

# Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über  
eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten  
Qualitätsindikatoren:  
Änderung von § 11 Absätze 5 und 6

Vom 17. Februar 2022

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>3</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf.....</b>	<b>3</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>4</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation.....</b>	<b>4</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat auf der Rechtsgrundlage von § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beschlossen. Diese wird vorliegend geändert.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Die Änderungen im vorliegenden Beschluss sind notwendig, um den Umgang mit Stellungnahmen der Krankenhäuser zu regeln, die richtlinienwidrige personenbezogene Daten enthalten.

### **Zu den Regelungen im Einzelnen:**

#### **Zu § 11:**

##### Zu Absatz 5:

Stellungnahmen von Krankenhäusern müssen an das Institut nach § 137a SGB V in Schriftform übermittelt werden. Ungeachtet dieses Schriftformerfordernisses haben die Krankenhäuser vor Übermittlung ihrer Stellungnahmen an das Institut nach § 137a SGB V sicherzustellen, dass in den Stellungnahmen keine personenbezogenen Daten enthalten sind. Auf diese nach dieser Richtlinie unmittelbar für die Krankenhäuser geltende datenschutzrechtliche Verpflichtung weist das IQTIG auch nochmals im Vorfeld der Übermittlung vorsorglich hin. Dabei wird auch auf die in der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) geregelten Verpflichtungen und die möglichen Folgen aus der Übermittlung von personenbezogenen Daten hingewiesen, die das Krankenhaus im Falle einer Verletzung eigenverantwortlich zu prüfen hat, insbesondere inwieweit das Krankenhaus etwa die betroffenen Personen nach Art. 34 DSGVO und die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 DSGVO informieren muss.

Um die Tragweite des Verfahrens deutlich zu machen, weist das Institut nach § 137a SGB V die Krankenhäuser auch darauf hin, dass Auswertungsergebnisse und relevante Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und an die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt werden.

Da in den Stellungnahmen der Krankenhäuser keine personenbezogenen Daten enthalten sein dürfen und somit keine Befugnis zur Verarbeitung entsprechender personenbezogener Daten besteht, regelt Satz 7, dass das Institut nach § 137a SGB V Stellungnahmen, die personenbezogene Daten enthalten, unverzüglich löscht oder vernichtet. Durch die Einfügung der Löschungsverpflichtung durch das Institut nach § 137a SGB V wird sichergestellt, dass die Rechtsverletzung durch unzulässig übermittelte personenbezogene Daten nicht weiter vertieft wird. Um den Krankenhäusern dennoch eine richtlinienkonforme Übermittlung der Stellungnahme zu ermöglichen, informiert das Institut nach § 137a SGB V das betreffende Krankenhaus über das Vorhandensein personenbezogener Daten und fordert zur Abgabe einer korrigierten Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens sechs Werktagen auf. Das Krankenhaus hat dann eigenständig zu prüfen, welchen hieraus resultierenden Verpflichtungen es unterliegt, insbesondere inwieweit es etwa die betroffenen Personen nach Art. 34 DSGVO und die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 DSGVO informieren muss. Sollte nach Ablauf der Frist keine korrigierte Stellungnahme vorliegen bzw. enthält die Stellungnahme weiterhin personenbezogene Daten, so muss diese erneut durch das Institut nach § 137a SGB V gelöscht oder vernichtet werden und kann im Rahmen der fachlichen Bewertung der Qualität gemäß § 11 Absatz 6 (neu) plan. QI-RL nicht berücksichtigt werden. Die Anzahl der

aus Datenschutzgründen gelöscht oder vernichteten Stellungnahmen wird dem G-BA jährlich übermittelt. Diese Angaben dienen der internen Evaluation der Regelung.

#### Zu Absatz 6:

Absatz 6 wird aufgehoben, da der Umgang mit personenbezogenen Daten nun in Absatz 5 geregelt ist.

#### **Zu § 12:**

#### Zu Absatz 1:

Es erfolgt eine Verweisanpassung aufgrund der Änderung von § 11 Absatz 6.

#### **Zu § 18:**

#### Zu Absatz 2 Buchstabe g:

Es erfolgt eine Verweisanpassung aufgrund der Änderung von § 11 Absatz 6.

### **3. Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

### **4. Verfahrensablauf**

Am 8. Dezember 2021 hat die Arbeitsgruppe planungsrelevante Qualitätsindikatoren letztmalig über die Änderungen in § 11 plan. QI-RL beraten. In sechs Sitzungen wurden die Änderungsvorschläge zu § 11 erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Abs. 3 der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer sowie die Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V beteiligt.

#### **Stellungnahmeverfahren**

Gemäß § 91 Absatz 5a wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der plan. QI-RL Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 3. November 2021 wurde das Stellungnahmeverfahren am 4. November 2021 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage I**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 18. November 2021.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat mit Schreiben vom 18. November 2021 eine Stellungnahme abgegeben (**Anlage II**).

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 24. November 2021 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 1. Dezember 2021 und 26. Januar 2022 durchgeführt (**Anlage III**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde mit Schreiben vom 25. November 2021 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen und die Anhörung am 1. Dezember 2021 durchgeführt (vgl. **Anlage III**).

## **5. Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Februar 2022 beschlossen, die plan. QI-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer äußerten keine Bedenken.

## **6. Zusammenfassende Dokumentation**

Anlage I: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der plan. QI-RL sowie versandte Tragende Gründe

Anlage II: Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Anlage III: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 17. Februar 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



# Beschlussentwurf

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Anpassungen für die Erfassungsjahre 2021 und 2022

**Stand:** 03.11.2021 nach Sitzung des UA QS

**Legende:**

Redaktionell anzupassende Passagen sowie Folgedissense sind grau gekennzeichnet.

*Hinweis: Dieser Beschlussentwurf konnte durch die Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle noch nicht abschließend geprüft werden.*

Vom 16. Dezember 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Dezember 2021 beschlossen, die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) in der Fassung vom 15. Dezember 2016 (BANz AT 23.03.2017 B2), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 17. Juni 2021 (BANz AT 21.07.2021 B1) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die plan. QI-RL wird wie folgt geändert:

1. In § 5 wird die Angabe „bis 19“ durch die Angabe „bis 20“ ersetzt.

2. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.

bb) In Satz 1 werden die Wörter „, an die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 und Satz 6 DeQS-RL (DAS)“ gestrichen.

cc) Dem Absatz wird folgender Satz 2 angefügt:

„Abweichend von § 10 Absatz 2 Teil 1 DeQS-RL nimmt das Institut nach § 137a SGB V im Verfahren der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren die Funktion der Bundesauswertungsstelle wahr.“

b) Die Absätze 2 bis 4 werden aufgehoben.

3. § 7 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird nach den Wörtern „Qualitätssicherung und -förderung“ die Angabe „gemäß § 11 Absatz 2“ eingefügt.

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

- aa) In Buchstabe a wird das Wort „Juli“ durch das Wort „Juni“ ersetzt.
- bb) In Buchstabe b wird das Wort „Oktober“ durch das Wort „September“ ersetzt.
- cc) In Buchstabe c wird die Angabe „15. Januar“ durch die Angabe „1. Dezember“ ersetzt.
- dd) In Buchstabe d wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „11. April“ ersetzt.
- c) Absatz 10 wird wie folgt geändert:
  - aa) Die Angabe „15. März“ wird durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
  - bb) Das Wort „Referenz-Tabelle“ wird durch das Wort „Referenztabelle“ ersetzt.
- 4. § 9 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „11. April“ und die Angabe „15. März“ durch die Angabe „11. März“ ersetzt.
  - b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „11. April“ und die Angabe „31. Mai“ durch die Angabe „27. Mai“ ersetzt.
    - bb) In Satz 2 wird die Angabe „15. März“ durch die Angabe „11. März“ und die Angabe „31. Mai“ durch die Angabe „27. Mai“ ersetzt.
- 5. In § 10 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „1. Juni“ durch die Angabe „28. Mai“ und die Angabe „30. Juni“ durch die Angabe „16. Juni“ ersetzt.
- 6. § 11 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 4 Buchstabe a wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „auffälligen Ergebnissen“ die Wörter „spätestens innerhalb von vier Tagen“ eingefügt.
    - bb) In Satz 4 wird die Angabe „1. Juni“ durch die Angabe „28. Mai“ und die Angabe „31. Juli“ durch die Angabe „20. Juli“ ersetzt.
    - cc) Satz 5 wird aufgehoben.
    - dd) Der Satz 6 wird zu Satz 5 und die Angabe „1. Juli“ wird durch die Angabe „17. Juni“ und die Angabe „31. Juli“ wird durch die Angabe „24. Juli“ ersetzt.
    - ee) Satz 7 wird aufgehoben.
    - ff) Der Satz 8 wird zu Satz 6 und die Angabe „15. April“ wird durch die Angabe „11. April“ und die Angabe „31. Mai“ wird durch die Angabe „27. Mai“ ersetzt.
    - gg) Satz 9 wird aufgehoben.
  - b) Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Krankenhäuser haben vor Übermittlung an das Institut nach § 137a SGB V sicherzustellen, dass in den Stellungnahmen keine personenbezogenen Daten enthalten sind. Das Institut nach § 137a SGB V berücksichtigt nur Stellungnahmen von Krankenhäusern, die ihm richtlinienkonform übermittelt wurden.“

c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Der bisherige Satz 2 wird gestrichen.

bb) Dem Absatz werden folgende Sätze angefügt:

„Mit der Aufforderung zur Abgabe einer Stellungnahme hat das Institut nach § 137a SGB V die Krankenhäuser darauf hinzuweisen, dass die Stellungnahmen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und an die LAGen weitergeleitet werden und nur Stellungnahmen berücksichtigt werden, die von den Krankenhäusern richtlinienkonform übermittelt wurden. Sofern das Institut nach § 137a SGB V in der Stellungnahme eines Krankenhauses personenbezogene Daten identifiziert, hat es das Krankenhaus zur Einreichung einer korrigierten Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens sieben Werktagen aufzufordern.“

7. In § 12 Absatz 6 Satz 4 wird das Wort „Kranker“ durch das Wort „kranker“ ersetzt.

8. In § 14 Absatz 4 wird das Wort „Kranker“ durch das Wort „kranker“ ersetzt.

9. In § 15 Satz 2 Buchstabe i werden nach dem Wort „Datenvalidierung“ die Wörter „mit einer allgemeinen Beschreibung des Prüfvorgehens“ eingefügt.

10. In § 18 Satz 3 werden die Wörter „und für das gesamte Erfassungsjahr 2021 bis zum 28. Februar 2022“ gestrichen.

11. Nach § 19 wird folgender § 20 angefügt:

#### **„§20 Übergangsregelung für das Erfassungsjahr 2021**

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

(2) <sup>1</sup>Die Krankenhäuser haben die Daten für das gesamte Erfassungsjahr 2021 bis zum 28. Februar 2022 zu liefern. <sup>2</sup>Korrigierende Datenlieferungen, einschließlich Stornierungen, Neu- und erstmalige Lieferungen von Datensätzen, sowie Änderungen von Datensätzen sind für Daten aller Quartale möglich bis zum 15. März 2022. <sup>3</sup>Hieraus ergeben sich die entsprechenden Verschiebungen der darauffolgenden Fristen:

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

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

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

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

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

- f) <sup>1</sup>Das Stellungnahmeverfahren nach § 11 Absatz 4 Buchstabe a Satz 4 erfolgt für das Erfassungsjahr 2021 zwischen 19. Juni bis 18. August 2022. <sup>2</sup>Das Stellungnahmeverfahren nach § 11 Absatz 4 Buchstabe a Satz 5 erfolgt für das Erfassungsjahr 2021 zwischen 19. Juli bis 18. August 2022. <sup>3</sup>Das Stellungnahmeverfahren nach § 11 Absatz 4 Buchstabe a Satz 6 erfolgt für das Erfassungsjahr 2021 zwischen 3. Mai und 18. Juni 2022.
- g) Die fachliche Bewertung nach § 11 Absatz 7 Satz 1 ist für das Erfassungsjahr 2021 bis zum 18. September 2022 vorzunehmen.
- h) Die Bereitstellung der Auswertungsergebnisse gemäß § 13 Absatz 1 Satz 1 sowie gemäß § 13 Absatz 2 Satz 1 erfolgt für das Erfassungsjahr 2021 bis zum 19. September 2022.
- i) Der Bericht nach § 15 Satz 3 ist für das Erfassungsjahr 2021 bis zum 19. Oktober 2022 vorzulegen.
- j) Der G-BA veröffentlicht den Bericht gemäß § 17 für das Erfassungsjahr 2021 bis zum 18. November 2022.“

II. Die Anlagen 1 und 2 werden wie folgt neu gefasst:

**„Anlage 1: Endgültige Rechenregeln der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Erfassungsjahr 2021**

**Gynäkologische Operationen (GYN-OP)**

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

<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe
----------------------	--

**Verwendete Datenfelder**

Datenbasis: Spezifikation 2021

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

**Eigenschaften und Berechnung**

<b>ID</b>	10211
<b>Bezeichnung</b>	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund



<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Indikationsstellung
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 20,00 %
<b>Referenzbereich 2020</b>	≤ 20,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2020
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Alle isolierten Ovaryingriffe mit Gewebeentnahme und Angabe einer Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle durchgeführten isolierten Ovaryingriffe mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-651.x*, 5-651.y*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*] und Angaben zur postoperativen Histologie, unter Ausschluss von Patientinnen, bei denen eine einseitige oder beidseitige Uterusexstirpation mit einer ausgedehnten retroperitonealen Präparation und Salpingoovariektomie erfolgte (OPS 5-683.6* und 5-683.7*), Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariectomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00, Z40.01) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3) und Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose: F64.0).</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p><b>Zähler:</b></p> <p>Ein isolierter Ovaryingriff wird dann berücksichtigt, wenn nach Untersuchung des Gewebes „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund vorliegt.</p> <p><b>Nenner:</b></p> <p>Nur isolierte Ovaryingriffe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) mit Angabe zur Histologie werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2020 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2021 die OPS-Kodes 5-683.6 oder 5-683.7 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	15/1:0
<b>Zähler (Formel)</b>	HISTOL %in% c("01", "02")
<b>Nenner (Formel)</b>	fn_GynIsolierteAdnexeAblativ & !(ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_GynCAOvar &

	OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GynOvarOP_EX) & !(ENTLDIAG %any_like% c(LST\$ICD_GynCARisiko, LST\$ICD_GynTranssex)) & HISTOLJN %==% 1 & fn_PlanQI_GG
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_GynIsolierteAdnexeAblativ fn_PlanQI_GG
<b>Verwendete Listen</b>	ICD_GynCAOvar ICD_GynCARisiko ICD_GynTranssex OPS_GynOvarOPAblativ OPS_GynOvarOPAblativZusatz OPS_GynOvarOP_EX QSF_GYN_OPS
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

### 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung

<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie
----------------------	---

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
14:0	Operation	M	OPS (amtliche Codes): <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	OPSCHLUESSEL
18:0	postoperative Histologie	M	0 = nein 1 = ja	HISTOLJN

### Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	12874
<b>Bezeichnung</b>	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Indikationsstellung
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2021</b>	$\leq 5,00 \%$
<b>Referenzbereich 2020</b>	$\leq 5,00 \%$

<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2020
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Isolierter Ovaryingriff ohne Angabe einer postoperativen Histologie</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle isolierten Ovaryingriffe mit Gewebeentfernung (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*]. Ausgeschlossen werden Patientinnen, bei denen eine einseitige oder beidseitige Uterusexstirpation mit einer ausgedehnten retroperitonealen Präparation und Salpingoovariektomie erfolgte (OPS 5-683.6* und 5-683.7*).</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p><b>Zähler:</b></p> <p>Ein isolierter Ovaryingriff wird im Zähler gewertet, wenn eine Angabe zur durchgeführten histologischen Untersuchung fehlt.</p> <p><b>Nenner:</b></p> <p>Alle dokumentierten isolierten Ovaryingriffe (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) einer Patientin werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt.</p> <p>Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2020 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2021 die OPS-Kodes 5-683.6 oder 5-683.7 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	15/1:0
<b>Zähler (Formel)</b>	HISTOLJN %==% 0
<b>Nenner (Formel)</b>	fn_GynIsolierteAdnexe & fn_PlanQI_GG
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_GynIsolierteAdnexe fn_PlanQI_GG
<b>Verwendete Listen</b>	OPS_GynOvarOP OPS_GynOvarOPZusatz QSF_GYN OPS
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

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

<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
----------------------	--

## Verwendete Datenfelder

### Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:O	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
11:O	Einstufung nach ASA-Klassifikation	M	1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	ASA
12:O	Voroperation im OP-Gebiet	M	0 = nein 1 = ja	VOROPGLEICH
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	OPSCHLUESSEL
17.1:O	Blase	K	1 = ja	IOPKOMPLBLASE
17.2:O	Harnleiter	K	1 = ja	IOPKOMPLHARNL
17.3:O	Urethra	K	1 = ja	IOPKOMPLURETHRA
17.4:O	Darm	K	1 = ja	IOPKOMPLDARM
17.5:O	Uterus	K	1 = ja	IOPKOMPLUTERUS
17.6:O	Gefäß-/Nervenläsion	K	1 = ja	IOPKOMPLGEFNERV
17.8:O	andere Organverletzungen	K	1 = ja	IOPKOMPLORGAN
28:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

\*Ersatzfeld im Exportformat

### Eigenschaften und Berechnung

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

<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Logistische Regression (O/E)
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 4,18
<b>Referenzbereich 2020</b>	≤ 4,18
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2020
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Logistische Regression
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation.</p> <p>Ausgeschlossen werden Patientinnen, bei denen eine einseitige oder beidseitige Uterusexstirpation mit einer ausgedehnten retroperitonealen Präparation und Salpingoovarektomie erfolgte (OPS 5-683.6* und 5-683.7*).</p> <p><b>O (observed)</b></p> <p>Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation</p> <p><b>E (expected)</b></p> <p>Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für ID 51906</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p><b>Zähler:</b></p> <p>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.</p> <p><b>Nenner:</b></p> <p>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.</p> <p>Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2020 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2021 die OPS-Kodes 5-683.6 oder 5-683.7 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	15/1:B
<b>Zähler (Formel)</b>	O_51906
<b>Nenner (Formel)</b>	E_51906

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

	OPS_GYN_Adhaesiolyse OPS_GYN_Exzision QSF_GYN OPS
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

## Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,326 % (Odds: 0,003)					
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	95 %-Vertrauensbereich
Konstante	-5,722901633080327	0,131	-43,709	-	-
Alter (linear, in Jahren)	0,016136083139584	0,002	9,656	1,016	1,013 - 1,020
ASA-Klassifikation 1	-0,479275945734139	0,083	-5,802	0,619	0,527 - 0,728
ASA-Klassifikation 2	-0,269657206006156	0,070	-3,870	0,764	0,666 - 0,875
Adhäsiolyse	0,496373341576176	0,080	6,198	1,643	1,404 - 1,922
Endometriose	0,253514778109876	0,070	3,611	1,289	1,123 - 1,479
Exzision	-0,500631959334623	0,068	-7,356	0,606	0,530 - 0,693
Voroperation im OP-Gebiet	0,504827504455176	0,062	8,142	1,657	1,467 - 1,871
Interaktion: ASA-Klassifikation 4 oder 5 mit Adhäsiolyse oder Endometriose	0,849426443506206	0,374	2,271	2,338	1,123 - 4,867
Interaktion: Voroperation im OP-Gebiet mit Adhäsiolyse	0,217048041247456	0,097	2,236	1,242	1,027 - 1,503

## Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

## Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

### 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

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

#### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

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

\*Ersatzfeld im Exportformat

#### Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	318
<b>Bezeichnung</b>	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert



Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2020	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	Referenzbereich aus dem Jahr 2020
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<b>Zähler</b> Pädiater bei Geburt anwesend  <b>Nenner</b> 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	fn_Gestalter
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

### 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 2021

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

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
31:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
32:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
35:M	Antenatale Kortikosteroidtherapie	M	0 = nein 1 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte in eigener Klinik 2 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern	LUNGENREIF
75:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
93:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechner Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

\*Ersatzfeld im Exportformat

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	330
<b>Bezeichnung</b>	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2021</b>	≥ 95,00 %
<b>Referenzbereich 2020</b>	≥ 95,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2020
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie <b>Nenner</b> 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
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	16/1:M
<b>Zähler (Formel)</b>	LUNGENREIF %in% c(1,2)
<b>Nenner (Formel)</b>	fn_Gestalter %between% c(168,237) & TOTGEBURT %==% 0 & round(as.numeric(difftime(GEBDATUMK, AUFNDATUM, unit="days", tz = "Europe/Berlin")) %>=% 2
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_Gestalter
<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

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

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

### Verwendete Datenfelder

#### Datenbasis: Spezifikation 2021

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

### Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	1058
<b>Bezeichnung</b>	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2021</b>	Sentinel Event

<b>Referenzbereich 2020</b>	Sentinel Event
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2020
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> E-E-Zeit > 20 min <b>Nenner</b> Alle Kinder, die per Notfallkaiserschnitt entbunden wurden
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind
<b>Teildatensatzbezug</b>	16/1:K
<b>Zähler (Formel)</b>	EEZEIT %>% 20
<b>Nenner (Formel)</b>	NOTSECTIO %==% 1
<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

### 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung

<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung
----------------------	--

### Verwendete Datenfelder

#### Datenbasis: Spezifikation 2021

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

### Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	50045
<b>Bezeichnung</b>	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung

<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2021</b>	≥ 90,00 %
<b>Referenzbereich 2020</b>	≥ 90,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2020
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Perioperative Antibiotikaphylaxe <b>Nenner</b> Alle Geburten mit Kaiserschnitt-Entbindung
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	16/1:M
<b>Zähler (Formel)</b>	ANTIBIOTSECTIO %in% c(1,2)
<b>Nenner (Formel)</b>	ENTBINDMODUS %any_like% LST\$OPS_Sectio
<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	OPS_Sectio
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

### 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

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

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
31:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
32:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
40:M	Geburtsrisiko	K	s. Anhang: IndikGeburt	GEBRISIKO
75:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
79:K	APGAR	K	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	APGAR5
85:K	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	in mmol/l	BGNABELBEXC
86:K	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	-	BGNABELPH
91:K	Fehlbildungen	M	0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	CRIBFEHLBILD
93:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
94:K	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt	K	0 = nein 1 = ja	TOTVORAUFN
101:K	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	M	s. Anhang: EntlGrundK	ENTLGRUNDK
105:K	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage	K	0 = nein 1 = ja	TOD7TAGE
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

