Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

(plan. QI-RL)

zuletzt geändert am 14. Mai 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 29.05.2020 B9)
in Kraft getreten am 14. Mai 2020

Inhalt

§ 1	Rechtsgrundlagen	4
§ 2	Ziele und Zweck der Richtlinie	4
	Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien ertung der Qualitätsergebnisse	
	Allgemeine Bestimmungen zur Erhebung, Übermittlung, Prüfung vertung der Daten	
§ 5	Besondere Bestimmungen für planungsrelevante Qualitätsindikatoren	5
§ 6	Datenübermittlung	5
§ 7 Kranl	Erstellung und Übermittlung von Auswertungsergebnissen an kenhäuser	6
§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche Datenvalidierung Neuberechnungen Stellungnahmeverfahren	7
§ 9	Datenvalidierung	7
§ 10	Neuberechnungen	9
§ 11	Stellungnahmeverfahren	9
§ 12	Fachkommissionen	11
§ 13		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
Anlaç Erfas	ge 1 Endgültige Rechenregeln der planungsrelevanten Qualitätsindikatorer ssungsjahr 2019	
	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)	23
	Mammachirurgie (18.1)	43

Anhang I zur Anlage 1: Schlüssel (Spezifikation)	49
Anhang II zur Anlage 1: Listen	
Anhang III zur Anlage 1: Vorberechnungen	
Anhang IV zur Anlage 1: Funktionen	
Anhang V zur Anlage 1: Historie der Qualitätsindika	
3	
Anlage 2 Prospektive Rechenregeln der planungsr	elevanten Qualitätsindikatoren
Erfassungsjahr 2020	
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomier	n) (15 1) 76
Geburtshilfe (16.1)	
Mammachirurgie (18.1)	
Q ()	
Anhang II zur Anlage 2: Schlusser (Spezifikation)	100
Anhang III zur Anlage 2: Vorberechnungen	123
Anhang IV zur Anlage 2: Funktionen	124
Annang IV zur Anlage z. i unklichen	124
Anhang II zur Anlage 2: Listen	(X V)
	O ^o
, ~	
(5)	
.6.	
.0	
; C)	
Oile Contract of the Contract	
Oie Richilin	

§ 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.
- ¹Das Institut nach § 137a SGB V erstellt bundeseinheitlich auf Basis kontinuierlich (4) fortzuschreibender Erkenntnisse aus dem Stellungnahmeverfahren Katalog von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der einen relevanten Liste 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 quartaisweise, 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:
 - a) 1. Juli: Quartalsbericht inkl. des ersten Quartals des Erfassungsjahres,
 - b) 1. Oktober: Quartalsbericht inkl. des zweiten Quartals des Erfassungsjahres,
 - c) 15. Januar: Quartalsbericht inkl. des dritten Quartals des Erfassungsjahres, sowie am
 - d) 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:
 - a) die Vollzähligkeit der übermittelten Daten,
 - b) eine Basisauswertung,
 - c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - Ergebnis des Indikators
 - mit Angabe von Zähler, Nenner und der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenzbereichen
 - mit den rechnerischen Auffälligkeiten sowie
 - mit statistischen Auffälligkeiten mit den entsprechenden Konfidenzintervallen und p-Werten
 - d) Auswertung der einzelnen Indikatoren je Krankenhaus oder Krankenhausstandort im Vergleich
 - e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren (ab 2019) und aus den drei vorangegangenen Jahren (ab 2020) sowie

- f) bei rechnerischer oder statistischer Auffälligkeit eine Auflistung der Vorgangsnummern, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird
- (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 Absatz 2 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. ³Dabei 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.
- 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.
- 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. ⁵Diese 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.
- 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 Nachberechnung 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 unverzüglich den Krankenhäusern die jeweiligen Bewertungsergebnisse.

(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.
- 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 Stellungnahmeverfahren 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 Vollzähligkeit der Datenlieferung,
 - c) Ergebnisse der Datenvalidierung oder gegebenenfalls die vom Krankenhaus und der prüfenden Stelle genannten Gründe, wenn kein Termin zur Datenvalidierung vereinbart werden konnte.
 - d) die einrichtungsbezogenen Ergebnisse mit rechnerischen und statistischen Auffälligkeiten der zurückliegenden 8 Quartale,
 - e) Ergebnisse und relevante Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens nach § 11 Absatz 4 bei statistisch auffälligen Ergebnissen (einrichtungsbezogene Kopien des Schriftwechsels im PDF-Format),
 - f) die vorliegenden Informationen nach § 11 Absatz 2,
 - g) Bundesergebnisse.
- ¹Der G-BA (2)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

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

Anlage 1 Endgültige Rechenregeln der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Erfassungsjahr 2019

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)

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

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

ID	10211
Bezeichnung	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Grundlage der Datenerfassung	GSKH-RL
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2018	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-

Rechenregeln	Zähler	
	Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentnahme und Angabe einer Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund	
	Nenner	
	Alle durchgeführten isolierten Ovareingriffe mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*)[Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-651.x*, 5-651.y*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*] und Angaben zur postoperativen Histologie, unter Ausschluss von Patientinnen 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).	
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Ein isolierter Ovareingriff wird dann berücksichtigt, wenn nach Untersuchung des Gewebes "Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste" oder "histologisch Normalbefund" als führender histologischer Befund vorliegt. Nenner: Nur isolierte Ovareingriffe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) mit Angabe zur Histologie werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt.	
Teildatensatzbezug	15/10	
Zähler (Formel)	PISTOL %in% c("01","02")	
Nenner (Formel)	<pre>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</pre>	
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexeAblativ	
Verwendete Listen	ICD_GynCAOvar ICD_GynCARisiko ICD_GynTranssex OPS_GynOvarOPAblativ OPS_GynOvarOPAblativZusatz OPS_GynOvarOP_EX	
Darstellung		

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

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender
	postoperativer Histologie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

_					
ID	12874				
Bezeichnung	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff m Gewebeentfernung				
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL				
Indikatortyp	Indikationsstellung				
Art des Wertes	Qualitätsindikator				
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung				
Berechnungsart	Ratenbasiert				
Referenzbereich 2019	≤ 5,00 %				
Referenzbereich 2018	≤ 5,00 %				
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018				
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-				
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung				
Erläuterung der Risikoadjustierung	-				

Rechenregeln	Zähler			
. Continuation	Isolierter Ovareingriff ohne Angabe einer postoperativen			
	Histologie			
	Nenner			
	Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentfernung (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*]			
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Ein isolierter Ovareingriff wird im Zähler gewertet, wenn eine Angabe zur durchgeführten histologischen Untersuchung fehlt.			
	Nenner: Alle dokumentierten isolierten Ovareingriffe (OPS: 5-651.8*, 5-			
	651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) einer Patientin 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			
Darstellung	- GO			
Grafik	- 2011.			

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

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

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen
	Operationen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 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
12:0	Einstufung nach ASA-Klassifikation	М	1 = normaler, gesunder Patient	ASA
			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	
13:O	Voroperation im OP-Gebiet	М	0 = nein 1 = ja	VOROPGLEICH
16:O	Operation	М	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
19.1:O	Blase	K	1 = ja	IOPKOMPLBLASE
19.2:0	Harnleiter	K	1 = ja	IOPKOMPLHARNL
19.3:O	Urethra	K	1 = ja	IOPKOMPLURETHRA
19.4:O	Darm	K	1 = ja	IOPKOMPLDARM
19.5:O	Uterus	K	1 = ja	IOPKOMPLUTERUS
19.6:O	Gefäß- /Nervenläsion	K	1 = ja	IOPKOMPLGEFNERV
19.8:O	andere Organverletzungen	®	1 = ja	IOPKOMPLORGAN
30:B	Entlassungsdiagno se(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDAT UM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

ID	51906
Bezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL

Indikatortyp	Ergebnisindikator			
Art des Wertes	Qualitätsindikator			
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung			
Berechnungsart	Logistische Regression (O/E)			
Referenzbereich 2019	≤ 4,18			
Referenzbereich 2018	≤ 4,18			
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018			
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-			
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression - Zähler			
Erläuterung der Risikoadjustierung	- citte			
Rechenregeln	Zähler Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung Nenner Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP- Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation O (observed) Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation E (expected) Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für QI- ID 51906			
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Als Organverletzungen zählen Verletzungen von Blase, Harnleiter, Urethra, Darm, Uterus, sowie Gefäß-/Nervenläsion oder andere Organverletzungen. Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung werden dann gezählt, wenn bei der ersten Operation der berücksichtigten Grundgesamtheit eine Organverletzung vorliegt. Nenner: Es werden Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang gezählt. Patientinnen, bei denen zusätzlich mindestens ein OPS-Kode aus der Liste OPS_GynLapOP_EX dokumentiert wurde, werden aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.			
Teildatensatzbezug	1-4-D			
	15/1:B			
Zähler (Formel)	0_51906			

Kalkulatorische Kennzahlen	O (obcomiss!)				
Kaikulatorische Kennzanien	O (observed)				
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl			
	Kennzahl-ID	O_51906			
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51906			
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung			
	Sortierung	-			
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei Iaparoskopischer Operation			
	Operator	Anteil			
	Teildatensatzbezug	15/1:B			
	Zähler	fn_Organverletzung			
	Nenner	fn_GynLapOP & fn_FstErsteOP			
	Darstellung	1,0.			
	Grafik				
	E (expected)				
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl			
	Kennzahl-ID	E_51906			
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51906			
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung			
	Sortierung	-			
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN- Score für QI-ID 51906			
	Operator	Mittelwert			
	Teildatensatzbezug	15/1:B			
	Zähler	fn_GYNScore_51906			
	Nenner	fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP			
	Darstellung	-			
	Grafik	-			
Verwendete Funktionen	fn_GynLapOP fn_GYNScore_5190	06			

	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
Darstellung	-
Grafik	-

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

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,106 % (Odds: 0,001)					
Risikofaktor	Regressions- koeffizient	Std Fehler	Z-Wert	Odds- Ratio	95 %- Vertrauensbereich
Konstante	-6,852984134510029	0,236	-29,085	-	-
Alter (linear)	0,036855168014893	0,009	4,013	-	-
Alter (quadratisch)	-0,000176567054514	0,000	-2,063	-	-
ASA-Klassifikation 2	0,101516595190660	0,054	1,892	1,107	0,996 - 1,230
ASA-Klassifikation 3	0,344006061622978	0,084	4,105	1,411	1,197 - 1,662
ASA-Klassifikation 4 oder 5	1,151665541352943	0,313	3,682	3,163	1,714 - 5,840
Adhäsiolysen	0,575095111960571	0,046	12,427	1,777	1,623 - 1,946
Exzision	-0,551251228246621	0,071	-7,794	0,576	0,502 - 0,662
Endometriose	0,221184400164244	0,077	2,862	1,248	1,072 - 1,452
Voroperation im OP- Gebiet	0,78513614703915 1	0,049	16,048	2,193	1,992 - 2,413

Geburtshilfe (16.1)

318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
27:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
37:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	К	-	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. C	0 = nein 1 = ja	PAEDVOR
81:K	Geburtsdatum des Kindes	М	-	GEBDATUMK
98:K	Totgeburt	М	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

ID	318
Bezeichnung	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator

Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2018	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	- Kell.
Rechenregeln	Zähler Pädiater bei Geburt anwesend Nenner Alle lebendgeborenen 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	Cn_Gestalter
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

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

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

Qualitätsziel

Häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und 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. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
37:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	- .0	GEBTERMIN
38:M	Tragzeit nach klinischem Befund	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
41:M	Antenatale Kortikosteroidthera pie	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	М	-	GEBDATUMK
98:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

ID	330
Bezeichnung	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator

Bezug zum Verfahren	DeQS OS Blooms
	QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	- Zähler
Rechenregeln	Zähler Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie Nenner 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
Erläuterung der Rechenregel	- 20
Teildatensatzbezug	16/1:M
Zähler (Formel)	LUNGENREIF %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	<pre>fn Gestalter %between% c(168,237) & TOTGEBURT %==% 0 & round(as.numeric(difftime(GEBDATUMK, AUFNDATUM, unit="days", tz = "Europe/Berlin"))) %>=% 2</pre>
Verwendete Funktionen	fn_Gestalter
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

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

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

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

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

ID	1058
Bezeichnung	
Grundlage der Datenerfassung	Prozessindikator Qualitätsindikator DeQS OS Planung
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	Sentinel Event
Referenzbereich 2018	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	e
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	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
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Darstellung	-

Grafik	-
--------	---

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

50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Qualitätsziel	Möglichst	hohe	Rate	an	perioperativer	Antibiotikaprophylaxe	bei
	Kaiserschnittentbindung						

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
70:K	Entbindungsmodus	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	ENTBINDMODUS
72:K	Kaiserschnitt- Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	K	0 = nein1 = ja, prophylaktische Gabe2 = ja, laufende antibiotische Therapie	ANTIBIOTSECTIO

