: Schädelsonographie		X		

**Anhang 1 zu Anlage 4  
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):  
Verwendete Daten**

Nr.	Datei/Feldname	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Qualitätsinformationen und Risikoadjustierung	Datenfelder für die Datenvalidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Technische und anwendungsbezogene Gründe
		vorhanden	durchgeführt				
20	IVHAEM	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie	Tabelle 2: davon IVH-Grad 3 oder PVH, hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert		X		
21	IVHPVHAU FNAHME <sup>1</sup>	Status bei Aufnahme	Tabelle 2: davon IVH-Grad 3 oder PVH, hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert		X		
22	AUGENUNT	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden	Tabelle 2: Untersuchung des Augenhintergrunds durchgeführt		X		
23	ROP	Frühgeborenen-Retinopathie	Tabelle 2: davon ROP-Grad 3 oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert		X		
24	ROPAUFN AHME	ROP-Status bei Aufnahme	Tabelle 2: davon ROP-Grad 3 oder höher hier entstanden oder		X		

<sup>1</sup> Diese Daten stehen ab dem Entlassungsjahr 2015 zur Verfügung

**Anhang 1 zu Anlage 4  
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):  
Verwendete Daten**

Nr.	Datei/Feldname	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Qualitätsinformationen und Risikoadjustierung	Datenfelder für die Datenvalidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Technische und anwendungsbezogene Gründe
			erstmalig diagnostiziert				
25	BPD	Bronchopulmonale Dysplasie	Tabelle 2: bronchopulmonale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)		X		
26	ENTEROKOLITIS	Nekrotisierende Enterokolitis (NEC)	Tabelle 2: NEK Stadium II nach Bell oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert		X		
27	NECAUFNAHME <sup>2</sup>	Status bei Aufnahme	Tabelle 2: NEK Stadium II nach Bell oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert		X		
28	ENTLDATEM	Entlassungsdatum Krankenhaus /Todesdatum	Mortalitätsabgleich	X	X	X	
29	monatEntl	Monat des Entlassungstages	Mortalitätsabgleich		X	X	
30	vwDauer	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	Mortalitätsabgleich			X	

<sup>2</sup> Diese Daten stehen ab dem Entlassungsjahr 2015 zur Verfügung

**Anhang 1 zu Anlage 4  
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):  
Verwendete Daten**

Nr.	Datei/Feldname	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Qualitätsinformationen und Risikoadjustierung	Datenfelder für die Datenvalidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Technische und anwendungsbezogene Gründe
31	ENTLGRUND	Entlassungsgrund	Tabellen 1;2; Mortalitätsabgleich		X	X	

**Anhang 1 zu Anlage 4  
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):  
Verwendete Daten**

Tabelle 2:

**Leistungsdaten nach § 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchstaben a bis f KHEntgG**

Nr.	Datei/Feldname	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Qualitätsinfor- mationen und Risikoadjustierung	Datenfelder für die Datenvalidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Datei „Fall“	Entlassender Standort	Zuordnung der Daten zum entsprechenden Krankenhausstandort.	X	X		
2	Datei „Fall“ Datei „ICD“ Datei „OPS“	KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalles, bzw. abgeleitete Fall_ID	Identifikation des Falles, Zuordnung zu OPS und Diagnosen.	X			
3	Datei „Fall“ Datei „ICD“ Datei „OPS“	Institutionskennzeichen des Krankenhauses	Zuordnung der Daten zum entsprechenden Krankenhaus.	X	X	X	
4	Datei „Fall“	Geschlecht	Wird zur Risikoadjustierung benötigt. Genauere Charakterisierung ggf. fehlender Fälle in Neonataldaten.		X	X	
5	Datei „Fall“	Aufnahmedatum	Wird zur Berechnung der Verweildauer wie auch zur Ermittlung des Geburtsjahrgangs benötigt. Genauere		X	X	



