

Richtlinie



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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 27. März 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 08.04.2020 B4)
in Kraft getreten am 27. März 2020

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Inhalt

§ 1	Rechtsgrundlagen	4
§ 2	Ziele und Zweck der Richtlinie	4
§ 3	Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse	4
§ 4	Allgemeine Bestimmungen zur Erhebung, Übermittlung, Prüfung und Auswertung der Daten	5
§ 5	Besondere Bestimmungen für planungsrelevante Qualitätsindikatoren	5
§ 6	Datenübermittlung	5
§ 7	Erstellung und Übermittlung von Auswertungsergebnissen an die Krankenhäuser	6
§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche	7
§ 9	Datenvalidierung	7
§ 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	13
§ 16	Begleitevaluation	14
§ 17	Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses	14
§ 18	Aussetzung von Teilen der Richtlinie	14
Anlage 1	Endgültige Rechenregeln der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Erfassungsjahr 2018	15
	Anhang zur Anlage 1	46

Anlage 2	Prospektive Rechenregeln der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	
Erfassungsjahr 2019	62

Anhang zur Anlage 2	92
----------------------------	-------	-----------

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) ¹Die 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. ²Die Maßstäbe und Kriterien können sich auf einen QI oder mehrere QI beziehen.

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

(4) ¹Das 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 Stellungnahmeverfahren und der Systempflege genutzt werden kann. ²Die relevanten 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 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 gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL) erhoben und ausgewertet werden, gelten die Regelungen der QSKH-RL soweit in den §§ 6 bis 17 keine abweichenden Vorgaben geregelt werden.

§ 6 Datenübermittlung

(1) Die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser übermitteln die nach § 4 Absatz 1 Satz 1 QSKH-RL erhobenen Datensätze, jeweils quartalsweise, bei indirekten Verfahren an die auf Landesebene beauftragten Stellen und bei direkten Verfahren an das Institut nach § 137a SGB V.

(2) ¹Die Quartalslieferungen erfolgen durch die Krankenhäuser beginnend mit dem Erfassungsjahr 2017 bis spätestens

- 15. Mai (Datenlieferung zum 1. Quartal des Erfassungsjahres),
- 15. August (Datenlieferung zum 2. Quartal des Erfassungsjahres),
- 15. November (Datenlieferung zum 3. Quartal des Erfassungsjahres) sowie
- 28. Februar des folgenden Jahres (Datenlieferung zum 4. Quartal des Erfassungsjahres).

²Abweichend von § 23 Abs. 2 Satz 1 QSKH-RL erstellen die Krankenhäuser ab dem Erfassungsjahr 2017 jährlich eine nach Quartalen differenzierte Sollstatistik, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgeht.

(3) Korrigierende Datenlieferungen, einschließlich Stornierungen, Neu- und erstmalige Lieferungen von Datensätzen, sowie Änderungen von Datensätzen sind für Daten aller Quartale möglich bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres.

(4) ¹Die auf Landesebene beauftragten Stellen übermitteln die nach Absatz 2 von den Krankenhäusern gelieferten Daten unverzüglich an das Institut nach § 137a SGB V. ²Für das gesamte Erfassungsjahr übermitteln die auf Landesebene beauftragten Stellen die Daten bis spätestens zum 05.03. des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an das Institut nach § 137a SGB V.

§ 7 Erstellung und Übermittlung von Auswertungsergebnissen an die Krankenhäuser

- (1) ¹Das Erfassungsjahr ist das jeweilige Kalenderjahr. ²Maßgeblich für die Zuordnung bei der Auswertung ist ab dem Erfassungsjahr 2018 das Entlassdatum der Patientin oder des Patienten. ³Fallbezogene Ausnahmen werden durch die Rechenregeln bestimmt.
- (2) ¹Abweichend von § 8 QSKH-RL erstellt das Institut nach § 137a SGB V auf Basis der quartalsweisen Datenlieferungen 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 auf Landesebene beauftragten Stellen zum Zwecke der Qualitätssicherung und -förderung. ²Diese leiten die Berichte unverzüglich an die jeweiligen Krankenhäuser weiter.
- (3) Die Berichte zu den Auswertungsergebnissen für die Krankenhäuser werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.
- (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) ¹Für das Erfassungsjahr 2017 werden Zwischenberichte erstmalig zum 1. Juli 2017 erstellt. ²Diese Zwischenberichte enthalten abweichend von Absatz 2 keine rollierenden Jahresauswertungen.
- (7) Die Zwischenberichte (Quartals- und rollierenden Jahresauswertungen) werden den auf Landesebene beauftragten Stellen zu folgenden Terminen durch das Institut nach § 137a SGB V zur Verfügung gestellt:
1. Juli: Quartalsbericht inkl. des ersten Quartals des Erfassungsjahres,
 1. Oktober: Quartalsbericht inkl. des zweiten Quartals des Erfassungsjahres,
 15. Januar: Quartalsbericht inkl. des dritten Quartals des Erfassungsjahres, sowie am
 15. April: Quartalsbericht inkl. des vierten Quartals des Erfassungsjahres, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (alle vier Quartale).
- (8) Die an die Krankenhäuser zu übermittelnden Jahresauswertungen nach Absatz 2 enthalten mindestens folgende Informationen:
- die Vollständigkeit der übermittelten Daten,
 - eine Basisauswertung,
 - 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
 - Auswertung der einzelnen Indikatoren je Krankenhaus oder Krankenhausstandort im Vergleich
 - 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.
- (9) Die an die Krankenhäuser zu übermittelnden quartalsweisen Zwischenauswertungen nach Absatz 2 enthalten die Angaben zu Absatz 8 c) und f).
- (10) Datengrundlage für die Jahresberichte sind die Daten des Erfassungsjahres.
- (11) ¹Für die vom G-BA festgelegten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste übersenden die auf Landesebene beauftragten Stellen zur Depseudonymisierung bis 15. März 2018 für das Erfassungsjahr 2017 und bis 15. März 2019 für das Erfassungsjahr 2018 eine Referenz-Tabelle an das Institut nach § 137a SGB V, in der die IK-Nr. dem entsprechenden Krankenhaus-Pseudonym gegenübergestellt ist. ²Ab dem Erfassungsjahr 2019 erfolgt keine Leistungserbringerpseudonymisierung durch die nach QSKH-RL auf Landesebene beauftragten Stellen.
- (12) Eine rechnerische oder statistische Auffälligkeit in den vierteljährlichen Quartals- oder rollierenden Jahresauswertungen führen zu einer Mitteilung nach § 11 Satz 1 QSKH-RL der auf Landesebene beauftragten Stellen an das Krankenhaus.

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

- (1) ¹Die Rechenregeln und Referenzbereiche (Anlage) für planungsrelevante Qualitätsindikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringer Gültigkeit. ²Sie werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Experten mit methodischer und fachlicher Expertise festgelegt. ³Die 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) ¹Eine rechnerische Auffälligkeit ist eine Abweichung in einem Qualitätsindikator von einem definierten Referenzbereich. ²Die Identifizierung von rechnerischen Auffälligkeiten erfolgt grundsätzlich für alle Qualitätsindikatoren, für die ein Referenzbereich vom Institut nach § 137a SGB V definiert ist. ³Der Referenzbereich unterscheidet auffällige von unauffälligen Ergebnissen.
- (3) ¹Eine statistische Auffälligkeit ist eine durch eine festgelegte Irrtumswahrscheinlichkeit bestimmte statistisch signifikante Abweichung in einem Qualitätsindikator von einem definierten Referenzbereich. ²Dabei werden durch die statistische Methodik fallzahlabhängige Schwellenwerte bzw. Auffälligkeiten auf der Grundlage des vom Institut nach § 137a SGB V konkret verwendeten Rechenmodells berechnet. ³Die genutzte statistische Methodik ist anhand des verwendeten Rechenmodells vom Institut nach § 137a SGB V transparent und nachvollziehbar zu beschreiben.
- (4) ¹Der 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. ²Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln, insbesondere der Indexbildung, der Risikoadjustierung und der Referenzbereiche sind zu veröffentlichen.
- (5) ¹Die endgültigen Rechenregeln werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. April des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. ²Änderungen 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 abweichend von § 9 QSKH-RL 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.
- (4) ¹Die Prüfung der Richtigkeit der Dokumentation erfolgt bei direkten Verfahren durch das Institut nach § 137a SGB V. ²Das Institut nach § 137a SGB V muss den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) 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. ³Darüber hinaus kann der MDK, insbesondere zur Gewährleistung der Erfüllung der Aufgaben und deren Fristen gemäß Absatz 6 und 7 beauftragt werden. ⁴Der MDK wird bis zum 30. Juni des dem Jahr der Prüfung vorangehenden Jahres informiert, ob er mit den Prüfungen beauftragt wird.
- (5) ¹Die Prüfung der Richtigkeit der Dokumentation erfolgt bei indirekten Verfahren durch die jeweilige auf Landesebene beauftragte Stelle nach der QSKH-RL. ²Die auf Landesebene beauftragte Stelle muss den MDK 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. ³Darüber hinaus kann der MDK, insbesondere zur Gewährleistung der Erfüllung der Aufgaben und deren Fristen gemäß Absatz 6 und 7 beauftragt werden. ⁴Die auf Landesebene beauftragten Stellen informieren den MDK des jeweiligen Bundeslandes bis zum 30. Juni des dem Jahr der Prüfung vorangehenden Jahres, ob er mit den Prüfungen beauftragt wird. ⁵Das Institut nach § 137a SGB V wird von der auf Landesebene beauftragten Stelle unverzüglich informiert, wenn der MDK mit der Prüfung beauftragt wird.
- (6) ¹Für die Prüfungen übermittelt das Institut nach § 137a SGB V der jeweiligen auf Landesebene beauftragten Stelle 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. ²Diese Übermittlung findet für Prüfungen nach § 9 Absatz 2 a) am 15. April, für Prüfungen nach § 9 Absatz 2 b), c) und d) am 15. März statt. ³Die jeweilige auf Landesebene beauftragte Stelle 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. ⁴Die jeweilige auf Landesebene beauftragte Stelle übermittelt den Krankenhäusern unverzüglich nach Abschluss der Festlegungen gemäß Absatz 3 die Vorgangsnummern der zu prüfenden Fälle nach Satz 1 in elektronischer Form.
- (7) ¹Die Prüfungen für Krankenhäuser nach Absatz 2 a) beginnen frühestens am 15. April und sind spätestens am 31. Mai des jeweiligen Jahres abzuschließen. ²Die Prüfungen der Krankenhäuser nach Absatz 2 b), c) und d) beginnen frühestens am 15. März und sind spätestens am 31. Mai des jeweiligen Jahres abzuschließen. ³Die prüfende Stelle muss dem Krankenhaus mindestens zwei Termine anbieten. ⁴Kann innerhalb des vorgegebenen Prüfungszeitraums keine Prüfung durchgeführt werden, informiert die prüfende Stelle unverzüglich das Institut nach § 137a SGB V über diese Gründe. ⁵Eine entsprechende Mitteilung hat auch durch das jeweilige Krankenhaus im Rahmen der Stellungnahme nach