ID	50045	
Bezeichnung	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL	
Indikatortyp	Prozessindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
Berechnungsart	Ratenbasiert	
Referenzbereich 2019	≥ 90,00 %	
Referenzbereich 2018	≥ 90,00 %	
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-	
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung	

Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler
	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
	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 Funktionen	-
Verwendete Listen	OPS_Sectio
Darstellung	OPS_Sectio
Grafik	- Cili

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

51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
27:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
37:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
38:M	Tragzeit nach klinischem Befund	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
44:M	Geburtsrisiko	K	s. Anhang: IndikGeburt	GEBRISIKO
81:K	Geburtsdatum des Kindes	М	-	GEBDATUMK
85:K	APGAR	K	0 = 0 1 = 1 2 = 2	APGAR5

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	
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	PEHLBILD
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	М	s. Anhang: EntlGrundK	ENTLGRUNDK
109:K	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage	K. 6	0 = nein 1 = ja	TOD7TAGE
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

^{*}Ersatzfeld im Exportformal

ID	51803	
Bezeichnung	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
Art des Wertes	Qualitätsindikator	
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
Berechnungsart	Logistische Regression (O/E)	
Referenzbereich 2019	≤ 2,32	
Referenzbereich 2018	≤ 2,32	
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018	
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	≤ 2,32 Referenzbereich aus dem Jahr 2018 - Logistische Regression	
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression	
Erläuterung der Risikoadjustierung	Bel	
Rechenregeln	Ebene 1: Verstorbene Kinder UND Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00) Nenner Ebene 1: Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind UND Ebene 2: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar UND Ebene 3: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess UND Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess UND Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert O (observed) Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess	

	unter -16 UND			
	Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)			
	E (expected)	i)		
	Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803 UND			
	Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803 UND			
	Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter - 16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803 UND			
	Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshille-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 57803			
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist	der Feildatensatz Kind		
	Für die Berechnung von O und E werden die zutreffenden Bedingungen der einzelnen Ebenen summiert. Ein Kind kann somit bis zu vier Mal im Zähler enthalten sein. Die Grundgesamtheit entspricht dagegen der Anzahl an Kindern, die jeweils in mindestens einer der vier Indexebenen eingehen.			
Teildatensatzbezug	16/1:K			
Zähler (Formel)	0 51803			
Nenner (Formel)	E_51803			
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)			
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl		
	Kennzahl-ID	O_51803		
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51803		
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung		
	Sortierung	-		
		Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an		
	Rechenregel	Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)		
	Operator	Anteil		
		1		

	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	<pre>fn_GEBIndexGesamt_51803_Z WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_Z %>% 0</pre>
	Nenner	1 WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
	E (expected)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	Kennzahl-ID	E_51803
	Bezug zu QS- Ergebnissen	E_51803 51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	7.00
	Rechenregel	Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803
	Operator	Anteil
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	<pre>fn_GEBIndexGesamt_51803_E WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0</pre>

	Nenner	1 WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex1_51803_E fn_GEBIndex1_51803_GG fn_GEBIndex1_51803_Z fn_GEBIndex2_51803_E fn_GEBIndex2_51803_GG fn_GEBIndex2_51803_Z fn_GEBIndex3_51803_E fn_GEBIndex3_51803_GG fn_GEBIndex4_51803_Z fn_GEBIndex4_51803_E fn_GEBIndex4_51803_GG fn_GEBIndex4_51803_GG fn_GEBIndex6esamt_51803_E fn_GEBIndexGesamt_51803_GG fn_GEBIndexGesamt_51803_GG fn_GEBIndexGesamt_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_Z	
Verwendete Listen	-	(40)
Darstellung	-	F
Grafik	- 20	

51808_51803_51803 - Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern

ID	51808_51803_51803	
Bezeichnung Ebene	Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803	
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
Rechenregeln	Zähler	
, and the second	Verstorbene Kinder	
	Nenner	
	Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind	
	O (observed)	
	Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern	
	E (expected)	
	Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803	

Zähler (Formel)	0_51808_51803_51803			
Nenner (Formel)	E_51808_51803_51803			
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)			
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl		
	Kennzahl-ID	O_51808_51803_51803		
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51808_51803_51803		
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung		
	Sortierung	-		
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern		
	Operator	Anteil		
	Teildatensatzbezug	16/1:K		
	Zähler	fn_CEBIndex1_51803_Z		
	Nenner	fh_GEBIndex1_51803_GG		
	Darstellung	-		
	Grafik G	-		
	E (expected)			
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl		
	Kennzahl-ID	E_51808_51803_51803		
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51808_51803_51803		
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung		
	Sortierung	-		
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803		
	Operator	Mittelwert		
	Teildatensatzbezug	16/1:K		
	Zähler	fn_GEBIndex1_51803_E		
	Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG		
	Darstellung	-		
	Grafik	-		

Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex1_51803_E	
	fn GEBIndex1 51803 GG	
	fn GEBIndex1 51803 Z	
	fn Gestalter	
	fn_GestalterWochen	

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,016 % (Odds: 0,000)						
Risikofaktor	Regressions- koeffizient	Std Fehler	Z-Wert	Odds- Ratio	95 %- Vertrauensbereich	
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	

51813_51803_51803 - Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5

an initiation Apparation o					
ID	51813_51803_51803				
Bezeichnung Ebene	Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5				
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl				
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803				
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung				
Rechenregeln					
	Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5				
	Nenner Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar O (observed) Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 E (expected) Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803				
Zähler (Formel)	0_51813_51803_51803				
Nenner (Formel)	E_51813_51803_51803				
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)				
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl			
	Kennzahl-ID	O_51813_51803_51803			

	Bezug zu QS- Ergebnissen	51813_51803_51803	
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
	Sortierung	-	
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5- Minuten-Apgar unter 5	
	Operator	Anteil	
	Teildatensatzbezug	16/1:K	
	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_Z	
	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG	
	Darstellung	- *6,	
	Grafik	- x(0°	
	E (expected)		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
	Kennzahl-ID	E_51813_51803_51803	
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51813_51803_51803	
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
	Sortierung	-	
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit 5- Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803	
	Operator	Mittelwert	
	Teildatensatzbezug	16/1:K	
	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_E	
	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG	
	Darstellung	-	
	Grafik	-	
Verwendete Funktionen	<pre>fn_GEBIndex2_51803_E fn_GEBIndex2_51803_GG fn_GEBIndex2_51803_Z fn_Gestalter fn GestalterWochen</pre>		
	CCSCATCETWOCHE	×11	

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,184 % (Odds: 0,001)					
Risikofaktor	Regressions- koeffizient	Std Fehler	Z-Wert	Odds- Ratio	95 %- Vertrauensbereich
Konstante	-6,296304790074080	0,029	-216,913	-	-
Gestationsalter 37 abgeschlossene SSW	0,427146023124653	0,080	5,321	1,533	1,310 - 1,794
Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkr ankung	0,602326918827803	0,144	4,186	1,826	1,378 - 2,421
Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall	1,606621135871970	0,453	3,544	4,986	2,051 - 12,123
Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung	2,778854067046700	0,134	20,754	16,101	12,384 - 20,932

51818_51803_51803 - Ebene 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16

ID	51818_51803_51803			
Bezeichnung Ebene	Ebene 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16			
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl			
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803	51803		
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung			
Rechenregeln	Zähler			
	Kinder mit Base Exces	s unter -16		
	Nenner			
	Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess			
	O (observed)	,		
	Beobachtete Anzahl a	n 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)	0_51818_51803_51803			
Nenner (Formel)	E_51818_51803_51803			
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)			
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl		
	Kennzahl-ID	O_51818_51803_51803		

Bezug zu QS- Ergebnissen Bezug zum Verfahren Sortierung Rechenregel	51818_51803_51803
Verfahren Sortierung	QS-Planung - Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16
	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16
Rechenregel	Base Excess unter -16
	Anteil
Operator	
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler	fn_GEBIndex3_51803_Z
Nenner	fn_GEBIndex3_51803_GG
Darstellung	- *6/
Grafik	- *(©°
E (expected)	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
Kennzahl-ID	E_51818_51803_51803
Bezug zu QS Ergebnissen	51818_51803_51803
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Sortierung	-
Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803
Operator	Mittelwert
Teildatensatzbezug	16/1:K
Zähler	fn_GEBIndex3_51803_E
Nenner	fn_GEBIndex3_51803_GG
Darstellung	-
Grafik	-
Verwendete Funktionen fn_GEBIndex3_518 fn_GEBIndex3_518 fn_GEBIndex3_518 fn_Gestalter fn_GestalterWood	03_GG 03_Z

Risikofaktoren

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

51823_51803_51803 - Ebene 4: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)

ID	F4000 F4000 F4000		
ID	51823_51803_51803		
Bezeichnung Ebene	Ebene 4: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)		
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennz	ahl	
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803		
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung		
Rechenregeln	Zähler		
	Kinder mit Azidose (pl-	1 < 7,00)	
	Nenner		
	Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert		
	O (observed)		
	Beobachtete Anzahl a	n Kindern mit Azidose (pH < 7,00)	
	E (expected)		
	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803		
Zähler (Formel)	0_51823_51803_51803		
Nenner (Formel)	E_51823_51803_51803		
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	

	Kennzahl-ID	O_51823_51803_51803	
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51823_51803_51803	
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
	Sortierung	-	
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)	
	Operator	Anteil	
	Teildatensatzbezug	16/1:K	
	Zähler	fn_GEBIndex4_51803_Z	
	Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG	
	Darstellung	- ×(0°	
	Grafik	- 000	
	E (expected)		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
	Kennzahl-ID	E_51823_51803_51803	
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51823_51803_51803	
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
	Sortierung	-	
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803	
	Operator	Mittelwert	
	Teildatensatzbezug	16/1:K	
	Zähler	fn_GEBIndex4_51803_E	
	Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG	
	Darstellung	-	
	Grafik	-	
Verwendete Funktionen	<pre>fn_GEBIndex4_51803_E fn_GEBIndex4_51803_GG fn_GEBIndex4_51803_Z fn_Gestalter fn_GestalterWochen</pre>		

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,167 % (Odds: 0,001)					
Risikofaktor	Regressions- koeffizient	Std Fehler	Z-Wert	Odds- Ratio	95 %- Vertrauensbereich
Konstante	-6,395145625335610	0,039	-164,543	-	-
Gestationsalter 40 abgeschlossene SSW	0,263975452491729	0,059	4,501	1,302	1,161 - 1,461
Gestationsalter 41 abgeschlossene SSW	0,518769964797240	0,069	7,549	1,680	1,468 - 1,922
Schwangerschafts- Risiko: Diabetes mellitus	0,488859060460810	0,222	2,201	1,630	1,055 - 2,520
Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkr ankung	0,886209664973184	0,128	6,948	2,426	1,889 - 3,115
Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall	2,062746647377880	0,364	5,669	7,868	3,856 - 16,052
Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung	3,258504728963050	0,111	29,370	26,011	20,927 - 32,329

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

Mammachirurgie (18.1)

2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion bei DCIS
---------------	--

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an	М	1 = Primärerkrankung	ARTERKRANK
	dieser Brust		2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET	C.C.
			3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	ARTERKRANK
			4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion	
			5 = prophylaktische Mastektomie	
			6 = Fernmetastase	
19:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	PRAEICDO3
30:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
31:BRUST	primär-operative Therapie	K	0 = nein	OPTHERAPIEENDE
	abgeschlossen		1 = ja	
33:BRUST	рТ	K	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
46:BRUST	Entfernung unmarkierter	K	0 = nein	AXLKENTFOMARK
	axillärer		1 = ja, einzelne Lymphknoten2 = ja, Axilladissektion	
	Lymphknoten bei diesem oder		Z – ja, Axillauissekilöli	
	vorausgegangen em Aufenthalt			
	durchgeführt			
47:BRUST	Sentinel- Lymphknoten-	K	0 = nein	SLKBIOPSIE
	Biopsie bei diesem oder		1 = ja	
	vorausgegangen			
	em Aufenthalt durchgeführt			

Eigenschaften und Berechnung

ID	2163
Bezeichnung	Primäre Axilladissektion bei DCIS
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	Sentinel Event
Referenzbereich 2018	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	Sentinel Event Referenzbereich aus dem Jahr 2018 -
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	- 3e
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie "DCIS" und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie "invasives Mammakarzinom"
Erläuterung der Rechenregel	Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol "y" bei der pT-Klassifikation.
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Zähler (Formel)	AXLKENTFOMARK %==% 2 & SLKBIOPSIE %==% 0
Nenner (Formel)	ARTERKRANK %==% 1 & OPTHERAPIEENDE %==% 1 & fn_DCIS & fn_pTohneNeoadjuvanz & !fn_invasivesMammaCa_prae
Verwendete Funktionen	fn_DCIS fn_invasivesMammaCa_prae fn_pTohneNeoadjuvanz
Verwendete Listen	ICD_O_3_DCIS ICD_O_3_InvasivesMammaCa