**Anhang 1 zu Anlage 4  
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):  
Verwendete Daten**

Nr.	Datei/Feldname	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Qualitätsinformationen und Risikoadjustierung	Datenfelder für die Datenvalidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Technische und anwendungsbezogene Gründe
			Charakterisierung ggf. fehlender Fälle in Neonataldaten.				
6	Datei „Fall“	Aufnahmeanlass	Wird zur Berechnung der Fallzahl benötigt. Unterscheidung Geburt eines Kindes von Behandlung eines NG.				X
7	Datei „Fall“	Aufnahmegrund	Wird zur Berechnung der Fallzahl benötigt. Unterscheidung Geburt eines Kindes von Behandlung eines NG.				X
8	Datei „Fall“	Fallzusammenführung	Wird zur korrekten Ermittlung der Fallzahl benötigt.				X
9	Datei „Fall“	Fallzusammenführungsgrund	Wird zur korrekten Ermittlung der Fallzahl benötigt.				X
10	Datei „Fall“	Aufnahmegewicht	Wird zur Zuordnung der Neu- und Frühgeborenen in entsprechende Geburtsgewichtskategorien sowie zur	X	X	X	

**Anhang 1 zu Anlage 4  
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):  
Verwendete Daten**

Nr.	Datei/Feldname	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Qualitätsinformationen und Risikoadjustierung	Datenfelder für die Datenvalidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Technische und anwendungsbezogene Gründe
			Risikoadjustierung benötigt. Charakterisierung ggf. fehlender Fälle in Neonataldaten.				
11	Datei „Fall“	Alter in Tagen beim Aufnahmezeitpunkt	Wird zur Risikoadjustierung und zur Berechnung des Geburtsjahrgangs benötigt.		X	X	
12	Datei „Fall“	Entlassungs-/Verlegungsdatum	Wird zur Vollständigkeitsprüfung benötigt (Zählweise der Anzahl der Kinder an Hand der in dem/n entsprechenden Jahr/en entlassenen Kinder). Genauere Charakterisierung ggf. fehlender Fälle in Neonataldaten.		X	X	
13	Datei „Fall“	Entlassungs-/Verlegungsgrund	Definition des Überlebensstatus.		X	X	
14	Datei „Fall“	Beatmungsstunden	Wird zur Definition von Komplikationen benötigt (Bronchopulmonale)		X		

**Anhang 1 zu Anlage 4  
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):  
Verwendete Daten**

Nr.	Datei/Feldname	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Qualitätsinformationen und Risikoadjustierung	Datenfelder für die Datenvalidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Technische und anwendungsbezogene Gründe
			Dysplasie).				
15	Datei „Fall“	Institutionskennzeichen des verlegenden Krankenhauses	Wird zur korrekten Fallzahlermittlung benötigt.	X	X		
16	Datei „ICD“	Diagnoseart	Treffgenaue Identifikation von diagnosebasierten Behandlungskomplikationen in Abgrenzung von vorbestehenden Diagnosen. In einem solchen Fall sind es keine Komplikationen mehr und müssen in der Neonatalerhebung nicht dokumentiert werden. Wird zur Risikoadjustierung benötigt.		X		X
17	Datei „ICD“	Diagnoseschlüssel	Identifikation von diagnosebasierten Behandlungskomplikationen . Wird zur Risikoadjustierung benötigt.		X	X	
18	Datei „OPS“	Prozedureschlüssel	Identifikation von Behandlungskomplikationen. Verschiedene Prozeduren		X		

**Anhang 1 zu Anlage 4  
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):  
Verwendete Daten**

Nr.	Datei/Feldname	Datenfelder	Begründung/ Erläuterung	Zweckbindung			
				Administrative Datenfelder	Datenfelder für die Qualitätsinformationen und Risikoadjustierung	Datenfelder für die Datenvalidierung (gemäß § 2 Absatz 4 der Anlage 4)	Technische und anwendungsbezogene Gründe
			werden in der Neonatalperiode nur bei definierten - hier interessierenden Komplikationen - durchgeführt. In Ergänzung von möglicherweise unterdokumentierten diagnosebasierten Komplikationen.				

## Anhang 2 zu Anlage 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL): Registrierungsformular für Krankenhäuser

Die Registrierung zur zentralen Veröffentlichung von Daten der frühen und späten Ergebnisqualität gemäß § 4 Anlage 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) erfolgt elektronisch auf dem Internetportal <https://login.perinatalzentren.org>.