§ 11 Absatz 4 b) gegenüber dem Institut nach § 137a SGB V zu erfolgen. ⁶Diese Information ist auch in dem Bericht nach § 17 anzugeben.

(8) ¹Die Krankenhäuser stellen der prüfenden Stelle über den gesamten Prüfzeitraum vor Ort die vollständige Patientendokumentation der anhand der übermittelten Vorgangsnummern identifizierten Krankenhausfälle zur Verfügung. ²Die Dokumentation des Abgleichs im Krankenhaus erfolgt mit Hilfe standardisierter Dokumente, die vom Institut nach § 137a SGB V vorgegeben werden. ³Der 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.

(9) ¹Sichert 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. ²Das Krankenhaus hat in der Zusicherung auch die Durchführung der internen Überprüfung der Dokumentation zu bestätigen und durch geeignete Belege nachzuweisen. ³Die Zusicherung bedarf der Schriftform gemäß § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. ⁴Soweit 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 Neuberechnungen

(1) ¹Sofern 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 1. Juni bis 30. Juni des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres Neuberechnungen durch. ²Die Ergebnisse der Neuberechnungen und Angaben über die korrigierten Datensätze erhalten unverzüglich die Krankenhäuser und die auf Landesebene beauftragten Stellen.

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

§ 11 Stellungnahmeverfahren

(1) ¹Wird 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 abweichend von §§ 11 und 12 Absatz 1 QSKH-RL ein Stellungnahmeverfahren durch das Institut nach § 137a SGB V durchgeführt. ²Dies 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) Die zuständigen auf Landesebene beauftragten Stellen führen erforderlichenfalls ergänzend mit dem betroffenen Krankenhaus qualitätsfördernde Maßnahmen nach § 12 Absätze 2 und 3 QSKH-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) ¹Eine Stellungnahme des Krankenhauses zum statistisch auffälligen Ergebnis. ²Nach Abschluss der Datenvalidierung nach § 9 oder der Neuberechnung nach § 10 zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Liste werden die Leitungen der

Krankenhäuser mit statistisch auffälligen Ergebnissen durch das Institut nach § 137a SGB V aufgefordert, eine Stellungnahme abzugeben. ³Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. ⁴Wird für planungsrelevante Qualitätsindikatoren der Liste bei der Datenvalidierung gemäß § 9 Absatz 2 a) keine Erforderlichkeit zu Neuberechnungen nach § 10 festgestellt, erfolgt das Stellungnahmeverfahren zwischen 1. Juni bis 31. Juli des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁵Die Stellungnahme muss dem Institut nach § 137a SGB V innerhalb von sechs Wochen vorliegen. ⁶Wird 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 1. Juli bis 31. Juli des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁷Die Stellungnahme muss dem Institut nach § 137a SGB V in diesem Fall bereits innerhalb von vier Wochen vorliegen. ⁸Für Krankenhäuser, die eine Zusicherung nach § 9 Absatz 9 abgegeben haben, erfolgt das Stellungnahmeverfahren zwischen dem 15. April und 31. Mai des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁹Die Stellungnahme muss dem Institut nach § 137a SGB V in diesem Fall bereits innerhalb von vier Wochen vorliegen.

- b) ¹Das Institut nach § 137a SGB V erhält weitere Informationen von den auf Landesebene beauftragten Stellen, sofern aus dem Strukturierten Dialog nach § 12 QSKH-RL des zurückliegenden Verfahrensjahres Informationen zur Verfügung stehen. ²Zudem kann das Institut nach § 137a SGB V vom Krankenhaus weitere Informationen anfordern. ³Vom Institut nach § 137a SGB V sind auch die Mitteilungen nach § 9 Absatz 7 Sätze 3 und 4 als Bestandteil der Stellungnahme zu berücksichtigen.

(5) Die Stellungnahme bedarf der Schriftform gemäß § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuchs und muss an das Institut nach § 137a SGB V gesendet werden.

(6) ¹Krankenhausleitung oder Träger des Krankenhauses sind darauf hinzuweisen, dass die Stellungnahmen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und an die auf Landesebene beauftragten Stellen weitergeleitet werden und die Stellungnahmen keine personenbezogenen Daten enthalten dürfen. ²Gegebenenfalls in den Stellungnahmen enthaltene personenbezogene Daten sind vor der Weitergabe an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und an die auf Landesebene beauftragten Stellen zu entfernen.

(7) ¹Auf Basis der Stellungnahmen der Krankenhäuser und der durch die auf Landesebene beauftragten Stellen zur Verfügung gestellten Informationen nimmt das Institut nach § 137a SGB V bis zum 31. August eine fachliche Bewertung möglicher relevanter Ausnahmetatbestände vor. ²Es zieht dabei die entsprechende Fachkommission gemäß § 12 zur Beratung hinzu. ³Das 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.

(8) ¹Ein 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;
- 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 7, insbesondere unter Berücksichtigung von gegebenenfalls vorliegenden Hinweisen der auf Landesebene beauftragten Stelle, als nicht relevant eingestuft wurden;

- c) es ist eine fachliche Bewertung durch das Institut nach § 137a SGB V gemäß Absatz 7, insbesondere unter Berücksichtigung von gegebenenfalls vorliegenden Hinweisen der auf Landesebene beauftragten Stelle erfolgt.

²Das 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.

³Die 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. ⁴Darüber hinaus übermittelt das Institut nach § 137a SGB V der jeweiligen auf Landesebene beauftragten Stelle die Bewertungsergebnisse zur Weiterleitung an die Krankenhäuser.

(9) ¹Abweichend 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. ²Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. ³Bei qualitativ unzureichenden Krankenhäusern wird im Qualitätsbericht stattdessen folgendes dargestellt: „Das Krankenhaus weist bei diesem planungsrelevanten Qualitätsindikator qualitativ unzureichende Ergebnisse auf. ⁴Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. ⁵Darüber hinaus werden im Qualitätsbericht die Auswertungsergebnisse sowie die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens dargestellt.

§ 12 Fachkommissionen

(1) Gemäß § 11 Absatz 7 zieht das Institut nach § 137a SGB V beratend Fachkommissionen hinzu.

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

(5) ¹Es wird ein Pool von Mitgliedern der Arbeitsgruppen auf Landesebene nach § 16 QSKH-RL gebildet. ²Die Benennung für den Pool der Mitglieder erfolgt auf Vorschlag und im gemeinsamen Benehmen der auf Landesebene beauftragten Stellen nach § 14 QSKH-RL und dem Institut nach § 137a SGB V für drei Jahre. ³Wiederbenennungen in den Pool sind einmalig möglich. ⁴Die Einzelheiten sind in der Geschäftsordnung gemäß Absatz 4 zu regeln. ⁵Die Benennungen für den Pool müssen die Besetzung nach Absatz 6 ermöglichen.

(6) ¹Das Institut nach § 137a SGB V benennt für eine Laufzeit von zwei Jahren Mitglieder für die Fachkommissionen aus dem Pool nach Absatz 5. ²Die Fachkommissionen bestehen

jeweils aus mindestens sieben Mitgliedern darunter muss mindestens ein Vertreter des MDK sein, wobei jedoch die Gesamtzahl der Vertreter des MDK nicht mehr als ein Fünftel der Gesamtzahl der Mitglieder der Fachkommission betragen darf. ³Mitglieder aus dem Pool sollen nicht in zwei aufeinander folgenden Benennungsperioden in die Fachkommission berufen werden. ⁴Die 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. ⁵Zusätzlich kann das Institut nach § 137a SGB V ein weiteres Mitglied benennen.

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

§ 13 Übermittlung von einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnissen

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

(2) ¹Der 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 auf Landesebene beauftragten Stellen bis zum 1. September des auf die Datenerfassung folgenden Jahres zum Download über ein durch das Institut nach § 137a SGB V betriebenes Webportal zur Verfügung. ²Bei 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. ³Das Institut nach § 137a SGB V informiert die für die Krankenhausplanung zuständigen

Landesbehörden sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über die Bereitstellung.

(3) ¹Benötigen 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. ²Dieses stellt die angefragten Informationen zusammen. ³Soweit erforderlich, übermitteln die auf Landesebene beauftragten Stellen die bei ihnen vorhandenen Informationen an das Institut nach § 137a SGB V. ⁴Nach 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) ¹Das Institut nach § 137a SGB V richtet für seine fachliche Beratung ein oder mehrere Gremien zur Systempflege ein. ²Die Arbeit dieser Gremien erfolgt auf der Grundlage einer Geschäftsordnung, die vom G-BA beschlossen wird. ³Als Ergebnis ihrer Beratung geben die Gremien Empfehlungen ab. ⁴Das 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.