\*Ersatzfeld im Exportformat

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	51803
<b>Bezeichnung</b>	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Logistische Regression (O/E)
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 2,32
<b>Referenzbereich 2020</b>	≤ 2,32
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2020
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Logistische Regression
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Ebene 1: Verstorbene Kinder UND</p> <p>Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND</p> <p>Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16 UND</p> <p>Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH &lt; 7,00)</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Ebene 1: Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind UND</p> <p>Ebene 2: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar UND</p> <p>Ebene 3: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess UND</p> <p>Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert</p> <p><b>O (observed)</b></p> <p>Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND</p> <p>Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND</p> <p>Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND</p> <p>Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH &lt; 7,00)</p> <p><b>E (expected)</b></p> <p>Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND</p> <p>Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5,</p>

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



	Bezug zu QS-Ergebnissen	51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	<p>Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND</p> <p>Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND</p> <p>Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND</p> <p>Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH &lt; 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803</p>
	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	-
<b>Verwendete Funktionen</b>		fn_GEBIndex1_51803_E fn_GEBIndex1_51803_GG fn_GEBIndex1_51803_Z fn_GEBIndex2_51803_E fn_GEBIndex2_51803_GG fn_GEBIndex2_51803_Z fn_GEBIndex3_51803_E fn_GEBIndex3_51803_GG fn_GEBIndex3_51803_Z fn_GEBIndex4_51803_E fn_GEBIndex4_51803_GG fn_GEBIndex4_51803_Z fn_GEBIndexGesamt_51803_E fn_GEBIndexGesamt_51803_GG fn_GEBIndexGesamt_51803_Z fn_Gestalter fn_GestalterWochen
<b>Verwendete Listen</b>		-
<b>Darstellung</b>		-
<b>Grafik</b>		-

## 51808\_51803 - Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern

<b>ID</b>	51808_51803	
<b>Bezeichnung Ebene</b>	Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern	
<b>Art des Wertes</b>	Kalkulatorische Kennzahl	
<b>Bezug zu QS-Ergebnissen</b>	51803	
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung	
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b> Verstorbene Kinder</p> <p><b>Nenner</b> Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind</p> <p><b>O (observed)</b> Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern</p> <p><b>E (expected)</b> Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803</p>	
<b>Zähler (Formel)</b>	O_51808_51803	
<b>Nenner (Formel)</b>	E_51808_51803	
<b>Kalkulatorische Kennzahlen</b>	<b>O (observed)</b>	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51808_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51808_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern
	Operator	Anteil
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex1_51803_Z
	Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
		<b>E (expected)</b>
Art des Wertes		Kalkulatorische Kennzahl
ID		E_51808_51803

	Bezug zu QS-Ergebnissen	51808_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex1_51803_E
	Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_GEBIndex1_51803_E fn_GEBIndex1_51803_GG fn_GEBIndex1_51803_Z fn_Gestalter fn_GestalterWochen	

## Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,016 % (Odds: 0,000)					
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	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 - Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5

<b>ID</b>	51813_51803
<b>Bezeichnung Ebene</b>	Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5
<b>Art des Wertes</b>	Kalkulatorische Kennzahl
<b>Bezug zu QS-Ergebnissen</b>	51803
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 <b>Nenner</b>

	<p>Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar</p> <p><b>O (observed)</b></p> <p>Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5</p> <p><b>E (expected)</b></p> <p>Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803</p>	
<b>Zähler (Formel)</b>	O_51813_51803	
<b>Nenner (Formel)</b>	E_51813_51803	
<b>Kalkulatorische Kennzahlen</b>	<b>O (observed)</b>	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51813_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51813_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5
	Operator	Anteil
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_Z
	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
	<b>E (expected)</b>	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51813_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51813_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Mittelwert
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_E

	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_GEBIndex2_51803_E fn_GEBIndex2_51803_GG fn_GEBIndex2_51803_Z fn_Gestalter fn_GestalterWochen	

## Risikofaktoren

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

## 51818\_51803 - Ebene 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16

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

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

## Risikofaktoren

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

### 51823\_51803 - Ebene 4: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)

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

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

## Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,167 % (Odds: 0,002)					
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	95 %-Vertrauensbereich
Konstante	-6,395145625335610	0,039	-164,543	-	-



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

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

## Mammachirurgie (MC)

### 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion bei DCIS
----------------------	--

#### Verwendete Datenfelder

##### Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
20:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	PRAEICDO3
33:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	OPSCHLUESSEL
36:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
37:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
39:BRUST	pT	K	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
52:BRUST	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladissektion	AXLKENTFOMARK
53:BRUST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja	SLKBIOPSIE
56:B	Entlassungsdiagnose(n )	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG

#### Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	2163
<b>Bezeichnung</b>	Primäre Axilladissektion bei DCIS
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Indikationsstellung
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator

<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2021</b>	Sentinel Event
<b>Referenzbereich 2020</b>	Sentinel Event
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2020
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“ und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dem den QS-Filter auslösenden ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und dem den QS-Filter auslösenden OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.</p> <p>Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2020 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2021 der ICD-Kode C44.5 oder der OPS-Kode 5-408.71 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Mammachirurgie auslösenden Codes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	18/1:BRUST
<b>Zähler (Formel)</b>	AXLKENTFOMARK %==% 2 & SLKBIOPSIE %==% 0
<b>Nenner (Formel)</b>	ARTERKRANK %==% 1 & OPTHERAPIEENDE %==% 1 & fn_DCIS & fn_pTohneNeoadjuvanz & !fn_invasivesMammaCa_prae & fn_PlanQI_GG
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_DCIS fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen fn_invasivesMammaCa_prae fn OPS_QSFilterohneAnpassungen fn_PlanQI_GG fn_pTohneNeoadjuvanz
<b>Verwendete Listen</b>	ICD_O_3_DCIS ICD_O_3_InvasivesMammaCa QSF_MAM_ICD QSF_MAM OPS
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

**Ermittlung statistischer Auffälligkeit**

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

**Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung**

<b>Bezeichnung Gruppe</b>	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung
<b>Qualitätsziel</b>	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 2021

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

**Eigenschaften und Berechnung**

<b>ID</b>	52279
<b>Bezeichnung</b>	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator

<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2021</b>	≥ 95,00 %
<b>Referenzbereich 2020</b>	≥ 95,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2020
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>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.</p> <p>Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2020 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2021 der ICD-Kode C44.5 oder der OPS-Kode 5-408.71 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Mammachirurgie auslösenden Codes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	18/1:O
<b>Zähler (Formel)</b>	RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)
<b>Nenner (Formel)</b>	<pre>PRAEOPMARKIERUNG %==% 2 &amp; (! (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie)   (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie &amp; OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_BET)) &amp; fn_PlanQI_GG</pre>
<b>Verwendete Funktionen</b>	<pre>fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen fn_PlanQI_GG</pre>
<b>Verwendete Listen</b>	<pre>OPS_BET OPS_Mastektomie QSF_MAM_ICD QSF_MAM_OPS</pre>
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

<b>Statistischer Test</b>	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
---------------------------	---

<b>Signifikanzniveau</b>	$\alpha=5\%$
<b>Pseudocode</b>	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) $\leq 0,05$

## 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

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

### Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	52330
<b>Bezeichnung</b>	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2021</b>	$\geq 95,00\%$
<b>Referenzbereich 2020</b>	$\geq 95,00\%$
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2020
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2021</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b>

	<p>Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>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.</p> <p>Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2020 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2021 der ICD-Kode C44.5 oder der OPS-Kode 5-408.71 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Mammachirurgie auslösenden Codes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	18/1:0
<b>Zähler (Formel)</b>	RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)
<b>Nenner (Formel)</b>	<pre>PRAEOPMARKIERUNG %==% 1 &amp; (! (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie)   (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie &amp; OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_BET)) &amp; fn_PlanQI_GG</pre>
<b>Verwendete Funktionen</b>	<pre>fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen fn OPS_QSFilterohneAnpassungen fn_PlanQI_GG</pre>
<b>Verwendete Listen</b>	<pre>OPS_BET OPS_Mastektomie QSF_MAM_ICD QSF_MAM OPS</pre>
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

## Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

### Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Schlüssel: HistolOpGyn	
01	Adnexe: Normalbefund
02	Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste
03	Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste)
04	Adnexe: Dermoid (z.B. benignes Teratom)
05	Adnexe: Endometriose
06	Adnexe: andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)
07	Adnexe: Entzündung
08	Adnexe: Extrauterin gravidität
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 Ia
24	Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia
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
80	Endometriose anderer Lokalisationen
81	Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen



**Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)**

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

<b>Schlüssel: BefMPass</b>	
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

<b>Schlüssel: EntlGrundK</b>	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

<b>Schlüssel: EntlGrundK</b>	
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11	Entlassung in ein Hospiz
12	interne Verlegung
13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

<b>Schlüssel: IndikGeburt</b>	
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	mangelnde Kooperation der Mutter
77	pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne
78	grünes Fruchtwasser
79	Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)
80	Nabelschnurvorfall
81	sonstige Nabelschnurkomplikationen

<b>Schlüssel: IndikGeburt</b>	
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

## Mammachirurgie (MC)

<b>Schlüssel: ICDO3Mamma</b>	
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

Schlüssel: ICDO3Mamma	
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	Kribriiformes Karzinom o.n.A.
8201/6	Kribriiformes Karzinom o.n.A., Metastase
8201/9	Kribriiformes 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

<b>Schlüssel: ICDO3Mamma</b>	
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.
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 Primärtumor oder Metastase
8543/3	M. Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom
8550/3	Azinuszellkarzinom
8550/6	Azinuszellkarzinom, Metastase
8550/9	Azinuszellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8560/3	Adenosquamöses Karzinom
8560/6	Adenosquamöses Karzinom, Metastase
8560/9	Adenosquamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8571/3	Adenokarzinom mit Knorpel- und Knochenmetaplasie
8572/3	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie
8572/6	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, Metastase
8572/9	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8574/3	Adenokarzinom mit neuroendokriner Differenzierung
8575/3	Metaplastisches Karzinom o.n.A.
8575/6	Metaplastisches Karzinom o.n.A., Metastase
8575/9	Metaplastisches Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8800/3	Sarkom o.n.A.
8800/6	Sarkom o.n.A., Metastase
8800/9	Sarkomatose o.n.A.
8802/3	Riesenzellsarkom
8830/3	Malignes fibröses Histiozytom
8850/3	Liposarkom o.n.A.
8850/6	Liposarkom o.n.A., Metastase

<b>Schlüssel: ICDO3Mamma</b>	
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.

<b>Schlüssel: pTMamma</b>	
pT0	pT0
pT1	pT1
pT1a	pT1a
pT1b	pT1b
pT1c	pT1c
pT1mic	pT1mic
pT2	pT2
pT3	pT3



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

## Anhang II: Listen

## Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_GynCAOvar	ICD	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Mammakarzinom)	C50%
ICD_GynCARisiko	ICD	Risikofaktoren für Bösartige Neubildungen	Z40.00%, Z40.01%, Z85.3%
ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum	ICD	Endometriose an Darm, Uterus oder Septum rectovaginale und der Vagina	N80.0%, N80.4%, N80.5%
ICD_GynTranssex	ICD	Diagnose Transsexualismus	F64.0%
OPS_GYN_Adhaesiolyse	OPS	Adhäsiolyse an Darm, Peritoneum oder Ovar	5-469.11%, 5-469.20%, 5-469.21%, 5-469.22%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.73%
OPS_GYN_Exzision	OPS	Exzisionsbiopsie oder Exzision einer Ovarialzyste	5-651.82%, 5-651.92%
OPS_GynLapOP	OPS	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang	5-650.4%, 5-650.5%, 5-651.82%, 5-651.83%, 5-651.92%, 5-651.93%, 5-651.a2%, 5-651.a3%, 5-651.b2%, 5-651.b3%, 5-651.x2%, 5-651.x3%, 5-652.42%, 5-652.43%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-653.22%, 5-653.23%, 5-653.32%, 5-653.33%, 5-656.82%, 5-656.83%, 5-656.92%, 5-656.93%, 5-656.a2%, 5-656.a3%, 5-656.b2%, 5-656.b3%, 5-656.x2%, 5-656.x3%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.72%, 5-657.73%, 5-657.82%, 5-657.83%, 5-657.92%, 5-657.93%, 5-657.x2%, 5-657.x3%, 5-659.22%, 5-659.23%, 5-659.x2%, 5-659.x3%, 5-660.4%, 5-660.5%, 5-661.42%, 5-661.43%, 5-661.52%, 5-661.53%, 5-661.62%, 5-661.63%, 5-663.02%, 5-663.03%, 5-663.12%, 5-663.13%, 5-663.22%, 5-663.23%, 5-663.32%, 5-663.33%, 5-663.42%, 5-663.43%, 5-663.52%, 5-663.53%, 5-663.x2%, 5-663.x3%

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

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-661.45%, 5-661.4x%, 5-661.50%, 5-661.51%, 5-661.54%, 5-661.55%, 5-661.5x%, 5-661.60%, 5-661.61%, 5-661.64%, 5-661.65%, 5-661.6x%, 5-661.y%, 5-663.00%, 5-663.01%, 5-663.04%, 5-663.05%, 5-663.0x%, 5-663.10%, 5-663.11%, 5-663.14%, 5-663.15%, 5-663.1x%, 5-663.20%, 5-663.21%, 5-663.24%, 5-663.25%, 5-663.2x%, 5-663.30%, 5-663.31%, 5-663.34%, 5-663.35%, 5-663.3x%, 5-663.40%, 5-663.41%, 5-663.44%, 5-663.45%, 5-663.4x%, 5-663.50%, 5-663.51%, 5-663.54%, 5-663.55%, 5-663.5x%, 5-663.x0%, 5-663.x1%, 5-663.x4%, 5-663.x5%, 5-663.xx%, 5-663.y%, 5-665.40%, 5-665.41%, 5-665.44%, 5-665.45%, 5-665.4x%, 5-665.50%, 5-665.51%, 5-665.54%, 5-665.55%, 5-665.5x%, 5-665.x0%, 5-665.x1%, 5-665.x4%, 5-665.x5%, 5-665.xx%, 5-665.y%, 5-666.80%, 5-666.81%, 5-666.84%, 5-666.85%, 5-666.8x%, 5-666.90%, 5-666.91%, 5-666.94%, 5-666.95%, 5-666.9x%, 5-666.a0%, 5-666.a1%, 5-666.a4%, 5-666.a5%, 5-666.ax%, 5-666.b0%, 5-666.b1%, 5-666.b4%, 5-666.b5%, 5-666.bx%, 5-666.x0%, 5-666.x1%, 5-666.x4%, 5-666.x5%, 5-666.xx%, 5-666.y%, 5-669%, 5-682.00%, 5-682.01%, 5-682.04%, 5-682.05%, 5-682.0x%, 5-682.1%, 5-682.10%, 5-682.11%, 5-682.14%, 5-682.15%, 5-682.1x%, 5-682.20%, 5-682.2x%, 5-682.x%, 5-682.x0%, 5-682.x1%, 5-682.x4%, 5-682.x5%, 5-682.xx%, 5-682.y%, 5-683.00%, 5-683.01%, 5-683.02%, 5-683.05%, 5-683.0x%, 5-683.10%, 5-683.11%, 5-683.12%, 5-683.15%, 5-683.1x%, 5-683.20%, 5-683.21%, 5-683.22%, 5-683.25%, 5-683.2x%, 5-683.x0%, 5-683.x1%, 5-683.x2%, 5-683.x5%, 5-683.xx%, 5-683.y%, 5-684.0%, 5-684.1%, 5-684.2%, 5-684.3%, 5-684.x%, 5-684.y%, 5-685.00%, 5-685.01%, 5-685.02%, 5-685.03%, 5-685.0x%, 5-685.1%, 5-685.2%, 5-685.3%, 5-685.40%, 5-685.41%, 5-685.42%, 5-685.43%, 5-685.4x%, 5-685.x%, 5-685.y%, 5-686.00%, 5-686.01%, 5-686.02%, 5-686.03%, 5-686.0x%, 5-686.1%, 5-686.2%, 5-686.3%, 5-686.x%, 5-686.y%, 5-687.0%, 5-687.1%, 5-687.2%, 5-687.30%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-687.31%, 5-687.3x%, 5-687.y%, 5-689.00%, 5-689.01%, 5-689.02%, 5-689.05%, 5-689.0x%, 5-689.x%, 5-689.y%, 5-744.00%, 5-744.01%, 5-744.04%, 5-744.05%, 5-744.0x%, 5-744.10%, 5-744.11%, 5-744.14%, 5-744.15%, 5-744.1x%, 5-744.20%, 5-744.21%, 5-744.24%, 5-744.25%, 5-744.2x%, 5-744.30%, 5-744.31%, 5-744.34%, 5-744.35%, 5-744.3x%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.4x%
OPS_GynOvarOP	OPS	Geweberesezierende Operation am Ovar	5-651.8%, 5-651.9%, 5-652%, 5-653%, 5-659.2%
OPS_GynOvarOP_EX	OPS	Ausschluss Ovariectomie und Salpingoovariectomie	5-652%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativ	OPS	Isolierte ablative Operation am Ovar	5-652.4%, 5-652.6%, 5-652.y%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativZusatz	OPS	Zusätzlich zu der isolierten ablativen Operation am Ovar erlaubte Codes, 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 Codes, die keinen Ausschluss aus der Betrachtung des Indikators zur Folge haben.	1%, 3%, 5-540%, 5-541.0%, 5-541.1%, 5-541.2%, 5-541.3%, 5-542%, 5-651.a%, 5-651.b%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
QSF_GYN_OPS	OPS	Alle QS-Filter auslösende Codes	5-650.2%, 5-650.3%, 5-650.4%, 5-650.5%, 5-650.6%, 5-650.7%, 5-650.x%, 5-650.y%, 5-651.80%, 5-651.81%, 5-651.82%, 5-651.83%, 5-651.84%, 5-651.85%, 5-651.8x%, 5-651.90%, 5-651.91%, 5-651.92%, 5-651.93%, 5-651.94%, 5-651.95%, 5-651.9x%, 5-651.a0%, 5-651.a1%, 5-651.a2%, 5-651.a3%, 5-651.a4%, 5-651.a5%, 5-651.ax%, 5-651.b0%, 5-651.b1%, 5-651.b2%, 5-651.b3%, 5-651.b4%, 5-651.b5%, 5-651.bx%, 5-651.x0%, 5-651.x1%, 5-651.x2%, 5-651.x3%, 5-651.x4%, 5-651.x5%, 5-651.xx%, 5-651.y%, 5-652.40%, 5-652.41%, 5-652.42%, 5-652.43%, 5-652.44%, 5-652.45%, 5-652.4x%, 5-652.50%, 5-652.51%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.54%, 5-652.55%, 5-652.5x%, 5-652.60%, 5-652.61%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-652.64%, 5-652.65%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-652.6x%, 5-652.y%, 5-653.20%, 5-653.21%, 5-653.22%, 5-653.23%, 5-653.24%, 5-653.25%, 5-653.2x%, 5-653.30%, 5-653.31%, 5-653.32%, 5-653.33%, 5-653.34%, 5-653.35%, 5-653.3x%, 5-653.y%, 5-656.80%, 5-656.81%, 5-656.82%, 5-656.83%, 5-656.84%, 5-656.85%, 5-656.8x%, 5-656.90%, 5-656.91%, 5-656.92%, 5-656.93%, 5-656.94%, 5-656.95%, 5-656.9x%, 5-656.a0%, 5-656.a1%, 5-656.a2%, 5-656.a3%, 5-656.a4%, 5-656.a5%, 5-656.ax%, 5-656.x0%, 5-656.x1%, 5-656.x2%, 5-656.x3%, 5-656.x4%, 5-656.x5%, 5-656.xx%, 5-656.y%, 5-657.60%, 5-657.61%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.64%, 5-657.65%, 5-657.6x%, 5-657.70%, 5-657.71%, 5-657.72%, 5-657.73%, 5-657.74%, 5-657.75%, 5-657.7x%, 5-657.80%, 5-657.81%, 5-657.82%, 5-657.83%, 5-657.84%, 5-657.85%, 5-657.8x%, 5-657.90%, 5-657.91%, 5-657.92%, 5-657.93%, 5-657.94%, 5-657.95%, 5-657.9x%, 5-657.x0%, 5-657.x1%, 5-657.x2%, 5-657.x3%, 5-657.x4%, 5-657.x5%, 5-657.xx%, 5-657.y%, 5-658.6%, 5-658.7%, 5-658.8%, 5-658.9%, 5-658.x%, 5-658.y%, 5-659.20%, 5-659.21%, 5-659.22%, 5-659.23%, 5-659.24%, 5-659.25%, 5-659.2x%, 5-659.x0%, 5-659.x1%, 5-659.x2%, 5-659.x3%, 5-659.x4%, 5-659.x5%, 5-659.xx%, 5-659.y%, 5-660.2%, 5-660.3%, 5-660.4%, 5-660.5%, 5-660.6%, 5-660.7%, 5-660.x%, 5-660.y%, 5-661.40%, 5-661.41%, 5-661.42%, 5-661.43%, 5-661.44%, 5-661.45%, 5-661.4x%, 5-661.50%, 5-661.51%, 5-661.52%, 5-661.53%, 5-661.54%, 5-661.55%, 5-661.5x%, 5-661.60%, 5-661.61%, 5-661.62%, 5-661.63%, 5-661.64%, 5-661.65%, 5-661.6x%, 5-661.y%, 5-663.00%, 5-663.01%, 5-663.02%, 5-663.03%, 5-663.04%, 5-663.05%, 5-663.0x%, 5-663.10%, 5-663.11%, 5-663.12%, 5-663.13%, 5-663.14%, 5-663.15%, 5-663.1x%, 5-663.20%, 5-663.21%, 5-663.22%, 5-663.23%, 5-663.24%, 5-663.25%, 5-663.2x%, 5-663.30%, 5-663.31%, 5-663.32%, 5-663.33%, 5-663.34%, 5-663.35%, 5-663.3x%, 5-663.40%, 5-663.41%, 5-663.42%, 5-663.43%, 5-663.44%, 5-663.45%, 5-663.4x%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-663.50%, 5-663.51%, 5-663.52%, 5-663.53%, 5-663.54%, 5-663.55%, 5-663.5x%, 5-663.x0%, 5-663.x1%, 5-663.x2%, 5-663.x3%, 5-663.x4%, 5-663.x5%, 5-663.xx%, 5-663.y%, 5-665.40%, 5-665.41%, 5-665.42%, 5-665.43%, 5-665.44%, 5-665.45%, 5-665.4x%, 5-665.50%, 5-665.51%, 5-665.52%, 5-665.53%, 5-665.54%, 5-665.55%, 5-665.5x%, 5-665.x0%, 5-665.x1%, 5-665.x2%, 5-665.x3%, 5-665.x4%, 5-665.x5%, 5-665.xx%, 5-665.y%, 5-666.80%, 5-666.81%, 5-666.82%, 5-666.83%, 5-666.84%, 5-666.85%, 5-666.8x%, 5-666.90%, 5-666.91%, 5-666.92%, 5-666.93%, 5-666.94%, 5-666.95%, 5-666.9x%, 5-666.a0%, 5-666.a1%, 5-666.a2%, 5-666.a3%, 5-666.a4%, 5-666.a5%, 5-666.ax%, 5-666.b0%, 5-666.b1%, 5-666.b2%, 5-666.b3%, 5-666.b4%, 5-666.b5%, 5-666.bx%, 5-666.x0%, 5-666.x1%, 5-666.x2%, 5-666.x3%, 5-666.x4%, 5-666.x5%, 5-666.xx%, 5-666.y%, 5-667.0%, 5-667.1%, 5-667.2%, 5-667.x%, 5-667.y%, 5-669%, 5-683.10%, 5-683.11%, 5-683.12%, 5-683.13%, 5-683.14%, 5-683.15%, 5-683.1x%, 5-683.20%, 5-683.21%, 5-683.22%, 5-683.23%, 5-683.24%, 5-683.25%, 5-683.2x%, 5-683.6%, 5-683.7%, 5-687.0%, 5-687.1%, 5-687.2%, 5-687.30%, 5-687.31%, 5-687.3x%, 5-687.y%, 5-689.x%, 5-689.y%, 5-744.00%, 5-744.01%, 5-744.02%, 5-744.03%, 5-744.04%, 5-744.05%, 5-744.0x%, 5-744.10%, 5-744.11%, 5-744.12%, 5-744.13%, 5-744.14%, 5-744.15%, 5-744.1x%, 5-744.20%, 5-744.21%, 5-744.22%, 5-744.23%, 5-744.24%, 5-744.25%, 5-744.2x%, 5-744.30%, 5-744.31%, 5-744.32%, 5-744.33%, 5-744.34%, 5-744.35%, 5-744.3x%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.42%, 5-744.43%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.4x%

**Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)**

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

**Mammachirurgie (MC)**

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_O_3_DCIS	ICD-O-3	DCIS (Ductal Carcinoma in Situ)	8500/2, 8503/2, 8504/2, 8507/2, 8540/3, 8543/3
ICD_O_3_InvasivesMammaCa	ICD-O-3	Invasives Mammakarzinom	8010/3, 8010/6, 8010/9, 8013/3, 8013/6, 8013/9, 8022/3, 8022/6, 8022/9, 8035/3, 8035/6, 8035/9, 8041/3, 8041/6, 8041/9, 8070/3, 8070/6, 8070/9, 8140/6, 8140/9, 8200/3, 8200/6, 8200/9, 8201/3, 8201/6, 8201/9, 8211/3, 8211/6, 8211/9, 8246/3, 8249/3, 8249/6, 8249/9, 8265/3, 8265/6, 8265/9, 8290/3, 8290/6, 8290/9, 8314/3, 8314/6, 8314/9, 8315/3, 8315/6, 8315/9, 8401/3, 8401/6, 8401/9, 8410/3, 8410/6, 8410/9, 8430/3, 8430/6, 8430/9, 8480/3, 8480/6, 8480/9, 8490/3, 8490/6, 8490/9, 8500/3, 8500/6, 8500/9, 8502/3, 8502/6, 8502/9, 8503/3, 8503/6, 8503/9, 8504/3, 8510/3, 8510/6, 8510/9, 8520/3, 8520/6, 8520/9, 8522/3, 8522/6, 8522/9, 8523/3, 8523/6, 8523/9, 8524/3, 8524/6, 8524/9, 8530/3, 8530/6, 8530/9, 8541/3, 8541/6, 8541/9, 8550/3, 8550/6, 8550/9, 8560/3, 8560/6, 8560/9, 8571/3, 8572/3, 8572/6, 8572/9, 8574/3, 8575/3, 8575/6, 8575/9, 8982/3, 8982/6, 8982/9
OPS_BET	OPS	Brusterhaltende Operationen	5-870.20%, 5-870.21%, 5-870.60%, 5-870.61%, 5-870.90%, 5-870.91%, 5-870.a0%, 5-870.a1%, 5-870.a2%, 5-870.a3%, 5-870.a4%, 5-870.a5%, 5-870.a6%, 5-870.a7%, 5-870.ax%, 5-870.x%, 5-870.y%



Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
OPS_Mastektomie	OPS	Mastektomie	5-872.0%, 5-872.1%, 5-872.x%, 5-872.y%, 5-874.0%, 5-874.1%, 5-874.2%, 5-874.4%, 5-874.5%, 5-874.6%, 5-874.7%, 5-874.8%, 5-874.x%, 5-874.y%, 5-877.0%, 5-877.10%, 5-877.11%, 5-877.12%, 5-877.1x%, 5-877.20%, 5-877.21%, 5-877.22%, 5-877.2x%, 5-877.x%, 5-877.y%
QSF_MAM_ICD	ICD	Alle QS-Filter auslösende Kodes	C44.5%, C50.0%, C50.1%, C50.2%, C50.3%, C50.4%, C50.5%, C50.6%, C50.8%, C50.9%, C76.1%, D04.5%, D05.0%, D05.1%, D05.7%, D05.9%, D17.1%, D24%, D48.6%, N60.0%, N60.1%, N60.2%, N60.3%, N60.4%, N60.8%, N60.9%, N63%, N64.3%, N64.5%
QSF_MAM_OPS	OPS	Alle QS-Filter auslösende Kodes	1-586.1%, 1-586.2%, 1-589.0%, 5-401.10%, 5-401.11%, 5-401.12%, 5-401.13%, 5-401.1x%, 5-402.10%, 5-402.11%, 5-402.12%, 5-402.13%, 5-402.1x%, 5-404.00%, 5-404.01%, 5-404.02%, 5-404.03%, 5-404.0x%, 5-406.10%, 5-406.11%, 5-406.12%, 5-406.13%, 5-406.1x%, 5-407.00%, 5-407.01%, 5-407.02%, 5-407.03%, 5-407.0x%, 5-408.71%, 5-870.20%, 5-870.21%, 5-870.60%, 5-870.61%, 5-870.90%, 5-870.91%, 5-870.a0%, 5-870.a1%, 5-870.a2%, 5-870.a3%, 5-870.a4%, 5-870.a5%, 5-870.a6%, 5-870.a7%, 5-870.ax%, 5-870.x%, 5-870.y%, 5-872.0%, 5-872.1%, 5-872.x%, 5-872.y%, 5-874.0%, 5-874.1%, 5-874.2%, 5-874.4%, 5-874.5%, 5-874.6%, 5-874.7%, 5-874.8%, 5-874.x%, 5-874.y%, 5-877.0%, 5-877.10%, 5-877.11%, 5-877.12%, 5-877.1x%, 5-877.20%, 5-877.21%, 5-877.22%, 5-877.2x%, 5-877.x%, 5-877.y%, 5-879.0%, 5-879.x%, 5-879.y%, 5-882.1%

### **Anhang III: Vorberechnungen**

#### **Gynäkologische Operationen (GYN-OP)**

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

#### **Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)**

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

#### **Mammachirurgie (MC)**

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

## Anhang IV: Funktionen

## Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_GynIsolierteAdnexe	boolean	Isolierte Adnexeingriffe (OPS 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) mit Zusatzeingriffen	<pre> OPSchLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GynOvarOP &amp; OPSchLUESSEL %all_like% union(LST\$OPS_GynOvarOP, LST\$OPS_GynOvarOPZusatz) </pre>
fn_GynIsolierteAdnexeAblativ	boolean	Isolierte Adnexeingriffe, ablativ (OPS 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) mit Zusatzeingriffen	<pre> OPSchLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GynOvarOPAblativ &amp; OPSchLUESSEL %all_like% union(LST\$OPS_GynOvarOPAblativ, LST\$OPS_GynOvarOPAblativZusatz) </pre>
fn_GynLapOP	boolean	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang unter Ausschluss von Operationen mit anderen Zugangsarten	<pre> OPSchLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GynLapOP &amp; !(OPSchLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GynLapOP_EX) </pre>
fn_GYNScore_51906	float	Score zur logistischen Regression - ID 51906	<pre> # Funktion fn_GYNScore_51906  # definiere Summationsvariable log_odds log_odds &lt;- 0  # Konstante log_odds &lt;- log_odds + (1) * -5.722901633080327  # Alter (linear, in Jahren) log_odds &lt;- log_odds + (alter) * 0.016136083139584  # ASA-Klassifikation 1 log_odds &lt;- log_odds + (ASA == 1) * -0.479275945734139 </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> # ASA-Klassifikation 2 log_odds &lt;- log_odds + (ASA %==% 2) * -0.269657206006156  # Adhäsiolyse log_odds &lt;- log_odds + (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GYN_Adhaesiolyse) * 0.496373341576176  # Endometriose log_odds &lt;- log_odds + (ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum) * 0.253514778109876  # Exzision log_odds &lt;- log_odds + (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GYN_Exzision) * -0.500631959334623  # Voroperation im OP-Gebiet log_odds &lt;- log_odds + (VOROPGLEICH %==% 1) * 0.504827504455176  # Interaktion: ASA-Klassifikation 4 oder 5 mit Adhäsiolyse oder Endometriose log_odds &lt;- log_odds + (((OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GYN_Adhaesiolyse)   (ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_GynEndometriose_Darm_Uterus_Septum)) * (ASA %in% c(4,5))) * 0.849426443506206  # Interaktion: Voroperation im OP-Gebiet mit Adhäsiolyse log_odds &lt;- log_odds + ((OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GYN_Adhaesiolyse) * (VOROPGLEICH %==% 1)) * 0.217048041247456  # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100 </pre>
fn_IstErsteOP	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   IOPKOMPLORGAN %==% 1
fn_PlanQI_GG	boolean	Anpassung der Grundgesamtheit, sodass die OPS-Kodes 5-683.6 und 5-683.7 nicht mehr zum Einschluss führen. Es handelt sich um Uterusexstirpationen mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation mit Salpingoovariektomie.	OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_GYN_OPS[!LST\$QSF_GYN_OPS %any_like% c("5-683.6%", "5-683.7%")]
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF

### Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndex1_51803_E	float	Index Ebene 1 (E)	# Funktion fn_GEBIndex1_51803_E  # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0  # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -8.741219115372280  # Gestationsalter 37 abgeschlossene SSW log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 37) * 0.710122396566268  # Fehlbildung vorhanden log_odds <- log_odds + (CRIBFEHLBILD %any_in%

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre>c(1,3,4) * 4.124600501154170  # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100</pre>
fn_GEBIndex1_51803_GG	boolean	Index Ebene 1 (GG): Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind	<pre>TOTVORAUFN !=% 1 &amp; fn_Gestalter %between% c(259,293)</pre>
fn_GEBIndex1_51803_Z	boolean	Index Ebene 1 (Z): Verstorbene Kinder	<pre>ENTLGRUNDK ==% "07"   TOD7TAGE ==% 1</pre>
fn_GEBIndex2_51803_E	float	Index Ebene 2 (E)	<pre># Funktion fn_GEBIndex2_51803_E  # definiere Summationsvariable log_odds log_odds &lt;- 0  # Konstante log_odds &lt;- log_odds + (1) * -6.296304790074080  # Gestationsalter 37 abgeschlossene SSW log_odds &lt;- log_odds + (fn_GestalterWochen ==% 37) * 0.427146023124653  # Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung log_odds &lt;- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 66) * 0.602326918827803  # Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall log_odds &lt;- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 80) * 1.606621135871970  # Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung log_odds &lt;- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 71) * 2.778854067046700  # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			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	TOTGEBURT %==% 0 & fn_Gestalter %between% c(259,293) & APGAR5 %between% c(0,10)
fn_GEBIndex2_51803_Z	boolean	Index Ebene 2 (Z): Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	APGAR5 %<% 5
fn_GEBIndex3_51803_E	float	Index Ebene 3 (E)	# Funktion fn_GEBIndex3_51803_E  # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0  # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -6.207490210645980  # Gestationsalter 40 abgeschlossene SSW log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 40) * 0.376572683027642  # Gestationsalter 41 abgeschlossene SSW log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 41) * 0.519498200510977  # Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 66) * 0.574033325260986  # Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 80) * 0.908635123385593  # Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 71) * 2.647809559960010  # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			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	BGNABELBEXC %<% -16
fn_GEBIndex4_51803_E	float	Index Ebene 4 (E)	# Funktion fn_GEBIndex4_51803_E  # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0  # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -6.395145625335610  # Gestationsalter 40 abgeschlossene SSW log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 40) * 0.263975452491729  # Gestationsalter 41 abgeschlossene SSW log_odds <- log_odds + (fn_GestalterWochen %==% 41) * 0.518769964797240  # Schwangerschafts-Risiko: Diabetes mellitus log_odds <- log_odds + (SSBEFUND %any_in% 9) * 0.488859060460810  # Geburtsrisiko: Hypertensive Schwangerschaftserkrankung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 66) * 0.886209664973184  # Geburtsrisiko: Nabelschnurvorfall log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 80) * 2.062746647377880  # Geburtsrisiko: Vorzeitige Plazentalösung log_odds <- log_odds + (GEBRISIKO %any_in% 71) *



Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre>3.258504728963050  # Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100</pre>
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	<pre>TOTGEBURT %==% 0 &amp; fn_Gestalter %between% c(259,293) &amp; BGNABELPH %&gt;=% 6.50 &amp; BGNABELPH %&lt;% 8.00</pre>
fn_GEBIndex4_51803_Z	boolean	Index Ebene 4 (Z): Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	<pre>BGNABELPH %&lt;% 7.00</pre>
fn_GEBIndexGesamt_51803_E	float	Index Gesamt (E): Summe	<pre># inits lExpected &lt;- list()  # E nach Ebenen lExpected\$Ebene1 &lt;- (!is.na(fn_GEBIndex1_51803_GG) &amp; fn_GEBIndex1_51803_GG) * fn_GEBIndex1_51803_E  lExpected\$Ebene2 &lt;- (!is.na(fn_GEBIndex2_51803_GG) &amp; fn_GEBIndex2_51803_GG) * fn_GEBIndex2_51803_E  lExpected\$Ebene3 &lt;- (!is.na(fn_GEBIndex3_51803_GG) &amp; fn_GEBIndex3_51803_GG) * fn_GEBIndex3_51803_E  lExpected\$Ebene4 &lt;- (!is.na(fn_GEBIndex4_51803_GG) &amp; fn_GEBIndex4_51803_GG) * fn_GEBIndex4_51803_E  # Summe row_sums( lExpected\$Ebene1, lExpected\$Ebene2, lExpected\$Ebene3, lExpected\$Ebene4 ) / 100</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_GEBIndexGesamt_51803_GG	integer	Index Gesamt (GG): Summe der zutreffenden Nennerbedingungen, d. h. ein Fall kann bis zu 4-mal im Nenner gezählt werden	<pre>row_sums (   fn_GEBIndex1_51803_GG,   fn_GEBIndex2_51803_GG,   fn_GEBIndex3_51803_GG,   fn_GEBIndex4_51803_GG )</pre>
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	<pre>row_sums (   fn_GEBIndex1_51803_GG &amp;   fn_GEBIndex1_51803_Z,   fn_GEBIndex2_51803_GG &amp;   fn_GEBIndex2_51803_Z,   fn_GEBIndex3_51803_GG &amp;   fn_GEBIndex3_51803_Z,   fn_GEBIndex4_51803_GG &amp;   fn_GEBIndex4_51803_Z )</pre>
fn_Gestalter	integer	Gestationsalter in Tagen	<pre>nTragzeitkliWo &lt;- TRAGZEITKLIN * 7 nAbstGebterm &lt;- 280 + round(   as.numeric(difftime(GEBDATUMK, GEBTERMIN,     unit="days", tz = "Europe/Berlin")) )  f1 &lt;- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo,   NA_integer_)  f2 &lt;- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo,   abstGebterm + 280)  f3 &lt;- ifelse(abs(nTragzeitkliWo-nAbstGebterm)%&lt;%14,   nAbstGebterm, nTragzeitkliWo)  result &lt;- ifelse(!is.na(GEBTERMIN),   ifelse(SSBEFUND %any_in% 38, f1,     ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), f3,       nAbstGebterm     )   ), f2 ) result</pre>

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

## Mammachirurgie (MC)

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

## Anlage 2: Prospektive Rechenregeln der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Erfassungsjahr 2022

### Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

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

<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe
----------------------	--

#### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

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

#### Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	10211
<b>Bezeichnung</b>	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Indikationsstellung
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2022</b>	≤ 20,00 %
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 20,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2021
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Alle isolierten Ovareingriffe mit Gewebeentnahme und Angabe einer Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund

	<p><b>Nenner</b></p> <p>Alle durchgeführten isolierten Ovaryingriffe mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-651.x*, 5-651.y*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*] und Angaben zur postoperativen Histologie, unter Ausschluss von Patientinnen, bei denen eine einseitige oder beidseitige Uterusexstirpation mit einer ausgedehnten retroperitonealen Präparation und Salpingoovariektomie erfolgte (OPS 5-683.6* und 5-683.7*), Patientinnen mit (Salpingo-) Ovariektomie bei Mammakarzinom (Entlassungsdiagnose C50* mit gleichzeitiger Dokumentation von OPS: 5-652* oder 5-653*), mit prophylaktischer Operation an der Brustdrüse oder am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Entlassungsdiagnose: Z40.00, Z40.01) oder mit bösartiger Neubildung an der Brustdrüse in der Eigenanamnese (Entlassungsdiagnose: Z85.3) und Ausschluss von Personen mit der Diagnose Transsexualismus (Entlassungsdiagnose: F64.0).</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p><b>Zähler:</b></p> <p>Ein isolierter Ovaryingriff wird dann berücksichtigt, wenn nach Untersuchung des Gewebes „Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste“ oder „histologisch Normalbefund“ als führender histologischer Befund vorliegt.</p> <p><b>Nenner:</b></p> <p>Nur isolierte Ovaryingriffe (OPS: 5-652.4*, 5-652.6*, 5-652.y*, 5-653*) mit Angabe zur Histologie werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt. Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2021 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2022 die OPS-Kodes 5-683.6 oder 5-683.7 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	15/1:0
<b>Zähler (Formel)</b>	HISTOL %in% c("01", "02")
<b>Nenner (Formel)</b>	<pre>fn_GynIsolierteAdnexeAblativ &amp; !(ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_GynCAOvar &amp; OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_GynOvarOP_EX) &amp; !(ENTLDIAG %any_like% c(LST\$ICD_GynCARisiko, LST\$ICD_GynTranssex)) &amp; HISTOLJN %==% 1 &amp; fn_PlanQI_GG</pre>
<b>Verwendete Funktionen</b>	<pre>fn_GynIsolierteAdnexeAblativ fn_PlanQI_GG</pre>
<b>Verwendete Listen</b>	<pre>ICD_GynCAOvar ICD_GynCARisiko ICD_GynTranssex OPS_GynOvarOPAblativ OPS_GynOvarOPAblativZusatz OPS_GynOvarOP_EX QSF_GYN_OPS</pre>
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

**12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovariengriff mit Gewebeentfernung**

<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovariengriffen und fehlender postoperativer Histologie
----------------------	---

**Verwendete Datenfelder**

Datenbasis: Spezifikation 2022

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

**Eigenschaften und Berechnung**

<b>ID</b>	12874
<b>Bezeichnung</b>	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovariengriff mit Gewebeentfernung
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Indikationsstellung
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2022</b>	≤ 5,00 %
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 5,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2021
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Isolierter Ovariengriff ohne Angabe einer postoperativen Histologie</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle isolierten Ovariengriffe mit Gewebeentfernung (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) [Folgende OPS sind zusätzlich erlaubt: 1*, 3*, 5-540*, 5-541.0*, 5-541.1*, 5-541.2*, 5-541.3*, 5-542*, 5-651.a*, 5-651.b*, 5-656*, 5-657*, 5-658*, 5-85*, 5-87*, 5-88*, 5-89*, 5-9*, 6*, 8*, 9*]. Ausgeschlossen werden Patientinnen, bei denen eine einseitige oder beidseitige Uterusexstirpation mit einer ausgedehnten retroperitonealen Präparation und Salpingoovariektomie erfolgte (OPS 5-683.6* und 5-683.7*).</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p><b>Zähler:</b></p> <p>Ein isolierter Ovariengriff wird im Zähler gewertet, wenn eine Angabe zur durchgeführten histologischen Untersuchung fehlt.</p> <p><b>Nenner:</b></p> <p>Alle dokumentierten isolierten Ovariengriffe (OPS: 5-651.8*, 5-651.9*, 5-652*, 5-653*, 5-659.2*) einer Patientin werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt.</p>

	Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2021 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2022 die OPS-Kodes 5-683.6 oder 5-683.7 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.
<b>Teildatensatzbezug</b>	15/1:O
<b>Zähler (Formel)</b>	HISTOLJN %==% 0
<b>Nenner (Formel)</b>	fn_GynIsolierteAdnexe & fn_PlanQI_GG
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_GynIsolierteAdnexe fn_PlanQI_GG
<b>Verwendete Listen</b>	OPS_GynOvarOP OPS_GynOvarOPZusatz QSF_GYN_OPS
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

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

<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
----------------------	--

### Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:O	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
14:O	Operation	M	OPS (amtliche Kodes): <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	OPSCHLUESSEL
17.1:O	Blase	K	1 = ja	IOPKOMPLBLASE
17.2:O	Harnleiter	K	1 = ja	IOPKOMPLHARNL
17.3:O	Urethra	K	1 = ja	IOPKOMPLURETHRA
17.4:O	Darm	K	1 = ja	IOPKOMPLDARM
17.5:O	Uterus	K	1 = ja	IOPKOMPLUTERUS
17.6:O	Gefäß-/Nervenläsion	K	1 = ja	IOPKOMPLGEFNERV
17.8:O	andere Organverletzungen	K	1 = ja	IOPKOMPLORGAN

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

\*Ersatzfeld im Exportformat

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	51906
<b>Bezeichnung</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Indirekte Standardisierung
<b>Referenzbereich 2022</b>	≤ 4,18
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 4,18
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2021
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Indirekte Standardisierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
<b>Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)</b>	Adhäsiolysen Alter ASA-Klassifikation Endometriose Exzision Voroperation im OP-Gebiet
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang bei der ersten Operation. Ausgeschlossen werden Patientinnen, bei denen eine einseitige oder beidseitige Uterusexstirpation mit einer ausgedehnten retroperitonealen Präparation und Salpingoovariektomie erfolgte (OPS 5-683.6* und 5-683.7*).</p> <p><b>O (observed)</b></p> <p>Beobachtete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation</p> <p><b>E (expected)</b></p> <p>Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für ID 51906</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p><b>Zähler:</b></p> <p>Als Organverletzungen zählen Verletzungen von Blase, Harnleiter, Urethra, Darm, Uterus, sowie Gefäß-/Nervenläsion oder andere Organverletzungen.</p>