Bitte verwenden Sie dieses Formular, um die hierzu notwendigen Zugangsdaten zu erhalten. Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular per Fax an: 0551-7895210, per E-Mail: NICU@AQUA-Institut.de oder per Post an das AQUA-Institut, Maschmühlenweg 8, 37073 Göttingen (Betreff: NICU).

Bitte beachten Sie die Fristen gemäß § 4 der Anlage 4 QFR-RL.

### Angaben des Krankenhauses

Krankenhausname:

---

IK-Nummer:

---

Anzahl der Standorte (bezogen auf Perinatalzentren):

---

Straße:

---

PLZ, Ort:

---

Webseite des Perinatalzentrums:

---

Wir sind ein Krankenhaus der Versorgungsstufe:

Level-1       Level-2

Checkliste gemäß § 6 Absatz 5 QFR-RL erstmals abgeben (in Prüfung):

Ja       Nein

### Erster Ansprechpartner

Titel:

---

Vorname Name:

---

Funktion:

---

E-Mail (*erforderlich*):

---

Telefon:

---

Anschrift (falls abweichend):

---

---

Zweiter Ansprechpartner

Titel:

---

Vorname Name:

---

Funktion:

---

E-Mail (erforderlich):

---

Telefon:

---

Anschrift (falls abweichend):

---

---

Die Datenlieferung gemäß § 5 Absatz 1 der Anlage 4 erfolgt durch (bitte eine Antwortmöglichkeit auswählen):

- 1.) die zuständige von der Landesebene beauftragte Stelle (regelmäßig die LQS)
- 2.) das Krankenhaus selbst

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ärztl. Direktors, Krankenhausstempel

## **Standortangaben des Krankenhauses (bei mehreren Standorten auszufüllen)**

Bitte benutzen Sie dieses Formular, um Angaben über den Standort des Perinatalzentrums zu machen.

Füllen Sie dieses Formular mindestens einmal aus.

Bei mehreren Standorten füllen Sie dieses Formular bitte mehrfach aus, entsprechend Ihrer Anzahl von Standorten.

Standortname:

---

Standortnummer:

---

Straße:

---

PLZ, Ort:

---

**Anhang 3 zu Anlage 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):  
Validierungsverfahren gemäß § 6 Absatz 1 Nr. 2 der Anlage 4 QFR-RL**

Im Validierungsverfahren gemäß § 6 Absatz 1 Nr. 2 werden für jeden dokumentierten Sterbefall in der untenstehenden Mustertabelle aufgeführten Merkmale aus dem Datensatz der externen stationären Qualitätssicherung – Leistungsbereich Neonatologie (NEO) - mit den korrespondierenden Merkmalen aus dem Leistungsdatensatz nach § 21 KHentgG abgeglichen. Anhand des Grades der Übereinstimmung der Dokumentationen der in beiden Datensätzen dokumentierten Sterbefälle (Institutionskennzeichen des Krankenhauses, Aufnahme- und Entlassungsdatum, Geschlecht, Aufnahme-/Geburtsgewicht) wird geprüft, welche Sterbefälle in beiden Datensätzen und welche nur in einem der beiden Datensätze dokumentiert sind. Zur Identifikation von übereinstimmenden Datensätzen wird ein Anwendungsprogramm („Merge Toolbox“ des German Record Linkage Center Duisburg<sup>1</sup>) genutzt. Das vollständige Ergebnis des Abgleichs wird in Form der Tabelle 1 für das weitere Vorgehen nach § 6 Abs. 2 – 6 zusammengestellt.