(3) ¹Die Mitglieder eines Gremiums werden für vier Jahre benannt. ²Eine einmalige Wiederbenennung ist möglich. ³Das 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. ⁴Zusätzlich kann das Institut nach § 137a SGB V ein weiteres Mitglied benennen. ⁵Es ist sicherzustellen, dass die Mitglieder über spezielle medizinische bzw. pflegerische Expertise verfügen. ⁶Die 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.

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

¹Für jedes Erfassungsjahr erstellt das Institut nach § 137a SGB V auch auf Basis der Informationen der auf Landesebene beauftragten Stellen einen Bericht zur Systempflege. ²Der 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 Strukturierten Dialogs des vorausgehenden Jahres nach § 12 QSKH-RL durch die auf Landesebene beauftragten Stellen 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,
- j) Übersicht über die im jeweiligen Erfassungsjahr festgestellten, relevanten Ausnahmetatbestände nach § 3 Absatz 4 sowie
- k) Vorschläge zur Verbesserung des Verfahrens.

³Der Bericht ist dem G-BA und den auf Landesebene beauftragten Stellen bis zum 1. Oktober eines jeden Jahres vorzulegen.

§ 16 Begleitevaluation

¹Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V für die nächsten fünf Jahre mit der wissenschaftlichen Begleitevaluation der Einführungsphase der Umsetzung dieser Richtlinie.

²Das 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. ³Der G-BA entscheidet auf der Basis der Berichte über notwendige Anpassungen der Richtlinie und der Spezifikationen.

§ 17 Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der G-BA veröffentlicht einrichtungsbezogen bis zum 31. Oktober 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 Stellungnahmeverfahren auf seinen Internetseiten.

§ 18 Aussetzung von Teilen der Richtlinie

Die Regelungen in §§ 9, 10, 11, 13, 15 und 17 der Richtlinie finden für das Erfassungsjahr 2019 keine Anwendung.

**Anlage 1 Endgültige Rechenregeln der planungsrelevanten
Qualitätsindikatoren
Erfassungsjahr 2018**

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
20:O	postoperative Histologie	M	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN
21:O	führender Befund	K	s. Spezifikation: HistoOpGyn	HISTOL
29:B	Entlassungsdiagnose (n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Berechnung

QI-ID	10211
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	<= 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	Referenzbereich aus dem Jahr 2017
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen mit Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen mit isoliertem Ovareingriff 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*, 5-651.8*, 5-651.9*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-651.x*, 5-651.y*, 5-652*, 5-653*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-659*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*] und</p>

	Angaben zur postoperativen Histologie, unter Ausschluss von Patientinnen mit Salpingoovariektomie 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) und mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigen- oder Familienanamnese (Entlassungsdiagnose: Z80.3, Z85.3)
Erläuterung der Rechenregel	<p>Zähler: Patientinnen mit „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund zählen dann, wenn bei mindestens einem isolierten Ovareingriff der berücksichtigten Grundgesamtheit „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normal-befund“ als führender histologischer Befund vorliegt.</p> <p>Nenner: Nur Patientinnen mit mindestens einer Angabe zur Histologie werden berücksichtigt; wurde mindestens ein isolierter Ovareingriff (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) bei einer Patientin dokumentiert, wird diese in der Grundgesamtheit berücksichtigt.</p>
Teildatensatzbezug	15/1:B
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% LST\$ICD_GynCARisiko) & HISTOLJN %==% 1
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexeAblativ
Verwendete Listen	ICD_GynCAOvar ICD_GynCARisiko OPS_GynOvarOPAblativ OPS_GynOvarOPAblativZusatz OPS_GynOvarOP_EX

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

QI-ID	12874
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	<= 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	Referenzbereich aus dem Jahr 2017
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit fehlender postoperativer Histologie</p> <p>Nenner Alle Patientinnen mit isoliertem Ovareingriff (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659*) [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*]</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Zähler: Eine Patientin wird im Zähler gewertet, wenn für alle bei ihr durchgeführten isolierten Ovareingriffe der berücksichtigten Grundgesamtheit die postoperative Histologie fehlt.</p> <p>Nenner: Wurde mindestens ein isolierter Ovareingriff (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659*) bei einer Patientin dokumentiert, wird diese in der Grundgesamtheit berücksichtigt.</p>
Teildatensatzbezug	15/1:B

Zähler (Formel)	fn_keinePostOPHistologie
Nenner (Formel)	fn_GynIsolierteAdnexe
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexe fn_keinePostOPHistologie
Verwendete Listen	OPS_GynOvarOP OPS_GynOvarOPZusatz

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:O	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M		LFDNREINGRIFF
12: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
13:O	Voroperation im OP-Gebiet	M	0 = nein 1 = ja	VOROPGLEICH
16:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
19.1:O	Blase	K	1 = ja	IOPKOMPLBLAS E
19.2:O	Harnleiter	K	1 = ja	IOPKOMPLHARN L
19.3:O	Urethra	K	1 = ja	IOPKOMPLURET HRA
19.4:O	Darm	K	1 = ja	IOPKOMPLDAR M
19.5:O	Uterus	K	1 = ja	IOPKOMPLUTER US
19.6:O	Gefäß-/Nervenläsion	K	1 = ja	IOPKOMPLGEFN ERV
19.8:O	andere Organverletzungen	K	1 = ja	IOPKOMPLORG AN
29:B	Entlassungsdiagnose (n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM:AUFNDATU M)	alter

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

QI-ID	51906
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Logistische Regression (O / E)
Referenzbereich 2018	<= 4,18
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	Referenzbereich aus dem Jahr 2017
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation</p>

	<p>O (observed)</p> <p>Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation</p> <p>E (expected)</p> <p>Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für QI-ID 51906</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Zähler:</p> <p>Als Organverletzungen zählen Verletzungen von Blase, Harnleiter, Urethra, Darm, Uterus, sowie Gefäß-/Nervenläsion oder andere Organverletzungen.</p> <p>Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung werden dann gezählt, wenn bei der ersten Operation der berücksichtigten Grundgesamtheit eine Organverletzung vorliegt.</p> <p>Nenner:</p> <p>Es werden Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang gezählt.</p> <p>Patientinnen, bei denen zusätzlich mindestens ein OPS-Kode aus der Liste @OPS_GynLapOp_EX dokumentiert wurde, werden aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.</p>
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	O_51906
Nenner (Formel)	E_51906

Logistische Regression

O (observed)

Unterkennzahl	O_51906
Operator	Anteil
Teildatensatz	15/1:B
Zähler	fn_Organverletzung
Nenner	fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP

E (expected)

Unterkennzahl	E_51906
Operator	Mittelwert
Teildatensatz	15/1:B
Zähler	fn_GYNScore_51906
Nenner	fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP

Verwendete Funktionen

fn_GynLapOP
 fn_GYNScore_51906
 fn_IstErsteOP
 fn_Organverletzung
 fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff

Verwendete Listen

ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum
 OPS_GynLapOP
 OPS_GynLapOP_EX
 OPS_GYN_Adhaesiolyse
 OPS_GYN_Exzision

Risikofaktoren

Grundrisiko: 0,231 %					Odds-Ratio (95 % C. I.)	
Risikofaktor	Regressions- koeffizient	Std.- Fehler	Z- Wert	Odds- - Ratio	unter er Wert	ober er Wert
Konstante	- 6,14954800692 5628	0,140	- 43,99 4	-	-	-
Alter im 2. Quintil der Altersverteilung: 30 bis unter 38 Jahre	0,52885177137 8460	0,157	3,375	1,697	1,254	2,321
Alter im 3. Quintil der Altersverteilung: 38 bis unter 46 Jahre	0,72235434955 3227	0,150	4,808	2,059	1,544	2,785
Alter im 4. Quintil der Altersverteilung: 46 bis unter 54 Jahre	0,62896753067 6940	0,151	4,170	1,876	1,404	2,540
Alter im 5. Quintil der Altersverteilung: ab 54 Jahre	0,94029779940 9091	0,148	6,367	2,561	1,931	3,449
ASA-Klassifikation 3 oder 4 oder 5	0,29593613810 9464	0,110	2,685	1,344	1,078	1,661
Adhäsio lysen	0,61075518065 0604	0,069	8,808	1,842	1,608	2,110
Endometriose	0,27255808474 4525	0,118	2,312	1,313	1,035	1,644
Exzision	- 0,58098057788 8609	0,101	- 5,751	0,559	0,457	0,680
Voroperation im OP-Gebiet	0,70062713329 0124	0,071	9,826	2,015	1,753	2,319

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Poissonstest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	<code>compute_oe_pvalue(o, e, t_smr, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05</code>

Geburtshilfe (16.1)

318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
32:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Spezifikation: BefMPass	SSBEFUND
45:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
46:M	Tragzeit nach klinischem Befund	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
47:M	Aufnahmeart	M	1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde 3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	AUFNAHMEART
89:K	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend	M	0 = nein 1 = ja	PAEDVOR
91:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
111:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

QI-ID	318
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	>= 90,00 %

Erläuterung zum Referenzbereich 2018	Referenzbereich aus dem Jahr 2017
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	Zähler Pädiater bei Geburt anwesend Nenner Alle lebend geborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme geboren wurden
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
Verwendete Funktionen	fn_Gestalter

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "less", midp = TRUE) $\leq 0,05$

330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17:M	Aufnahmedatum Krankenhaus	K	-	AUFNDATUM
32:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Spezifikation: BefMPass	SSBEFUND

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
45:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
46:M	Tragzeit nach klinischem Befund	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
49:M	Lungenreifebehandlung	M	0 = nein 1 = ja, Beginn der Lungenreifebehandlung erfolgte in eigener Klinik 2 = ja, Beginn der Lungenreifebehandlung erfolgte extern	LUNGENREIF
91:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
111:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