	<p>Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung werden dann gezählt, wenn bei der ersten Operation der berücksichtigten Grundgesamtheit eine Organverletzung vorliegt.</p> <p>Nenner:          Es werden Patientinnen mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang gezählt. Patientinnen, bei denen zusätzlich mindestens ein OPS-Kode aus der Liste OPS_GynLapOP_EX dokumentiert wurde, werden aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.          Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2021 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2022 die OPS-Kodes 5-683.6 oder 5-683.7 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen auslösenden Kodes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.</p>	
<b>Teildatensatzbezug</b>	15/1:B	
<b>Zähler (Formel)</b>	O_51906	
<b>Nenner (Formel)</b>	E_51906	
<b>Kalkulatorische Kennzahlen</b>	<b>O (observed)</b>	
	Art des Wertes	Kalkulatorische 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	Anzahl
	Teildatensatzbezug	15/1:B
	Zähler	fn_Organverletzung
	Nenner	fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP & fn_PlanQI_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
	<b>E (expected)</b>	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51906
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51906
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation, risikoadjustiert nach logistischem GYN-Score für ID 51906

	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	15/1:B
	Zähler	fn_GYNScore_51906
	Nenner	fn_GynLapOP & fn_IstErsteOP & fn_PlanQI_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_GynLapOP fn_GYNScore_51906 fn_IstErsteOP fn_Organverletzung fn_PlanQI_GG fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	
<b>Verwendete Listen</b>	OPS_GynLapOP OPS_GynLapOP_EX QSF_GYN_OPS	
<b>Darstellung</b>	-	
<b>Grafik</b>	-	

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

## Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

### 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

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

#### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

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

\*Ersatzfeld im Exportformat

#### Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	318
<b>Bezeichnung</b>	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert

Referenzbereich 2022	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2021	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2022	Referenzbereich aus dem Jahr 2021
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2022	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<b>Zähler</b> Pädiater bei Geburt anwesend <b>Nenner</b> 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	fn_Gestalter
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

### 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 2022

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

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
31:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
32:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
35:M	Antenatale Kortikosteroidtherapie	M	0 = nein 1 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte in eigener Klinik 2 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern	LUNGENREIF
75:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
93:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechner Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

\*Ersatzfeld im Exportformat

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	330
<b>Bezeichnung</b>	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2022</b>	≥ 95,00 %
<b>Referenzbereich 2021</b>	≥ 95,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2021
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie <b>Nenner</b> 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
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	16/1:M
<b>Zähler (Formel)</b>	LUNGENREIF %in% c(1,2)
<b>Nenner (Formel)</b>	fn_Gestalter %between% c(168,237) & TOTGEBURT %==% 0 & round(as.numeric(difftime(GEBDATUMK, AUFNDATUM, unit="days", tz = "Europe/Berlin"))) %>=% 2
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_Gestalter
<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

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

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

### Verwendete Datenfelder

#### Datenbasis: Spezifikation 2022

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

### Eigenschaften und Berechnung

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

Referenzbereich 2021	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2022	Referenzbereich aus dem Jahr 2021
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2022	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<b>Zähler</b> E-E-Zeit > 20 min <b>Nenner</b> 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	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

### 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung
---------------	--

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

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

### Eigenschaften und Berechnung

ID	50045
Bezeichnung	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung

<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2022</b>	≥ 90,00 %
<b>Referenzbereich 2021</b>	≥ 90,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2021
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Perioperative Antibiotikaphylaxe <b>Nenner</b> Alle Geburten mit Kaiserschnitt-Entbindung
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	16/1:M
<b>Zähler (Formel)</b>	ANTIBIOTSECTIO %in% c(1,2)
<b>Nenner (Formel)</b>	ENTBINDMODUS %any_like% LST\$OPS_Sectio
<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	OPS_Sectio
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

### 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

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

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND



Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
31:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
32:M	Klinisches Gestationsalter	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
75:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
79:K	APGAR	K	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	APGAR5
85:K	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	in mmol/l	BGNABELBEXC
86:K	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	-	BGNABELPH
93:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
94:K	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt	K	0 = nein 1 = ja	TOTVORAUFN
101:K	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	M	s. Anhang: EntlGrundK	ENTLGRUNDK
105:K	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage	K	0 = nein 1 = ja	TOD7TAGE
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechner Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

\*Ersatzfeld im Exportformat

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	51803
<b>Bezeichnung</b>	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Ergebnisindikator

<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Indirekte Standardisierung
<b>Referenzbereich 2022</b>	≤ 2,32
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 2,32
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2021
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Indirekte Standardisierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	Die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung sind vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells angepasst.
<b>Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodell (nicht abschließend)</b>	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
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Ebene 1: Verstorbene Kinder UND Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH &lt; 7,00)</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Ebene 1: Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind UND Ebene 2: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar UND Ebene 3: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess UND Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert</p> <p><b>O (observed)</b></p> <p>Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH &lt; 7,00)</p> <p><b>E (expected)</b></p> <p>Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND</p>

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

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

## 51808\_51803 - Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern

<b>ID</b>	51808_51803	
<b>Bezeichnung Ebene</b>	Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern	
<b>Art des Wertes</b>	Kalkulatorische Kennzahl	
<b>Bezug zu QS-Ergebnissen</b>	51803	
<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung	
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b> Verstorbene Kinder</p> <p><b>Nenner</b> Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind</p> <p><b>O (observed)</b> Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern</p> <p><b>E (expected)</b> Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803</p>	
<b>Zähler (Formel)</b>	O_51808_51803	
<b>Nenner (Formel)</b>	E_51808_51803	
<b>Kalkulatorische Kennzahlen</b>	<b>O (observed)</b>	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51808_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51808_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex1_51803_Z
	Nenner	fn_GEBIndex1_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
		<b>E (expected)</b>
Art des Wertes		Kalkulatorische Kennzahl
ID		E_51808_51803

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

### 51813\_51803 - Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5

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

<b>Kalkulatorische Kennzahlen</b>	<b>O (observed)</b>	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51813_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51813_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_Z
	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
	<b>E (expected)</b>	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51813_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51813_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex2_51803_E
	Nenner	fn_GEBIndex2_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_GEBIndex2_51803_E fn_GEBIndex2_51803_GG fn_GEBIndex2_51803_Z fn_Gestalter	

### 51818\_51803 - Ebene 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16

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



	ID	E_51818_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51818_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex3_51803_E
	Nenner	fn_GEBIndex3_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_GEBIndex3_51803_E fn_GEBIndex3_51803_GG fn_GEBIndex3_51803_Z fn_Gestalter	

#### 51823\_51803 - Ebene 4: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)

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

<b>Kalkulatorische Kennzahlen</b>	<b>O (observed)</b>	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_51823_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51823_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex4_51803_Z
	Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
	<b>E (expected)</b>	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	E_51823_51803
	Bezug zu QS-Ergebnissen	51823_51803
	Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
	Sortierung	-
	Rechenregel	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	16/1:K
	Zähler	fn_GEBIndex4_51803_E
	Nenner	fn_GEBIndex4_51803_GG
	Darstellung	-
	Grafik	-
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_GEBIndex4_51803_E fn_GEBIndex4_51803_GG fn_GEBIndex4_51803_Z fn_Gestalter	

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

<b>Statistischer Test</b>	Einseitiger exakter Poissonstest basierend auf mid-p-Werten
---------------------------	---

<b>Signifikanzniveau</b>	$\alpha=5\%$
<b>Pseudocode</b>	<code>compute_oe_pvalue(o, e, t_smr, alternative = "greater", midp = TRUE) ≤ 0,05</code>

## Mammachirurgie (MC)

### 2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS

<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladisektion bei DCIS
----------------------	---

#### Verwendete Datenfelder

##### Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	ARTERKRANK
20:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	PRAEICDO3
32:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	OPSCHLUESSEL
35:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
36:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
38:BRUST	pT	K	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
50:BRUST	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladisektion	AXLKENTFOMARK
51:BRUST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja	SLKBIOPSIE
54:B	Entlassungsdiagnose(n )	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG

#### Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	2163
<b>Bezeichnung</b>	Primäre Axilladisektion bei DCIS
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Indikationsstellung
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator

<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2022</b>	Sentinel Event
<b>Referenzbereich 2021</b>	Sentinel Event
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2021
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladisektion</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“ und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dem den QS-Filter auslösenden ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und dem den QS-Filter auslösenden OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.</p> <p>Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2021 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2022 der ICD-Kode C44.5 oder der OPS-Kode 5-408.71 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Mammachirurgie auslösenden Codes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	18/1:BRUST
<b>Zähler (Formel)</b>	AXLKENTFOMARK %==% 2 & SLKBIOPSIE %==% 0
<b>Nenner (Formel)</b>	ARTERKRANK %==% 1 & OPTHERAPIEENDE %==% 1 & fn_DCIS & fn_pTohneNeoadjuvanz & !fn_invasivesMammaCa_prae & fn_PlanQI_GG
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_DCIS fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen fn_invasivesMammaCa_prae fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen fn_PlanQI_GG fn_pTohneNeoadjuvanz
<b>Verwendete Listen</b>	ICD_O_3_DCIS ICD_O_3_InvasivesMammaCa QSF_MAM_ICD QSF_MAM_OPS
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

**Ermittlung statistischer Auffälligkeit**

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

**Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung**

<b>Bezeichnung Gruppe</b>	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung
<b>Qualitätsziel</b>	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 2022

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

**Eigenschaften und Berechnung**

<b>ID</b>	52279
<b>Bezeichnung</b>	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
<b>Grundlage der Datenerfassung</b>	DeQS-RL
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Art des Wertes</b>	Qualitätsindikator

<b>Bezug zum Verfahren</b>	DeQS QS-Planung
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2022</b>	≥ 95,00 %
<b>Referenzbereich 2021</b>	≥ 95,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2022</b>	Referenzbereich aus dem Jahr 2021
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2022</b>	-
<b>Methode der Risikoadjustierung</b>	Keine weitere Risikoadjustierung
<b>Erläuterung der Risikoadjustierung</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>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.</p> <p>Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2021 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2022 der ICD-Kode C44.5 oder der OPS-Kode 5-408.71 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Mammachirurgie auslösenden Codes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	18/1:O
<b>Zähler (Formel)</b>	RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)
<b>Nenner (Formel)</b>	<pre>PRAEOPMARKIERUNG %==% 2 &amp; (! (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie)   (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie &amp; OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_BET)) &amp; fn_PlanQI_GG</pre>
<b>Verwendete Funktionen</b>	<pre>fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen fn_PlanQI_GG</pre>
<b>Verwendete Listen</b>	<pre>OPS_BET OPS_Mastektomie QSF_MAM_ICD QSF_MAM_OPS</pre>
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

<b>Statistischer Test</b>	Einseitiger exakter Binomialtest basierend auf mid-p-Werten
---------------------------	---

Signifikanzniveau	$\alpha=5\%$
Pseudocode	compute_rate_pvalue(o, n, t, alternative = "greater", midp = TRUE) $\leq 0,05$

## 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

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

### Eigenschaften und Berechnung

ID	52330
Bezeichnung	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
Grundlage der Datenerfassung	DeQS-RL
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Bezug zum Verfahren	DeQS QS-Planung
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2022	$\geq 95,00\%$
Referenzbereich 2021	$\geq 95,00\%$
Erläuterung zum Referenzbereich 2022	Referenzbereich aus dem Jahr 2021
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2022	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-



<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>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.</p> <p>Um den planungsrelevanten Indikator hinsichtlich seiner Grundgesamtheit identisch zum Vorjahr 2021 zu belassen, werden Fälle, für die zum Erfassungsjahr 2022 der ICD-Kode C44.5 oder der OPS-Kode 5-408.71 und keine weiteren den QS-Filter des QS-Verfahrens Mammachirurgie auslösenden Codes angegeben wurden, aus dem Nenner ausgeschlossen.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	18/1:0
<b>Zähler (Formel)</b>	RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)
<b>Nenner (Formel)</b>	<pre>PRAEOPMARKIERUNG %==% 1 &amp; (! (OPSchLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie)   (OPSchLUESSEL %any_like% LST\$OPS_Mastektomie &amp; OPSchLUESSEL %any_like% LST\$OPS_BET)) &amp; fn_PlanQI_GG</pre>
<b>Verwendete Funktionen</b>	<pre>fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen fn_OPS_QSFilterohneAnpassungen fn_PlanQI_GG</pre>
<b>Verwendete Listen</b>	<pre>OPS_BET OPS_Mastektomie QSF_MAM_ICD QSF_MAM_OPS</pre>
<b>Darstellung</b>	-
<b>Grafik</b>	-

### Ermittlung statistischer Auffälligkeit

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

## Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

### Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Schlüssel: HistolOpGyn	
01	Adnexe: Normalbefund
02	Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste
03	Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste)
04	Adnexe: Dermoid (z.B. benignes Teratom)
05	Adnexe: Endometriose
06	Adnexe: andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)
07	Adnexe: Entzündung
08	Adnexe: Extrauterin gravidität
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 Ia
24	Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia
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
80	Endometriose anderer Lokalisationen
81	Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen

**Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)**

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

<b>Schlüssel: BefMPass</b>	
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

<b>Schlüssel: EntlGrundK</b>	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

<b>Schlüssel: EntlGrundK</b>	
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11	Entlassung in ein Hospiz
12	interne Verlegung
13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

## Mammachirurgie (MC)

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

<b>Schlüssel: ICDO3Mamma</b>	
8200/6	Adenoid-zystisches Karzinom, Metastase
8200/9	Adenoid-zystisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8201/3	Kribriiformes Karzinom o.n.A.
8201/6	Kribriiformes Karzinom o.n.A., Metastase
8201/9	Kribriiformes Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8211/3	Tubuläres Adenokarzinom
8211/6	Tubuläres Adenokarzinom, Metastase
8211/9	Tubuläres Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8246/3	Neuroendokrines Karzinom o.n.A.
8249/3	Atypischer Karzinoidtumor
8249/6	Atypischer Karzinoidtumor, Metastase
8249/9	Atypischer Karzinoidtumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8265/3	Mikropapilläres Karzinom o.n.A.
8265/6	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., Metastase
8265/9	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8290/3	Onkozytäres Karzinom
8290/6	Onkozytäres Karzinom, Metastase
8290/9	Onkozytäres Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8314/3	Lipidreiches Karzinom
8314/6	Lipidreiches Karzinom, Metastase
8314/9	Lipidreiches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8315/3	Glykogenreiches Karzinom
8315/6	Glykogenreiches Karzinom, Metastase
8315/9	Glykogenreiches Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8401/3	Apokrines Adenokarzinom
8401/6	Apokrines Adenokarzinom, Metastase
8401/9	Apokrines Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8410/3	Talgdrüsenadenokarzinom
8410/6	Talgdrüsenadenokarzinom, Metastase
8410/9	Talgdrüsenadenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8430/3	Mukoepidermoid-Karzinom
8430/6	Mukoepidermoid-Karzinom, Metastase
8430/9	Mukoepidermoid-Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8480/3	Muzinöses Adenokarzinom
8480/6	Muzinöses Adenokarzinom, Metastase

<b>Schlüssel: ICDO3Mamma</b>	
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.
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

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



<b>Schlüssel: ICDO3Mamma</b>	
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.

<b>Schlüssel: pTMamma</b>	
pT0	pT0
pT1	pT1
pT1a	pT1a
pT1b	pT1b
pT1c	pT1c
pT1mic	pT1mic
pT2	pT2
pT3	pT3
pT4a	pT4a
pT4b	pT4b
pT4c	pT4c
pT4d	pT4d
pTX	pTX
pTis	pTis

Schlüssel: pTMamma	
ypT0	ypT0
ypT1	ypT1
ypT1a	ypT1a
ypT1b	ypT1b
ypT1c	ypT1c
ypT1mic	ypT1mic
ypT2	ypT2
ypT3	ypT3
ypT4a	ypT4a
ypT4b	ypT4b
ypT4c	ypT4c
ypT4d	ypT4d
ypTX	ypTX
ypTis	ypTis

## Anhang II: Listen

## Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_GynCAOvar	ICD	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse (Mammakarzinom)	C50%
ICD_GynCARisiko	ICD	Risikofaktoren für Bösartige Neubildungen	Z40.00%, Z40.01%, Z85.3%
ICD_GynTranssex	ICD	Diagnose Transsexualismus	F64.0%
OPS_GynLapOP	OPS	Gynäkologische Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang	5-650.4%, 5-650.5%, 5-651.82%, 5-651.83%, 5-651.92%, 5-651.93%, 5-651.a2%, 5-651.a3%, 5-651.b2%, 5-651.b3%, 5-651.x2%, 5-651.x3%, 5-652.42%, 5-652.43%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-653.22%, 5-653.23%, 5-653.32%, 5-653.33%, 5-656.82%, 5-656.83%, 5-656.92%, 5-656.93%, 5-656.a2%, 5-656.a3%, 5-656.b2%, 5-656.b3%, 5-656.x2%, 5-656.x3%, 5-657.62%, 5-657.63%, 5-657.72%, 5-657.73%, 5-657.82%, 5-657.83%, 5-657.92%, 5-657.93%, 5-657.x2%, 5-657.x3%, 5-659.22%, 5-659.23%, 5-659.x2%, 5-659.x3%, 5-660.4%, 5-660.5%, 5-661.42%, 5-661.43%, 5-661.52%, 5-661.53%, 5-661.62%, 5-661.63%, 5-663.02%, 5-663.03%, 5-663.12%, 5-663.13%, 5-663.22%, 5-663.23%, 5-663.32%, 5-663.33%, 5-663.42%, 5-663.43%, 5-663.52%, 5-663.53%, 5-663.x2%, 5-663.x3%, 5-665.42%, 5-665.43%, 5-665.52%, 5-665.53%, 5-665.x2%, 5-665.x3%, 5-666.82%, 5-666.83%, 5-666.92%, 5-666.93%, 5-666.a2%, 5-666.a3%, 5-666.b2%, 5-666.b3%, 5-666.x2%, 5-666.x3%, 5-683.13%, 5-683.14%, 5-683.23%, 5-683.24%, 5-744.02%, 5-744.03%, 5-744.12%, 5-744.13%, 5-744.22%, 5-744.23%, 5-744.32%, 5-744.33%, 5-744.42%, 5-744.43%

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
OPS_GynLapOP_EX	OPS	Ausschlusskriterien zur Definition von Operationen mit laparoskopischem oder laparoskopischem und abdominalem Zugang	5-650.2%, 5-650.3%, 5-650.6%, 5-650.7%, 5-650.x%, 5-650.y%, 5-651.80%, 5-651.81%, 5-651.84%, 5-651.85%, 5-651.8x%, 5-651.90%, 5-651.91%, 5-651.94%, 5-651.95%, 5-651.9x%, 5-651.a0%, 5-651.a1%, 5-651.a4%, 5-651.a5%, 5-651.ax%, 5-651.b0%, 5-651.b1%, 5-651.b4%, 5-651.b5%, 5-651.bx%, 5-651.x0%, 5-651.x1%, 5-651.x4%, 5-651.x5%, 5-651.xx%, 5-651.y%, 5-652.40%, 5-652.41%, 5-652.44%, 5-652.45%, 5-652.4x%, 5-652.50%, 5-652.51%, 5-652.54%, 5-652.55%, 5-652.5x%, 5-652.60%, 5-652.61%, 5-652.64%, 5-652.65%, 5-652.6x%, 5-652.y%, 5-653.20%, 5-653.21%, 5-653.24%, 5-653.25%, 5-653.2x%, 5-653.30%, 5-653.31%, 5-653.34%, 5-653.35%, 5-653.3x%, 5-653.y%, 5-656.90%, 5-656.91%, 5-656.94%, 5-656.95%, 5-656.9x%, 5-656.a0%, 5-656.a1%, 5-656.a4%, 5-656.a5%, 5-656.ax%, 5-656.b0%, 5-656.b1%, 5-656.b4%, 5-656.b5%, 5-656.bx%, 5-656.x0%, 5-656.x1%, 5-656.x4%, 5-656.x5%, 5-656.xx%, 5-656.y%, 5-657.60%, 5-657.61%, 5-657.64%, 5-657.65%, 5-657.6x%, 5-657.70%, 5-657.71%, 5-657.74%, 5-657.75%, 5-657.7x%, 5-657.80%, 5-657.81%, 5-657.84%, 5-657.85%, 5-657.8x%, 5-657.90%, 5-657.91%, 5-657.94%, 5-657.95%, 5-657.9x%, 5-657.x0%, 5-657.x1%, 5-657.x4%, 5-657.x5%, 5-657.xx%, 5-657.y%, 5-658.6%, 5-658.7%, 5-658.8%, 5-658.9%, 5-658.x%, 5-658.y%, 5-659.20%, 5-659.21%, 5-659.24%, 5-659.25%, 5-659.2x%, 5-659.x0%, 5-659.x1%, 5-659.x4%, 5-659.x5%, 5-659.xx%, 5-659.y%, 5-660.2%, 5-660.3%, 5-660.6%, 5-660.7%, 5-660.x%, 5-660.y%, 5-661.40%, 5-661.41%, 5-661.44%, 5-661.45%, 5-661.4x%, 5-661.50%, 5-661.51%, 5-661.54%, 5-661.55%, 5-661.5x%, 5-661.60%, 5-661.61%, 5-661.64%, 5-661.65%, 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%,