Darstellung	-
Grafik	-

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

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

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
24:O	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	0 = nein 2 = ja, durch Mammographie 2 = ja, durch Sonographie 3 = ja, durch MRT	PRAEOPMARKIERUNG
25:O	intraoperative Präparateradiogr aphie oder - sonographie	K	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiographie 2 = ja, intraoperative Präparatesonographie	RADIOSONOGRAPHIE
27:0	Operation	М	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL

Eigenschaften und Berechnung

ID	52279
Bezeichnung	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator

Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung		
Berechnungsart	Ratenbasiert		
Referenzbereich 2019	≥ 95,00 %		
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %		
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018		
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-		
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung		
Erläuterung der Risikoadjustierung	Zähler		
Rechenregeln	Zähler Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie Nenner Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie		
Erläuterung der Rechenregel	Aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien (OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie). Nicht aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien, wenn sie in Kombination mit einer brusterhaltenden Operation (OPS-Kode aus der Liste OPS_BET UND OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie) stattfinden.		
Teildatensatzbezug	18/1.0		
Zähler (Formel)	RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)		
Nenner (Formel)	PRAEOPMARKIERUNG %==% 2 & (!(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie) (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie & OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_BET))		
Verwendete Funktionen	-		
Verwendete Listen	OPS_BET OPS_Mastektomie		
Darstellung	-		
Grafik	-		

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

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	К	0 = nein 1 = ja, durch Mammographie 2 = ja, durch Sonographie 3 = ja, durch MRT	PRAEOPMARKIERUNG
25:O	intraoperative Präparateradiogr aphie oder - sonographie	K	 0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiographie 2 = ja, intraoperative Präparatesonographie 	RADIOSONOGRAPHIE
27:O	Operation	М	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL

Eigenschaften und Berechnung

	4.800			
ID	52330			
Bezeichnung	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung			
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL			
Indikatortyp	Prozessindikator			
Art des Wertes	Qualitätsindikator			
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung			
Berechnungsart	Ratenbasiert			
Referenzbereich 2019	≥ 95,00 %			
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %			
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich aus dem Jahr 2018			
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-			
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung			
Erläuterung der Risikoadjustierung	-			
Rechenregeln	Zähler Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie			

	Nenner		
	Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie		
Erläuterung der Rechenregel	Aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien (OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie). Nicht aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien, wenn sie in Kombination mit einer brusterhaltenden Operation (OPS-Kode aus der Liste OPS_BET UND OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie) stattfinden.		
Teildatensatzbezug	18/1:O		
Zähler (Formel)	RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)		
Nenner (Formel)	PRAEOPMARKIERUNG %==% 1 & (!(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie) (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie & OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_BET())		
Verwendete Funktionen	-		
Verwendete Listen	OPS_BET OPS_Mastektomie		
Darstellung	- 2 9		
Grafik	- (3)		

Ermittlung statistischer Auffälligkeit

Statistischer Test	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
Signifikanzniveau	α=5%
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05
Will!	
oich.	
. (2)	
Ole	
•	

Anhang I zur Anlage 1: Schlüssel (Spezifikation)

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)

Schlüs	sel: HistolOpGyn
01	Adnexe: Normalbefund
02	Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste
03	Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste)
04	Adnexe: Dermoid (z.B. benignes Teratom)
05	Adnexe: Endometriose
06	Adnexe: andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)
07	Adnexe: Entzündung
08	Adnexe: Extrauteringravidität
09	Adnexe: Stieldrehung
10	Adnexe: Borderline-Veränderungen
11	Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome
19	Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 01 - 11 nicht erfasst sind
20	Cervix uteri: Ektopie
21	Cervix uteri: Dysplasie
22	Cervix uteri: Carcinoma in situ
23	Cervix uteri: invasives Karzinom la
24	Cervix uteri: invasives Karzinom > la
28	Cervix uteri: histologisch Normalbefund
29	Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind
30	Corpus uteri: Myom
31	Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive
38	Corpus uteri: histologisch Normalbefund
39	Corpus uteri: Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind
70	Vagina/Vulva: entzündliche Veränderung
71	Vagina/Vulva: benigne Neoplasien
72	Vagina/Vulva: maligne Neoplasien
78	Vagina/Vulva: histologisch Normalbefund
79	Vagina/Vulva: Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 - 72 nicht erfasst sind

Schlüssel: HistolOpGyn	
80	Endometriose anderer Lokalisationen
81	Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen

Geburtshilfe (16.1)

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

Schlüsse	Schlüssel: BefMPass	
30	besondere psychische Belastung	
31	besondere soziale Belastung	
32	Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen	
33	Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr	
34	Placenta praevia	
35	Mehrlingsschwangerschaft	
36	Hydramnion	
37	Oligohydramnie	
38	Terminunklarheit	
39	Placentainsuffizienz	
40	Isthmozervikale Insuffizienz	
41	vorzeitige Wehentätigkeit	
42	Anämie	
43	Harnwegsinfektion	
44	indirekter Coombstest positiv	
45	Risiko aus anderen serologischen Befunden	
46	Hypertonie (Blutdruck über 140/90)	
47	Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr	
48	Mittelgradige - schwere Ödeme	
49	Hypotonie	
50	Gestationsdiabetes	
51	Lageanomalie	
52	sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf	
53	Hyperemesis	
54	Z. n. HELLP-Syndrom	
55	Z. n. Eklampsie	
56	Z. n. Hypertonie	

Schlüssel: EntlGrundK	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers

Schlüssel: EntlGrundK	
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11	Entlassung in ein Hospiz
12	interne Verlegung
13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
	(A)

Schlüsse	Schlüssel: IndikGeburt	
60	vorzeitiger Blasensprung	
61	Übertragung des Termins	
62	Fehlbildung	
63	Frühgeburt	
64	Mehrlingsschwangerschaft	
65	Plazentainsuffizienz	
66	hypertensive Schwangerschaftserkrankung	
67	Rh-Inkompatibilität	
68	Diabetes mellitus	
69	Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen	
70	Placenta praevia	
71	vorzeitige Plazentalösung	
72	sonstige uterine Blutungen	
73	Amnioninfektionssyndrom	
74	Fieber unter der Geburt	
75	mütterliche Erkrankung	
76	mangeInde Kooperation der Mutter	
77	pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne	
78	grünes Fruchtwasser	

79	Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)
80	Nabelschnurvorfall
81	sonstige Nabelschnurkomplikationen
82	protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode
83	protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode
84	absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken
85	Uterusruptur
86	Querlage/Schräglage
87	Beckenendlage
88	hintere Hinterhauptslage
89	Vorderhauptslage
90	Gesichtslage/Stirnlage
91	tiefer Querstand
92	hoher Geradstand
93	sonstige regelwidrige Schädellagen
94	sonstige
95	HELLP-Syndrom
96	intrauteriner Fruchttod
97	pathologischer Dopplerbefund
98	Schulterdystokie

Schlüsse	Schlüssel: ICDO3Mamma	
8010/3	Karzinom o.n.A.	
8010/6	Karzinom, Metastase o.n.A.	
8013/3	Großzelliges neuroendokrines Karzinom	
8013/6	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, Metastase	
8013/9	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8022/3	Pleomorphes Karzinom	
8022/6	Pleomorphes Karzinom, Metastase	
8022/9	Pleomorphes Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8032/3	Spindelzellkarzinom o.n.A.	
8035/3	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen	
8035/6	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, Metastase	

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8035/9	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8041/3	Kleinzelliges Karzinom o.n.A.
8041/6	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., Metastase
8041/9	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A.
8070/6	Plattenepithelkarzinom-Metastase o.n.A.
8070/9	Plattenepithelkarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8140/6	Adenokarzinom-Metastase o.n.A.
8140/9	Adenokarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8200/3	Adenoid-zystisches Karzinom
8200/6	Adenoid-zystisches Karzinom, Metastase
8200/9	Adenoid-zystisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8201/3	Kribriformes Karzinom o.n.A.
8201/6	Kribriformes Karzinom o.n.A., Metastase
8201/9	Kribriformes Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8211/3	Tubuläres Adenokarzinom
8211/6	Tubuläres Adenokarzinom, Metastase
8211/9	Tubuläres Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8246/3	Neuroendokrines Karzinom o.n.A.
8249/3	Atypischer Karzinoidtumor
8249/6	Atypischer Karzinoidtumor, Metastase
8249/9	Atypischer Karzinoidtumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8265/3	Mikropapilläres Karzinom o.n.A.
8265/6	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., Metastase
8265/9	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8290/3	Onkozytäres Karzinom
8290/6	Onkozytäres Karzinom, Metastase
8290/9	Onkozytäres Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8314/3	Lipidreiches Karzinom
8314/6	Lipidreiches Karzinom, Metastase
8314/9	Lipidreiches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8315/3	Glykogenreiches Karzinom
8315/6	Glykogenreiches Karzinom, Metastase
8315/9	Glykogenreiches Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase

Schlüsse	Schlüssel: ICDO3Mamma	
8401/3	Apokrines Adenokarzinom	
8401/6	Apokrines Adenokarzinom, Metastase	
8401/9	Apokrines Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8410/3	Talgdrüsenadenokarzinom	
8410/6	Talgdrüsenadenokarzinom, Metastase	
8410/9	Talgdrüsenadenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8430/3	Mukoepidermoid-Karzinom	
8430/6	Mukoepidermoid-Karzinom, Metastase	
8430/9	Mukoepidermoid-Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8480/3	Muzinöses Adenokarzinom	
8480/6	Muzinöses Adenokarzinom, Metastase	
8480/9	Muzinöses Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8490/3	Siegelringzellkarzinom	
8490/6	Metastase eines Siegelringzellkarzinomes	
8490/9	Siegelringzellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8500/2	Duktales Carcinoma in situ o.n.A.	
8500/3	Invasives duktales Karzinom o.n.A.	
8500/6	Invasives duktales Karzinom o.n.A. Metastase	
8500/9	Invasives duktales Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8502/3	Sekretorisches Mammakarzinom	
8502/6	Sekretorisches Mammakarzinom, Metastase	
8502/9	Sekretorisches Mammakarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8503/2	Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom	
8503/3	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion	
8503/6	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, Metastase	
8503/9	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, unklar ob Primärtumor oder Metastase	
8504/2	Nichtinvasives intrazystisches Karzinom	
8504/3	Intrazystisches Karzinom o. n. A., intrazystisches papilläres Adenokarzinom	
8507/2	Intraduktales mikropapilläres Karzinom	
8510/3	Medulläres Karzinom o.n.A.	
8510/6	Medulläres Karzinom o.n.A., Metastase	
8510/9	Medulläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8520/2	Lobuläres Carcinoma in situ o.n.A.	
8520/3	Lobuläres Karzinom o.n.A.	

Schlüsse	Schlüssel: ICDO3Mamma	
8520/6	Lobuläres Karzinom o.n.A., Metastase	
8520/9	Lobuläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8522/3	Invasives duktales und lobuläres Karzinom	
8522/6	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, Metastase	
8522/9	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8523/3	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen	
8523/6	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase	
8523/9	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8524/3	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen	
8524/6	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen Metastase	
8524/9	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8530/3	Inflammatorisches Karzinom	
8530/6	Inflammatorisches Karzinom, Metastase	
8530/9	Inflammatorisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8540/3	M. Paget der Brust	
8541/3	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom	
8541/6	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, Metastase	
8541/9	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase	
8543/3	M. Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom	
8550/3	Azinuszellkarzinom	
8550/6	Azinuszellkarzinom, Metastase	
8550/9	Azinuszellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8560/3	Adenosquamöses Karzinom	
8560/6	Adanosquamöses Karzinom, Metastase	
8560/9	Adenosquamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8572/3	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie	
8572/6	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, Metastase	
8572/9	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8574/3	Adenokarzinom mit neuroendokriner Differenzierung	
8575/3	Metaplastisches Karzinom o.n.A.	
8575/6	Metaplastisches Karzinom o.n.A., Metastase	
8575/9	Metaplastisches Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8800/3	Sarkom o.n.A.	

Schlüsse	Schlüssel: ICDO3Mamma	
8800/6	Sarkom o.n.A., Metastase	
8800/9	Sarkomatose o.n.A.	
8802/3	Riesenzellsarkom	
8830/3	Malignes fibröses Histiozytom	
8850/3	Liposarkom o.n.A.	
8850/6	Liposarkom o.n.A., Metastase	
8850/9	Liposarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8890/3	Leiomyosarkom o.n.A.	
8890/6	Leiomyosarkom o.n.A., Metastase	
8890/9	Leiomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8900/3	Rhabdomyosarkom o.n.A.	
8900/6	Rhabdomyosarkom o.n.A., Metastase	
8900/9	Rhabdomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8982/3	Malignes Myoepitheliom	
8982/6	Malignes Myoepitheliom, Metastase	
8982/9	Malignes Myoepitheliom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
9020/1	Phylloides-Tumor mit Borderline-Malignität	
9020/3	Maligner Phylloides-Tumor	
9020/6	Maligner Phylloides-Tumor, Metastase	
9020/9	Maligner Phylloides-Tumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
9120/3	Hämangiosarkom	
9120/6	Hämangiosarkom, Metastase	
9120/9	Hämangiosarkom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
9180/3	Osteosarkom o.n.A.	
9180/6	Osteosarkom o.n.A., Metastase	
9180/9	Osteosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
9590/3	Malignes Lymphom o.n.A.	
9680/3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom o.n.A.	
9687/3	Burkitt-Lymphom o.n.A.	
9690/3	Follikuläres Lymphom o.n.A.	
9699/3	Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A.	