**Tab. 1 (Muster):** Ergebnis des Validierungsverfahrens gemäß § 6 Absatz 1 Nr. 2 der Anlage 4 der QFR-RL

IKNRKH (NEO)	AUFNDATUM (NEO)	ENTLDATUM. (NEO)	AUFNGEW (NEO)	GESCHLECHT (NEO)	LEBENSTAGE BEI AUFNAHME (NEO)	VERWEILDAUER (NEO)	IK-Nr. (§21)	Aufn. Dat. (§21)	Entl. Dat. (§21)	Aufn-Gew. (§21)	Geschlecht (§21)	Lebentage bei Aufnahme (§21)	Verweildauer (§21)
00001 <sup>2</sup>	10.01.2009	10.07.2009	1140g	W	-	-	00001	10.01.2009	10.07.2009	1120g	W		
00001	11.07.2009	12.12.2009	850g	M	-	-	-	-	-	-	-		
-	-	-	-	-	-	-	00001	23.02.2009	13.09.2009	990g	M		
00001 <sup>3</sup>	08.2009	12.2009	430g	M	1	126	00001	11.08.2009	15.12.2009	430g	M		

<sup>1</sup>Schnell, R; Bachteler, T; Reiher, J (2005). MTB: Ein Record-Linkage-Programm für die empirische Sozialforschung. ZA-Information 56: 93-103.

<sup>2</sup> Bei den kursiv dargestellten Angaben handelt es sich um fiktive Falldokumentationen

<sup>3</sup> Falls das Aufnahme- bzw. Entlassungsdatum in den QS-Daten nicht vorliegt, soll alternativ ein Abgleich über die Variablen Aufnahmegewicht, Geschlecht, Aufnahme- und Entlassungsmonat, Alter bei Aufnahme (in Tagen) und Verweildauer durchgeführt werden.



## Anhang 4 zu Anlage 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

### Tabellen zur Ergebnisqualitätsdarstellung gemäß § 7 Abs. 1

**Tab. 1 (Muster):** Risikoprofil und Überleben der im Perinatalzentrum behandelten lebendgeborenen Kinder mit einem Geburtsgewicht < 1500 Gramm. Dargestellt sind die Daten des letzten Kalenderjahrs sowie die kumulativen Ergebnisse der letzten 5 Jahre. Die Angaben werden aus dem Datensatz des Leistungsbereichs Neonatologie (NEO) der externen stationären Qualitätssicherung nach QSKH-RL generiert und bezüglich der Todesfälle einer Validierung anhand des Datensatzes gemäß § 21 KHEntgG unterzogen (siehe Anhang 3 zur Anlage 4 der QFR-RL).

Entlassungsjahr	Letztes Kalenderjahr			5-Jahres-Ergebnisse <sup>1</sup>		
	[wird im Rahmen der elektronischen Veröffentlichung aktualisiert]			[wird im Rahmen der elektronischen Veröffentlichung aktualisiert]		
	Behandelt	überlebt	Überlebende Kinder ohne schwerwiegende Komplikationen	Behandelt	überlebt	Überlebende Kinder ohne schwerwiegende Komplikationen
<b><u>Anzahl der Kinder &lt;1500g Geburtsgewicht</u></b>						
Aufschlüsselung nach Gestationsalter in vollendeten Schwangerschaftswochen (SSW, Anzahl)						
22+0 bis 23+6 SSW						
24+0 bis 25+6 SSW						
26+0 bis 27+6 SSW						
28+0 bis 29+6 SSW						
≥ 30+0 SSW						
Aufschlüsselung nach Geburtsgewicht in Gramm (Anzahl)						
< 500 g						
500 bis 749 g						
750 bis 999 g						
1000 bis 1249 g						
1250 bis 1499 g						
Kinder < 1500 g Geburtsgewicht mit speziellen Risikofaktoren (Anzahl)						
Männlich; Anzahl						
Mehrlingskinder; Anzahl						

<sup>1</sup> Sofern 5-Jahres-Daten verfügbar sind, ansonsten Angaben auf der Grundlage von § 7 Abs. 5.