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

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			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 Ovariectomie und Salpingoovariectomie	5-652%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativ	OPS	Isolierte ablative Operation am Ovar	5-652.4%, 5-652.6%, 5-652.y%, 5-653%
OPS_GynOvarOPAblativZusatz	OPS	Zusätzlich zu der isolierten ablativen Operation am Ovar erlaubte Codes, 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 Codes, die keinen Ausschluss aus der Betrachtung des Indikators zur Folge haben.	1%, 3%, 5-540%, 5-541.0%, 5-541.1%, 5-541.2%, 5-541.3%, 5-542%, 5-651.a%, 5-651.b%, 5-656%, 5-657%, 5-658%, 5-85%, 5-87%, 5-88%, 5-89%, 5-9%, 6%, 8%, 9%
QSF_GYN_OPS	OPS	Alle QS-Filter auslösende Codes	5-650.2%, 5-650.3%, 5-650.4%, 5-650.5%, 5-650.6%, 5-650.7%, 5-650.x%, 5-650.y%, 5-651.80%, 5-651.81%, 5-651.82%, 5-651.83%, 5-651.84%, 5-651.85%, 5-651.8x%, 5-651.90%, 5-651.91%, 5-651.92%, 5-651.93%, 5-651.94%, 5-651.95%, 5-651.9x%, 5-651.a0%, 5-651.a1%, 5-651.a2%, 5-651.a3%, 5-651.a4%, 5-651.a5%, 5-651.ax%, 5-651.b0%, 5-651.b1%, 5-651.b2%, 5-651.b3%, 5-651.b4%, 5-651.b5%, 5-651.bx%, 5-651.x0%, 5-651.x1%, 5-651.x2%, 5-651.x3%, 5-651.x4%, 5-651.x5%, 5-651.xx%, 5-651.y%, 5-652.40%, 5-652.41%, 5-652.42%, 5-652.43%, 5-652.44%, 5-652.45%, 5-652.4x%, 5-652.50%, 5-652.51%, 5-652.52%, 5-652.53%, 5-652.54%, 5-652.55%, 5-652.5x%, 5-652.60%, 5-652.61%, 5-652.62%, 5-652.63%, 5-652.64%, 5-652.65%, 5-652.6x%, 5-652.y%, 5-653.20%, 5-653.21%, 5-653.22%, 5-653.23%, 5-653.24%, 5-653.25%, 5-653.2x%, 5-653.30%, 5-653.31%, 5-653.32%, 5-653.33%, 5-653.34%, 5-653.35%, 5-653.3x%, 5-653.y%, 5-656.80%, 5-656.81%, 5-656.82%, 5-656.83%, 5-656.84%, 5-656.85%, 5-656.8x%, 5-656.90%, 5-656.91%, 5-656.92%, 5-656.93%,

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

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-665.5x%, 5-665.x0%, 5-665.x1%, 5-665.x2%, 5-665.x3%, 5-665.x4%, 5-665.x5%, 5-665.xx%, 5-665.y%, 5-666.80%, 5-666.81%, 5-666.82%, 5-666.83%, 5-666.84%, 5-666.85%, 5-666.8x%, 5-666.90%, 5-666.91%, 5-666.92%, 5-666.93%, 5-666.94%, 5-666.95%, 5-666.9x%, 5-666.a0%, 5-666.a1%, 5-666.a2%, 5-666.a3%, 5-666.a4%, 5-666.a5%, 5-666.ax%, 5-666.b0%, 5-666.b1%, 5-666.b2%, 5-666.b3%, 5-666.b4%, 5-666.b5%, 5-666.bx%, 5-666.x0%, 5-666.x1%, 5-666.x2%, 5-666.x3%, 5-666.x4%, 5-666.x5%, 5-666.xx%, 5-666.y%, 5-667.0%, 5-667.1%, 5-667.2%, 5-667.x%, 5-667.y%, 5-669%, 5-683.10%, 5-683.11%, 5-683.12%, 5-683.13%, 5-683.14%, 5-683.15%, 5-683.1x%, 5-683.20%, 5-683.21%, 5-683.22%, 5-683.23%, 5-683.24%, 5-683.25%, 5-683.2x%, 5-683.6%, 5-683.7%, 5-687.0%, 5-687.1%, 5-687.2%, 5-687.30%, 5-687.31%, 5-687.3x%, 5-687.y%, 5-689.x%, 5-689.y%, 5-744.00%, 5-744.01%, 5-744.02%, 5-744.03%, 5-744.04%, 5-744.05%, 5-744.0x%, 5-744.10%, 5-744.11%, 5-744.12%, 5-744.13%, 5-744.14%, 5-744.15%, 5-744.1x%, 5-744.20%, 5-744.21%, 5-744.22%, 5-744.23%, 5-744.24%, 5-744.25%, 5-744.2x%, 5-744.30%, 5-744.31%, 5-744.32%, 5-744.33%, 5-744.34%, 5-744.35%, 5-744.3x%, 5-744.40%, 5-744.41%, 5-744.42%, 5-744.43%, 5-744.44%, 5-744.45%, 5-744.4x%

### Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

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



## Mammachirurgie (MC)

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_O_3_DCIS	ICD-O-3	DCIS (Ductal Carcinoma in Situ)	8500/2, 8503/2, 8504/2, 8507/2, 8540/3, 8543/3
ICD_O_3_InvasivesMammaCa	ICD-O-3	Invasives Mammakarzinom	8010/3, 8010/6, 8010/9, 8013/3, 8013/6, 8013/9, 8022/3, 8022/6, 8022/9, 8035/3, 8035/6, 8035/9, 8041/3, 8041/6, 8041/9, 8070/3, 8070/6, 8070/9, 8140/6, 8140/9, 8200/3, 8200/6, 8200/9, 8201/3, 8201/6, 8201/9, 8211/3, 8211/6, 8211/9, 8246/3, 8249/3, 8249/6, 8249/9, 8265/3, 8265/6, 8265/9, 8290/3, 8290/6, 8290/9, 8314/3, 8314/6, 8314/9, 8315/3, 8315/6, 8315/9, 8401/3, 8401/6, 8401/9, 8410/3, 8410/6, 8410/9, 8430/3, 8430/6, 8430/9, 8480/3, 8480/6, 8480/9, 8490/3, 8490/6, 8490/9, 8500/3, 8500/6, 8500/9, 8502/3, 8502/6, 8502/9, 8503/3, 8503/6, 8503/9, 8504/3, 8510/3, 8510/6, 8510/9, 8520/3, 8520/6, 8520/9, 8522/3, 8522/6, 8522/9, 8523/3, 8523/6, 8523/9, 8524/3, 8524/6, 8524/9, 8530/3, 8530/6, 8530/9, 8541/3, 8541/6, 8541/9, 8550/3, 8550/6, 8550/9, 8560/3, 8560/6, 8560/9, 8571/3, 8572/3, 8572/6, 8572/9, 8574/3, 8575/3, 8575/6, 8575/9, 8982/3, 8982/6, 8982/9
OPS_BET	OPS	Brusterhaltende Operationen	5-870.20%, 5-870.21%, 5-870.60%, 5-870.61%, 5-870.90%, 5-870.91%, 5-870.a0%, 5-870.a1%, 5-870.a2%, 5-870.a3%, 5-870.a4%, 5-870.a5%, 5-870.a6%, 5-870.a7%, 5-870.ax%, 5-870.x%, 5-870.y%
OPS_Mastektomie	OPS	Mastektomie	5-872.0%, 5-872.1%, 5-872.x%, 5-872.y%, 5-874.0%, 5-874.1%, 5-874.2%, 5-874.4%, 5-874.5%, 5-874.6%, 5-874.7%, 5-874.8%, 5-874.x%, 5-874.y%, 5-877.0%, 5-877.10%, 5-877.11%, 5-877.12%, 5-877.1x%, 5-877.20%, 5-877.21%, 5-877.22%, 5-877.2x%, 5-877.x%, 5-877.y%
QSF_MAM_ICD	ICD	Alle QS-Filter auslösende Codes	C44.5%, C50.0%, C50.1%, C50.2%, C50.3%, C50.4%, C50.5%, C50.6%, C50.8%, C50.9%, C76.1%, D04.5%, D05.0%, D05.1%, D05.7%, D05.9%, D17.1%, D24%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			D48.6%, N60.0%, N60.1%, N60.2%, N60.3%, N60.4%, N60.8%, N60.9%, N63%, N64.3%, N64.5%
QSF_MAM_OPS	OPS	Alle QS-Filter auslösende Kodes	1-586.1%, 1-586.2%, 1-589.0%, 5-401.10%, 5-401.11%, 5-401.12%, 5-401.13%, 5-401.1x%, 5-402.10%, 5-402.11%, 5-402.12%, 5-402.13%, 5-402.1x%, 5-404.00%, 5-404.01%, 5-404.02%, 5-404.03%, 5-404.0x%, 5-406.10%, 5-406.11%, 5-406.12%, 5-406.13%, 5-406.1x%, 5-407.00%, 5-407.01%, 5-407.02%, 5-407.03%, 5-407.0x%, 5-408.71%, 5-870.20%, 5-870.21%, 5-870.60%, 5-870.61%, 5-870.90%, 5-870.91%, 5-870.a0%, 5-870.a1%, 5-870.a2%, 5-870.a3%, 5-870.a4%, 5-870.a5%, 5-870.a6%, 5-870.a7%, 5-870.ax%, 5-870.x%, 5-870.y%, 5-872.0%, 5-872.1%, 5-872.x%, 5-872.y%, 5-874.0%, 5-874.1%, 5-874.2%, 5-874.4%, 5-874.5%, 5-874.6%, 5-874.7%, 5-874.8%, 5-874.x%, 5-874.y%, 5-877.0%, 5-877.10%, 5-877.11%, 5-877.12%, 5-877.1x%, 5-877.20%, 5-877.21%, 5-877.22%, 5-877.2x%, 5-877.x%, 5-877.y%, 5-879.0%, 5-879.x%, 5-879.y%, 5-882.1%

### **Anhang III: Vorberechnungen**

#### **Gynäkologische Operationen (GYN-OP)**

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

#### **Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)**

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

#### **Mammachirurgie (MC)**

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

## Anhang IV: Funktionen

## Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

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

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_PlanQI_GG	boolean	Anpassung der Grundgesamtheit, sodass die OPS-Kodes 5-683.6 und 5-683.7 nicht mehr zum Einschluss führen. Es handelt sich um Uterusexstirpationen mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation mit Salpingoovariektomie.	OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_GYN_OPS[!LST\$QSF_GYN_OPS %any_like% c("5-683.6%", "5-683.7%")]
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF

### Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH)

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

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

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre># Summe row_sums ( lExpected\$Ebene1, lExpected\$Ebene2, lExpected\$Ebene3, lExpected\$Ebene4 )</pre>
fn_GEBIndexGesamt_51803_GG	integer	Index Gesamt (GG): Summe der zutreffenden Nennerbedingungen, d. h. ein Fall kann bis zu 4-mal im Nenner gezählt werden	<pre>row_sums ( fn_GEBIndex1_51803_GG, fn_GEBIndex2_51803_GG, fn_GEBIndex3_51803_GG, fn_GEBIndex4_51803_GG )</pre>
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	<pre>row_sums ( fn_GEBIndex1_51803_GG &amp; fn_GEBIndex1_51803_Z, fn_GEBIndex2_51803_GG &amp; fn_GEBIndex2_51803_Z, fn_GEBIndex3_51803_GG &amp; fn_GEBIndex3_51803_Z, fn_GEBIndex4_51803_GG &amp; fn_GEBIndex4_51803_Z )</pre>
fn_Gestalter	integer	Gestationsalter in Tagen	<pre>nTragzeitkliWo &lt;- TRAGZEITKLIN * 7 nAbstGebterm &lt;- 280 + round( as.numeric(difftime(GEBDATUMK, GEBTERMIN, unit="days", tz = "Europe/Berlin")) )  f1 &lt;- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, NA_integer_)  f2 &lt;- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, abstGebterm + 280)  f3 &lt;- ifelse(abs(nTragzeitkliWo-nAbstGebterm)%&lt;%14, nAbstGebterm, nTragzeitkliWo)  result &lt;- ifelse(!is.na(GEBTERMIN),</pre>

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

### Mammachirurgie (MC)

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_DCIS	boolean	DCIS (nach ICD-O-3)	POSTICD03 %in% LST\$ICD_O_3_DCIS
fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen	boolean	QS-Filter ohne ICD-Kode C44.5	ENTLDIAG %any_like% LST\$QSF_MAM_ICD[!LST\$QSF_MAM_ICD %any_like% "C44.5%"]
fn_invasivesMammaCa_prae	boolean	Invasives Mammakarzinom (nach ICD-O-3) - prätherapeutisch	PRAEICD03 %in% LST\$ICD_O_3_InvasivesMammaCa
fn OPS_QSFilterohneAnpassungen	boolean	QS-Filter ohne OPS-Kode 5-408.71	OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_MAM_OPS[!LST\$QSF_MAM_OPS %any_like% "5-408.71%"]
fn_PlanQI_GG	boolean	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)	fn_ICD_QSFilterohneAnpassungen & fn OPS_QSFilterohneAnpassungen
fn_pTohneNeoadjuvanz	boolean	Tumorstadium pT ohne präoperative tumorspezifische Therapie	TNMPTMAMMA %in% c("pT0", "pTis", "pT1mic", "pT1a", "pT1b", "pT1c", "pT2", "pT3", "pT4a", "pT4b", "pT4c", "pT4d", "pTX")

“



III. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.

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

Berlin, den 16. Dezember 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



# Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten  
Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL):  
Anpassungen zu 2022

**Stand: 03.11.2021** nach Sitzung des UA QS

**Legende:**

*Punkte mit spezifischen Anpassungsbedarf sind **grau hinterlegt**.*

**Hinweise:**

Die Tragenden Gründe wurden in der AG noch nicht abschließend beraten und konnten von der Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle noch nicht abschließend rechtlich geprüft werden.

*Die Tragenden Gründe werden im Nachgang zur Plenumsitzung von der Vorsitzenden des Unterausschusses Qualitätssicherung in Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.*

Vom **16. Dezember 2021**

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage</b> .....	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>6</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf</b> .....	<b>6</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>7</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation</b> .....	<b>7</b>

## 1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat auf der Rechtsgrundlage von § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beschlossen. Diese wird vorliegend geändert.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

Da die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) seit dem Erfassungsjahr 2021 auf den Vorgaben der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) aufbaut, wird die plan. QI-RL hinsichtlich ihrer Datenlieferfristen weitestgehend an die Vorgaben der DeQS-RL angeglichen.

Die frühere Datenlieferung nach DeQS-RL (§ 6 plan. QI-RL) und die Automatisierung von Prozessen bei der Neuberechnung (§ 10 plan. QI-RL) ergeben eine Zeitersparnis von insgesamt 12 Tagen. Diese Zeit soll genutzt werden, um besonders zeitkritische Prozesse im planQI-Verfahren zu entschleunigen. Dadurch verschieben sich die Fristen für die Bereitstellung der Referenztabellen (§ 7 plan. QI-RL), bei der Datenvalidierung (§ 9 plan. QI-RL), im Stellungnahmeverfahren und bei der fachlichen Klärung (§ 11 plan. QI-RL).

Darüber hinaus wurden im Rahmen des Gremiums zur Systempflege (§ 14 plan. QI-RL) und der Bundesfachgruppen Vorschläge zur Anpassung der Anlage 1 der Richtlinie (endgültige Rechenregeln und Referenzbereiche für das Erfassungsjahr 2021) sowie der Anlage 2 der Richtlinie (prospektive Rechenregeln und Referenzbereiche für das Erfassungsjahr 2022) erarbeitet und vom IQTIG dem G-BA zu Beschlussfassung vorgelegt.

### Zu den Regelungen im Einzelnen:

#### Zu § 6:

##### Zu Absatz 2 bis 4:

Die Indikatoren der plan. QI-RL werden gemäß DeQS-RL erhoben. Aufgrund einer Änderung der Fristen der Datenübermittlung gemäß DeQS-RL wurde eine entsprechende Änderung in der plan. QI-RL notwendig. Um zukünftige Fristenänderungen automatisiert im plan. QI-Verfahren übernehmen und eine Abweichung der Fristen gemäß plan. QI-RL und DeQS-RL ausschließen zu können, wird nun nur noch auf die entsprechenden Abschnitte der DeQS-RL verwiesen.

In Absatz 3 wurde bisher konkretisiert, dass korrigierende Datenlieferungen auch Stornierungen, Neu- und erstmalige Lieferungen von Datensätzen sowie Änderungen von Datensätzen für Daten aller Quartale einschließen. Der Absatz wird gestrichen, da alle derartigen Datenlieferungen auch im Rahmen der Korrekturfrist der DeQS-RL möglich sind.

#### Zu § 7:

##### Zu Absatz 6:

Die Fristen zur Lieferung der Zwischenberichte werden entsprechend den geänderten Datenlieferfristen in § 6 angepasst. Die Lieferfrist für den Zwischenbericht zum 3. Quartal kann darüber hinaus um 14 Tage nach vorne gezogen werden, da zusätzliche Verzögerungen durch die Feiertage am Jahresende wegfallen.

##### Zu Absatz 10:

Die Referenztafel soll dem IQTIG gemeinsam mit den QS-Daten vorliegen, damit die Depseudonymisierung der Leistungserbringer rechtzeitig vor Erstellung der

Jahresauswertungen vorliegt. Der Termin zur Übermittlung der Referenztabelle wird daher auf den in der DeQS-RL definierten Zeitpunkt für die Übermittlung der QS-Daten an das IQTIG geändert.

**Zu § 9:**

Zu Absatz 6 und 7:

Durch Übernahme der in der DeQS-RL geregelten Änderung der Datenannahmefrist lässt sich der Zeitraum der Datenvalidierung entsprechend nach vorne verschieben. Die Dauer der Datenvalidierung wird dabei nicht verändert.

**Zu § 10:**

Zu Absatz 1:

Die Neuberechnungen können entsprechend der früheren Datenannahmefrist und des früheren Abschlusses der Datenvalidierung ebenfalls früher durchgeführt werden. Gleichzeitig kann der Zeitraum der Neuberechnung durch eine verbesserte Automatisierung der Prozesse verkürzt werden.

**Zu § 11:**

Zu Absatz 4a:

Durch das Vorverlegen der Fristen kann das Stellungnahmeverfahren für Krankenhausstandorte ohne Neuberechnungen sowie für Standorte mit eingereicherter Zusicherung früher durchgeführt werden, ohne dass sich die Dauer der Zeiträume verändert. Für Krankenhausstandorte mit Neuberechnungen kann das Stellungnahmeverfahren ebenfalls entsprechend früher beginnen. Aufgrund der freigewordenen Verfahrenstage (durch Vorverlegung der Datenannahmefrist und Verkürzung des Neuberechnungszeitraums) kann allerdings hier der Zeitraum für die Stellungnahmen bei Standorten mit Neuberechnungen verlängert werden. Gleichzeitig wird jeweils der Zeitraum für die Einreichung von Stellungnahmen durch die Krankenhäuser verlängert. Dies gilt auch für den Zeitraum der fachlichen Bewertung nach § 11 Abs. 7 plan. QI-RL.

**Zu § 12**

Zu Absatz 6:

Es erfolgt eine redaktionelle Korrektur.

**Zu § 14**

Zu Absatz 4:

Es erfolgt eine redaktionelle Korrektur.

**Zu § 15:**

Der Bericht des Instituts nach § 137a SGB V zur Systempflege wird zur besseren Nachvollziehbarkeit um eine allgemeine Beschreibung des Prüfvorgehens und etwaiger Prüfregele der Datenvalidierung erweitert.

**Zu Anlage 1 der Richtlinie**

Die Änderungen der endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021 betreffen im Wesentlichen redaktionelle Anpassungen, die Spezifizierung der Methodik zur Risikoadjustierung sowie die Ausweisung der Listen bzw. Funktionen zur Berechnung der Risikoadjustierung.

### **Gynäkologische Operationen (GYN-OP):**

Überschrift und Abkürzung des QS-Verfahrens: Der Zusatz „(ohne Hysterektomien)“ wurde mit dem Erfassungsjahr 2021 gestrichen. Mit dem Erfassungsjahr 2021 wurde in Angleichung an die DeQS-RL die Benennung des Auswertemoduls von „15/1“ in „GYN-OP“ geändert.

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

Verwendete Datenfelder: Die für die Berechnung des Risikomodells notwendigen Felder 11:O, 12:O, 28:B sowie das EF „Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren“ sind nun aufgeführt.

Risikofaktoren: Die Risikofaktoren und die Koeffizienten werden mit den endgültigen Rechenregeln veröffentlicht. Für den risikoadjustierten Qualitätsindikator 51906 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“ wurde mit dem ersten Quartal 2021 eine statistisch-methodische Weiterentwicklung eingeführt. Die Neuerung verbessert die Schätzung des für den QI benötigten Risikoadjustierungsmodells, greift dabei jedoch nicht in die Interpretation oder Vergleichbarkeit der QI-Ergebnisse ein. Auch die Methodik zur Ermittlung der statistischen Auffälligkeiten bleibt unverändert. Der hauptsächliche Effekt ist eine verbesserte Schätzung des logistischen Regressionsmodells, wodurch auch die Risikoadjustierung der QI-Ergebnisse verbessert wird.

#### **Zu Anhang II: Listen**

ICD\_GynEndometriose\_Darm\_Uterus\_Septum: Ausweisung der Liste zur Berechnung der Risikoadjustierung

OPS\_GYN\_Adhaesiolyse: Ausweisung der Liste zur Berechnung der Risikoadjustierung

**OPS GYN Exzision:** Ausweisung der Liste zur Berechnung der Risikoadjustierung

#### **Zu Anhang IV: Funktionen**

fn\_GYNScore\_51906: Ausweisung der Funktionen zur Berechnung der Risikoadjustierung

#### **Zu Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren**

Wird ab dem Erfassungsjahr 2021 nicht mehr ausgewiesen.

### **Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH):**

Überschrift und Abkürzung des QS-Verfahrens: Anpassung der Bezeichnung des QS-Verfahrens an DeQS-RL (Zusammenfassung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie zu Perinatalmedizin). Mit dem Erfassungsjahr 2021 wurde in Angleichung an die DeQS-RL die Benennung des Auswertemoduls von „16/1“ in „PM-GEBH“ geändert.

#### **Zu 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen**

Verwendete Datenfelder: Die für die Berechnung des Risikomodells notwendigen Felder 40:M, 91:K sind nun aufgeführt.

#### **Zu Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)**

Schlüssel IndikGeburt: Ausweisung der Schlüsselwerte für Risikofaktor „Geburtsrisiko“ nur in der endgültigen Version

#### **Zu Anhang IV: Funktionen**

fn\_GestalterWochen: Ausweisung der Funktionen zur Berechnung der Risikoadjustierung

#### **Zu Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren**

Wird ab dem Erfassungsjahr 2021 nicht mehr ausgewiesen.

**Mammachirurgie (MC):**

Abkürzung des QS-Verfahrens: Mit dem Erfassungsjahr 2021 wurde in Angleichung an die DeQS-RL die Benennung des Auswertemoduls von „18/1“ in „MC“ geändert.

Es erfolgten redaktionelle Anpassungen zum QI 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS, 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung, QI 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung.

**Zu Anhang V: Historie der Qualitätsindikatoren**

Wird mit dem Erfassungsjahr 2021 nicht mehr ausgewiesen.