Schlüsse	el: pTMamma
pT0	рТ0

Schlüsse	el: pTMamma
pT1	pT1
pT1a	pT1a
pT1b	pT1b
pT1c	pT1c
pT1mic	pT1mic
pT2	pT2
pT3	рТ3
pT4a	pT4a
pT4b	pT4b
pT4c	pT4c
pT4d	pT4d
pTX	рТХ
pTis	pTis
урТ0	урТ0
ypT1	ypT1
урТ1а	ypT1a
ypT1b	ypT1b
ypT1c	ypT1c
ypT1mic	ypT1mic
ypT2	ypT2
урТ3	урТ3
урТ4а	ypT4a ypT4a
ypT4b	ypT4b
ypT4c	ypT4c
ypT4d	ypT4d
урТХ	урТХ
ypTis	ypTis

Anhang II zur Anlage 1: Listen

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)

Listenname	Тур	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_Uter us_Septum	ICD	Endometriose an Darm, Uterus oder Septum rectovaginale und der Vagina	N80.0%, N80.4%, N80.5%
ICD_GynTranssex	ICD	Diagnose Transsexualismus	F64.0%
OPS_GYN_Adhaesiolyse	OPS	Adhäsiolyse an Darm, Peritoneum oder Ovar	5-469.11%, 5-469.20%, 5-469.21%, 5-469.22%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.73%
OPS_GYN_Exzision	OPS	Exzisionsbiopsie oder Exzision einer Ovarialzyste	5-651.82%, 5-651.92%
OPS_GynLapOP	OPS	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang	5-650.4%, 5-650.5%, 5-651.82%, 5-651.83%, 5-651.92%, 5-651.93%, 5-651.a2%, 5-651.a3%, 5-651.b2%, 5-651.b3%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-653.22%, 5-653.23%, 5-653.32%, 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%, 5-657.3%, 5-657.x2%, 5-657.x3%, 5-659.x2%, 5-659.x3%, 5-659.x2%, 5-660.5%, 5-661.42%, 5-661.63%, 5-663.02%, 5-663.03%, 5-663.12%, 5-663.12%, 5-663.22%, 5-663.23%,

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
			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%, 5-666.82%, 5-666.83%, 5-666.92%, 5-666.93%, 5-666.x2%, 5-666.x3%, 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%, 5-744.43%
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%, 5-651.95%, 5-651.a5%, 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.xv%, 5-652.45%, 5-652.40%, 5-652.41%, 5-652.44%, 5-652.45%, 5-652.55%, 5-652.50%, 5-652.51%, 5-652.54%, 5-652.55%, 5-652.5x%, 5-652.60%, 5-652.50%, 5-653.20%, 5-653.21%, 5-653.24%, 5-653.25%, 5-653.2x%, 5-653.3x%, 5-653.3x%, 5-653.3x%, 5-653.3x%, 5-656.90%, 5-656.90%, 5-656.90%, 5-656.8x%, 5-656.xv%, 5-656.xv%, 5-656.xv%, 5-656.xv%, 5-656.xv%, 5-656.xv%, 5-656.xv%, 5-656.xv%, 5-657.65%, 5-657.60%, 5-657.65%, 5-657.60%, 5-657.60%, 5-657.65%, 5-657.60%, 5-657.70%, 5-657.71%, 5-657.74%, 5-657.8x%, 5-657.

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
			5-658.8%, 5-658.9%, 5-658.x%, 5-658.y%,
			5-659.20%, 5-659.21%, 5-659.24%, 5-659.25%,
			5-659.2x%, 5-659.x0%, 5-659.x1%, 5-659.x4%,
			5-659.x5%, 5-659.xx%, 5-659.y%, 5-660.2%,
			5-660.3%, 5-660.6%, 5-660.7%, 5-660.x%,
			5-660.y%, 5-661.40%, 5-661.41%, 5-661.44%,
			5-661.45%, 5-661.4x%, 5-661.50%, 5-661.51%,
			5-661.54%, 5-661.55%, 5-661.5x%, 5-661.60%,
			5-661.61%, 5-661.64%, 5-661.65%, 5-661.6x%,
			5-661.y%, 5-663.00%, 5-663.01%, 5-663.04%,
			5-663.05%, 5-663.0x%, 5-663.10%, 5-663.11%,
			5-663.14%, 5-663.15%, 5-663.1x%, 5-663.20%,
			5-663.21%, 5-663.24%, 5-663.25%, 5-663.2x%,
			5-663.30%, 5-663.31%, 5-663.34%, 5-663.35%,
			5-663.3x%, 5-663.40%, 5-663.41%, 5-663.44%,
			5-663.45%, 5-663.4x%, 5-663.50%, 5-663.51%,
			5-663.54%, 5-663.55%, 5-663.5x%, 5-663.x0%,
			5-663.x1%, 5-663.x4%, 5-663.x5%, 5-663.xx%,
			5-663.y%, 5-665.40%, 5-665.41%, 5-665.44%,
			5-665.45%, 5-665.4x%, 5-665.50%, 5-665.51%,
			5-665.54%, 5-665.55%, 5-665.5x%, 5-665.x0%,
			5-665.x1%, 5-665.x4%, 5-665.x5%, 5-665.xx%,
			5-665.y%, 5-666.80%, 5-666.81%, 5-666.84%,
			5-666.85%, 5-666.8x%, 5-666.90%, 5-666.91%,
			5-666.94%, 5-666.95%, 5-666.9x%, 5-666.a0%,
			5-666.a1%, 5-666.a4%, 5-666.a5%, 5-666.ax%,
			5-666.b0%, 5-666.b1%, 5-666.b4%, 5-666.b5%,
			5-666.bx%, 5-666.x0%, 5-666.x1%, 5-666.x4%,
			5-666.x5%, 5-666.xx%, 5-666.y%, 5-669%,
			5-682.00%, 5-682.01%, 5-682.04%, 5-682.05%,
			5-682.0x%, 5-682.1%, 5-682.10%, 5-682.11%,
			5-682.14%, 5-682.15%, 5-682.1x%, 5-682.20%,
			5-682.2x%, 5-682.x%, 5-682.x0%, 5-682.x1%,
			5-682.x4%, 5-682.x5%, 5-682.xx%, 5-682.y%,
			5-683.00%, 5-683.01%, 5-683.02%, 5-683.05%,
			5-683.0x%, 5-683.10%, 5-683.11%, 5-683.12%,
			5-683.15%, 5-683.1x%, 5-683.20%, 5-683.21%,
			5-683.22%, 5-683.25%, 5-683.2x%, 5-683.x0%,

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
			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%, 5-685.03%, 5-685.00%, 5-685.01%, 5-685.02%, 5-685.3%, 5-685.40%, 5-685.1%, 5-685.42%, 5-685.43%, 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%, 5-687.2%, 5-687.30%, 5-687.31%, 5-687.3x%, 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%, 5-689.00%, 5-689.x%, 5-689.y%, 5-744.00%, 5-744.10%, 5-744.11%, 5-744.14%, 5-744.15%, 5-744.12%, 5-744.25%, 5-744.20%, 5-744.3x%, 5-744.31%, 5-744.34%, 5-744.35%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.44%, 5-744.41%, 5-744.44%, 5-7444.44%, 5-7444.44%, 5-7444.44%, 5-744.44%, 5-7444
OPS_GynOvarOP	OPS	Adnexeingriff (ohne Ovareingriffe, die keine Histologie benötigen, z. B. Adhäsiolysen)	5-651.8%, 5-651.9%, 5-652%, 5-653%, 5-659.2%
OPS_GynOvarOP_EX	OPS	Ausschluss Ovariektomie und Salpingoovariektomie	5-652%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativ	OPS	Isolierter ablativer Ovareingriff	5-652.4%, 5-652.6%, 5-652.y%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativZusatz	OPS	Isolierter ablativer Ovareingriff 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%, 5-652%, 5-653%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-659.2%,

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
			5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%

Geburtshilfe (16.1)

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

Mammachirurgie (18.1)

Listenname	Тур	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, 8510/6, 8510/9, 8520/3, 8520/6, 8520/9, 8522/3, 8522/6, 8522/9, 8523/3,

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
			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
OPS_BET	OPS	Brusterhaltende Operationen	5-870 20%, 5-870.21%, 5-870.60%, 5-870.61%, 5-870 90%, 5-870.91%, 5-870.a0%, 5-870.a1%, 5-870.a2%, 5-870.a3%, 5-870.a4%, 5-870.a5%, 5-870.a6%, 5-870.a7%, 5-870.ax%, 5-870.x%, 5-870.y%
OPS_Mastektomie	OPS	Mastektomie	5-872.0%, 5-872.1%, 5-872.x%, 5-872.y%, 5-874.0%, 5-874.1%, 5-874.2%, 5-874.4%, 5-874.5%, 5-874.6%, 5-874.7%, 5-874.8%, 5-874.x%, 5-874.y%, 5-877.0%, 5-877.10%, 5-877.11%, 5-877.12%, 5-877.1x%, 5-877.20%, 5-877.21%, 5-877.22%, 5-877.2x%, 5-877.x%, 5-877.y%

Oile Richtlinie ist a

Anhang III zur Anlage 1: Vorberechnungen

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Geburtshilfe (16.1)

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Mammachirurgie (18.1)

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Die Richtlinie ist außer Waft detreten.

Anhang IV zur Anlage 1: Funktionen

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_GynIsolierteAdnexe	boolean	Isolierte Adnexeingriffe (OPS 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) mit Zusatzeingriffen	OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GynOvarOP & OPSCHLUESSEL %all_like% LST\$OFS_GynOvarOPZusatz
fn_GynIsolierteAdnexeAblativ	boolean	Isolierte Adnexeingriffe, ablativ (OPS 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) mit Zusatzeingriffen	OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GynOvarOPAblativ & OPSCHLUESSEL %all_like% LST\$OPS_GynOvarOPAblativZusatz
fn_GynLapOP	boolean	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang unter Ausschluss von Operationen mit anderen Zugangsarten	
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) * -6.852984134510029 # Alter (linear) log_odds <- log_odds + (alter) * 0.036855168014893 # Alter (quadratisch) log_odds <- log_odds + (I(alter^2)) * -0.000176567054514</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			# ASA-Klassifikation 2 log_odds <- log_odds + (ASA %==% 2) * 0.101516595190660
			# ASA-Klassifikation 3 log_odds <- log_odds + (ASA %==% 3) * 0.344006061622978
			# ASA-Klassifikation 4 oder 5 log_odds <- log_odds + (ASA %in% c(4,5)) * 1.151665541352943
			<pre># Adhäsiolysen log_odds <- log_odds + (OPSCHLUESSEL %any_like% OPS\$OPS_GYN_Adhaesiolyse) * 0.575095111960571</pre>
			<pre># Exzision log_odds <- log_odds + (OPSCHLUESSEL %any_like% OPS\$OPS_GYN_Exzision) * -0.551251228246621</pre>
			<pre># Endometriose log_odds <- log_odds + (ENTLDIAG %any_like% ICD\$ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum) * 0.221184400164244</pre>
			<pre># Voroperation im OP-Gebiet log_odds <- log_odds + (VOROPGLEICH %==% 1) * 0.785136147039151</pre>
			<pre># Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100</pre>
fn_lstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	<pre>fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Organverletzung	boolean	Organverletzung	IOPKOMPLBLASE %==% 1 IOPKOMPLHARNL %==% 1 IOPKOMPLURETHRA %==% 1 IOPKOMPLDARM %==% 1 IOPKOMPLUTERUS %==% 1 IOPKOMPLGEFNERV %==% 1 IOPKOMPLGEFNERV %==% 1
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und IfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	at det

Geburtshilfe (16.1)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndex1_51803_E	float	Index Ebene 1 (E)	# Funktion fn_GEBIndex1_51803_E
		. 5	<pre># definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0</pre>
		Chilipie	# Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -8.741219115372280
	<	zicht	<pre># Gestationsalter 37 abgeschlossene SSW log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 37) * 0.710122396566268</pre>
	Oile		<pre># Fehlbildung vorhanden log_odds <- log_odds + (FEHLBILD %==% 1) * 4.124600501154170</pre>
			# Berechnung des Risikos aus der