QI-ID	330
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	>= 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	Referenzbereich aus dem Jahr 2017
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Antenatale Kortikosteroidtherapie</p> <p>Nenner</p> <p>Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen geboren haben, unter Ausschluss von</p>

	Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	16/1:M
Zähler (Formel)	LUNGENREIF %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	fn_Gestalter %between% c(168,237) & TOTGEBURT %==% 0 & round(difftimeAsNumeric(GEBDATUMK, AUFNDATUM, unit="days")) %>=% 2
Verwendete Funktionen	fn_Gestalter

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "less", midp = TRUE) $\leq 0,05$

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
83:K	Notsektio	K	0 = nein 1 = ja	NOTSECTIO
85:K	E-E-Zeit bei Notsektio	K	in Minuten	EEZEIT

Berechnung

QI-ID	1058
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Sentinel-Event
Referenzbereich 2018	Sentinel-Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	Referenzbereich aus dem Jahr 2017

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

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Nicht zutreffend: fallzahlabhängige Ausnahmeregelung
Signifikanzniveau	Nicht zutreffend
Pseudocode	$o \geq 0,01 \cdot n$

50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
78:K	Entbindungsmodus	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	ENTBINDMODUS
81:K	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	K	0 = nein 1 = ja, prophylaktische Gabe 2 = ja, laufende antibiotische Therapie	ANTIBIOTSECTIO

Berechnung

QI-ID	50045
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert

Referenzbereich 2018	>= 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	Referenzbereich aus dem Jahr 2017
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	Zähler Perioperative Antibiotikaprohylaxe Nenner Alle Geburten mit Kaiserschnitt-Entbindung
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	16/1:M
Zähler (Formel)	ANTIBIOTSECTIO %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	ENTBINDMODUS %any_like% LST\$OPS_Sectio
Verwendete Listen	OPS_Sectio

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	<code>compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "less", midp = TRUE) ≤ 0,05</code>

51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
32:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Spezifikation: BefMPass	SSBEFUND
45:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
46:M	Tragzeit nach klinischem Befund	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
52:M	Geburtsrisiko	K	s. Spezifikation: IndikGeburt	GEBRISIKO
91:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
97: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
102:K	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	in mmol/l	BGNABELBEXC
103:K	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	-	BGNABELPH
109:K	Fehlbildung vorhanden	M	0 = nein 1 = ja	FEHLBILD
111:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
118:K	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	M	s. Spezifikation: EntlGrundK	ENTLGRUNDK
122: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

Berechnung

QI-ID	51803
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Logistische Regression (O / E)

Referenzbereich 2018	<= 2,32
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	Referenzbereich aus dem Jahr 2017
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Ebene 1: Verstorbene Kinder</p> <p>UND</p> <p>Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5</p> <p>UND</p> <p>Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16</p> <p>UND</p> <p>Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00)</p> <p>Nenner</p> <p>Ebene 1: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen)</p> <p>UND</p> <p>Ebene 2: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar</p> <p>UND</p> <p>Ebene 3: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess</p> <p>UND</p> <p>Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert</p> <p>O (observed)</p> <p>Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern</p> <p>UND</p> <p>Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5</p> <p>UND</p> <p>Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16</p> <p>UND</p> <p>Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)</p> <p>E (expected)</p> <p>Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803</p> <p>UND</p> <p>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 QI-ID 51803</p>

	<p>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 QI-ID 51803</p> <p>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 QI-ID 51803</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind</p> <p>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.</p>
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler (Formel)	O_51803
Nenner (Formel)	E_51803

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

Logistische Regression

O (observed)

Unterkennzahl	O_51803
Operator	Anteil
Teildatensatz	16/1:K
Zähler	fn_GEBIndexGesamt_51803_Z WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_Z %>% 0
Nenner	fn_GEBIndexGesamt_51803_GG_1 WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0

E (expected)

Unterkennzahl	E_51803
Operator	Anteil
Teildatensatz	16/1:K
Zähler	fn_GEBIndexGesamt_51803_E WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_E
Nenner	fn_GEBIndexGesamt_51803_GG_1 WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0

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_GG_1
 fn_GEBIndexGesamt_51803_Z
 fn_Gestalter
 fn_GestalterWochen

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Poissonstest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	<code>compute_oe_pvalue(o, e, t_smr, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05</code>

51803- Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an verstorbenen Kindern

Rechenregel	<p>Zähler Verstorbene Kinder</p> <p>Nenner Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen)</p> <p>O (observed) Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern</p> <p>E (expected) Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803</p>
Zähler (Formel)	O_51803 - Ebene 1
Nenner (Formel)	E_51803 - Ebene 1

Die Richtlinie ist außer Kraft gereten.

Logistische Regression	O (observed)						
	Unterkennzahl	O_51803 - Ebene 1					
	Operator	Anteil					
	Teildatensatz	16/1:K					
	Zähler	fn_GEBIndex1_51803_Z					
	Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG					
	E (expected)						
	Unterkennzahl	E_51803 - Ebene 1					
	Operator	Mittelwert					
	Teildatensatz	16/1:K					
	Zähler	fn_GEBIndex1_51803_E					
	Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG					
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex1_51803_E fn_GEBIndex1_51803_GG fn_GEBIndex1_51803_Z fn_Gestalter fn_GestalterWochen						

Risikofaktoren

Grundrisiko: 0,016 %					Odds-Ratio (95% C.I.)	
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	unterer Wert	oberer Wert
Konstante	- 8,741219115372280	0,095	- 91,533	-	-	-
Gestationsalter 37 abgeschlossene 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

51803- Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5

Rechenregel	<p>Zähler Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5</p> <p>Nenner Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar</p> <p>O (observed) Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5</p> <p>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 QI-ID 51803</p>																								
Zähler (Formel)	O_51803 - Ebene 2																								
Nenner (Formel)	E_51803 - Ebene 2																								
Logistische Regression	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #004a4a; color: white;"> <th colspan="2">O (observed)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Unterkennzahl</td> <td>O_51803 - Ebene 2</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Operator</td> <td>Anteil</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Teildatensatz</td> <td>16/1:K</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Zähler</td> <td>fn_GEBIndex2_51803_Z</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Nenner</td> <td>fn_GEBIndex2_51803_GG</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #004a4a; color: white;"> <th colspan="2">E (expected)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Unterkennzahl</td> <td>E_51803 - Ebene 2</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Operator</td> <td>Mittelwert</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Teildatensatz</td> <td>16/1:K</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Zähler</td> <td>fn_GEBIndex2_51803_E</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Nenner</td> <td>fn_GEBIndex2_51803_GG</td> </tr> </tbody> </table>	O (observed)		Unterkennzahl	O_51803 - Ebene 2	Operator	Anteil	Teildatensatz	16/1:K	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_Z	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG	E (expected)		Unterkennzahl	E_51803 - Ebene 2	Operator	Mittelwert	Teildatensatz	16/1:K	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_E	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG
O (observed)																									
Unterkennzahl	O_51803 - Ebene 2																								
Operator	Anteil																								
Teildatensatz	16/1:K																								
Zähler	fn_GEBIndex2_51803_Z																								
Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG																								
E (expected)																									
Unterkennzahl	E_51803 - Ebene 2																								
Operator	Mittelwert																								
Teildatensatz	16/1:K																								
Zähler	fn_GEBIndex2_51803_E																								
Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG																								

Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex2_51803_E fn_GEBIndex2_51803_GG fn_GEBIndex2_51803_Z fn_Gestalter fn_GestalterWochen
------------------------------	---

Risikofaktoren

Grundrisiko: 0,184 %					Odds-Ratio (95% C.I.)	
Risikofaktor	Regressionsko- effizient	Std.- Fehler	Z- Wert	Odds- Ratio	unter er Wert	ober er Wert
Konstante	- 6,29630479007 4080	0,029	- 216,9 13	-	-	-
Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung	0,60232691882 7803	0,144	4,186	1,826	1,378	2,421
Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall	1,60662113587 1970	0,453	3,544	4,986	2,051	12,12 3
Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung	2,77885406704 6700	0,134	20,75 4	16,10 1	12,38 4	20,93 2
Gestationsalter 37 abgeschlossene SSW	0,42714602312 4653	0,080	5,321	1,533	1,310	1,794

51803- Ebene 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit Base Excess unter -16

Rechenregel	<p>Zähler Kinder mit Base Excess unter -16</p> <p>Nenner Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess</p> <p>O (observed) Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16</p> <p>E (expected) Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803</p>
Zähler (Formel)	O_51803 - Ebene 3
Nenner (Formel)	E_51803 - Ebene 3

Logistische Regression**O (observed)**

Unterkennzahl	O_51803 - Ebene 3
Operator	Anteil
Teildatensatz	16/1:K
Zähler	fn_GEBIndex3_51803_Z
Nenner	fn_GEBIndex3_51803_GG

E (expected)

Unterkennzahl	E_51803 - Ebene 3
Operator	Mittelwert
Teildatensatz	16/1:K
Zähler	fn_GEBIndex3_51803_E
Nenner	fn_GEBIndex3_51803_GG

Verwendete Funktionen

fn_GEBIndex3_51803_E
fn_GEBIndex3_51803_GG
fn_GEBIndex3_51803_Z
fn_Gestalter
fn_GestalterWochen

Die Richtigkeit aller Kraft getrennt.