**Zu Anlage 2 der Richtlinie**

Für die prospektiven Rechenregeln des Erfassungsjahres 2022 werden die Rechenregeln des Erfassungsjahres 2021 übernommen. Darüber hinaus erfolgt eine Anpassung der Ausweisung der Risikoadjustierung an die DeQS-RL. Die für die Risikoadjustierung benötigten Risikofaktoren in der prospektiven Fassung werden als potentielle Einflussfaktoren in der Tabelle zu „Eigenschaften und Berechnung“ aufgeführt. Die dazugehörige Datenfelder, Methodik der Risikoadjustierung, Schlüssel, Funktionen und Listen werden nur in der endgültigen Fassung ausgewiesen.

**Gynäkologische Operationen:**

Es erfolgten redaktionelle Anpassungen zum QI 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund, QI 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung, QI 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation.

Die Ausweisung der Risikoadjustierung wird mit dem Erfassungsjahr 2022 an die DeQS-RL angepasst: Der Operator „Anteil“ wird zu „Anzahl“ geändert. Der Operator „Mittelwert“ wird zu „Summe“ geändert. Dies hat keinen Einfluss auf die Berechnung des QI-Ergebnisses.

**Zu Anhang IV: Funktionen**

Anpassung „fn GYNscore 51906“:

Mit der Anpassung der Ausweisung der Risikoadjustierung an die DeQS-RL wird „\* 100“ mit den prospektiven Rechenregeln 2022 gestrichen. Dies hat keinen Einfluss auf die Berechnung des QI-Ergebnisses, da hiermit lediglich die Darstellung der Prozentwerte als entsprechende Dezimalzahl erreicht werden soll. Somit bleibt das QI-Ergebnis dasselbe. Die Anpassung ist dennoch notwendig, da jetzt für die kalkulatorischen Kennzahlen die Anzahl bei „O (observed)“ und damit auch die Summenbildung bei „E (expected)“ über die berechneten Dezimalwerte zu erfolgen hat und nicht über die entsprechenden Darstellungen als Prozentwerte.

**Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH):**

Die Ausweisung der Risikoadjustierung wird mit dem Erfassungsjahr 2022 an die DeQS-RL angepasst: Der Operator „Anteil“ wird zu „Anzahl“ geändert. Der Operator „Mittelwert“ wird zu „Summe“ geändert. Dies hat keinen Einfluss auf die Berechnung des QI-Ergebnisses.

**Zu Anhang IV: Funktionen**

Anpassung „fn GEBIndexGesamt 51803 E“: Mit der Anpassung der Ausweisung der Risikoadjustierung an die DeQS-RL wird „/ 100“ mit den prospektiven Rechenregeln 2022 gestrichen. Dies hat keinen Einfluss auf die Berechnung des Ergebnisses, weil das Streichen

der Division durch 100 an dieser Stelle mit der Streichung der Multiplikation mit 100 bei den einzelnen Risikomodellen einhergeht. Somit bleibt das QI-Ergebnis dasselbe. Die Anpassung ist aber dennoch notwendig, da die Summenbildung rechnerisch über die berechneten Dezimalwerte der erwarteten Werte zu erfolgen hat und nicht über die entsprechenden Darstellungen als Prozentwert.

### **Mammachirurgie**

Es erfolgten redaktionelle Anpassungen zum QI 2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS, 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung, QI 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung.

### **3. Bürokratiekostenermittlung**

[Platzhalter]

### **4. Verfahrensablauf**

Am 26. August 2021 begann die Arbeitsgruppe planungsrelevante Qualitätsindikatoren mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In X Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Abs. 3 der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer sowie die Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V beteiligt.

#### **Stellungnahmeverfahren**

Gemäß § 91 Absatz 5a wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (vgl. **Anlage X**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der plan. QI-RL Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 3. November 2021 wurde das Stellungnahmeverfahren am 4. November 2021 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage X**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 18. November 2021.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat mit Schreiben vom T. Monat 2021 eine Stellungnahme abgegeben/ teilte mit Schreiben vom T. Monat 2021 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage X**).

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 24. November 2021 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 1. Dezember 2021 durchgeführt (**Anlage IV**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde mit Schreiben vom T. Monat JJJJ zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage IV**).

## 5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Dezember 2021 beschlossen, die plan. QI-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung trägt/tragen den Beschluss nicht/mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer äußerten keine Bedenken.

## 6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage I: Bürokratiekostenermittlung

Anlage II: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der plan. QI-RL sowie versandte Tragende Gründe

Anlage III: Stellungnahme *[auch dann, wenn nur der Verzicht erklärt wird]* des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Anlage IV: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 16. Dezember 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken





**BfDI**

Der Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstr. 13  
10587 Berlin

per E-Mail an: [qs@g-ba.de](mailto:qs@g-ba.de)

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1308

E-MAIL [referat13@bfdi.bund.de](mailto:referat13@bfdi.bund.de)

BEARBEITET VON Frau Virks

INTERNET [www.bfdi.bund.de](http://www.bfdi.bund.de)

DATUM Bonn, 18.11.2021

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1232

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF

**Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren:**

**Anpassungen für die Erfassungsjahre 2021 und 2022**

Ihr Schreiben vom 4. November 2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 4. November 2021. Sehr gerne nehme ich zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Anpassungen für die Erfassungsjahre 2021 und 2022, Stellung.

§ 11 Abs. 6 Satz 3 des Entwurfs regelt, dass, sofern das Institut nach § 137a SGB V in der Stellungnahme eines Krankenhauses personenbezogene Daten identifiziert, es das Krankenhaus zur Einreichung einer korrigierten Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens sieben Werktagen aufzufordern hat.

Diesbezüglich empfehle ich folgende Sätze zu ergänzen:

„Das Krankenhaus ist über die unzulässige Übermittlung personenbezogener Daten zu informieren. Die in den Stellungnahmen vorliegenden personenbezogenen Daten sind durch das Institut nach § 137a SGB V unverzüglich zu löschen.“

Mit der Benachrichtigung des Krankenhauses wird dieses in die Lage versetzt, eigenständig zu prüfen, inwieweit es die betroffenen Personen nach Art. 34 DSGVO informieren muss.



Seite 2 von 2

Mit der Lösungsverpflichtung wird sichergestellt, dass die Rechtsverletzung durch unzulässig übermittelte personenbezogene Daten nicht weiter vertieft wird.

Bei weiteren Rückfragen können Sie sich gerne an mich wenden.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Virks

Entwurf, Stand: nach UA QS am 26.01.2022

**Auswertung der Stellungnahmen  
gemäß § 91 Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Anpassun-  
gen für die Erfassungsjahre 2021 und 2022**

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Anpassungen für die Erfassungsjahre 2021 und 2022

## **Inhalt**

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Anhörung

### **I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen**

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

<b>Organisation</b>	<b>Eingangsdatum</b>	<b>Art der Rückmeldung</b>
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	18. November 2021	Stellungnahme

### **Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen**

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in den Arbeitsgruppen-Sitzungen am 24. November 2021 und 8. Dezember 2021 vorbereitet und durch den Unterausschuss QS in seinen Sitzungen am 1. Dezember 2021 und 26. Januar 2022 durchgeführt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Anpassungen für die Erfassungsjahre 2021 und 2022

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme (Stand: 1. Dezember 2021 und 26. Januar 2022)
1.	BfDI / 18. November 2021	<p>§ 11 Abs. 6 Satz 3 des Entwurfs regelt, dass, sofern das Institut nach § 137a SGB V in der Stellungnahme eines Krankenhauses personenbezogene Daten identifiziert, es das Krankenhaus zur Einreichung einer korrigierten Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens sieben Werktagen aufzufordern hat.</p> <p>Diesbezüglich empfehle ich folgende Sätze zu ergänzen:</p> <p>„Das Krankenhaus ist über die unzulässige Übermittlung personenbezogener Daten zu informieren. Die in den Stellungnahmen vorliegenden personenbezogenen Daten sind durch das Institut nach § 137a SGB V unverzüglich zu löschen.“</p> <p>Mit der Benachrichtigung des Krankenhauses wird dieses in die Lage versetzt, eigenständig zu prüfen, inwieweit es die betroffenen Personen nach Art. 34 DSGVO informieren muss.</p> <p>Mit der Löschungsverpflichtung wird sichergestellt, dass die Rechtsverletzung durch unzulässig übermittelte personenbezogene Daten nicht weiter vertieft wird.</p>	<p>1. Dezember 2021:</p> <p>Es wird empfohlen, der Empfehlung des BfDI zu folgen. Der Unterausschuss schlägt entsprechend der Anregung des BfDI Änderungen in § 11 Absatz 5 und 6 plan. QI-RL vor. Diese enthalten noch dissente Punkte.</p> <p>26. Januar 2022:</p> <p>Fortsetzung der Auswertung der Stellungnahme und Anpassung der Änderungsvorschläge im Beschlussentwurf</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Anpassungen für die Erfassungsjahre 2021 und 2022

## II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 4. November 2021 eingeladen bzw. im Unterausschuss QS angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	29.11.2021	ja

### Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 24. November 2021 vorbereitet und durch den Unterausschuss QS in seiner Sitzung am 1. Dezember 2021 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 1. Dezember 2021) <i>Empfehlung des Unterausschusses QS</i>
1.	BfDI	siehe Wortprotokoll	Der Unterausschuss sieht weiteren Beratungsbedarf und beauftragt die AG mit der Fortsetzung der Beratung zu § 11 Absatz 5 und 6.



# Wortprotokoll

## **einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Anpassungen für die Erfassungsjahre 2021 und 2022**

Vom 1. Dezember 2021

<b>Vorsitzende:</b>	Frau Maag
<b>Beginn:</b>	13:30 Uhr
<b>Ende:</b>	14:30 Uhr
<b>Ort:</b>	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

**Teilnehmer der Anhörung**

Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI):  
Frau ...



Beginn der Anhörung: 13:30 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Die Vorsitzende:** Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie zur Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Anpassungen für die Erfassungsjahre 2021 und 2022.

Frau ... (BfDI), Sie haben ja zu diesem Verfahren eine Stellungnahme abgegeben, die im Prinzip, so glauben wir, auch verfahrensvereinfachend gedacht war. Jetzt hat sich da aber einiges an Fragen ergeben. Deswegen wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie kurz erläuternd noch einmal in Ihre Stellungnahme einführten. Dann hätten wir, wenn Sie damit einverstanden sind, Fragen, und zwar die Bänke und die Patientenvertretung.

**Frau ... (BfDI):** Ist klar, vielen Dank. Vielen Dank erst einmal für die Einladung, an der Anhörung teilzunehmen. Dass die Stellungnahme des BfDI weiter zu solchen Diskussionen geführt hat, war, glaube ich, gar nicht beabsichtigt. Vielleicht kriegt man es aber auch relativ schnell geregelt, sodass alle Seiten zufrieden sind.

Hintergrund des Vorschlags, dass wir einen Satz ergänzen, war der, dass jetzt in der Richtlinie, also in § 11 Abs. 6 Satz 3, im Prinzip die Situation geschildert wurde, dass das Krankenhaus unzulässigerweise, egal aus welchen Gründen, beispielsweise aus Versehen – das wird ja meist so sein –, tatsächlich nicht-pseudonymisierte Daten schickt, sondern Datensätze schickt, wo Personen identifizierbar sind oder direkt personenbezogene Daten enthalten sind. Das führt datenschutzrechtlich natürlich zu zwei Folgen. Einmal habe ich eine unzulässige Übermittlung, berufsrechtlich vermutlich auch eine unzulässige Offenbarung – aber das ist ein Punkt, zu dem ich jetzt nichts sagen will –, und die Sachen sind jetzt beim IQTIG und müssen da dann natürlich wieder verschwinden, weil das IQTIG rein von der Vorgabe des G-BAs keine Befugnis hat, personenbezogene Daten zu verarbeiten.

Deshalb war mein Vorschlag, dass man erst einmal dem Krankenhaus eine Information zukommen lässt, dass personenbezogene Daten übermittelt wurden, damit das Krankenhaus selber prüfen kann, weil bei denen ja auch der Fehler passiert ist, ob die betroffenen Personen, deren Daten weitergegeben sind, nach Artikel 34 Datenschutz-Grundverordnung informiert werden müssen. Das ist tatsächlich eine Prüfung. Die muss das Krankenhaus als übermittelnde Stelle vornehmen, und das kann das Krankenhaus natürlich nur dann tun, wenn das Krankenhaus auch in die Lage versetzt wird, das zu wissen. Deshalb mein Hinweis mit der Ergänzung, dass es informiert wird.

Die zweite Sache ist: Das IQTIG darf keine personenbezogenen Daten haben. Daraus ist die Konsequenz: Es muss eine Löschverpflichtung seitens des IQTIGs geben, sodass der Personenbezug rauskommt. Jetzt gibt es natürlich zwei Möglichkeiten. Das Einfachste und vermutlich auch Praktikabelste wäre, und deshalb hatte ich eigentlich auch den Satz weiter vorn nicht gestrichen, sondern vorgeschlagen, ihn darin zu lassen, also: Das IQTIG fordert das Krankenhaus auf, innerhalb einer Woche die Sachen noch einmal zu schicken. – Das würde aber in der Konsequenz heißen: Das IQTIG löscht einfach den gesamten Datensatz. Das ist vermutlich auch das Einfachste, weil ansonsten das IQTIG in die Situation gerät, dass die Sachen – je nachdem, in welchem Format die Daten vorliegen – seitenweise durchgeguckt werden müssen, ob ein Personenbezug da ist. Das Ganze wird also geschwärzt.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist es erst einmal egal, ob ich den ganzen Datensatz lösche oder nur den Personenbezug herausnehme. Aber ich ahne, dass es in der Praxis – und deshalb habe ich auch den ersten Satz mit der Neuauflage der Unterlagen nicht gestrichen – vermutlich das Einfachste ist, wenn das IQTIG den gesamten Datensatz löscht und noch einmal zur Meldung auffordert. Dann hat sozusagen auch das Krankenhaus, das ja zur Übermittlung

oder zur Meldung verpflichtet ist, die Mehrarbeit zu leisten. Dann ist die Mehrarbeit sozusagen bei der Stelle, die sie letzten Endes auch verursacht hat, dass überhaupt personenbezogene Daten unzulässig ans IQTIG gegangen sind. – Das vielleicht als Einleitung dazu. Gern stehe ich natürlich für Fragen zur Verfügung.

**Die Vorsitzende:** Herzlichen Dank, Frau ... (BfDI). – Frau ... (DKG) hatte sich als Erste gemeldet.

**DKG:** Vielen Dank, Frau ... (BfDI). Dann wollte ich nur noch einmal zur Klarstellung aus Ihrer Sicht hören: Es ist datenschutzrechtlich egal, ob aus den Stellungnahmen das gelöscht wird, meinetwegen nach einer Nachlieferungspflicht, oder ob die ganze Stellungnahme gelöscht wird, oder – je nachdem – ob eben in den Stellungnahmen geschwärzt wird – das ist alles datenschutzrechtlich in Ordnung so, ja?

**Frau ... (BfDI):** Grundsätzlich ja, weil dann ja sozusagen der rechtskonforme Zustand wiederhergestellt wird, dass dann beim IQTIG tatsächlich keine personenbezogenen Daten liegen.

Was man dabei aber ein bisschen berücksichtigen muss ist, dass ja dann das IQTIG so ein bisschen eine Verantwortung dafür übernehmen müsste, dass die Daten dann auch tatsächlich nicht mehr personenbezogen da sind. Da würde ich ja die Pflicht eher beim Krankenhaus sehen.

Wie gesagt: Ich glaube, datenschutzrechtlich ist es tatsächlich richtig, dass es egal ist, aber ich glaube, es gibt Folgeprobleme. Da hatte ich ja, weil ich ja jetzt schon einen Moment vor Beginn dieses TOPs dabei war, auch das Argument mit dem Beweiswert der Unterlagen gebracht. Das ist sicherlich eine zivilrechtliche Frage. Aber auch das ist, glaube ich, nicht ganz von der Hand zu weisen. Aber das ist natürlich überhaupt keine datenschutzrechtliche Frage. Deshalb kann ich aus BfDI-Sicht wenig dazu sagen. Aber als Juristin, finde ich, ist es natürlich schon ein Argument, das auch berücksichtigt werden muss.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. – Dann bitte Frau ... (Patientenvertretung), Patientenvertretung. – Frau ... (DKG) spricht zunächst.

**DKG:** Erst einmal vielen Dank. Ich wollte nur noch darauf hinweisen, dass alles andere ja auch Folgeprobleme nach sich zieht, denn es geht hier ja um eine Planungsrelevanz, die infrage gestellt wird. Deswegen ist das Problem leider nicht so einfach zu lösen. Aus unserer Sicht würden wir sagen:

Auch um dieses Problem ein bisschen anzugehen, könnten wir uns durchaus vorstellen, das auch so zu formulieren, wie der GKV-SV es vorgeschlagen hat: dass wir erst einmal noch eine Stellungnahme einfordern, die ursprüngliche Stellungnahme löschen und erst danach löschen, wenn weiter personenbezogene Daten darin sind, solange wir vielleicht noch gucken können, ob wir diese Frist auf sechs oder sieben Werktagen verlängern, damit es sich in jedem Fall wenigstens über eine Woche hinauszieht.

**Die Vorsitzende:** Ich wollte jetzt aber keine bilaterale Diskussion entfachen, sondern Frau ... (Patientenvertretung) hatte sich vorab gemeldet. Dann folgen Frau ... (GKV-SV) und dann Herr ... (GKV-SV).

**Patientenvertretung:** Ich weiß jetzt nicht, was das heißt: dass wir nicht diskutieren dürfen. – Sie haben eigentlich das ausgeführt, liebe Frau Datenschützerin, was wir eigentlich auch so sehen. Was vielleicht noch nicht gesagt worden ist oder was Sie angesprochen hatten, ist, dass, wenn man in die Richtlinie schreibt, dass das IQTIG notfalls, wenn alles nicht klappt, selbst die Daten löscht, das wie ein Freifahrtschein ist: Macht euch keine Sorgen, das IQTIG wird es schon ausputzen! – Das IQTIG hat zu Recht darauf hingewiesen: Sie möchten weder den Aufwand haben, noch möchten sie rechtlich verantwortlich gemacht werden, wenn irgendetwas datenschutzrechtlich nicht gelaufen ist, sondern die Verantwortung muss bei den Verursachern liegen, und das sind die Einrichtungen, die den Datenschutz nicht beachten.

Damit sind auch keine schlimmen Folgewirkungen verbunden, Frau ... (DKG), sondern es geht lediglich darum, dass dann die entlastende Stellungnahme nicht entlastend wirken kann, und das haben wir in der Richtlinie schon vorgesehen. Diese nichtkonformen Stellungnahmen werden nicht bewertet. – So würden wir unseren Vorschlag auch ändern wollen, also: Es gibt eine zweite Chance. Das Verursacherprinzip ist klar. Das IQTIG ist nicht verantwortlich für den Datenschutz, sondern die Einrichtungen sind es. Ansonsten: Erfolgt das nicht richtlinienkonform, dann ist die übliche Folge: Diese Stellungnahme kann nicht gewertet werden. – Damit ist das ganze Verfahren keinesfalls gefährdet, in keiner Weise.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. – Frau ... (GKV-SV) erhält jetzt das Wort.

**GKV-SV:** Danke schön. – Ich hätte noch eine Nachfrage an Frau ... (BfDI), ob ich sie richtig verstanden habe. Die Stellungnahmen liegen dem IQTIG unter anderem auch, aber in Papierform vor. Das heißt, die betreffenden Daten können nicht wirklich gelöscht werden, sondern sie könnten dort nur geschwärzt werden. Wäre das aus Datenschutzsicht als ausreichend anonymisiert anzusehen, um die Stellungnahmen dann weiterverwenden zu können?

**Frau ... (BfDI):** Grundsätzlich ist auch eine Schwärzung aller personenbezogenen Daten als Löschung akzeptiert, also sozusagen Anonymisierung als Löschung – soweit ja. Aber wie gesagt, das Problem besteht – denn je nachdem, wie umfangreich dann die Stellungnahme des Krankenhauses auch ist – darin, dass das IQTIG das ja dann tatsächlich sicherstellen muss, was dann in Papierform sogar noch schlimmer wäre als elektronisch, weil das dann ja händisch durchgesehen werden muss und das auch relativ fehleranfällig ist, befürchte ich. Also ich weiß nicht, ob tatsächlich das reine Schwärzen eine so sinnvolle Lösung ist. Vollständiges Vernichten in dem Fall – das ist dann ja kein Löschen, sondern Vernichten der Unterlagen plus Neuanfordern – ist vermutlich der sinnvollere Weg. Aber geschieht denn die Übermittlung wirklich in Papierform und nicht digital?

**GKV-SV:** Nach Aussage des IQTIGs werden die Stellungnahmen über ein Portal digital übermittelt und zusätzlich auch in Schriftform, also auf Papier; so sieht es Absatz 5 Satz 1 auch vor.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. – Dann Herr ... (GKV-SV) und danach Herr ... (DKG).

**GKV-SV:** Herzlichen Dank auch von meiner Seite, Frau ... (BfDI), für Ihre Ausführungen. Das heißt, noch einmal die Frage von Frau ... (GKV-SV): Wenn wir dort anstatt „löschen“ am Ende schreiben: „anonymisieren“ wäre das akzeptabel? – Das wäre das eine.

Das andere ist: Wenn im ersten Schritt das Institut das zurückweist und es dem Krankenhaus zurückschickt und sagt: „Nein, da waren personenidentifizierende Daten drin, bitte schickt uns das noch einmal und löscht die komplette Unterlage!“, ist das okay. Aber wenn es im zweiten Schwung dann immer noch eine datenschutzrechtlich problematische Unterlage mit personenidentifizierenden Daten kriegt? – Also irgendwann muss dieses Spiel ja aufhören. Insofern auch von mir noch einmal die Frage: Wird das Datenschutzvergehen – das ist ja eine Laienfrage – bei dem Krankenhaus größer, wenn es darauf hingewiesen wurde: Dort waren personenidentifizierende Daten, und es schickt das erneut mit datenschutzproblematischen personenidentifizierenden Daten hin? Dann hatte es ja schon die Chance, genau zu gucken und aufzupassen, schickt aber wieder so etwas? Gibt es da irgendwelche Handlungsspielräume oder Eskalationsstufen, die man berücksichtigen kann oder muss?

**Frau ... (BfDI):** Naja, ob der Datenschutzverstoß dann größer wird, weiß ich nicht. Auf jeden Fall habe ich dann im Zweifel noch einen zweiten Datenschutzverstoß. Also das alleine macht es im Grunde natürlich auch schon schlimmer, wenn man jetzt rein über eine Sanktionierung nachdenkt sozusagen, also aus aufsichtsbehördlicher Sicht, was dann allerdings natürlich Ländersache ist, ob ich jetzt irgendwie einen Fall habe oder möglicherweise dann zehn hintereinander, weil ich einfach mein System nicht so darauf ausgerichtet habe; das ist in der

Bewertung natürlich schon ein Unterschied. Aber eigentlich habe ich natürlich erst einmal nur einen zweiten Datenschutzverstoß. „Größer“ in dem Sinne ist, glaube ich, die falsche Bezeichnung.