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100
fn_GEBIndex1_51803_GG	boolean	Index Ebene 1 (GG): Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind	TOTVORAUFN %!=% 1 & fn_Gestalter %between% c(259,293)
fn_GEBIndex1_51803_Z	boolean	Index Ebene 1 (Z): Verstorbene Kinder	ENTLGRUNDK %==% "07" TOD7TAGE %==% 1
fn_GEBIndex2_51803_E	float	Index Ebene 2 (E)	<pre># Funktion fn_GEBIndex2_51803_E # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -6.296304790074080 # Gestationsalter 37 abgeschlossene SSW log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 37) * 0.427146023124653 # Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 66) * 0.602326918827803 # Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 80) * 1.606621135871970 # Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 71) * 2.778854067046700 # Berechnung des Risikos aus der</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100
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_GEBIndex2_51803_Z	boolean	Index Ebene 2 (Z): Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	APGAR5 %<% 5
fn_GEBIndex3_51803_E	float	Index Ebene 3 (E)	<pre># Funktion fn_GEBIndex3_51803_E # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -6.207490210645980 # Gestationsalter 40 abgeschlossene SSW log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 40) * 0.376572683027642 # Gestationsalter 41 abgeschlossene SSW log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 41) * 0.519498200510977 # Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 66) * 0.574033325260986 # Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 80) * 0.908635123385593 # Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 71)</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			* 2.647809559960010 # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100
fn_GEBIndex3_51803_GG	boolean	Index Ebene 3 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess	TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(259,293) & BGNABELBEXC %>=% -40 & BGNABELBEXC %<=% 10
fn_GEBIndex3_51803_Z	boolean	Index Ebene 3 (Z): Kinder mit Base Excess unter -16	BGNABALBEXC %<% -16
fn_GEBIndex4_51803_E	float	Index Ebene 4 (E)	# Funktion fn_GEBIndex4_51803_E # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -6.395145625335610 # Gestationsalter 40 abgeschlossene SSW log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 40) * 0.263975452491729 # Gestationsalter 41 abgeschlossene SSW log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 41) * 0.518769964797240 # Schwangerschafts-Risiko: Diabetes mellitus log_odds <- log_odds + (SSBEFUND %any_in% 9) * 0.488859060460810 # Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 66) * 0.886209664973184

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			# Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 80) * 2.062746647377880 # Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 71) * 3.258504728963050 # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100
fn_GEBIndex4_51803_GG	boolean		FOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(259,293) & BGNABELPH %>=% 6.50 & BGNABELPH %<% 8.00
fn_GEBIndex4_51803_Z	boolean	Index Ebene 4 (Z): Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	BGNABELPH %<% 7.00
fn_GEBIndexGesamt_51803_E	float	Index Gesamt (E): Summe	<pre># inits lExpected <- list() # E nach Ebenen lExpected\$Ebene1 <- (!is.na(fn_GEBIndex1_51803_GG) & fn_GEBIndex1_51803_GG) * fn_GEBIndex1_51803_E lExpected\$Ebene2 <- (!is.na(fn_GEBIndex2_51803_GG) & fn_GEBIndex2_51803_GG) * fn_GEBIndex2_51803_E lExpected\$Ebene3 <- (!is.na(fn_GEBIndex3_51803_GG) & fn_GEBIndex3_51803_GG) * fn_GEBIndex3_51803_E lExpected\$Ebene4 <-</pre>

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

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script	
			<pre>nTragzeitkliWo, abstGebterm + 280) f3 <- ifelse(abs(nTragzeitkliWo- nAbstGebterm)%<%14, nAbstGebterm, nTragzeitkliWo) result <- ifelse(!is.na(GEBTERMIN), ifelse(SSBEFUND %any_in% 38, f1, ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), f3, nAbstGebterm)), f2) result</pre>	
fn_GestalterWochen	integer	Gestationsalter in Wochen	trunc)fn_Gestalter/7)	

Mammachirurgie (18.1)

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

Anhang V zur Anlage 1: Historie der Qualitätsindikatoren

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)

Aktuelle Qualitätsindikatoren 2019: keine

2018 zusätzlich berechnete Qualitätsindikatoren: keine

Aktuelle Kennzahlen 2019: keine

2018 zusätzlich berechnete Kennzahlen: keine

Geburtshilfe (16.1)

Aktuelle Qualitätsindikatoren 2019: keine

Ber Kraft detreten. 2018 zusätzlich berechnete Qualitätsindikatoren: keine

Aktuelle Kennzahlen 2019: keine

2018 zusätzlich berechnete Kennzahlen: keine

Mammachirurgie (18.1)

Aktuelle Qualitätsindikatoren 2019: keine

2018 zusätzlich berechnete Qualitätsindikatoren: keine

Aktuelle Kennzahlen 2019: keine

2018 zusätzlich berechnete Kennzahlen: keine"

Anlage 2 Prospektive Rechenregeln der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Erfassungsjahr 2020

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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

ID	10214
Bezeichnung	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2020	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2019	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	Referenzbereich aus dem Jahr 2019
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung

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

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

12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie
---------------	---

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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

ID	12874				
Bezeichnung	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentternung				
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL				
Indikatortyp	Indikationsstellung				
Art des Wertes	Qualitätsindikator				
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung				
Berechnungsart	Ratenbasiert				
Referenzbereich 2020	≤ 5,00 %				
Referenzbereich 2019	≤ 5,00 %				
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	Referenzbereich aus dem Jahr 2019				
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-				
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung				
Erläuterung der Risikoadjustierung	-				
Rechenregeln	Zähler				

	Isolierter Ovareingriff ohne Angabe einer postoperativen Histologie		
	Nenner		
	Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentfernung (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*]		
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Ein isolierter Ovareingriff wird im Zähler gewertet, wenn eine Angabe zur durchgeführten histologischen Untersuchung fehlt.		
	Nenner: Alle dokumentierten isolierten Ovareingriffe (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) einer Patientin werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt.		
Teildatensatzbezug	15/1:O		
Zähler (Formel)	HISTOLJN %==% 0		
Nenner (Formel)	fn_GynIsolierteAdnexe		
Verwendete Funktionen	fn_GynIsolierteAdnexe		
Verwendete Listen	OPS_GynOvarOP OPS_GynOvarOPZusat2		
Darstellung	-		
Grafik	- 30		

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

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

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
	•

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:O	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
16:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19.1:O	Blase	K	1 = ja	IOPKOMPLBLASE
19.2:O	Harnleiter	K	1 = ja	IOPKOMPLHARNL
19.3:O	Urethra	K	1 = ja	IOPKOMPLURETHRA
19.4:O	Darm	K	1 = ja	IOPKOMPLDARM
19.5:O	Uterus	K	1 = ja	IOPKOMPLUTERUS
19.6:O	Gefäß- /Nervenläsion	K	1 = ja	IOPKOMPLGEFNERV
19.8:O	andere Organverletzungen	K	1 = ja	IOPKOMPLORGAN
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

	CX 9
ID	51906
Bezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2020	≤ 4,18
Referenzbereich 2019	≤ 4,18
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	Referenzbereich aus dem Jahr 2019
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Adhäsiolysen Alter ASA-Klassifikation Endometriose

	Exzision Voroperation im OP-G	ebiet	
Rechenregeln	Zähler Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung Nenner Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP- Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation O (observed) Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation E (expected) Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für QI- ID 51906		
Erläuterung der Rechenregel	Zähler: Als Organverletzungen zählen Verletzungen von Blase, Harnleiter, Urethra, Darm, Uterus, sowie Gefäß-/Nervenläsion oder andere Organverletzungen. Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung werden dann gezählt, wenn bei der ersten Operation der berücksichtigten Grundgesamtheit eine Organverletzung vorliegt. Nenner: Es werden Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang gezählt. Patientinnen, bei denen zusätzlich mindestens ein OPS-Kode aus der Liste OPS_GynLapOP_EX dokumentiert wurde, werden aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.		
Teildatensatzbezug	7 5/1:B		
Zähler (Formel)	0_51906		
Nenner (Formel)	E_51906		
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
	Kennzahl-ID	O_51906	
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51906	
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
	Sortierung	-	
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	
	Operator	Anteil	

Zähler		1		
Darstellung -		Zähler	fn_Organverletzung	
Grafik -		Nenner		
E (expected) Art des Wertes Kalkulatorische Kennzahl Kennzahl-ID E_51906 Bezug zu QS- 51906 Bezug zum DeQS QS-Planung - Rechenregel Erwartete Anahl an Organverletzungen bei Japa'loskopischer Operation, risika adijustiert nach logistischem GYN-go'p für QI-ID 51906 Operator Mittelwert Teildatensatzbezug 15/1:B Zähler fn_GYNScore_51906 Nennet fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP Darstellung - Grafik - Verwendete Funktionen fn_GynLapOP fn_GynScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung fn_Poopvwdauer_LifdNrEingriff Verwendete Listen OPS_GynLapOP_EX Darstellung - OPS_GynLapOP_EX Darstellung -		Darstellung	-	
Art des Wertes Kalkulatorische Kennzahl Kennzahl-ID E_51906 Bezug zu QS- Ergebnissen DeQS QS-Planung Sortierung - Erwartete Adzahl an Organverletzungen bei Japanskopischer Operation, risiktaalustiert nach logistischem GYN-Soore für QI-ID 51906 Operator Mittelwert Teildatensatzbezug 15/1:B Zähler fn_GYNScore_51906 Nennet fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP Darstellung - Grafik - Verwendete Funktionen Fn_GynLapOP fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung fn_Poopwdauer_LfdNrEingriff Verwendete Listen OPS_GynLapOP_EX Darstellung - OPS_GynLapOP_EX		Grafik	-	
Renzahl-ID		E (expected)		
Bezug zu QS- Ergebnissen Zum DeQS QS-Planung Sortierung - Rechenregel Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei Japanoskopischer Operation, risikhadustiert nach logistischem GYN- Score für QI-ID 51906 Operator Mittelwert Teildatensatzbezug 15/1:B Zähler fn_GYNScore_51906 Nenner fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP Darstellung - Grafik - Verwendete Funktionen fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP Pn_GynLapOP fn_Organverletzung fn_Poopwaduer_LfdNrEingriff Verwendete Listen OPS_GynLapOP_EX Darstellung - OPS_GynLapOP_EX Darstellung -		Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
Bezug zum DeQS QS-Planung		Kennzahl-ID	E_51906	
Rechenregel Erwartete Azahl an Organverletzungen bei lapajoskopischer Operation, risiktadjustiert nach logistischem GYN-Score für QI-ID 51906 Operator Mittelwert				
Rechenregel Erwartete Azahl an Organverletzungen bei lapajoskopischer Operation, risiktadjustiert nach logistischem GYN-Score für QI-ID 51906 Operator Mittelwert			DeQS QS-Planung	
Rechenregel Rechenregel Bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für QI-ID 51906 Operator Mittelwert Teildatensatzbezug 15/1:B Zähler fn_GYNScore_51906 Nennet fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP Darstellung - Grafik - Verwendete Funktionen fn_GynLapOP fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff Verwendete Listen OPS_GynLapOP OPS_GynLapOP EX Darstellung -		Sortierung	- ×(°°	
Teildatensatzbezug 15/1:B Zähler fn_GYNScore_51906 Nenner fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP Darstellung - Grafik - Verwendete Funktionen fn_GynLapOP fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff Verwendete Listen OPS_GynLapOP_EX Darstellung -		Rechenregel	Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-	
Zähler fn_GYNScore_51906 Nenner fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP Darstellung - Grafik - Verwendete Funktionen fn_GynLapOP fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff Verwendete Listen OPS_GynLapOP OPS_GynLapOP_EX Darstellung -		Operator	Mittelwert	
Nenner fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP Darstellung - Grafik - Verwendete Funktionen fn_GynLapOP fn_GynScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff Verwendete Listen OPS_GynLapOP OPS_GynLapOP_EX Darstellung -		Teildatensatzbezug	15/1:B	
Verwendete Funktionen fn_IstErsteOP Grafik fn_GynLapOP fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff Verwendete Listen OPS_GynLapOP OPS_GynLapOP_EX Darstellung -		Zähler	fn_GYNScore_51906	
Cafik -		Nenner		
Verwendete Funktionen fn_GynLapOP fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff Verwendete Listen OPS_GynLapOP OPS_GynLapOP_EX Darstellung -		Darstellung	-	
fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff Verwendete Listen OPS_GynLapOP OPS_GynLapOP_EX Darstellung -		Grafik	-	
OPS_GynLapOP_EX Darstellung -	Verwendete Funktionen	fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung		
	Verwendete Listen			
Grafik -	Darstellung	-		
	Grafik	_		

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

Die Richtlinie ist außer Waft getreten.