**Anhang 4 zu Anlage 4  
der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):**

Kinder mit schweren oder letalen angeborenen Fehlbildungen <sup>2</sup> ; Anzahl						
Kinder < 1500 g Geburtsgewicht, die primär nicht kurativ, sondern palliativ versorgt wurden (Anzahl)						
22+0 bis 23+6 SSW						
ab 24+0 SSW <sup>3</sup>						

<sup>2</sup> Gemäß Definitionen des Leistungsbereichs NEO

<sup>3</sup> Daten stehen erst ab dem Erfassungsjahr 2014 zur Verfügung und werden erst mit Beginn dieses Jahres dargestellt

## **Anhang 4 zu Anlage 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):**

**Tab. 2 (Muster):** Angaben zur frühen Ergebnisqualität von überlebenden Kindern: intraventrikuläre und periventrikuläre Hirnblutungen (IVH und PVH), Frühgeborenen-Retinopathie (ROP), nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und bronchopulmonale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer) bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm (g). Die Angaben beziehen sich auf alle im Berichtszeitraum im Datensatz des Leistungsbereichs Neonatologie (NEO) der externen stationären Qualitätssicherung nach QSKH-RL erfassten, im Perinatalzentrum behandelten und lebend entlassenen oder verlegten Kinder. Dargestellt sind die kumulativen Ergebnisse der letzten 5 Geburtsjahrgänge. Die Angaben werden aus dem Datensatz des Leistungsbereichs Neonatologie (NEO) der externen stationären Qualitätssicherung nach QSKH-RL generiert (siehe Anhang 1 zur Anlage 4 der QFR-RL).

## Anhang 4 zu Anlage 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

**Tab. 2 A Aufschlüsselung nach Geburtsgewicht**

**Daten der Kinder mit Entlassungsjahr** [wird im Rahmen der elektronischen Veröffentlichung aktualisiert] **JJJJ bis JJJJ**

Geburtsgewichtsklasse	< 500g	500 bis 749g	750 bis 999g	1000 bis 1249g	1250 bis 1499g	< 1500g (Summe)
Anzahl der überlebenden Kinder <1500g Geburtsgewicht						
Anzahl der Kinder mit höhergradigen Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH)						
Schädelsonographie durchgeführt						
davon IVH-Grad 3 oder PVH, hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert						
Anzahl der Kinder mit einer höhergradigen Frühgeborenenretinopathie (ROP)						
Untersuchung des Augenhintergrunds durchgeführt						
davon ROP-Grad 3 oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert						
Anzahl der Kinder mit einer nekrotisierenden Enterokolitis (NEK)						
NEK Stadium II nach Bell oder höher hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert						
Anzahl der Kinder mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)						
bronchopulmonale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)						

## Anhang 4 zu Anlage 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

**Tab. 2 B Aufschlüsselung nach Gestationsalter**

**Daten der Kinder mit Entlassungsjahr** [wird im Rahmen der elektronischen Veröffentlichung aktualisiert]  
**JJJJ bis JJJJ**

Gestationsalterklasse	22+0 bis 23+6 SSW	24+0 bis 25+6 SSW	26+0 bis 27+6 SSW	28+0 bis 29+6 SSW	≥ 30+0 SSW	Summe
Anzahl der überlebenden Kinder <1500g Geburtsge- wicht						
Anzahl der Kinder mit höhergradigen Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH)						
Schädelsonographie durch- geführt						
davon IVH-Grad 3 oder PVH, hier entstanden oder erstma- lig diagnostiziert						
Anzahl der Kinder mit einer höhergradigen Frühgeborenenretinopathie (ROP)						
Untersuchung des Augenhin- tergrunds durchgeführt						
davon ROP-Grad 3 oder höher, hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert						
Anzahl der Kinder mit einer nekrotisierenden Enterokolitis (NEK)						
NEK Stadium II nach Bell oder höher, hier entstanden oder erstmalig diagnostiziert						
Anzahl der Kinder mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)						
bronchopulmonale Dysplasie (BPD, moderat oder schwer)						

## Anhang 4 zu Anlage 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

**Tab. 3: (Muster):** Vollständigkeitsanalyse und Ergebnisse der entwicklungsdiagnostischen Nachuntersuchung ehemaliger Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht <1500 g, die im Perinatalzentrum versorgt wurden, im reifekorrigierten Alter von 2 Jahren. Kinder, die zu einer speziellen Behandlung (z. B. Lasertherapie einer Retinopathie oder operative Therapie einer NEK) aus einer anderen Kinderklinik zuverlegt und wieder zurückverlegt wurden, werden lediglich durch die primär versorgende Klinik dokumentiert; kumulierte Darstellung der letzten 5 untersuchten Entlassungsjahrgänge<sup>4</sup>

„Reife-korrigiert“ bedeutet, dass das Kind 2 Jahre nach dem errechneten Geburtstermin untersucht wird.