Das Problem ist tatsächlich: Auch durch diese Anonymisierung, und das sind, glaube ich, Punkte, die mit unserer Stellungnahme so nicht bedacht wurden, ist das Verfahren ja durchaus komplexer. Das Problem, das, glaube ich, tatsächlich entsteht, wenn jetzt diese Pflicht zur Anonymisierung oder wie auch immer beim IQTIG liegen würde, ist, dass natürlich immer noch eine gewisse Unsicherheit besteht, dass das dann tatsächlich datenschutzkonform umgesetzt wird. Also das Datenschutzziel muss sein, dass beim IQTIG keine personenbezogenen Daten mehr liegen und das Krankenhaus prüft, ob es die Patientinnen und Patienten informieren muss. Das ist sozusagen das Petitum, das wir seitens des BfDI an die Sache haben.

Dass das in der Praxis wahrscheinlich tatsächlich zu großen Schwierigkeiten führt, egal ob jetzt sozusagen das Krankenhaus dann mehr Arbeit hat, weil es noch einmal alles schicken muss, oder das IQTIG; ich glaube, da muss man jetzt gucken, was die sinnvollste Lösung ist. Aber das Problem ist natürlich: Es sind erst einmal Unterlagen des Krankenhauses, und das Krankenhaus hat dafür Sorge zu tragen, dass kein Personenbezug mehr darin ist. Da würde ich die Verantwortlichkeit tatsächlich ganz klar beim Krankenhaus sehen und natürlich nicht beim IQTIG. Und die Frage ist natürlich, wie man das rechtlich überhaupt hinkriegen will, dass auf einmal das IQTIG dafür dann in eine datenschutzrechtlich verantwortliche Position kommt, denn angenommen, das IQTIG würde dann auch wiederum Sachen übersehen, wäre das ja auch irgendwie sanktionswürdig, also im schlimmsten Fall; zumindest würde es auch einen Datenschutzverstoß darstellen, und das ist, finde ich, in dieser Konstellation schwer abbildbar, weil ja eigentlich der Grundverstoß beim Krankenhaus lag.

Also die aus unserer Sicht einfachste Lösung wäre es tatsächlich, dass das Krankenhaus dann in einer zweiten Version dafür Sorge trägt, dass jeglicher Personenbezug komplett herauskommt.

Man könnte natürlich dem Krankenhaus Hilfestellung geben, indem auch das IQTIG, wenn es denn leistbar ist, Hinweise gibt, wo denn überhaupt ein Personenbezug noch auftaucht. Aber das weiß ich nicht, das ist wahrscheinlich nichts, was in eine solche Richtlinie hineingehörte. Aber das wäre rein praktikabel natürlich ein einfaches Verfahren.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. – Jetzt erhält Herr ... (DKG) von der DKG das Wort.

**DKG:** Ich glaube, es ist jetzt aus der Diskussion klar hervorgegangen, dass es im Grunde unstrittig ist, dass man ein Krankenhaus zunächst einmal darüber informieren muss, wenn hier eine unzulässige Übermittlung stattgefunden hat, gerne auch, dass diese Stellungnahme dann gelöscht wird und das Krankenhaus aufgefordert wird, eine erneute Stellungnahme abzugeben.

Jetzt stellt sich die Frage: Was passiert, wenn in dieser erneuten Stellungnahme ebenfalls Daten enthalten sind, die nicht hätten übermittelt werden dürfen?

Wir sind bisher immer davon ausgegangen, dass es durchaus zulässig wäre, dass das IQTIG dann diese Daten löscht, anonymisiert – wie immer man das auch bezeichnet –, schwärzt, einfach vor dem Hintergrund, weil ja ein gewisses Interesse sowohl des Gesetzgebers als auch des G-BAs dahintersteht, dass diese Stellungnahmen entsprechend verwendet werden können, nämlich vor dem Hintergrund, dass, wie auch bereits erwähnt wurde, daran ja auch Entscheidungen geknüpft werden, die gegebenenfalls planungsrelevant sind. Und wenn ich tatsächlich an dieser Stelle sagen würde, nein, ich berücksichtige diese Stellungnahme im weiteren Verfahren überhaupt nicht mehr und bewerte sie so, als wäre keine Stellungnahme abgegeben worden, kann natürlich in einem späteren Verfahren die Frage gestellt werden: Warum habt ihr euch nicht inhaltlich mit dieser Stellungnahme auseinandergesetzt?

Vor dem Hintergrund, dass wir davon ausgehen, dass es a) nicht sehr viele Stellungnahmen sind, einfach, weil es wenige Verfahren sind, wenige Indikatoren sind, weil das IQTIG sowieso jede Stellungnahme Seite für Seite, Wort für Wort lesen muss, weil es sich mit den Inhalten dieser Stellungnahmen auseinandersetzen muss, würden wir es auch für zumutbar halten, dass das IQTIG entsprechend eine Anonymisierung, Löschung, Schwärzung – wie auch immer – vornimmt. Denn die Frage, die sich mir stellt, ist: Stellt sich die Frage der Verantwortung des Datenschutzverstoßes, sollten dann weiterhin personenidentifizierende oder personenbezogene Daten darin sein, überhaupt? Es kann ja genauso sein, dass das IQTIG überhaupt nicht feststellt, dass dort ein personenbeziehbares Datum enthalten ist, und es trotzdem enthalten ist, einfach, weil es sowohl das Krankenhaus übersehen hat, als auch das IQTIG es übersehen hat, und dieses Dokument dann weitergegeben wird. Wir gehen jetzt immer davon aus, dass dem IQTIG wirklich jeder Verstoß oder jede unzulässige Übermittlung dieser Daten auffällt. Was ist denn, wenn das nicht der Fall wäre?

Insofern kann ich die Argumentation nicht ganz nachvollziehen, dass man jetzt seitens der Patientenvertretung sagt, dass das so stringent gehandhabt werden muss, sondern wir sehen da durchaus die Option eben vor dem Hintergrund, dass es ja ein Interesse auch des G-BAs ist, diese Stellungnahmen zu verwenden, dass man das dem IQTIG entsprechend zumutet, ohne darüber irgendeine Aussage zu treffen, wem dann dieser Datenschutzverstoß letzten Endes zuzuordnen wäre, weil der wahrscheinlich letzten Endes immer noch beim Krankenhaus läge. Aber das müsste man dann vielleicht auch noch einmal bewerten. Das vielleicht nur als Anmerkung.

Und wie gesagt: Dieses Argument, dass das so aufwendig wäre, sehen wir tatsächlich nicht, denn das IQTIG muss sich mit diesen Stellungnahmen so oder so auseinandersetzen. Das Argument kann ich also nicht ganz nachvollziehen. Es wäre noch einmal interessant zu wissen, wie da auch das Mengengerüst ist. Also wenn man sagt, „jede zweite Stellungnahme“ hört sich das erst einmal dramatisch an. Aber wenn es am Ende eine überschaubare Anzahl ist, ist es aus unserer Sicht zumutbar.

**Die Vorsitzende:** Herzlichen Dank, Herr ... (DKG). – Jetzt hatte sich die Rechtsabteilung bei uns zu Wort gemeldet, und dann hat Frau ... (IQTIG) das Wort.

**G-BA-GS, Abteilung Recht:** Vielen Dank, Frau ... (BfDI), für die hilfreichen Ausführungen. Wir haben jetzt natürlich überlegt, wie wir Ihre Empfehlungen in den Beschlussentwurf datenschutzkonform einbeziehen können. Da liegen verschiedene Vorschläge vor. Ich bin nicht sicher, ob Sie Gelegenheit hatten, diese zur Kenntnis zu nehmen? Jedenfalls würde ich das versuchen, da wir ja in irgendeiner Form heute von Ihnen eine Rückmeldung bekommen müssten, ob das, wenn wir das umsetzen, dann in Ordnung wäre, ob es nicht vielleicht auch so ginge wie in dem Vorschlag, den ich Ihnen jetzt kurz vorstellen würde.

Also ich könnte mir vorstellen, wenn man ganz einfach vorgeht und quasi den Beschlussentwurf nimmt, der im Stellungnahmeverfahren vorgelegt wurde und dort im letzten Satz des § 11 Absatz 6 Ihre Rückmeldung so integriert, dass man – genauso habe ich Sie jetzt auch verstanden – das vielleicht nicht nur auf die personenbezogenen Daten bezieht, sondern auf die Stellungnahme insgesamt.

Wenn ich Sie richtig verstanden habe, müsste man dann quasi mit der Begrifflichkeit auch noch einmal gucken, ob es quasi zwischen digitalen Stellungnahmen und der in Papierform zu differenzieren wäre, also dass es möglicherweise heißen müsste:

„Digitale Stellungnahmen werden unverzüglich gelöscht, und Stellungnahmen in Papierform werden vernichtet.“

Die Frage ist, ob diese Formulierungen aus Ihrer Sicht, wenn wir diese so aufnehmen würden, frei von datenschutzrechtlichen Bedenken wären. Das wäre meine Frage, ob Sie heute sagen könnten, ob es aus Ihrer Sicht dann okay wäre.

**Frau ... (BfDI):** Also das wäre dann im Prinzip eine Umformulierung des BfDI-Vorschlags. Also der erste Satz: „Das Krankenhaus ist über die unzulässige Übermittlung personenbezogener Daten zu informieren“ würde bleiben, und dann wäre der zweite Satz derart verändert, dass darinstünde:

„Die Stellungnahmen, die personenbezogene Daten enthalten, sind durch das Institut nach § 137a unverzüglich zu löschen oder zu vernichten.“

Das wäre quasi der Vorschlag, oder?

**G-BA-GS, Abteilung Recht:** Genau. Sie müssten ihn auch auf dem Bildschirm sehen können, dann können Sie ihn in Ruhe lesen. – Man könnte das auch feiner differenzieren. Da könnte man gut zu einer Lösung kommen, wenn man da vielleicht explizit sagt:

„Die digitalen Stellungnahmen sind unverzüglich zu löschen, und die Stellungnahmen in Papierform sind zu vernichten.“

Das ginge bestimmt auch.

**Frau ... (BfDI):** Ja, ich glaube, das ist wahrscheinlich schon zu lang. Da würde es reichen: „zu löschen oder zu vernichten“, was den Unterschied ja schon deutlich macht.

**G-BA-GS, Abteilung Recht:** Dann könnte man das kurz ergänzen? – Genau. Sie haben ja auch schon herausgehört: Dann würden wir möglicherweise vielleicht eher in den Vorgaben der plan. QI bleiben können.

**Frau ... (BfDI):** Das wäre jetzt ein Formulierungsvorschlag, dem aus datenschutzrechtlicher Sicht nichts entgegenstände. Es hat, glaube ich, ein bisschen auch einen Sinn gehabt, dass ich die Reihenfolge anders hatte. Ich hatte ja sozusagen:

„Das Krankenhaus ist über die unzulässige Übermittlung zu informieren.“

Aber das ist letzten Endes egal. Das wäre ja auch in Ihrem Vorschlag mit enthalten.

**G-BA-GS, Abteilung Recht:** Wir können das gern auch umdrehen, wenn Sie das für vorzugswürdig erachten würden, also jedenfalls in dem Vorschlag, der jetzt da ist.

**Frau ... (BfDI):** Und was, glaube ich, wichtig ist: Damit es verständlich ist, warum es datenschutzrechtlich wichtig ist, das Krankenhaus zu informieren, müsste zumindest irgendwie in die Begründung hinein, dass es einfach in die Lage versetzt wird, die Patientinnen und Patienten nach § 34 DSGVO gegebenenfalls zu informieren oder diesbezüglich zumindest eine Prüfung vorzunehmen. Das ist vermutlich für den Text, direkt für die Richtlinie zu komplex. Ich weiß nicht, ob es noch irgendwie wie bei Gesetzen dann auch eine Begründung gibt, die dann auch sozusagen durch die Stellen einzusehen sind. Ich gehe davon aus, dass das ja möglich ist. Deshalb würde ich da nur empfehlen, das mit in die Begründung aufzunehmen.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. – Auch bei uns gibt es Begründungen zu unseren Richtlinien. Herzlichen Dank für die erste Stellungnahme.

Jetzt hat sich Frau ... IQTIG gemeldet.

**IQTIG:** Drei Punkte hätte ich, und zwar, um kurz auf Herrn ... (DKG) zu antworten: Das betraf bei uns 30 bis 50 Prozent der Stellungnahmen. Also jede zweite bis dritte Stellungnahme war nicht ausreichend anonymisiert, und dann ging es noch in einigen Schleifen hin und her, weil dann auch immer nicht alles anonymisiert wurde. Dann haben wir die Häuser darauf hingewiesen usw.

Wir haben einfach mal grob geschätzt und würden sagen: Das waren in diesem ersten Schritt ca. 5 Personentage; das ist schon machbar. Allerdings fallen die dann eben an anderer Stelle weg.

Unsere Angst war ja eben, dass das dann ein Freifahrtschein für die Häuser ist, einfach nicht mehr zu anonymisieren, sodass wir da nicht mehr hinterherkommen. Daher haben wir auch dafür plädiert, dass, wenn dem GKV-SV gefolgt wird zum Beispiel, dass in der Richtlinie eben festgelegt werden muss, dass die Hürde sehr, sehr hoch ist für die Häuser, nicht zu anonymisieren.

Das war auch für uns die wichtigste Frage: Was ist, wenn wir anonymisieren und uns unterläuft ein Fehler? Wer trägt am Ende die Verantwortung? Da meinte Herr ... (DKG) ja gerade auch: Wenn das IQTIG übersieht und das Krankenhaus übersieht, bleibt dann der Fehler quasi beim Krankenhaus oder übernehmen wir den dann? Das steht ja eigentlich vor allem in dieser ganzen Diskussion: Wer trägt dann die Verantwortung, wenn wir für die Krankenhäuser da etwas machen? Und, Frau ... (BfDI), ich weiß nicht, ob Sie das wussten: Wir haben das in den letzten Jahren bisher so gehandhabt, weil die Richtlinie da so undeutlich war. Das heißt, wir haben in letzter Linie immer selber anonymisiert.

Jetzt noch zwei praktische Dinge: Wenn jetzt quasi der Patientenvertretung gefolgt wird, zum einen bezüglich der Frist: Wir sagen, wir haben eine Frist von fünf oder sieben Tagen, bis wann gilt die Frist? Quasi bis Ende der Frist, in der die Krankenhäuser Stellungnahmen einreichen können, oder darüber hinaus? Und jetzt ganz praktisch: Was machen wir mit Krankenhäusern, die zwei Tage vorher erst ihre Stellungnahme schicken können? Die haben diese Frist ja quasi nicht mehr. Oder auch: Was machen wir mit einem Haus, dem wir eine Frist setzen, und dann schickt es uns eine Stellungnahme zurück, und von sechs Namen sind halt nur fünf geschwärzt? Konsequenterweise müssten wir dann auch sagen: Okay, diese Stellungnahme wird nicht für die fachliche Klärung bewertet. – Das wäre es aus ganz praktischer Sicht. Die Frage geht wahrscheinlich nicht an Sie, Frau ... (BfDI), aber in die Runde.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. – Frau ... (DKG).

**DKG:** Ich würde noch einmal auf den Vorschlag der Rechtsabteilung eingehen und auch auf das, was Frau ... (BfDI) dazu gesagt hat: Wäre es, wenn wir jetzt an diesen Vorschlag noch den Satz 7 aus der Position des GKV-SV anfügen würden, dann aus Ihrer Sicht datenschutzrechtlich denkbar? Dann würden wir nämlich diesen Vorschlag begrüßen.

**Die Vorsitzende:** Jetzt müssten wir noch einmal hochscrollen; das passt ja jetzt nicht ganz zusammen.

**Frau ... (BfDI):** Der Satz 7, den Sie meinen, wäre dann:

„Sollte auch nach Ablauf der Frist keine richtlinienkonforme Stellungnahme vorliegen, sind verbliebene personenbezogene Daten durch das IQTIG unverzüglich zu löschen.“

Darauf beziehen Sie sich? – Okay.

**Die Vorsitzende:** Frau ... (DKG), ist es so richtig? Sind Sie so richtig verstanden worden?

**DKG:** Also dieser Satz bezieht sich jetzt auf die korrigierte Stellungnahme.

**Die Vorsitzende:** Okay, dann machen wir mal weiter: Frau ... (Patientenvertretung), Herr ... (IQTIG) und Herr ... (GKV-SV).

**Patientenvertretung:** Also für uns passt das natürlich nicht, denn das ist jetzt schon sozusagen nach der Mahnung immer noch nicht richtlinienkonform – und so haben wir auch die Rechtsabteilung verstanden und auch die Datenschützerin. Ist es immer noch nicht datenschutzkonform, dann wird das Dokument gelöscht. Das ist die Schlussfolgerung.

Wir könnten dem Vorschlag der Rechtsabteilung vollumfänglich folgen, den Herr ... (**G-BA-GS, Abteilung Recht**) heute hier gemacht hat. Der wäre auch datenschutzkonform, haben wir verstanden.

Und was die Frist angeht – weil das Frau ... (IQTIG) gebracht hat –, da denken wir schon, die Krankenhäuser müssten auch nach der regulär abgelaufenen Frist diese fünf Tage Zeit haben,

denn sonst wäre das eine Ungleichbehandlung. Die haben das Recht, den letzten Tag auszunutzen für ihre Stellungnahme. Dann müssen auch alle das Recht haben, fünf Werktage dafür aufzuwenden, würden wir sagen, und das IQTIG hatte das auch in der AG gesagt. Das sind ja alles sehr enge Taktungen in der plan. QI-Richtlinie; das ist ja gut so, dann denke ich, dass diese fünf Tage sein müssten. Aber dann müsste vielleicht auch das IQTIG noch einmal etwas dazu sagen. Und danach ist Löschung der Stellungnahme vorzusehen, denn wenn dieser Satz in der Richtlinie steht, den Sie gerade vorgeschlagen haben, Frau ... (DKG), dann ist genau das wieder der Fall, dass die Krankenhäuser denken: Ach ja, letztendlich macht das IQTIG das schon klar. – Diesen Anreiz dürfen wir nicht setzen, aus verschiedenen Gründen nicht. Also wir wären mit der Rechtsabteilung.

**Die Vorsitzende:** Danke schön. – Herr ... (IQTIG) und dann Herr ... (GKV-SV).

**IQTIG:** Das IQTIG sieht das natürlich genauso, denn sonst landet der Schwarze Peter wieder beim IQTIG und damit auch die juristische Verantwortung, das richtig oder eben nicht richtig zu machen.

Der zweite Punkt, den ich noch bringen wollte: Wir haben in der DeQS eigentlich so beschlossen, wie es jetzt die Rechtsabteilung formuliert hat, nämlich: Wenn die Stellungnahme nicht vollständig anonymisiert ist, wird die gesamte Stellungnahme gelöscht. Insofern würden wir auch für ein gleichzeitiges oder gleichsinniges Vorgehen für plan. QI votieren.

**Die Vorsitzende:** Danke schön. – Herr ... (GKV-SV).

**GKV-SV:** Vielen Dank. – Wenn man diese Einfügungen konsequent noch einmal überlegt und analog zu dem ersten formuliert, müsste dann doch stehen:

„... die Stellungnahme unverzüglich zu löschen oder zu vernichten.“

Denn auch die zweite darf ja das IQTIG, wenn ich das richtig verstanden habe, eigentlich nicht weiter behalten. Insofern, wenn man das konsequent umsetzt – außer, es wäre eine Abweichung, dann sollte man aber nicht mehr „zu löschen“ schreiben, sondern dann müssten Sie, Frau ... (DKG), glaube ich, „löschen“ durch „anonymisieren“ ersetzen, damit ganz klar ist, dass damit gemeint ist, dass hier eine andere Aktion durchgeführt wird als das Löschen und das Vernichten, denn sonst ist das verwirrend. Oben steht „löschen“, was gleichgesetzt ist mit „vernichten“, „Löschen der Daten“ und „Vernichten der Dokumente“. Wenn es dann im zweiten Schritt etwas anderes sein sollte, müsste man hier „anonymisieren“ schreiben. Das wäre dann aus meiner Sicht korrekter.

Ich würde jetzt auch noch einmal die Frage an Frau ... (BfDI) geben, wie sie dieses Vorgehen einschätzt.

Die zweite Frage an Frau ... (BfDI): Neben der Informationspflicht, die sich für die Krankenhäuser ergibt, wenn sie Datenschutzverstöße gemacht haben und personenidentifizierbare Daten – können ja auch von Ärzten sein – rausgeschickt haben, gibt es noch andere Pflichten, die das Krankenhaus hat, wie Information der Behörde? Denn irgendwie ist es schon wichtig, dass, wenn – und das sind ja in dem Sinne keine kleinen – Datenschutzverstöße gemacht werden, auch das Krankenhaus weiß, was in der Datenschutz-Grundverordnung steht, was es dann auch zu tun hat. Vielleicht sollte man das in den Tragenden Gründen zumindest noch einmal klarstellen, damit das bekannt ist.

**Frau... (BfDI):** Um vielleicht mit der zweiten Frage anzufangen: Ja, ganz klar sind natürlich bei unzulässigen Datenübermittlungen einmal die Betroffenen selbst zu informieren, und gegebenenfalls ist zu prüfen, inwiefern die jeweilige Aufsichtsbehörde zu informieren ist. Das ist dann im Prinzip nicht nur der § 34 DSGVO, sondern auch der § 33 DSGVO. Ganz richtig, darauf könnte man gegebenenfalls auch noch einmal hinweisen.



Die erste Frage, ob jetzt sozusagen der Satz 7 mit hineinsollte: Ich habe ehrlich gesagt aus datenschutzrechtlicher Sicht ein bisschen ein Problem damit. Wenn wir uns nämlich für den Satz davor darauf geeinigt haben, dass, um wieder einen datenschutzkonformen Zustand herzustellen, sozusagen das Krankenhaus aufgefordert wird, weil die letzten Endes für den Datenschutzverstoß ja auch zuständig sind, das dann in der zweiten Runde sozusagen abzuschwächen und zu sagen „Ach na ja, dann soll es halt, um das Ganze erst einmal abzukürzen, doch das IQTIG machen.“, ist natürlich nicht wirklich konsequent. Und um die Regelung konsequent durchzuhalten, dürfte der vermutlich so nicht aufgenommen werden.