Geburtshilfe (16.1)

318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
34:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
35:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
36: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
75:K	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend	M. C	0 = nein 1 = ja	PAEDVOR
77:K	Geburtsdatum des Kindes	М	-	GEBDATUMK
95:K	Totgeburt	М	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

ID	318
Bezeichnung	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator

Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2019	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	Referenzbereich aus dem Jahr 2019
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	· Sil.
Rechenregeln	Zähler Pädiater bei Geburt anwesend Nenner Alle lebendgeborenen 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	Gestalter
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

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

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

Qualitätsziel	Häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
	von mindestens zwei Kalendertagen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:M	Aufnahmedatum Krankenhaus	К	-	AUFNDATUM
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
34:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
35:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
38:M	Antenatale Kortikosteroidthera pie	M	0 = nein 1 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte in eigener Klinik 2 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern	LUNGENREIF
77:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
95:K	Totgeburt	М	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

^{*}Ersatzfeld im Exportformat

ID	330					
Bezeichnung	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen					
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL					
Indikatortyp	Prozessindikator					
Art des Wertes	Qualitätsindikator					
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung					
Berechnungsart	Ratenbasiert					
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %					
Referenzbereich 2019	≥ 95,00 %					

Erläuterung zum Referenzbereich 2020	Referenzbereich aus dem Jahr 2019				
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-				
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung				
Erläuterung der Risikoadjustierung	-				
Rechenregeln	Zähler				
	Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie				
	Nenner				
	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				
Erläuterung der Rechenregel	- cili				
Teildatensatzbezug	16/1:M				
Zähler (Formel)	LUNGENREIF %in% c(1,2)				
Nenner (Formel)	<pre>fn_Gestalter %between% c(168,237) & TOTGEBURT %==% 0 & round(as.numeric(difftime(GEBDATUMK, AUFNDATUM, uhit="days", tz = "Europe/Berlin"))) %>=% 2</pre>				
Verwendete Funktionen	fn_Gestalter				
Verwendete Listen	-,5				
Darstellung					
Darstellung Grafik	<u>-</u>				

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

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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

ID	1058				
Bezeichnung	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten				
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL				
Indikatortyp	Prozessindikator				
Art des Wertes	Qualitätsindikator				
Bezug zum Verfahren	Prozessindikator Qualitätsindikator DeQS QS-Planung Ratenbasiert				
Berechnungsart	Ratenbasiert				
Referenzbereich 2020	Sentinel Event				
Referenzbereich 2019	Sentinel Event				
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	Referenzbereich aus dem Jahr 2019				
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	- 'si an'				
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung				
Erläuterung der Risikoadjustierung	-				
Rechenregeln	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				
Verwendete Funktionen	-				
Verwendete Listen	-				
Darstellung	-				
Grafik	-				

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

50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Qualitätsziel	Möglichst	hohe	Rate	an	perioperativer	Antibiotikaprophylaxe	bei
	Kaiserschnittentbindung						

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
67:K	Entbindungsmodus	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	ENTBINDMODUS
69:K	Kaiserschnitt- Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	K	0 = nein1 = ja, prophylaktische Gabe2 = ja, laufende antibiotische Therapie	ANTIBIOTSECTIO

ID	50045
Bezeichnung	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2019	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	Referenzbereich aus dem Jahr 2019
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-

Rechenregeln	Zähler Perioperative Antibiotikaprophylaxe 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 Funktionen	-	
Verwendete Listen	OPS_Sectio	
Darstellung	-	
Grafik	- *O	

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

51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

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

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
34:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
35:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
77:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
81:K	APGAR	K	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5	APGAR5

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			6 = 6	
			7 = 7	
			8 = 8	
			9 = 9	
			10 = 10	
87:K	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	in mmol/l	BGNABELBEXC
88:K	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	-	BGNABELPH
95:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
96:K	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt	К	0 = nein 1 = ja	TOTVORAUFN
102:K	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	M	s. Anhang: EntlGrundK	ENTLGRUNDK
106: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

ID	51803
Bezeichnung	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2020	≤ 2,32
Referenzbereich 2019	≤ 2,32
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	Referenzbereich aus dem Jahr 2019

Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-		
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung		
Erläuterung der Risikoadjustierung	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.		
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)	Ebene 1 (Sterblichkeit): Gestationsalter, Geburtsrisiko, Fehlbildung, Adipositas, Vorsorgeuntersuchung Ebene 2 (Apgar): Gestationsalter, Geburtsrisiko, Fehlbildung, vorausgegangene Totgeburt, Gestationsdiabetes/Diabetes, Adipositas Ebene 3 (Base Excess): Gestationsalter, Geburtsrisiko, Fehlbildung, vorausgegangene Totgeburt, Gestationsdiabetes/Diabetes, Alter der Mutter Ebene 4 (pH): Gestationsalter, Geburtsrisiko, Fehlbildung, vorausgegangene Totgeburt, Gestationsdiabetes/Diabetes, Adipositas, Alter der Mutter, Vorsorgeuntersuchung		
Rechenregeln	Ebene 1: Verstorbene Kinder UND Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00) Nenner Ebene 1: Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind UND Ebene 2: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar UND Ebene 3: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess UND Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess UND Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert O (observed) Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00) E (expected) Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1.		
	Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar		

Erläuterung der Rechenregel	die 2. Ebene des UND Ebene 3: Erwartete Ar 16, risikoadjustiert nac 3. Ebene des QuND Ebene 4: Erwartete Ar risikoadjustiert nach lo	nzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), ogistischem Geburtshilfe-Score für die 4. dex mit der QI-ID 51803		
	Bedingungen der einz somit bis zu vier Grundgesamtheit ents	Für die Berechnung von O und E werden die zutreffenden Bedingungen der einzelnen Ebenen summiert. Ein Kind kann somit bis zu vier Mal im Zähler enthalten sein. Die Grundgesamtheit entspricht dagegen der Anzahl an Kindern, die jeweils in mindestens einer der vier Indexebenen eingehen.		
Teildatensatzbezug	16/1:K	×0,		
Zähler (Formel)	0_51803	CT C C C C C C C C C C C C C C C C C C		
Nenner (Formel)	E_51803	181°		
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)			
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl		
	Kennzahl-ID	O_51803		
	Bezug zu OS- Ergebnissen	51803		
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung		
	Sortierung	-		
	Rechenregel	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)		
	Operator	Anteil		
	Teildatensatzbezug	16/1:K		
	Zähler	<pre>fn_GEBIndexGesamt_51803_Z WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_Z %>% 0</pre>		
	Nenner	1 WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0		

	Darstellung	_		
	Grafik	_		
	E (expected)			
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl		
	Kennzahl-ID	E_51803		
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51803		
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung		
	Sortierung	-		
	Rechenregel	Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, tisikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803		
	Operator	Anteil		
	Teildatensatzbezug	16/1:K		
	Zähler	fn_GEBIndexGesamt_51803_E WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0		
	Nenner	1 WENN fn_GEBIndexGesamt_51803_GG %>% 0		
	Darstellung	-		
	Grafik	-		
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex1_51803_E fn_GEBIndex1_51803_GG fn_GEBIndex1_51803_Z fn_GEBIndex2_51803_E			

	fn_GEBIndex2_51803_GG fn_GEBIndex2_51803_Z fn_GEBIndex3_51803_E fn_GEBIndex3_51803_Z fn_GEBIndex4_51803_E fn_GEBIndex4_51803_GG fn_GEBIndex4_51803_Z fn_GEBIndex4_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_E fn_GEBIndexGesamt_51803_E fn_GEBIndexGesamt_51803_CG fn_GEBIndexGesamt_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_Z
Verwendete Listen	-
Darstellung	_
Grafik	-

51808_51803_51803 - Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern

	X\		
ID	51808_51803_51803		
Bezeichnung Ebene	Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern		
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennz	ahi	
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803		
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung		
Rechenregeln	Zähler Verstorbene Kinder Nenner Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind O (observed) Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern E (expected) Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803		
Zähler (Formel)	0_51808_51803_51803		
Nenner (Formel)	E_51808_51803_51803		
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)		
	Art des Wertes Kalkulatorische Kennzahl		
	Kennzahl-ID O_51808_51803_51803		
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51808_51803_51803	

	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
	Sortierung	-	
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern	
	Operator	Anteil	
	Teildatensatzbezug	16/1:K	
	Zähler	fn_GEBIndex1_51803_Z	
	Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG	
	Darstellung	-	
	Grafik	- %.	
	E (expected)		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
	Kennzahl-ID	E_51808_51803_51803	
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51808_51803_51803	
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
	Sortierung	-	
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803	
	Operator	Mittelwert	
	Teildatensatzbezug	16/1:K	
	Zähler	fn_GEBIndex1_51803_E	
	Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG	
	Darstellung	-	
	Grafik	-	
Verwendete Funktionen	<pre>fn_GEBIndex1_51803_E fn_GEBIndex1_51803_GG fn_GEBIndex1_51803_Z fn_Gestalter</pre>		

51813_51803_51803 - Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5

ID	51813_51803_51803
----	-------------------

Bezeichnung Ebene	Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5		
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl		
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803		
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung		
Rechenregeln	Zähler		
	Kinder mit 5-Minuten-A	Apgar unter 5	
	Nenner		
	Alle reifen Lebendgeb mit gültigen Angaben z	orenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) zu 5-Minuten-Apgar	
	O (observed)		
		n Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5	
	E (expected)	a de la companya de l	
	risikoadjustiert nach lo	Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, gistischem Geburtshilfe-Score für die 2. dex mit der QI-ID 51803	
Zähler (Formel)	0_51813_51803_518	303,4	
Nenner (Formel)	E_51813_51803_518	3030	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
	Kennzahl-ID	O_51813_51803_51803	
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51813_51803_51803	
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
	Sortierung -		
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5- Minuten-Apgar unter 5	
	Operator	Anteil	
	Teildatensatzbezug	16/1:K	
	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_Z	
	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG	
	Darstellung	-	
	Grafik	-	
	E (expected)		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
	Kennzahl-ID	E_51813_51803_51803	
			

	Bezug zu QS- Ergebnissen	51813_51803_51803	
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
	Sortierung	-	
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit 5- Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803	
	Operator	Mittelwert	
	Teildatensatzbezug	16/1:K	
	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_E	
	Nenner	fn_GEBIndex2 51803_GG	
	Darstellung	- 01	
	Grafik	- _{(x} 0)	
Verwendete Funktionen	<pre>fn_GEBIndex2_51803/E fn_GEBIndex2_51803/E fn_GEBIndex2_51803_Z fn_Gestalter</pre>		

51818_51803_51803 - Ebene 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16

ID	51818_51803_51803	
	0.000_0.000	
Bezeichnung Ebene	Ebene 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16	
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803	
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
Rechenregeln	Zähler	
	Kinder mit Base Excess unter -16	
	Nenner	
	Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess	
	O (observed)	
	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16	
	E (expected)	
	Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803	
Zähler (Formel)	0_51818_51803_51803	

Nenner (Formel)	E_51818_51803_51	803	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
	Kennzahl-ID	O_51818_51803_51803	
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51818_51803_51803	
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
	Sortierung	-	
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16	
	Operator	Anteil	
	Teildatensatzbezug	16/1:K	
	Zähler	fn_GEBIndex3_51803_Z	
	Nenner	fn_CEBIndex3_51803_GG	
	Darstellung	₹-Ø.,	
	Grafik	-	
	E (expected)		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
	Kennzahl-ID	E_51818_51803_51803	
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51818_51803_51803	
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
	Sortierung	-	
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803	
	Operator	Mittelwert	
	Teildatensatzbezug	16/1:K	
	Zähler	fn_GEBIndex3_51803_E	
	Nenner	fn_GEBIndex3_51803_GG	
	Darstellung	-	
	Grafik	-	
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex3_518 fn_GEBIndex3_518		

fn_GEBIndex3_51803_Z
fn_Gestalter

51823_51803_51803 - Ebene 4: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)

ID	51823_51803_51803			
Bezeichnung Ebene	Ebene 4: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)			
Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl			
Bezug zu QS-Ergebnissen	51803			
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	QS-Planung		
Rechenregeln	Zähler Kinder mit Azidose (pH < 7,00) Nenner Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert O (observed) Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00) E (expected) Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803			
Zähler (Formel)	0_51826_51803_518	303		
Nenner (Formel)	E_51823_51803_51803			
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)			
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl		
	Kennzahl-ID	O_51823_51803_51803		
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51823_51803_51803		
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung		
	Sortierung	-		
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)		
	Operator	Anteil		
	Teildatensatzbezug	16/1:K		
	Zähler	fn_GEBIndex4_51803_Z		
	Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG		
	Darstellung	-		

	Grafik	-	
	E (expected)		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl	
	Kennzahl-ID	E_51823_51803_51803	
	Bezug zu QS- Ergebnissen	51823_51803_51803	
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung	
	Sortierung	-	
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der QI-ID 51803	
	Operator	Mittelwert	
	Teildatensatzbezug	16/1:K	
	Zähler	fn_GEBIndex4_51803_E	
	Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG	
	Darstellung	-	
	Grafik	-	
Verwendete Funktionen	fn_GEBIndex4_51803_E fn_GEBIndex4_51803_GG fn_GEBIndex4_51803_Z fn_Gestalter		

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

Mammachirurgie (18.1)

2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUS T	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
20:BRUS T	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	PRAEICDO3
36:BRUS T	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
37:BRUS T	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
39:BRUS T	рТ	®	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
52:BRUS T	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangene m Aufenthalt durchgeführt	К	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladissektion	AXLKENTFOMARK
53:BRUS T	Sentinel- Lymphknoten- Biopsie bei diesem oder vorausgegangene m Aufenthalt durchgeführt	К	0 = nein 1 = ja	SLKBIOPSIE