Risikofaktoren

Grundrisiko: 0,201%					Odds-Ratio (95% C.I.)	
Risikofaktor	Regressionsko- effizient	Std.- Fehler	Z- Wert	Odds- Ratio	unter er Wert	ober er Wert
Konstante	- 6,20749021064 5980	0,036	- 173,9 03	-	-	-
Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung	0,57403332526 0986	0,137	4,202	1,775	1,358	2,320
Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall	0,90863512338 5593	0,581	1,563	2,481	0,794	7,751
Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung	2,64780955996 0010	0,133	19,94 0	14,12 3	10,88 7	18,32 1
Gestationsalter 40 abgeschlossene SSW	0,37657268302 7642	0,053	7,123	1,457	1,314	1,616
Gestationsalter 41 abgeschlossene SSW	0,51949820051 0977	0,064	8,167	1,681	1,484	1,904

51803- Ebene 4: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)

Rechenregel	<p>Zähler Kinder mit Azidose (pH < 7,00)</p> <p>Nenner Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert</p> <p>O (observed) Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)</p> <p>E (expected) Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803</p>
Zähler (Formel)	O_51803 - Ebene 4
Nenner (Formel)	E_51803 - Ebene 4

Logistische Regression**O (observed)**

Unterkennzahl	O_51803 - Ebene 4
Operator	Anteil
Teildatensatz	16/1:K
Zähler	fn_GEBIndex4_51803_Z
Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG

E (expected)

Unterkennzahl	E_51803 - Ebene 4
Operator	Mittelwert
Teildatensatz	16/1:K
Zähler	fn_GEBIndex4_51803_E
Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG

Verwendete Funktionen

fn_GEBIndex4_51803_E
fn_GEBIndex4_51803_GG
fn_GEBIndex4_51803_Z
fn_Gestalter
fn_GestalterWochen

Die Richtlinie ist überall Kraft getrennt.

Risikofaktoren

Grundrisiko: 0,167 %					Odds-Ratio (95% C.I.)	
Risikofaktor	Regressionsko- effizient	Std.- Fehler	Z- Wert	Odds- - Ratio	unter- er Wert	ober- er Wert
Konstante	- 6,39514562533 5610	0,039	- 164,5 43	-	-	-
Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung	0,88620966497 3184	0,128	6,948	2,426	1,889	3,115
Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall	2,06274664737 7880	0,364	5,669	7,868	3,856	16,05 2
Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung	3,25850472896 3050	0,111	29,37 0	26,01 1	20,92 7	32,32 9
Gestationsalter 40 abgeschlossene SSW	0,26397545249 1729	0,059	4,501	1,302	1,161	1,461
Gestationsalter 41 abgeschlossene SSW	0,51876996479 7240	0,069	7,549	1,680	1,468	1,922
Schwangerschafts-Risiko: Diabetes mellitus	0,48885906046 0810	0,222	2,201	1,630	1,055	2,520

Mammachirurgie (18.1)

2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BR UST	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	ARTERKRANK
18:BR UST	maligne Neoplasie	K	s. Spezifikation: ICDO3Mamma	PRAEICDO3
29:BR UST	maligne Neoplasie	K	s. Spezifikation: ICDO3Mamma	POSTICDO3
30:BR UST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEEN DE
32:BR UST	pT	K	s. Spezifikation: pTMamma	TNMPTMAMMA
44:BR UST	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladissektion	AXLKENTFOMA RK
45:BR UST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja	SLKBIOPSIE

Berechnung

QI-ID	2163
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Sentinel-Event

Referenzbereich 2018	Sentinel-Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	Referenzbereich aus dem Jahr 2017
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen mit primärer Axilladisektion</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“</p>
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

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Nicht zutreffend: fallzahlabhängige Ausnahmeregelung
Signifikanzniveau	Nicht zutreffend
Pseudocode	$o \geq 0,01 \cdot n$

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
23:O	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie 3 = ja, durch MRT	PRAEOPMARKIERUNG
24:O	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie	K	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiografie 2 = ja, intraoperative Präparatesonografie	RADIOSONOGRAFIE

Berechnung

QI-ID	52279
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	>= 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	Referenzbereich aus dem Jahr 2017
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:O
Zähler (Formel)	RADIOSONOGRAFIE %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	PRAEOPMARKIERUNG %==% 2

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	<code>compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "less", midp = TRUE) ≤ 0,05</code>

52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
23:O	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie 3 = ja, durch MRT	PRAEOPMARKIERUNG
24:O	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie	K	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiografie 2 = ja, intraoperative Präparatesonografie	RADIOSONOGRAFIE

Berechnung

QI-ID	52330
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	$\geq 95,00\%$
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	Referenzbereich aus dem Jahr 2017
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie</p> <p>Nenner</p>

	Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:O
Zähler (Formel)	RADIOSONOGRAFIE %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	PRAEOPMARKIERUNG %==% 1

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	<code>compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "less", midp = TRUE) ≤ 0,05</code>

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

Anhang zur Anlage 1

Listen (15.1)

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_GynCAOvar	ICD	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Mammakarzinom)	C50%
ICD_GynCARisiko	ICD	Risikofaktoren für Bösartige Neubildungen	Z40.00%, Z40.01%, Z80.3%, Z85.3%
ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum	ICD	Endometriose an Darm, Uterus oder Septum rectovaginale und der Vagina	N80.0%, N80.4%, N80.5%
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%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			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%,

Die Richtlinie ist außer Kraft gesetzt.

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			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%,

Die Richtlinie ist außer Kraft gesetzt.

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			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%, 5-744.3x%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.4x%
OPS_GynOvarOP	OPS	Adnexeingriff (ohne Ovaryeingriffe, die keine Histologie benötigen, z. B. Adhäsionslysen)	5-651.8%, 5-651.9%, 5-652%, 5-653%, 5-659%
OPS_GynOvarOPAblativ	OPS	Isolierter ablativer Ovaryeingriff	5-652.4%, 5-652.6%, 5-652.y%, 5-653%

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
OPS_GynOvarOPAblativZusatz	OPS	Isolierter ablativer Ovaryeingriff mit Zusatzeingriffen	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%, 5-652.4%, 5-652.y%, 5-652.6%, 5-653%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
OPS_GynOvarOPZusatz	OPS	Zusätzlich zu Adnexeingriffen erlaubte Codes, die dennoch einen isolierten Adnexeingriff kennzeichnen	1%, 3%, 5-540%, 5-541.0%, 5-541.1%, 5-541.2%, 5-541.3%, 5-542%, 5-651.8%, 5-651.9%, 5-651.a%, 5-651.b%, 5-651.x%, 5-651.y%, 5-652%, 5-653%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-659%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
OPS_GynOvarOP_EX	OPS	Ausschluss Ovariectomie und Salpingoovariectomie	5-652%, 5-653%
OPS_GYN_Adhaesiolys	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%

Funktionen (15.1)

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_GynIsolierteAdnexe	boole an	Isolierte Adnexeingriffe (OPS 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659*) mit Zusatzeingriffen	OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GynOvarOP & OPSCHLUESSEL %all_like% LST\$OPS_GynOvarOPZusatz

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_GynIsolierteAdnexeAblativ	boole an	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% LST\$OPS_GynOvarOPAblativZusatz
fn_GynLapOP	boole an	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_IstErsteOP	boole an	OP ist die erste OP	fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)
fn_keinePostOPHistologie	boole an	Histologie fehlt für alle durchgeführten Eingriffe	(any(fn_GynIsolierteAdnexe) & all(HISTOLJN[fn_GynIsolierteAdnexe] %==% 0)) %group_by% TDS_B
fn_Organverletzung	boole an	Organverletzung	IOPKOMPLBLASE %==% 1 IOPKOMPLHARNL %==% 1 IOPKOMPLURETHRA %==% 1 IOPKOMPLDARM %==% 1 IOPKOMPLUTERUS %==% 1 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

fn_GYNScore_51906	float	Score zur logistischen Regression - QI-ID 51906	<pre> # Funktion fn_GYNScore_51906 # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -6.149548006925628 # Alter im 2. Quintil der Altersverteilung: 30 bis unter 38 Jahre log_odds <- log_odds + (alter %>% 29 & alter %<=% 37) * 0.528851771378460 # Alter im 3. Quintil der Altersverteilung: 38 bis unter 46 Jahre log_odds <- log_odds + (alter %>% 37 & alter %<=% 45) * 0.722354349553227 # Alter im 4. Quintil der Altersverteilung: 46 bis unter 54 Jahre log_odds <- log_odds + (alter %>% 45 & alter %<=% 53) * 0.628967530676940 # Alter im 5. Quintil der Altersverteilung: ab 54 Jahre log_odds <- log_odds + (alter %>% 53) * 0.940297799409091 # ASA-Klassifikation 3 oder 4 oder 5 log_odds <- log_odds + (ASA %in% c(3,4,5)) * 0.295936138109464 # Adhäsio lysen log_odds <- log_odds + (OPSCHLUESSEL %isAnyLike% OPS\$OPS_GYN_Adhaesiolyse) * 0.610755180650604 # Endometriose log_odds <- log_odds + (ENTLDIAG %isAnyLike% ICD\$ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum) * 0.272558084744525 </pre>
-------------------	-------	--	---

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			<pre># Exzision log_odds <- log_odds + (OPSCHLUESSEL %isAnyLike% OPS\$OPS_GYN_Exzision) * -0.580980577888609 # Voroperation im OP-Gebiet log_odds <- log_odds + (VOROPGLEICH %==% 1) * 0.700627133290124 # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100</pre>

Listen (16.1)

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%

Funktionen (16.1)

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndex1_51803_E	float	Score zur logistischen Regression - QI-ID 51808	<pre># Funktion fn_GEBIndex1_51803_E # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante</pre>

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			<pre>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 + (FEHLBILD %==% 1) * 4.124600501154170 # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100</pre>
fn_GEBIndex1_51803_GG	boolean	Index Ebene 1 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen)	TOTGEBURT %==% 0 & 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	Score zur logistischen Regression - QI-ID 51813	<pre># Funktion fn_GEBIndex2_51803_E # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -6.296304790074080 # Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %isAnyIn% 66) *</pre>