Als *blind* werden Kinder bezeichnet, die auf optische Reize gar nicht oder die lediglich auf Lichtreize reagieren.

Als *schwerhörig* werden Kinder bezeichnet, die mit einem Hörgerät versorgt sind bzw. bei denen eine solche Versorgung geplant ist.

Die Diagnose einer *schweren motorischen Retardierung* („Zerebralparese“) erhalten alle Kinder, die mit korrigiert 2 Jahren mindestens eine der folgende Funktionsstörungen zeigen: unfähig zum freien Laufen (mindestens 3 Schritte) oder Leistungen in einem standardisierten Motoriktest unter der 1. Perzentilen bzw. mindestens 3 Standardabweichungen unter dem Mittelwert für das Alter; unfähig zum freien Sitzen; unfähig, die Hände selbst zur Nahrungsaufnahme zu nutzen; keine ausreichende Kopfkontrolle.

Eine *schwere mentale Retardierung* liegt vor bei einer Unterschreitung der dreifachen Standardabweichung vom Mittelwert eines Entwicklungstest (z. B. MDI < 55 im Bayley II Test) oder wenn der Untersucher bei nicht durchführbarer standardisierter Entwicklungstestung (z. B. bei blinden Kindern) den Entwicklungsstand des Kindes derartig einschätzt.

*Keine oder eine geringfügige mentale Retardierung* liegt vor, wenn das Ergebnis in einem standardisierten Entwicklungstest nicht unterhalb der zweifachen Standardabweichung vom Mittelwert liegt (z. B. MDI  $\geq$  70 im Bayley II Test).

---

<sup>4</sup> Die Diagnosen „Blind“, „Schwerhörig“, „Zerebralparese“ und „Schwere mentale Retardierung“ mussten erst ab dem Erfassungsjahr 2010 verpflichtend ergänzt werden.

## Anhang 4 zu Anlage 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

**Tab. 3 A Aufschlüsselung nach Geburtsgewicht**

**Daten der Kinder mit Entlassungsjahr** [wird im Rahmen der elektronischen Veröffentlichung aktualisiert]  
**JJJJ bis JJJJ**

Geburtsgewichtsklasse	<500 g	500-749 g	750-999 g	1000- 1249 g	1250- 1499 g	< 1500 g (Summe)
Lebend entlassen oder verlegt (Anzahl)						
Zur Nachuntersuchung erschienen* (Anzahl)						
davon*						
• "Blind" (Anzahl)						
• "Schwerhörig" (Anzahl)						
• "Zerebralparese" (Anzahl)						
• "Schwere mentale Retardierung" (Anzahl)						
• Keine oder eine geringfügige mentale Retardierung (Anzahl)						

\*Ergebnisse externer Untersucher (z.B. bei verlegten Kindern) sollten ebenfalls erfasst werden

## Anhang 4 zu Anlage 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL):

**Tab. 3 B Aufschlüsselung nach Gestationsalter**

**Daten der Kinder mit Entlassungsjahr** [wird im Rahmen der elektronischen Veröffentlichung aktualisiert]  
**JJJJ bis JJJJ**

Gestationsalterklasse	22+0 bis 23+6 SSW	24+0 bis 25+6 SSW	26+0 bis 27+6 SSW	28+0 bis 29+6 SSW	≥ 30+0 SSW	Summe
Lebend entlassen oder verlegt (Anzahl)						
Zur Nachuntersuchung erschienen (Anzahl)*						
davon*						
• "Blind" (Anzahl)						
• "Schwerhörig (Anzahl)						
• "Zerebralparese" (Anzahl)						
• "Schwere mentale Retardierung" (Anzahl)						
• Keine oder eine geringfügige mentale Retardierung (Anzahl)						

\*Ergebnisse externer Untersucher (z.B. bei verlegten Kindern) sollten ebenfalls erfasst werden