ID	2163		
-			
Bezeichnung	Primäre Axilladissektion bei DCIS		
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL		
Indikatortyp	Indikationsstellung		
Art des Wertes	Qualitätsindikator		
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung		
Berechnungsart	Ratenbasiert		
Referenzbereich 2020	Sentinel Event		
Referenzbereich 2019	Sentinel Event		
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	Referenzbereich aus dem Jahr 2019		
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	Sentinel Event Referenzbereich aus dem Jahr 2019 -		
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung		
Erläuterung der Risikoadjustierung	- Sel		
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion Nemer		
	Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie "DCIS" und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie "invasives Mammakarzinom"		
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	<pre>fn_DCIS fn_invasivesMammaCa_prae fn_pTohneNeoadjuvanz</pre>		
Verwendete Listen	ICD_O_3_DCIS ICD_O_3_InvasivesMammaCa		

Darstellung	-
Grafik	-

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

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

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

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
30:O	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	K. C	 nein 1 = ja, durch Mammographie 2 = ja, durch Sonographie 3 = ja, durch MRT 4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP 	PRAEOPMARKIERUN G
31:O	intraoperative Präparateradiogra phie oder - sonographie	K	 0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiographie 2 = ja, intraoperative Präparatesonographie 	RADIOSONOGRAPHIE
33:O	Operation	М	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL

ID	52279		
Bezeichnung	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung		
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL		
Indikatortyp	Prozessindikator		
Art des Wertes	Qualitätsindikator		
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung		
Berechnungsart	Ratenbasiert		
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %		
Referenzbereich 2019	≥ 95,00 %		
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	≥ 95,00 % Referenzbereich aus dem Jahr 2019		
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	- Walt O		
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadiustierung		
Erläuterung der Risikoadjustierung	- USO		
Rechenregeln	Zähler Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie Nenner Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie		
Erläuterung der Rechenregel	Aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien (OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie). Nicht aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien, wenn sie in Kombination mit einer brusterhaltenden Operation (OPS-Kode aus der Liste OPS_BET UND OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie) stattfinden.		
Teildatensatzbezug	18/1:O		
Zähler (Formel)	RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)		
Nenner (Formel)	PRAEOPMARKIERUNG %==% 2 & (!(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie) (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie & OPSCHLUESSEL %any like% LST\$OPS BET))		
Verwendete Funktionen	-		
Verwendete Listen	OPS_BET OPS_Mastektomie		

Darstellung	-
Grafik	-

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

52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

Dateribasis	Date i Dasis. Spezi i i katio i 1 2020				
Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname	
30:O	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	0 = nein 1 = ja, durch Mammographie 2 = ja, durch Sonographie 3 = ja, durch MRT 4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	PRAEOPMARKIERUN G	
31:O	intraoperative Präparateradiogra phie oder - sonographie	K	 0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiographie 2 = ja, intraoperative Präparatesonographie 	RADIOSONOGRAPHIE	
33:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL	

ID	52330				
Bezeichnung	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung				
Grundlage der Datenerfassung	QSKH-RL				
Indikatortyp	Prozessindikator				
Art des Wertes	Qualitätsindikator				
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung				
Berechnungsart	Ratenbasiert				
Referenzbereich 2020	≥ 95,00 %				
Referenzbereich 2019	≥ 95,00 %				

Erläuterung zum Referenzbereich 2020	Referenzbereich aus dem Jahr 2019		
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-		
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung		
Erläuterung der Risikoadjustierung	-		
Rechenregeln	Zähler Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie Nenner Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie		
Erläuterung der Rechenregel	Aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien (OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie). Nicht aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien, wenn sie in Kombination mit einer brusterhaltenden Operation (OPS-Kode aus der Liste OPS_BET UND OPS-Kode aus der Liste OPS_Mastektomie) stattfinden.		
Teildatensatzbezug	18/1:0		
Zähler (Formel)	RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)		
Nenner (Formel)	PRAEOPMARKIERUNG %==% 1 & (!(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie) (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie & OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_BET))		
Verwendete Funktionen	©		
Verwendete Listen	OPS_BET OPS_Mastektomie		
Darstellung	-		
Grafik	-		

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

Anhang I zur Anlage 2: Schlüssel (Spezifikation)

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)

Schlüssel: HistolOpGyn	
01	Adnexe: Normalbefund
02	Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste
03	Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste)
04	Adnexe: Dermoid (z.B. benignes Teratom)
05	Adnexe: Endometriose
06	Adnexe: andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)
07	Adnexe: Entzündung
08	Adnexe: Extrauteringravidität
09	Adnexe: Stieldrehung
10	Adnexe: Borderline-Veränderungen
11	Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome
19	Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 01 - 11 nicht erfasst sind
20	Cervix uteri: Ektopie
21	Cervix uteri: Dysplasie
22	Cervix uteri: Carcinoma in situ
23	Cervix uteri: invasives Karzinom la
24	Cervix uteri: invasives Karzinom > la
28	Cervix uteri: histologisch Normalbefund
29	Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind
30	Corpus uteri: Myom
31	Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive
38	Corpus uteri: histologisch Normalbefund
39	Corpus uteri: Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind
70	Vagina/Vulva: entzündliche Veränderung
71	Vagina/Vulva: benigne Neoplasien
72	Vagina/Vulva: maligne Neoplasien
78	Vagina/Vulva: histologisch Normalbefund
79	Vagina/Vulva: Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 - 72 nicht erfasst sind

Schlüssel: HistolOpGyn	
80	Endometriose anderer Lokalisationen
81	Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen

Geburtshilfe (16.1)

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

Schlüss	Schlüssel: BefMPass	
30	besondere psychische Belastung	
31	besondere soziale Belastung	
32	Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen	
33	Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr	
34	Placenta praevia	
35	Mehrlingsschwangerschaft	
36	Hydramnion	
37	Oligohydramnie	
38	Terminunklarheit	
39	Placentainsuffizienz	
40	Isthmozervikale Insuffizienz	
41	vorzeitige Wehentätigkeit	
42	Anämie	
43	Harnwegsinfektion	
44	indirekter Coombstest positiv	
45	Risiko aus anderen serologischen Befunden	
46	Hypertonie (Blutdruck über 140/90)	
47	Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr	
48	Mittelgradige - schwere Ödeme	
49	Hypotonie	
50	Gestationsdiabetes	
51	Lageanomalie	
52	sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf	
53	Hyperemesis	
54	Z. n. HELLP-Syndrom	
55	Z. n. Eklampsie	
56	Z. n. Hypertonie	

Schlüsse	Schlüssel: EntlGrundK	
01	Behandlung regulär beendet	
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	

Schlüsse	Schlüssel: EntlGrundK	
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus	
07	Tod	
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)	
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	
11	Entlassung in ein Hospiz	
12	interne Verlegung	
13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	
15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	
17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG	
22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	

Mammachirurgie (18.1)

Schlüsse	Schlüssel: ICDO3Mamma	
Schlusse	el. ICDO3Mallilla	
8010/3	Karzinom o.n.A.	
8010/6	Karzinom, Metastase o.n.A.	
8013/3	Großzelliges neuroendokrines Karzinom	
8013/6	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, Metastase	
8013/9	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8022/3	Pleomorphes Karzinom	
8022/6	Pleomorphes Karzinom, Metastase	
8022/9	Pleomorphes Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8032/3	Spindelzellkarzinom o.n.A.	
8035/3	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen	
8035/6	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, Metastase	
8035/9	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8041/3	Kleinzelliges Karzinom o.n.A.	
8041/6	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., Metastase	
8041/9	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A.	
8070/6	Plattenepithelkarzinom-Metastase o.n.A.	

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8070/9	Plattenepithelkarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8140/6	Adenokarzinom-Metastase o.n.A.
8140/9	Adenokarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8200/3	Adenoid-zystisches Karzinom
8200/6	Adenoid-zystisches Karzinom, Metastase
8200/9	Adenoid-zystisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8201/3	Kribriformes Karzinom o.n.A.
8201/6	Kribriformes Karzinom o.n.A., Metastase
8201/9	Kribriformes Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8211/3	Tubuläres Adenokarzinom
8211/6	Tubuläres Adenokarzinom, Metastase
8211/9	Tubuläres Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8246/3	Neuroendokrines Karzinom o.n.A.
8249/3	Atypischer Karzinoidtumor
8249/6	Atypischer Karzinoidtumor, Metastase
8249/9	Atypischer Karzinoidtumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8265/3	Mikropapilläres Karzinom o.n.A.
8265/6	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., Metastase
8265/9	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8290/3	Onkozytäres Karzinom
8290/6	Onkozytäres Karzinom, Metastase
8290/9	Onkozytäres Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8314/3	Lipidreiches Karzinom
8314/6	Lipidreiches Karzinom, Metastase
8314/9	Lipidreiches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8315/3	Glykogenreiches Karzinom
8315/6	Glykogenreiches Karzinom, Metastase
8315/9	Glykogenreiches Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8401/3	Apokrines Adenokarzinom
8401/6	Apokrines Adenokarzinom, Metastase
8401/9	Apokrines Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8410/3	Talgdrüsenadenokarzinom
8410/6	Talgdrüsenadenokarzinom, Metastase
8410/9	Talgdrüsenadenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8430/3	Mukoepidermoid-Karzinom
8430/6	Mukoepidermoid-Karzinom, Metastase
8430/9	Mukoepidermoid-Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8480/3	Muzinöses Adenokarzinom
8480/6	Muzinöses Adenokarzinom, Metastase
8480/9	Muzinöses Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8490/3	Siegelringzellkarzinom
8490/6	Metastase eines Siegelringzellkarzinomes
8490/9	Siegelringzellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8500/2	Duktales Carcinoma in situ o.n.A.
8500/3	Invasives duktales Karzinom o.n.A.
8500/6	Invasives duktales Karzinom o.n.A., Metastase
8500/9	Invasives duktales Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8502/3	Sekretorisches Mammakarzinom
8502/6	Sekretorisches Mammakarzinom, Metastase
8502/9	Sekretorisches Mammakarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8503/2	Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom
8503/3	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion
8503/6	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, Metastase
8503/9	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8504/2	Nichtinvasives intrazystisches Karzinom
8504/3	Intrazystisches Karzinom o. n. A., intrazystisches papilläres Adenokarzinom
8507/2	Intraduktales mikropapilläres Karzinom
8510/3	Medullares Karzinom o.n.A.
8510/6	Medulläres Karzinom o.n.A., Metastase
8510/9	Medulläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8520/2	Lobuläres Carcinoma in situ o.n.A.
8520/3	Lobuläres Karzinom o.n.A.
8520/6	Lobuläres Karzinom o.n.A., Metastase
8520/9	Lobuläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8522/3	Invasives duktales und lobuläres Karzinom
8522/6	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, Metastase
8522/9	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8523/3	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8523/6	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8523/9	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8524/3	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8524/6	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8524/9	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8530/3	Inflammatorisches Karzinom
8530/6	Inflammatorisches Karzinom, Metastase
8530/9	Inflammatorisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8540/3	M. Paget der Brust
8541/3	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom
8541/6	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, Metastase
8541/9	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, unklar ob Primartumor oder Metastase
8543/3	M. Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom
8550/3	Azinuszellkarzinom
8550/6	Azinuszellkarzinom, Metastase
8550/9	Azinuszellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8560/3	Adenosquamöses Karzinom
8560/6	Adenosquamöses Karzinom, Metastase
8560/9	Adenosquamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8572/3	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie
8572/6	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, Metastase
8572/9	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8574/3	Adenokarzinom mit neuroendokriner Differenzierung
8575/3	Metaplastisches Karzinom o.n.A.
8575/6	Metaplastisches Karzinom o.n.A., Metastase
8575/9	Metaplastisches Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8800/3	Sarkom o.n.A.
8800/6	Sarkom o.n.A., Metastase
8800/9	Sarkomatose o.n.A.
8802/3	Riesenzellsarkom
8830/3	Malignes fibröses Histiozytom
8850/3	Liposarkom o.n.A.
8850/6	Liposarkom o.n.A., Metastase

Schlüsse	Schlüssel: ICDO3Mamma	
8850/9	Liposarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8890/3	Leiomyosarkom o.n.A.	
8890/6	Leiomyosarkom o.n.A., Metastase	
8890/9	Leiomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8900/3	Rhabdomyosarkom o.n.A.	
8900/6	Rhabdomyosarkom o.n.A., Metastase	
8900/9	Rhabdomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
8982/3	Malignes Myoepitheliom	
8982/6	Malignes Myoepitheliom, Metastase	
8982/9	Malignes Myoepitheliom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
9020/1	Phylloides-Tumor mit Borderline-Malignität	
9020/3	Maligner Phylloides-Tumor	
9020/6	Maligner Phylloides-Tumor, Metastase	
9020/9	Maligner Phylloides-Tumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
9120/3	Hämangiosarkom	
9120/6	Hämangiosarkom, Metastase	
9120/9	Hämangiosarkom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
9180/3	Osteosarkom o.n.A.	
9180/6	Osteosarkom o.n.A., Metastase	
9180/9	Osteosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	
9590/3	Malignes Lymphom o.n.A.	
9680/3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom o.n.A.	
9687/3	Burkitt-Lymphom o.n.A.	
9690/3	Follikuläres Lymphom o.n.A.	
9699/3	Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A.	