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			<pre>0.602326918827803 # Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %isAnyIn% 80) * 1.606621135871970 # Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %isAnyIn% 71) * 2.778854067046700 # Gestationsalter 37 abgeschlossene SSW log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 37) * 0.427146023124653 # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100</pre>
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	fn_GEBIndex1_51803_GG & 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	Score zur logistischen Regression - QI-ID 51818	<pre># Funktion fn_GEBIndex3_51803_E # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0</pre>

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			<pre> # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -6.207490210645980 # Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %isAnyIn% 66) * 0.574033325260986 # Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %isAnyIn% 80) * 0.908635123385593 # Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %isAnyIn% 71) * 2.647809559960010 # 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 # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100 </pre>
fn_GEBIndex3_51803_GG	boole an	Index Ebene 3 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess	fn_GEBIndex1_51803_GG & BGNABELBEXC %>=% -40 & BGNABELBEXC %<% 20

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndex3_51803_Z	boole an	Index Ebene 3 (Z): Kinder mit Base Excess unter -16	BGNABELBEXC %<% -16
fn_GEBIndex4_51803_E	float	Score zur logistischen Regression - QI-ID 51823	<pre> # Funktion fn_GEBIndex4_51803_E # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -6.395145625335610 # Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %isAnyIn% 66) * 0.886209664973184 # Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %isAnyIn% 80) * 2.062746647377880 # Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %isAnyIn% 71) * 3.258504728963050 # 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 </pre>

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			<pre># Schwangerschafts-Risiko: Diabetes mellitus log_odds <- log_odds + (SSBEFUND %isAnyIn% 9) * 0.488859060460810 # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100</pre>
fn_GEBIndex4_51803_GG	boole an	Index Ebene 4 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert	fn_GEBIndex1_51803_GG & BGNABELPH %>=% 6.50 & BGNABELPH %<% 8.00
fn_GEBIndex4_51803_Z	boole an	Index Ebene 4 (Z): Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	BGNABELPH %<% 7.00
fn_GEBIndexGesamt_51803_E	float	Index Gesamt (E): Summe	<pre># inits IExpected <- list() # E nach Ebenen IExpected\$Ebene1 <- (!is.na(fn_GEBIndex1_51803_GG) & fn_GEBIndex1_51803_GG) * fn_GEBIndex1_51803_E IExpected\$Ebene2 <- (!is.na(fn_GEBIndex2_51803_GG) & fn_GEBIndex2_51803_GG) * fn_GEBIndex2_51803_E IExpected\$Ebene3 <- (!is.na(fn_GEBIndex3_51803_GG) & fn_GEBIndex3_51803_GG) * fn_GEBIndex3_51803_E IExpected\$Ebene4 <- (!is.na(fn_GEBIndex4_51803_GG) & fn_GEBIndex4_51803_GG) * fn_GEBIndex4_51803_E # Summe</pre>

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			row_sums(IEExpected\$Ebene1, IEExpected\$Ebene2, IEExpected\$Ebene3, IEExpected\$Ebene4) / 100
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_GG_1	integer	Index Gesamt (GG): Fälle, die in mindestens einer Indexebene auftreten.	fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0
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(difftimeAsNumeric(GEBDATUMK, GEBTERMIN, unit="days")) f1 <- function(){ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, NA_integer_)} f2 <- function(){ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, abstGebterm + 280)} f3 <- function(){ifelse(abs(nTragzeitkliWo - nAbstGebterm)%<%14, nAbstGebterm, nTragzeitkliWo)}

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			result <- ifelse(!is.na(GEBTERMIN), ifelse(SSBEFUND %any_in% 38, f1(), ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), f3(), nAbstGebterm)), f2()) result
fn_GestalterWochen	integer	Gestationsalter in Wochen	trunc(fn_Gestalter/7)

Listen (18.1)

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_O_3_DCIS	ICD-O-3	DCIS (Ductal Carcinoma in Situ)	8500/2, 8503/2, 8504/2, 8507/2, 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, 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, 8510/3, 8510/6, 8510/9, 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, 8572/3, 8572/6, 8572/9, 8574/3, 8575/3, 8575/6, 8575/9, 8982/3, 8982/6, 8982/9

Funktionen (18.1)

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

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

**Anlage 2 Prospektive Rechenregeln der planungsrelevanten
Qualitätsindikatoren
Erfassungsjahr 2019**

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
20:O	postoperative Histologie	M	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN
21:O	führender Befund	K	s. Spezifikation: HistolOpGyn	HISTOL
30:B	Entlassungsdiagnose (n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Berechnung

QI-ID	10211
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentnahme und Angabe einer Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund</p> <p>Nenner</p> <p>Alle durchgeführten isolierten Ovareingriffe mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*)</p>

	<p>(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*, 5-651.8*, 5-651.9*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-651.x*, 5-651.y*, 5-652*, 5-653*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-659*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*] und Angaben zur postoperativen Histologie, unter Ausschluss von Patientinnen mit Salpingoovariektomie 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 Patientinnen mit der Diagnose Transsexualismus (F64.0).</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Zähler:</p> <p>Ein isolierter Ovareingriff wird dann berücksichtigt, nach Untersuchung des Gewebes eine „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund zählen dann, wenn bei mindestens einem isolierten Ovareingriff der berücksichtigten Grundgesamtheit „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund vorliegt.</p> <p>Nenner:</p> <p>Nur isolierte Ovareingriffe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) mit Angabe zur Histologie werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt.</p>
Teildatensatzbezug	15/10
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% LST\$ICD_GynCARisiko) & !(ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_GynTranssex) & HISTOLJN %==% 1
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexeAblativ
Verwendete Listen	ICD_GynCAOvar ICD_GynCARisiko ICD_GynTranssex OPS_GynOvarOPAblativ OPS_GynOvarOPAblativZusatz OPS_GynOvarOP_EX

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff mit Gewebeentfernung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

Berechnung

QI-ID	12874
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	$\leq 5,00\%$
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Isolierter Ovaryingriff ohne Angabe einer postoperativen Histologie</p> <p>Nenner</p> <p>Alle isolierten Ovaryingriffe 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*]</p>

Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Ein isolierter Ovaringriff wird im Zähler gewertet, wenn eine Angabe zur durchgeführten Histologischen Untersuchung fehlt. Nenner: Alle dokumentierten isolierten Ovaringriffe mit Gewebeentfernung (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659*) einer Patientin bilden die Grundgesamtheit.
Teildatensatzbezug	15/1:O
Zähler (Formel)	HISTOLJN %==% 0
Nenner (Formel)	fn_GynIsolierteAdnexe
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexe
Verwendete Listen	OPS_GynOvarOP OPS_GynOvarOPZusatz

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:O	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
12: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
13:O	Voroperation im OP-Gebiet	M	0 = nein 1 = ja	VOROPGLEICH
16:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
19.1:O	Blase	K	1 = ja	IOPKOMPLBLAS E
19.2:O	Harnleiter	K	1 = ja	IOPKOMPLHARN L
19.3:O	Urethra	K	1 = ja	IOPKOMPLURET HRA
19.4:O	Darm	K	1 = ja	IOPKOMPLDAR M
19.5:O	Uterus	K	1 = ja	IOPKOMPLUTER US
19.6:O	Gefäß-/Nervenläsion	K	1 = ja	IOPKOMPLGEFN ERV
19.8:O	andere Organverletzungen	K	1 = ja	IOPKOMPLORG AN
30:B	Entlassungsdiagnose (n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

QI-ID	51906
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Logistische Regression (O / E)

Referenzbereich 2019	<= 4,18
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung</p> <p>Nenner Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation</p> <p>O (observed) Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation</p> <p>E (expected) Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für QI-ID 51906</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Zähler: Als Organverletzungen zählen Verletzungen von Blase, Harnleiter, Urethra, Darm, Uterus, sowie Gefäß-/Nervenläsion oder andere Organverletzungen.</p> <p>Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung werden dann gezählt, wenn bei der ersten Operation der berücksichtigten Grundgesamtheit eine Organverletzung vorliegt.</p> <p>Nenner: Es werden Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang gezählt.</p> <p>Patientinnen, bei denen zusätzlich mindestens ein OPS-Kode aus der Liste @OPS_GynLapOp_EX dokumentiert wurde, werden aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.</p>
Teildatensatzbezug	15/1:B
Zähler (Formel)	O_51906
Nenner (Formel)	E_51906

Logistische Regression	O (observed)	
	Unterkennzahl	O_51906
	Operator	Anteil
	Teildatensatz	15/1:B
	Zähler	fn_Organverletzung
	Nenner	fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP
	E (expected)	
	Unterkennzahl	E_51906
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatz	15/1:B
	Zähler	fn_GYNScore_51906
	Nenner	fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP
Verwendete Funktionen	fn_GynLapOP fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	
Verwendete Listen	ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum OPS_GynLapOP OPS_GynLapOP_EX OPS_GYN_Adhaesiolyse OPS_GYN_Exzision	

Risikofaktoren

Alter

ASA-Klassifikation

Adhäsionen

Endometriose

Exzision

Voroperation im OP-Gebiet

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Poissonstest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	<code>compute_oe_pvalue(o, e, t_smr, alternative = "greater", midp = TRUE)</code> $\leq 0,05$

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Geburtshilfe (16.1)

318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
27:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Spezifikation: BefMPass	SSBEFUND
37:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
38:M	Tragzeit nach klinischem Befund	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
39:M	Aufnahmeart	M	1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde 3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	AUFNAHMEART
79:K	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend	M	0 = nein 1 = ja	PAEDVOR
81:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
98:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

QI-ID	318
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	>= 90,00 %

Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	Zähler Pädiater bei Geburt anwesend Nenner Alle lebend geborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme geboren wurden
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
Verwendete Funktionen	fn_Gestalter

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "less", midp = TRUE) $\leq 0,05$

330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:M	Aufnahmedatum Krankenhaus	K	-	AUFNDATUM
27:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Spezifikation: BefMPass	SSBEFUND

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
37:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
38:M	Tragzeit nach klinischem Befund	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
41:M	Antenatale Kortikosteroidtherapie	M	0 = nein 1 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte in eigener Klinik 2 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern	LUNGENREIF
81:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
98:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

QI-ID	330
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie</p> <p>Nenner</p> <p>Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen geboren haben, unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen.</p>

Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	16/1:M
Zähler (Formel)	LUNGENREIF %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	fn_Gestalter %between% c(168,237) & TOTGEBURT %==% 0 & round(difftimeAsNumeric(GEBDATUMK, AUFNDATUM, unit="days")) %>=% 2
Verwendete Funktionen	fn_Gestalter

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "less", midp = TRUE) $\leq 0,05$

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
73:K	Notsektio	K	0 = nein 1 = ja	NOTSECTIO
75:K	E-E-Zeit bei Notsektio	K	in Minuten	EEZEIT

Berechnung

QI-ID	1058
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Sentinel-Event
Referenzbereich 2019	Sentinel-Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018

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

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Nicht zutreffend: fallzahlabhängige Ausnahmeregelung
Signifikanzniveau	Nicht zutreffend
Pseudocode	$o \geq 0,01 \cdot n$

50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
70:K	Entbindungsmodus	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	ENTBINDMODUS
72:K	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	K	0 = nein 1 = ja, prophylaktische Gabe 2 = ja, laufende antibiotische Therapie	ANTIBIOTSECTIO

Berechnung

QI-ID	50045
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert

Referenzbereich 2019	>= 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	Zähler Perioperative Antibiotikaprohylaxe Nenner Alle Geburten mit Kaiserschnitt-Entbindung
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	16/1:M
Zähler (Formel)	ANTIBIOTSECTIO %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	ENTBINDMODUS %any_like% LST\$OPS_Sectio
Verwendete Listen	OPS_Sectio

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	<code>compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "less", midp = TRUE) ≤ 0,05</code>

51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
27:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Spezifikation: BefMPass	SSBEFUND
37:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
38:M	Tragzeit nach klinischem Befund	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
44:M	Geburtsrisiko	K	s. Spezifikation: IndikGeburt	GEBRISIKO
81:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
85: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
90:K	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	in mmol/l	BGNABELBEXC
91:K	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	-	BGNABELPH
96:K	Fehlbildung vorhanden	M	0 = nein 1 = ja	FEHLBILD
98:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
99: K	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt	K	0 = nein 1 = ja	TOTVORAUFN
105:K	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	M	s. Spezifikation: EntlGrundK	ENTLGRUNDK
109: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

Berechnung

QI-ID	51803
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Logistische Regression (O / E)
Referenzbereich 2019	<= 2,32
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>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)</p> <p>Nenner</p> <p>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</p> <p>O (observed)</p> <p>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)</p> <p>E (expected)</p>

	<p>Ebene 1: Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Totgeburten, die vor Klinikaufnahme verstorben sind., risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803</p> <p>UND</p> <p>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 QI-ID 51803</p> <p>UND</p> <p>Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803</p> <p>UND</p> <p>Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind</p> <p>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.</p>
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler (Formel)	O_51803
Nenner (Formel)	E_51803

Logistische Regression

O (observed)

Unterkennzahl	O_51803
Operator	Anteil
Teildatensatz	16/1:K
Zähler	fn_GEBIndexGesamt_51803_Z WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_Z %>% 0
Nenner	fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0

E (expected)

Unterkennzahl	E_51803
Operator	Anteil
Teildatensatz	16/1:K
Zähler	fn_GEBIndexGesamt_51803_E
Nenner	fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0

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_GG_1
 fn_GEBIndexGesamt_51803_Z
 fn_Gestalter
 fn_GestalterWochen

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Poissonstest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	compute_oe_pvalue(o, e, t_smr, alternative = "greater", midp = TRUE) $\leq 0,05$

51803- Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an verstorbenen Kindern

Rechenregel	<p>Zähler Verstorbene Kinder</p> <p>Nenner Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind</p> <p>O (observed) Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern</p> <p>E (expected) Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803 risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803</p>
Zähler (Formel)	O_51803 - Ebene 1
Nenner (Formel)	E_51803 - Ebene 1

Logistische Regression**O (observed)**

Unterkennzahl	O_51803 - Ebene 1
Operator	Anteil
Teildatensatz	16/1:K
Zähler	fn_GEBIndex1_51803_Z
Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG

E (expected)

Unterkennzahl	E_51803 - Ebene 1
Operator	Mittelwert
Teildatensatz	16/1:K
Zähler	fn_GEBIndex1_51803_E
Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG

Verwendete Funktionen

fn_GEBIndex1_51803_E
fn_GEBIndex1_51803_GG
fn_GEBIndex1_51803_Z
fn_Gestalter
fn_GestalterWochen

Risikofaktoren

Gestationsalter

Fehlbildung vorhanden

51803- Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5

Rechenregel	<p>Zähler Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5</p> <p>Nenner Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar</p> <p>O (observed) Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5</p> <p>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 QI-ID 51803</p>																								
Zähler (Formel)	O_51803 - Ebene 2																								
Nenner (Formel)	E_51803 - Ebene 2																								
Logistische Regression	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #004a4a; color: white;"> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">O (observed)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Unterkennzahl</td> <td style="padding: 5px;">O_51803 - Ebene 2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Operator</td> <td style="padding: 5px;">Anteil</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Teildatensatz</td> <td style="padding: 5px;">16/1:K</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Zähler</td> <td style="padding: 5px;">fn_GEBIndex2_51803_Z</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Nenner</td> <td style="padding: 5px;">fn_GEBIndex2_51803_GG</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #004a4a; color: white;"> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;">E (expected)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Unterkennzahl</td> <td style="padding: 5px;">E_51803 - Ebene 2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Operator</td> <td style="padding: 5px;">Mittelwert</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Teildatensatz</td> <td style="padding: 5px;">16/1:K</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Zähler</td> <td style="padding: 5px;">fn_GEBIndex2_51803_E</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Nenner</td> <td style="padding: 5px;">fn_GEBIndex2_51803_GG</td> </tr> </tbody> </table>	O (observed)		Unterkennzahl	O_51803 - Ebene 2	Operator	Anteil	Teildatensatz	16/1:K	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_Z	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG	E (expected)		Unterkennzahl	E_51803 - Ebene 2	Operator	Mittelwert	Teildatensatz	16/1:K	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_E	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG
O (observed)																									
Unterkennzahl	O_51803 - Ebene 2																								
Operator	Anteil																								
Teildatensatz	16/1:K																								
Zähler	fn_GEBIndex2_51803_Z																								
Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG																								
E (expected)																									
Unterkennzahl	E_51803 - Ebene 2																								
Operator	Mittelwert																								
Teildatensatz	16/1:K																								
Zähler	fn_GEBIndex2_51803_E																								
Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG																								

Verwendete Funktionen

fn_GEBIndex2_51803_E
fn_GEBIndex2_51803_GG
fn_GEBIndex2_51803_Z
fn_Gestalter
fn_GestalterWochen

Risikofaktoren

Gestationsalter

Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung

Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall

Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung

51803- Ebene 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit Base Excess unter -16

Rechenregel	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 QI-ID 51803
Zähler (Formel)	O_51803 - Ebene 3
Nenner (Formel)	E_51803 - Ebene 3

Logistische Regression	O (observed)	
	Unterkennzahl	O_51803 - Ebene 3
	Operator	Anteil
	Teildatensatz	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex3_51803_Z
	Nenner	fn_GEBIndex3_51803_GG
	E (expected)	
	Unterkennzahl	E_51803 - Ebene 3
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatz	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex3_51803_E
	Nenner	fn_GEBIndex3_51803_GG
	Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex3_51803_E fn_GEBIndex3_51803_GG fn_GEBIndex3_51803_Z fn_Gestalter fn_GestalterWochen

Risikofaktoren

Gestationsalter

Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung

Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfal

Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung

51803- Ebene 4: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)

Rechenregel	<p>Zähler Kinder mit Azidose (pH < 7,00)</p> <p>Nenner Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert</p> <p>O (observed) Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)</p> <p>E (expected) Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803</p>																								
Zähler (Formel)	O_51803 - Ebene 4																								
Nenner (Formel)	E_51803 - Ebene 4																								
Logistische Regression	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #004a4a; color: white;"> <th colspan="2">O (observed)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Unterkennzahl</td> <td>O_51803 - Ebene 4</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Operator</td> <td>Anteil</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Teildatensatz</td> <td>16/1:K</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Zähler</td> <td>fn_GEBIndex4_51803_Z</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Nenner</td> <td>fn_GEBIndex4_51803_GG</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #004a4a; color: white;"> <th colspan="2">E (expected)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Unterkennzahl</td> <td>E_51803 - Ebene 4</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Operator</td> <td>Mittelwert</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Teildatensatz</td> <td>16/1:K</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Zähler</td> <td>fn_GEBIndex4_51803_E</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Nenner</td> <td>fn_GEBIndex4_51803_GG</td> </tr> </tbody> </table>	O (observed)		Unterkennzahl	O_51803 - Ebene 4	Operator	Anteil	Teildatensatz	16/1:K	Zähler	fn_GEBIndex4_51803_Z	Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG	E (expected)		Unterkennzahl	E_51803 - Ebene 4	Operator	Mittelwert	Teildatensatz	16/1:K	Zähler	fn_GEBIndex4_51803_E	Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG
O (observed)																									
Unterkennzahl	O_51803 - Ebene 4																								
Operator	Anteil																								
Teildatensatz	16/1:K																								
Zähler	fn_GEBIndex4_51803_Z																								
Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG																								
E (expected)																									
Unterkennzahl	E_51803 - Ebene 4																								
Operator	Mittelwert																								
Teildatensatz	16/1:K																								
Zähler	fn_GEBIndex4_51803_E																								
Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG																								