Schlüssel	Schlüssel: pTMamma	
pT0	рТ0	
pT1	pT1	
pT1a	pT1a	
pT1b	pT1b	
pT1c	pT1c	
pT1mic	pT1mic	
pT2	pT2	

Schlüssel	Schlüssel: pTMamma	
рТ3	рТ3	
pT4a	pT4a	
pT4b	pT4b	
pT4c	pT4c	
pT4d	pT4d	
pTX	рТХ	
pTis	pTis	
урТ0	урТ0	
ypT1	урТ1	
урТ1а	ypT1a	
ypT1b	ypT1b	
ypT1c	ypT1c	
ypT1mic	ypT1mic	
урТ2	урТ2	
урТ3	урТ3	
урТ4а	ypT4a	
ypT4b	ypT4b	
ypT4c	ypT4c	
ypT4d	ypT4d	
урТХ	урТХ	
ypTis	ypTis	
ypTis ypTis		

Anhang II zur Anlage 2: Listen

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
ICD_GynCAOvar	ICD	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Mammakarzinom)	C50% X (C)
ICD_GynCARisiko	ICD	Risikofaktoren für Bösartige Neubildungen	Z40.00%, Z40.01%, Z85.3%
ICD_GynTranssex	ICD	Diagnose Transsexualismus	₱64.0%
OPS_GynLapOP	OPS	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang	5-650.4%, 5-650.5%, 5-651.82%, 5-651.83%, 5-651.92%, 5-651.93%, 5-651.a2%, 5-651.a3%, 5-651.b2%, 5-651.b3%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-653.22%, 5-653.23%, 5-653.32%, 5-656.82%, 5-656.82%, 5-656.83%, 5-656.b2%, 5-656.b3%, 5-656.a2%, 5-656.a3%, 5-656.b2%, 5-656.b3%, 5-656.x2%, 5-657.73%, 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.x2%, 5-659.x3%, 5-661.42%, 5-661.43%, 5-661.52%, 5-661.53%, 5-661.62%, 5-661.63%, 5-663.02%, 5-663.03%, 5-663.32%, 5-663.32%, 5-663.32%, 5-663.42%, 5-663.43%, 5-663.52%, 5-665.42%, 5-665.52%, 5-665.53%, 5-665.x2%, 5-665.42%, 5-666.82%, 5-666.83%, 5-666.92%, 5-666.93%, 5-666.82%, 5-666.83%, 5-666.b2%, 5-666.b3%, 5-666.x2%, 5-666.x3%, 5-666.b2%, 5-666.x3%, 5-668.x2%, 5-666.x3%, 5-668.x2%, 5-666.x3%, 5-683.13%, 5-683.14%, 5-683.23%, 5-683.24%, 5-683.13%, 5-683.14%, 5-683.23%, 5-683.24%, 5-744.02%, 5-744.03%, 5-744.12%, 5-744.13%,

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
			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%, 5-651.84%, 5-651.84%, 5-651.84%, 5-651.91%, 5-651.91%, 5-651.91%, 5-651.91%, 5-651.91%, 5-651.40%, 5-651.41%, 5-651.44%, 5-651.42%, 5-652.40%, 5-652.41%, 5-652.44%, 5-652.44%, 5-652.55%, 5-652.50%, 5-652.60%, 5-652.54%, 5-652.64%, 5-652.65%, 5-652.60%, 5-652.61%, 5-652.64%, 5-652.65%, 5-652.60%, 5-652.61%, 5-653.20%, 5-653.21%, 5-653.24%, 5-653.25%, 5-653.23%, 5-653.31%, 5-653.34%, 5-653.35%, 5-656.43%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-656.44%, 5-657.65%, 5-657.64%, 5-657.65%, 5-657.64%, 5-657.65%, 5-657.64%, 5-657.81%, 5-657.65%, 5-657.81%, 5-657.84%, 5-657.81%, 5-657.84%, 5-657.81%, 5-657.84%, 5-657.81%, 5-657.84%, 5-657.85%, 5-657.81%, 5-657.84%, 5-657.85%, 5-657.85%, 5-657.85%, 5-657.85%, 5-657.85%, 5-657.85%, 5-657.85%, 5-657.85%, 5-657.85%, 5-657.85%, 5-657.85%, 5-657.85%, 5-657.85%, 5-657.85%, 5-659.20%, 5-659.21%, 5-659.24%, 5-659.25%, 5-659.22%, 5-659.22%, 5-659.22%, 5-659.22%, 5-659.22%, 5-659.22%, 5-659.22%, 5-659.22%, 5-659.22%, 5-660.3%, 5-661.41%, 5-661.44%, 5-661.44%, 5-661.44%, 5-661.44%, 5-661.5

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
			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%,
		X X	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%,
		. 0	5-666.x5%, 5-666.xx%, 5-666.y%, 5-669%,
			5-682.00%, 5-682.01%, 5-682.04%, 5-682.05%,
		,5	5-682.0x%, 5-682.1%, 5-682.10%, 5-682.11%,
		. 0.	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%,
		XIII.	5-683.00%, 5-683.01%, 5-683.02%, 5-683.05%,
			5-683.0x%, 5-683.10%, 5-683.11%, 5-683.12%,
		-\.C\)	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%,
	.0		5-683.y%, 5-684.0%, 5-684.1%, 5-684.2%,
			5-684.3%, 5-684.x%, 5-684.y%, 5-685.00%,
		Richtlinie ist außer Krat	5-685.01%, 5-685.02%, 5-685.03%, 5-685.0x%,
	Y		J-603.16, J-603.26, J-603.36, J-603.406,
			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%,

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
			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%, 5-744.15%, 5-744.10%, 5-744.20%, 5-744.21%, 5-744.24%, 5-744.25%, 5-744.2x%, 5-744.30%, 5-744.31%, 5-744.34%, 5-744.35%, 5-744.3x%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.4x%
OPS_GynOvarOP	OPS	Geweberesezierende Operation am Ovar	5-651.8%, 5-651.9%, 5-652%, 5-653%, 5-659.2%
OPS_GynOvarOP_EX	OPS	Ausschluss Ovariektomie und Salpingoovariektomie	5-652%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativ	OPS	Isolierter ablativer Ovareingriff	5-652.4%, 5-652.6%, 5-652.y%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativZusatz	OPS	Zusätzlich zu der isolierten ablativen Operation am Ovar erlaubte Kodes, die keinen Ausschluss aus der Betrachtung des Indikators zur Folge haben.	1%, 3%, 5-540%, 5-541.0%, 5-541.1%, 5-541.2%, 5-541.3%, 5-542%, 5-651.a%, 5-651.b%, 5-651.x%, 5-651.y%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
OPS_GynOvarOPZusatz	OPS	Zusätzlich zu der geweberesezierenden Operation am Ovar oder Tuba uterina erlaubte Kodes, die keinen Ausschluss aus der Betrachtung des Indikators zur Folge haben.	1%, 3%, 5-540%, 5-541.0%, 5-541.1%, 5-541.2%, 5-541.3%, 5-542%, 5-651.a%, 5-651.b%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%

Geburtshilfe (16.1)

Listenname	Тур	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%,

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
			5-741.5%, 5-741.x%, 5-741.y%, 5-742.0%, 5-742.1%, 5-742.y%, 5-749.0%, 5-749.10%, 5-749.11%, 5-749.x%, 5-749.y%

Mammachirurgie (18.1)

	-		(7)
Listenname	Тур	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, 8520/9, 8523/3, 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
OPS_BET	OPS	Brusterhaltende Operationen	5-870.20%, 5-870.21%, 5-870.60%, 5-870.61%, 5-870.90%, 5-870.91%, 5-870.a0%, 5-870.a1%, 5-870.a2%, 5-870.a3%, 5-870.a4%, 5-870.a5%,

Listenname	Тур	Beschreibung	Werte
			5-870.a6%, 5-870.a7%, 5-870.ax%, 5-870.x%, 5-870.y%
OPS_Mastektomie	OPS	Mastektomie	5-872.0%, 5-872.1%, 5-872.x%, 5-872.y%, 5-874.0%, 5-874.1%, 5-874.2%, 5-874.4%, 5-874.5%, 5-874.6%, 5-874.7%, 5-874.8%, 5-874.x%, 5-874.y%, 5-877.0%, 5-877.10%, 5-877.11%, 5-877.12%, 5-877.1x%, 5-877.20%, 5-877.21%, 5-877.22%, 5-877.2x%, 5-877.x%, 5-877.y%

Die Richtinie ist außer Kraft O

Anhang III zur Anlage 2: Vorberechnungen

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Geburtshilfe (16.1)

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Mammachirurgie (18.1)

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Die Richtlinie ist außer Waft detreten.

Anhang IV zur Anlage 2: Funktionen

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15.1)

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

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

Geburtshilfe (16.1)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndex1_51803_E	float	Index Ebene 1 (E)	# Funktion fn_GEBIndex1_51803_E
fn_GEBIndex1_51803_GG	boolean	Index Ebene 1 (GG): Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind	TOTVORAUFN %!=% 1 & fn_Gestalter %between% c(259,293)
fn_GEBIndex1_51803_Z	boolean	Index Ebene 1 (Z): Verstorbene Kinder	ENTLGRUNDK %==% "07" TOD7TAGE %==% 1
fn_GEBIndex2_51803_E	float	Index Ebene 2 (E)	# Funktion fn_GEBIndex2_51803_E
fn_GEBIndex2_51803_GG	boolean	Index Ebene 2 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar	TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(259,293) & APGAR5 %between% c(0,10)
fn_GEBIndex2_51803_Z	boolean	Index Ebene 2 (Z): Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	APGAR5 %<% 5
fn_GEBIndex3_51803_E	float	Index Ebene 3 (E)	# Funktion fn_GEBIndex3_51803_E
fn_GEBIndex3_51803_GG	boolean	Index Ebene 3 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis	TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(259,293) &

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
		unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess	BGNABELBEXC %>=% -40 & BGNABELBEXC %<=% 10
fn_GEBIndex3_51803_Z	boolean	Index Ebene 3 (Z): Kinder mit Base Excess unter -16	BGNABELBEXC %<% −16
fn_GEBIndex4_51803_E	float	Index Ebene 4 (E)	# Funktion fn_GEBIndex4_51803_E
fn_GEBIndex4_51803_GG	boolean	Index Ebene 4 (GG): Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert	TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(259,293) & BGNABELPH %>=% 6.50 & BGNABELPH %<% 8.00
fn_GEBIndex4_51803_Z	boolean	Index Ebene 4 (Z): Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	BGNABELPH %<% 7.00
fn_GEBIndexGesamt_51803_E	float	Index Gesamt (E): Summe	<pre># inits lExpected <- list() # E nach Ebenen lExpected\$Ebene1 <- (!is.na(fn_GEBIndex1_51803_GG) & fn_GEBIndex1_51803_GG) * fn_GEBIndex1_51803_E lExpected\$Ebene2 <- (!is.na(fn_GEBIndex2_51803_GG) & fn_GEBIndex2_51803_GG) * fn_GEBIndex2_51803_E lExpected\$Ebene3 <- (!is.na(fn_GEBIndex3_51803_GG) & fn_GEBIndex3_51803_GG) * fn_GEBIndex3_51803_E lExpected\$Ebene4 <- (!is.na(fn_GEBIndex4_51803_GG) & fn_GEBIndex4_51803_GG) * fn_GEBIndex4_51803_E # Summe row sums(</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre>lExpected\$Ebene1, lExpected\$Ebene2, lExpected\$Ebene3, lExpected\$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	row_sums(fn_GEBIndex1_51803_GG, fn_GEBIndex2_51803_GG, fn_GEBIndex3_51803_GG, fn_GEBIndex4_51803_GG)
fn_GEBIndexGesamt_51803_Z	integer	Index Gesamt (Z): Summe der zutreffenden Zählerbedingungen, d. h. ein Fall kann bis zu 4-mal im Zähler gezählt werden	row_sums(fn_GEBIndex1_51803_GG & fn_GEBIndex1_51803_Z, fn_GEBIndex2_51803_GG & fn_GEBIndex2_51803_Z, fn_GEBIndex3_51803_GG & fn_GEBIndex3_51803_GG & fn_GEBIndex4_51803_GG & fn_GEBIndex4_51803_GG & fn_GEBIndex4_51803_Z)
fn_Gestalter	integer	Gestationsalter in Tagen	nTragzeitkliWo <- TRAGZEITKLIN * 7 nAbstGebterm <- 280 + round(as.numeric(difftime(GEBDATUMK, GEBTERMIN, unit="days", tz = "Europe/Berlin"))) f1 <- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, NA_integer_) f2 <- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, abstGebterm + 280) f3 <- ifelse(abs(nTragzeitkliWo- nAbstGebterm)%<%14, nAbstGebterm, nTragzeitkliWo)

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

Mammachirurgie (18.1)

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