Verwendete Funktionen

fn_GEBIndex4_51803_E
fn_GEBIndex4_51803_GG
fn_GEBIndex4_51803_Z
fn_Gestalter
fn_GestalterWochen

Risikofaktoren

Gestationsalter

Schwangerschafts-Risiko: Diabetes mellitus

Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung

Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung

Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Mammachirurgie (18.1)

2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BR UST	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
19:BR UST	maligne Neoplasie	K	s. Spezifikation: ICDO3Mamma	PRAEICDO3
30:BR UST	maligne Neoplasie	K	s. Spezifikation: ICDO3Mamma	POSTICDO3
31:BR UST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEEN DE
33:BR UST	pT	K	s. Spezifikation: pTMamma	TNMPTMAMMA
46:BR UST	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladissektion	AXLKENTFOMAR RK
47:BR UST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja	SLKBIOPSIE

Berechnung

QI-ID	2163
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Sentinel-Event

Referenzbereich 2019	Sentinel-Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	8
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen mit primärer Axilladisektion</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“</p>
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

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Nicht zutreffend: fallzahlabhängige Ausnahmeregelung
Signifikanzniveau	Nicht zutreffend
Pseudocode	$o \geq 0,01 \cdot n$

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/ K	Schlüssel/Formel	Feldname
24:O	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie 3 = ja, durch MRT	PRAEOPMARKIERUNG
25:O	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie	K	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiografie 2 = ja, intraoperative Präparatesonografie	RADIOSONOGRAFIE
27:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL

Berechnung

QI-ID	52279
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	>= 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie</p> <p>Nenner</p> <p>Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie</p>
Erläuterung der Rechenregel	Aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien (OPSchlüssel OPS\$ Mastektomie). Nicht aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien, wenn sie in Kombination mit einer brusterhaltenden Operation (OPSchlüssel OPS\$BET UND OPSchlüssel OPS\$Mastektomie) stattfinden.

Teildatensatzbezug	18/1:O
Zähler (Formel)	RADIOSONOGRAFIE %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

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "less", midp = TRUE) $\leq 0,05$

52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
24:O	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie 3 = ja, durch MRT	PRAEOPMARKIERUNG
25:O	intraoperative Präparatradiografie oder -sonografie	K	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparatradiografie 2 = ja, intraoperative Präparatsonografie	RADIOSONOGRAFIE
27:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL

Berechnung

QI-ID	52330
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Bewertungsart	Ratenbasiert

Referenzbereich 2019	>= 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Rechenregel	<p>Zähler</p> <p>Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie</p> <p>Nenner</p> <p>Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie</p>
Erläuterung der Rechenregel	Aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien (OPSchlüssel OPS\$ Mastektomie). Nicht aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien, wenn sie in Kombination mit einer brusterhaltenden Operation (OPSchlüssel OPS\$BET UND OPSchlüssel OPS\$Mastektomie) stattfinden.
Teildatensatzbezug	18/1:0
Zähler (Formel)	RADIOSONOGRAFIE %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))
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	OPS_BET OPS_Mastektomie

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "less", midp = TRUE) $\leq 0,05$

Anhang zur Anlage 2

Listen (15.1)

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%
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%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			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%,

Die Richtlinie ist außer Kraft gesetzt.

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			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%,

Die Richtlinie ist außer Kraft gesetzt.

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			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%, 5-744.3x%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.4x%
@OPS_GynOvarOP	OPS	Adnexeingriff (ohne Ovaryeingriffe, die keine Histologie benötigen, z. B. Adhäsionslysen)	5-651.8%, 5-651.9%, 5-652%, 5-653%, 5-659.2%
@OPS_GynOvarOPAblativ	OPS	Isolierter ablativer Ovaryeingriff	5-652.4%, 5-652.6%, 5-652.y%, 5-653%

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
@OPS_GynOvarOPAblativZusatz	OPS	Isolierter ablativer Ovaryeingriff mit Zusatzeingriffen	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%, 5-652.4%, 5-652.6%, 5-652.y%, 5-653%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
@OPS_GynOvarOPZusatz	OPS	Zusätzlich zu Adnexeingriffen erlaubte Codes, die dennoch einen isolierten Adnexeingriff kennzeichnen	1%, 3%, 5-540%, 5-541.0%, 5-541.1%, 5-541.2%, 5-541.3%, 5-542%, 5-651.8%, 5-651.9%, 5-651.a%, 5-651.b%, 5-651.x%, 5-651.y%, 5-652%, 5-653%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-659%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
@OPS_GynOvarOP_EX	OPS	Ausschluss Ovariectomie und Salpingoovariectomie	5-652%, 5-653%
@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%
@ICD_GynTranssex	ICD	Transsexualismus	F64.0

Funktionen (15.1)

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_GynIsolierteAdnexe	boole an	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% LST\$OPS_GynOvarOPZusatz

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_GynIsolierteAdnexeAblativ	boole an	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% LST\$OPS_GynOvarOPAblativZusatz
fn_GynLapOP	boole an	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 QI-ID 51906	PROZEDUR GYNScore_51906; Platzhalter
fn_IstErsteOP	boole an	OP ist die erste OP	fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)
fn_keinePostOPHistologie	boole an	Histologie fehlt für alle durchgeführten Eingriffe	(any(fn_GynIsolierteAdnexe) & all(HISTOLJN[fn_GynIsolierteAdnexe] %==% 0)) %group_by% TDS_B
fn_Organverletzung	boole an	Organverletzung	IOPKOMPLBLASE %==% 1 IOPKOMPLHARNL %==% 1 IOPKOMPLURETHRA %==% 1 IOPKOMPLDARM %==% 1 IOPKOMPLUTERUS %==% 1 IOPKOMPLGEFNERV %==% 1 IOPKOMPLORGAN %==% 1

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
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

Listen (16.1)

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%

Funktionen (16.1)

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndex1_51803_E	float	Score zur logistischen Regression - QI-ID 51808	PROZEDUR GEBIndex1_51803_E; Platzhalter
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)

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndex1_51803_Z	boole an	Index Ebene 1 (Z): Verstorbene Kinder	ENTLGRUNDK %==% '07' TOD7TAGE %==% 1
fn_GEBIndex2_51803_E	float	Score zur logistischen Regression - QI-ID 51813	PROZEDUR GEBIndex2_51803_E; Platzhalter
fn_GEBIndex2_51803_GG	boole an	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	boole an	Index Ebene 2 (Z): Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	APGAR5 %<% 5
fn_GEBIndex3_51803_E	float	Score zur logistischen Regression - QI-ID 51818	PROZEDUR GEBIndex3_51803_E; Platzhalter
fn_GEBIndex3_51803_GG	boole an	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	boole an	Index Ebene 3 (Z): Kinder mit Base Excess unter -16	BGNABELBEXC %<% -16
fn_GEBIndex4_51803_E	float	Score zur logistischen Regression - QI-ID 51823	PROZEDUR GEBIndex4_51803_E; Platzhalter

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndex4_51803_GG	boole an	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	boole an	Index Ebene 4 (Z): Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	BGNABELPH %<% 7.00
fn_GEBIndexGesamt_51803_E	float	Index Gesamt (E): Summe	<pre># fnits IExpected <- list() # E nach Ebenen IExpected\$Ebene1 <- (!is.na(fn_GEBIndex1_51803_GG) & fn_GEBIndex1_51803_GG) * fn_GEBIndex1_51803_E IExpected\$Ebene2 <- (!is.na(fn_GEBIndex2_51803_GG) & fn_GEBIndex2_51803_GG) * fn_GEBIndex2_51803_E IExpected\$Ebene3 <- (!is.na(fn_GEBIndex3_51803_GG) & fn_GEBIndex3_51803_GG) * fn_GEBIndex3_51803_E IExpected\$Ebene4 <- (!is.na(fn_GEBIndex4_51803_GG) & fn_GEBIndex4_51803_GG) * fn_GEBIndex4_51803_E # Summe row_sums(IExpected\$Ebene1, IExpected\$Ebene2, IExpected\$Ebene3, IExpected\$Ebene4) / 100</pre>
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	<pre>row_sums(fn_GEBIndex1_51803_GG, fn_GEBIndex2_51803_GG, fn_GEBIndex3_51803_GG, fn_GEBIndex4_51803_GG)</pre>

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndexGesamt_51803_GG_1	integer	Index Gesamt (GG): Fälle, die in mindestens einer Indexebene auftreten.	fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0
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	<pre>nTragzeitkliWo <- TRAGZEITKLIN * 7 nAbstGebterm <- 280 + round(difftimeAsNumeric(GEBDATUMK, GEBTERMIN, unit="days")) f1 <- function(){ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, NA_integer_)} f2 <- function(){ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, abstGebterm + 280)} f3 <- function(){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</pre>
fn_GestalterWochen	integer	Gestationsalter in Wochen	trunc(fn_Gestalter/7)

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_praevwd	float	Präpartale Verweildauer der Mutter in Minuten	as.numeric(difftime(as.POSIXct(GEBZEIT, format = "%H:%M:%S"), as.POSIXct(AUFNZEIT, format = "%H:%M:%S"), units = "mins")) + as.numeric(difftime(GEBDATUMK, AUFNDATUM, units = "mins"))

Listen (18.1)

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_O_3_DCIS	ICD-O-3	DCIS (Ductal Carcinoma in Situ)	8500/2, 8503/2, 8504/2, 8507/2, 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, 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, 8510/3, 8510/6, 8510/9, 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, 8572/3, 8572/6, 8572/9, 8574/3, 8575/3, 8575/6, 8575/9, 8982/3, 8982/6, 8982/9

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
OPS_BET	OPS	Brusterhaltende Therapie	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%

Funktionen (18.1)

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