Rein datenschutzrechtlich, wenn dann da steht „sind zu anonymisieren“ ist natürlich erst einmal, wenn es denn vernünftig passiert, ein datenschutzkonformer Zustand hergestellt, aber die Frage, wer dafür die Verantwortung übernehmen soll, denn durch so eine Regelung würde das IQTIG rechtlich mit in die Verantwortung hineinkommen, ist vermutlich ein bisschen unglücklich. Aber das ist natürlich eher eine Frage, zu der wir aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht ganz so viel sagen können. Ich denke, dass es unpraktikabler ist als eine vollständige Löschung und dem Krankenhaus einfach die Aufgabe aufzuerlegen, dann noch einmal zu melden. Ich würde den Satz, glaube ich, weglassen.

Wenn das IQTIG aber sagt, gut, damit könnte es leben, auch mit jeglichen Konsequenzen, was die Verantwortung angeht, was die Situation angeht, dass es ja möglicherweise dann auch ein Schriftstück ist, was vor Gericht zu Beweis Zwecken herangezogen wird, also was wirklich zivilrechtliche Fragen sind, dann hätten wir damit wahrscheinlich kein Problem. Aber ich glaube, genau diese Probleme bestehen bei einer solchen Regelung, und ich hatte das IQTIG jetzt auch so verstanden, dass deswegen diese Lösung ja auch nicht unbedingt präferiert wird. Ich glaube aber, dass das nichts ist, was wir abschließend entscheiden können sozusagen, weil die Diskussion auf einer anderen Ebene und nicht auf einer datenschutzrechtlichen Ebene dann stattfindet.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. - Herr ... (DKG).

**DKG:** Vielen Dank noch einmal für diese Ausführungen. Also es geht ja tatsächlich darum, jetzt zumindest an dieser Stelle, ob es datenschutzrechtlich möglich wäre, eine solche Regelung zu treffen oder nicht, und ich hatte Sie jetzt so verstanden, Frau ... (BfDI), dass es zumindest möglich und denkbar wäre.

Die Frage danach, ob wir dem IQTIG es sozusagen auferlegen können, dann hier gegebenenfalls auch in der Verantwortung zu stehen, der dann erneuten Anonymisierung, nenne ich es jetzt einmal, oder Löschung oder Schwärzung auch Rechnung zu tragen, das ist, glaube ich, an anderer Stelle zu klären bzw. ist eine Frage, die der G-BA sich letzten Endes auch stellen muss. Aber wir würden uns nach wie vor dafür aussprechen, zumal man nicht vergessen darf:

Dieses Verfahren wird ja derzeit genau so gehandhabt, also es wird seit Jahren genau das getan; das darf man an der Stelle auch nicht vergessen. Jetzt ist es natürlich nicht richtig, Dinge zu tun, die man eigentlich nicht tun sollte; ich verstehe es aber so, dass es letzten Endes zulässig ist, eben gerade auch datenschutzrechtlich möglich, wenn das IQTIG an der Stelle anonymisiert, löscht, schwärzt – wie auch immer –, dass diese Stellungnahmen weiterverwendet werden können.

Und insofern: Ich glaube, wir haben die Argumente hier jetzt auch hinreichend beleuchtet – zumindest aus unserer Sicht –, im Zweifelsfall stellen wir dann diesen Satz einfach dissent. Dann müsste nur entsprechend auch der Hinweis dann vielleicht der guten Ordnung halber die Anschlussbehandlung, so wie sie zum Beispiel die Patientenvertretung, ich glaube, in Satz 9 ihres Vorschlags vorsieht, hier als Gegenposition getextet werden, weil sonst nämlich unklar ist, was am Ende mit einer weiterhin datenschutzrechtlich nicht konformen Stellungnahme geschehen soll.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank, Herr ... (DGK). Ich will nur darauf hinweisen, dass zumindest ich die Stellungnahme von Frau ... (BfDI) anders verstanden habe, nämlich dass es tatsächlich einen datenschutzrechtlichen Unterschied macht, ob der Satz darin ist, so wie Sie ihn wünschen, oder ob er draußen ist.

Es ging tatsächlich darum, und dazu mag Frau ... (BfDI) bitte noch einmal Stellung nehmen, dass die Wirkung einer Rückgabe abgeschwächt wird. Frau ... (BfDI), das ist jetzt eine Frage von mir. Dann folgt als Nächster Herr ... (IQTIG).

**Frau ... (BfDI):** Also direkt zu der Frage: Das Problem ist, wenn es sozusagen dann das IQTIG macht, birgt das halt tatsächlich die Gefahr, dass dann möglicherweise die Anonymisierung trotzdem nicht vernünftig gemacht wird, und das ist natürlich ein datenschutzrechtliches Risiko, wo wir davon abraten würden, es einzugehen.

Aber man könnte den Satz natürlich auch mit einer Begründung darin lassen. Aber wir geben einfach zu bedenken, dass das ein risikoreicheres Verfahren ist, weil tatsächlich nicht hundertprozentig gewährleistet ist, dass das IQTIG dann die Anonymisierung auch wirklich so durchführen kann. Gerade bei Papierunterlagen kann es halt auch leicht geschehen, dass ein Personenbezug einfach übersehen wird. Um das zu verhindern wäre es einfach besser, wenn das Krankenhaus das komplett in seiner Verantwortung wirklich sicherstellt. Das macht datenschutzrechtlich schon einen Unterschied, was das Risiko angeht. Mehr kann ich dazu, glaube ich, nicht sagen, denn natürlich kann auch so ein Risiko bewusst eingegangen werden. Wir würden aber davon abraten.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. – Jetzt erhält Herr ... (IQTIG) noch das Wort.

**IQTIG:** Ich bin auch bei Satz 7. Vielen Dank, Frau ... (BfDI), für Ihre klare Stellungnahme. Wir haben in der Tat noch Bauchschmerzen – Sie haben uns ja eben angesprochen – mit dem Satz und würden uns dort eine Klarstellung wünschen dahingehend, dass die verbliebenen personenbezogenen Daten – dass dieser Passus gelöscht wird in dem Satz 7, dafür aber klargestellt wird, dass die eingegangene Stellungnahme vom IQTIG zu löschen ist.

Und da auch an Frau ... (BfDI) noch einmal die Rückfrage: Wäre das aus Datenschutzsicht richtig? Sie haben ja eben gesagt, der Satz 7 wäre vielleicht obsolet. Wir halten den schon für erforderlich, aber mit der Klarstellung, dass das IQTIG die Stellungnahme löscht.

**Frau ... (BfDI):** Mit der Konsequenz, dass es dann sozusagen für weitere Auswertungen einfach nicht zur Verfügung steht. Ja, das ist natürlich eine verfahrensrechtliche Entscheidung, denn ansonsten: Wenn man ihn einfach löscht, würde vermutlich dann die Regelung von Satz 6 wieder greifen, und dann wäre es in der Praxis aber wahrscheinlich so, dass es ewig hin- und hergehen kann zwischen IQTIG und Krankenhaus. Das ist wahrscheinlich nicht Sinn der Sache. Ja, aber konsequent wäre es, dann auch hier eine Löschung bzw. Vernichtung vorzusehen, genau wie in Satz 6 dann.

Ganz kurz noch: Die Dimensionen, was das für Konsequenzen hat, auch für das Gesamtverfahren, kann ich natürlich aus datenschutzrechtlicher Sicht sehr, sehr schwer beurteilen, und dazu kann ich auch nichts sagen.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. – Herr ... (GKV-SV), bitte.

**GKV-SV:** Vielen Dank, Frau ... (BfDI). Noch eine Nachfrage, auch zu Ihren Ausführungen gerade eben. Nachvollziehbar wurde gesagt: Das IQTIG soll das besser löschen; das Risiko ist hoch, dass auch das IQTIG vielleicht dann am Ende etwas übersieht. Das soll in der Verantwortung der Krankenhäuser bleiben, dass sie Dokumente zur Verfügung stellen, in denen keine personenbezogenen Daten mehr enthalten sind, um damit im Prinzip sicherzustellen, dass das IQTIG mit solchen Sachen dann weiterarbeiten kann.

Da stellt sich mir jetzt aber die Frage: Bedürfte es dann einer Zusicherung des Krankenhauses, dass diese Prüfung durchgeführt und alles anonymisiert hat, denn – jetzt praktisch gedacht –:

Wenn das IQTIG jetzt hingehet und auch die erneute Stellungnahme nimmt, müsste sie ja auch noch einmal durchschauen, ob wirklich keine personenbezogenen Daten mehr darin sind. Dann würde es vielleicht feststellen, dass doch noch welche da sind. Will sagen, ich habe Sie insofern nicht richtig verstanden: Das würde ja das Institut nur richtig entlasten, wenn es nicht noch einmal ausführlich jeden Satz durchlesen müsste, um zu schauen, ob nicht doch noch was darin vergessen wurde. Denn das müsste es in dem Fall, dass es dann übriggebliebenes noch zu anonymisieren hat, sowieso machen. Also wird eigentlich eine Verfahrensvereinfachung nur dann irgendwie vernünftig vom Aufwand her für das Institut möglich, wenn das Institut nicht noch einmal Satz für Satz durchchecken muss, ob das Krankenhaus wirklich alles richtiggemacht hat. Da wäre wichtig: Kann das Institut auf irgendetwas zurückgreifen und sagen: Nein, ich brauche es bei einer Zweitlieferung nicht noch einmal Wort für Wort durchzulesen? Und wenn ich dann wieder etwas Nichtanonymisiertes entdecke, was da nicht reingehört, dann darf ich es wieder löschen? - Denn wenn es das machen muss, ist der Arbeitsaufwand der gleiche, als wenn es das anonymisieren würde. Das habe ich noch nicht ganz verstanden.

**Frau ... (BfDI):** Ehrlich gesagt: Die Frage des Arbeitsaufwandes ist, glaube ich, von uns nicht wirklich betrachtet worden. Also ich denke, es ist tatsächlich ein datenschutzrechtliches Argument, zu sagen: Das Krankenhaus muss dafür Sorge tragen. – Denn letzten Endes muss es sich ja sonst auch darauf verlassen, dass tatsächlich ein rechtskonformer Zustand durch das IQTIG wiederhergestellt wird. Wie das in der Praxis läuft, ob dann die zweite Stellungnahme vom IQTIG auch noch einmal ganz dezidiert durchgeschaut wird, das entzieht sich einfach meiner Kenntnis. Dazu müsste das IQTIG wahrscheinlich etwas sagen, ob die das dann auch bei einer Zweitstellungnahme so machen. Dafür bin, glaube ich, zu wenig in dieses praktische Verfahren involviert.

**GKV-SV:** Nein, das war jetzt eher datenschutzrechtlich gemeint.

**Frau ... (BfDI):** Ja, das habe ich schon verstanden, aber ich weiß gar nicht, was ich dazu sagen soll. Da müsste sich das IQTIG ja auf eine Bestätigung des Krankenhauses verlassen und sich quasi damit exkulpieren und sagen: Wir sind gar nicht verpflichtet, es noch einmal nachzugucken. – Diese Situation hätte ich aber doch theoretisch auch schon bei der ersten Stellungnahme, denn die Verantwortlichkeit für den Datenschutzverstoß liegt ja beim Krankenhaus. Und ist es in der Praxis nicht tatsächlich so, dass auch die zweite Stellungnahme durchgeschaut wird? Ich meine, irgendetwas wird ja mit dieser Stellungnahme gemacht, die wird ja verarbeitet. Das heißt, auch dabei kann das IQTIG immer noch feststellen: „Da steht ja immer noch der Name von XY drin!“ - Das ist ja nicht ausgeschlossen, oder?

**Die Vorsitzende:** Danke schön. – Ich habe jetzt noch folgende Wortmeldungen: Herr ... (DKG), Frau ... (Patientenvertretung) und Frau ... (IQTIG). Und dann würde ich darum bitten – wir sind jetzt eine Stunde an diesem Thema dran, und wir sind bei Tagesordnungspunkt 7 von rund 21 –, dass wir hier einen Punkt machen. Dann würden wir dissent ins Plenum gehen und es dann im Plenum entscheiden.

Herr ... (DKG) hat das Wort.

**DKG:** Was ich noch nicht ganz verstanden habe ist der Unterschied, der zwischen der ersten und der zweiten Stellungnahme gemacht wird. Nehmen wir an, das IQTIG stellt bei der ersten Stellungnahme, die eingereicht wird, schon nicht fest, dass dort noch ein Verstoß gegen die datenschutzgerechte Übermittlung der Daten, nämlich anonymisiert oder wie auch immer gelöscht, vorliegt. Das heißt, das IQTIG sieht de facto irgendeinen Namen in einer der Stellungnahmen nicht und verarbeitet diese Stellungnahme weiter. Wer ist denn dann dafür verantwortlich, wenn letzten Endes diese personenidentifizierenden Daten weitergereicht wurden? Wahrscheinlich das Krankenhaus. Und was ändert sich denn daran, wenn ich eine wiederholte Stellungnahme anforderte und dann sage: Hier an dieser Stelle sind erneut

Punkte aufgefallen, die personenidentifizierend sind, und ich schwärze oder anonymisiere sie an dieser Stelle? – Mehr kann das IQTIG doch an der Stelle auch nicht machen.

Sollten wider Erwarten immer noch Punkte übrig sein, dann ist doch die Verantwortung nicht plötzlich beim IQTIG, sondern doch nach wie vor beim Krankenhaus – oder verstehe ich da irgendwas falsch? Also wo ist da der Unterschied? Ich kann ja an beiden Stellen nicht hundertprozentig sicherstellen, dass das IQTIG nicht irgendetwas übersieht. Das heißt, letzten Endes, wenn ich das richtig verstehe, ist das wirklich eine Frage der Risikoabwägung und nicht eine Frage dessen, ob es datenschutzrechtlich möglich oder unmöglich ist, auch diese zweite Stellungnahme dann gegebenenfalls vom IQTIG schwärzen zu lassen. Es wäre dann natürlich sicherer, einfach zu löschen, weil ich gar nicht erst die Gefahr hätte, dass weiterhin Daten übermittelt werden würden, die gegebenenfalls personenidentifizierend sind. Das habe ich verstanden. Aber das ist aus meiner Sicht eine Abwägung, die der G-BA dann auch im Hinblick auf das Gesamtverfahren treffen muss. Denn was bedeutet das in der Folge? Ich verwerfe die Stellungnahme komplett und kann gegebenenfalls aus meiner Sicht dann zumindest auch überhaupt keine Aussage darüber treffen, ob das jetzt ein relevanter Qualitätsmangel war oder nicht, weil ich es aus formalen Gründen, im Prinzip aus datenschutzrechtlichen Gründen verworfen habe. Und das ist sozusagen das, finde ich, was man gegeneinander abwägen muss: ob ich eher dieses Risiko eingehe oder nicht. Die Verantwortung, wer diesen Datenschutzverstoß an der Stelle verschuldet hat, stellt sich für mich nicht, weil sie im Grunde immer beim Krankenhaus liegen müsste. Oder ich verstehe da irgendetwas falsch?

Wie gesagt, sonst nur der Hinweis: Auch bei der ersten Stellungnahme kann ein solcher Verstoß bereits stattfinden, und das IQTIG sieht ihn gegebenenfalls einfach nicht. Ich würde sagen: Wir stellen den Satz dann wirklich einfach dissent, um hier weiterzukommen. Aber abschließend geklärt ist die Frage für mich nicht.

**Die Vorsitzende:** Schönen Dank. – Frau ... (Patientenvertretung) hatte sich noch gemeldet.

**Patientenvertretung:** Wir würden vorschlagen, den letzten Satz zu nehmen und das vielleicht auch noch einmal in Ergänzung zur Rechtsabteilung:

„Wird im zweiten Lauf immer noch eine unzulässige Übermittlung personenbezogener Daten festgestellt, wird die Stellungnahme nicht bewertet und unverzüglich gelöscht.“

Also damit klar ist: die Konsequenz ist nicht noch einmal Löschung und dann vielleicht noch eine Schleife und noch eine Schleife, sondern dann wird die Stellungnahme nicht bewertet und unverzüglich gelöscht. Damit ist sowohl der Richtlinie als auch dem Datenschutz entsprochen. Das ist unser Vorschlag; ich will das auch gar nicht mehr diskutieren, das können wir dann im Plenum machen.

**Die Vorsitzende:** Danke schön. – Nun Herr ... (IQTIG), und dann ist Ende der Debatte, dann machen wir einen Verfahrensvorschlag. – Herr ... (IQTIG).

**IQTIG:** Es ist alles gesagt vom Prozess her: Es kommt einmal rein, geht in die Datentonne oder in den digitalen Schredder. Kommt es beim zweiten Mal wieder falsch rein, müsste es den gleichen Weg gehen, so wie es Frau ... (Patientenvertretung), glaube ich, gerade gesagt hat. Das wäre unsere Vorstellung.

**Patientenvertretung:** Mit der Ergänzung, dass dann auch die Stellungnahme nicht bewertet wird.

**Die Vorsitzende:** Jetzt bedanke ich mich für Ihre Stellungnahmen. Jetzt gehen wir bitte in den alten Beschlussentwurf zurück, denn jetzt kommt es nämlich darauf an, dass wir hier irgendwo auch noch entsprechend unserer rechtlichen Verpflichtungen handeln.

Den alten Beschluss gucken wir uns jetzt bitte noch einmal an; das ist der Ausgangspunkt des Verfahrens. Dazu hat der BfDI oder in dem Fall die Vertreterin des BfDI eine Stellungnahme abgegeben, und da erhält jetzt die Rechtsabteilung noch einmal das Wort und fragt.

**G-BA-GS, Abteilung Recht:** Vielleicht könnte man das jetzt – so war das ja erst einmal okay – kurz ergänzen.

**Die Vorsitzende:** Wo?

**G-BA-GS, Abteilung Recht:** In Absatz 5 steht es ja noch einmal: Das Krankenhaus hat sicherzustellen, dass in den Stellungnahmen keine personenbezogenen Daten enthalten sind. Und das Institut berücksichtigt nach § 137a SGB V nur Stellungnahmen, die ihm richtlinienkonform übermittelt wurden.

In Absatz 6 sollte der letzten Satz ersetzt werden, mit den Ergänzungen, die wir jetzt erarbeitet haben. Das wäre jetzt, Frau ... (BfDI), wenn ich Sie so richtig verstanden habe, erst einmal aus Ihrer Sicht datenschutzrechtlich in Ordnung. Vielleicht können Sie das noch einmal sagen? Und wenn dann noch weitere Ergänzungen kommen sollen, müssten die Bänke das jetzt hier einarbeiten und mit Frau ... (BfDI) abklären.

**Frau ... (BfDI):** Genau. Mit der Ergänzung, die Sie jetzt gemacht haben, könnte das BfDI gut mitgehen.

**Die Vorsitzende:** Und das nehmen wir jetzt bitte als Ausgangsbasis dafür, dass die von Ihnen weiteren Ergänzungen noch angehängt werden. Und die gehen dann bitte dissent ins Plenum.

Zunächst einmal beginnen wir mit Frau ... (DKG).

**DKG:** Ich muss jetzt doch noch einmal fragen. Jetzt sind wir plötzlich nicht mehr bei den Punkten, die wir noch in der AG letzte Woche beraten hatten. Jetzt sind wir wieder bei einem ganz anderen Text. Ich halte es für höchst unwahrscheinlich, dass wir es jetzt schaffen, auf dieser Basis das fehlerfrei für das Plenum vorzubereiten.

Wenn wir diesen Punkt jetzt in diesem Beschluss regeln müssen, dann müssen wir doch zumindest in dem Fließtext anfangen, den wir in der AG beraten hatten, denn sonst, denke ich, kann das keiner mehr sinnvoll nachvollziehen, und dann passiert hier nichts Sinnvolles.

**Die Vorsitzende:** Frau ... (DKG), jetzt sind wir im Unterausschuss, und die AG hat vorberaten, konnte sich nicht einigen, und mir ist jetzt daran gelegen, dass wir mit einem rechtssicheren Entwurf, basierend auf dem, was bisher beraten wurde, ins Plenum gehen. Sonst fangen wir nämlich an und müssen alle Änderungen, die nachher gemacht werden, womöglich noch einmal ins Stellungnahmeverfahren geben, und das möchte ich nicht. Dann wäre es nämlich rechtswidrig, weil wir einfach die Verfahrensfehler gemacht haben. Deswegen die herzliche Bitte, dass wir da jetzt weitermachen.

Ich habe jetzt noch Frau ... (Patientenvertretung) und Frau ... (IQTIG). Bitte versuchen Sie, Ihre Regelungen daran anzuschließen, oder geben Sie mir nach Ende der Sitzung daran anschließend Ihre Änderungswünsche.

**Patientenvertretung:** Ich kann das gern machen. Das ist ein Satz, den ich vorschlagen würde:

„Sofern die korrigierte Stellungnahme weiterhin personenbezogene Angaben enthält, wird sie nicht bewertet und unverzüglich gelöscht.“

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank. – Frau ... (IQTIG), IQTIG.

**IQTIG:** Ich wollte nur noch einmal darauf hinweisen, dass wir von fünf Werktagen gesprochen haben und nicht von sieben Werktagen. Denn wenn die Frist, die wir noch einmal geben, die finale Frist, greift, dann schaffen wir sieben Tage nicht, denn dann kommen wir mit der fachlichen Klärung total ins Gehege. Also maximal fünf Werktage, mehr können wir nicht zulassen.

**Patientenvertretung:** Das ist korrekt, das hatten Sie auch in der AG schon gesagt, und das hatten wir auch so aufgenommen. Das würden wir hier auch dokumentieren.

**Die Vorsitzende:** Gut, da das datenschutzrechtlich nicht so dramatisch ist, können wir auch die fünf Tage nehmen. – Herr ... (DKG).

**DKG:** Wenn wir hier so weitermachen, dann lehnen wir die Beratung dieses Dokuments ab, die Weiterleitung dieses Dokuments ab und müssen noch einmal bei Null anfangen und das Ganze an die AG zurückgeben.

Es ist tatsächlich so, dass an diesem Beschlussentwurf in der AG noch umfangreiche Änderungen – an verschiedenen Stellen, auch zu diesen Sachverhalten – diskutiert wurden. Das heißt, wir können jetzt hier mitnichten diese isolierte Meinung der Rechtsabteilung in dieses Dokument übernehmen und die anderen Beratungen, die dazu geführt wurden, schlicht und ergreifend ignorieren. Insofern nehmen wir entweder das Dokument, was zuletzt auch in der AG beraten wurde, so wie gerade auch von Frau ... (DKG) angemerkt, und werden da dann die entsprechenden Ergänzungen vornehmen, oder wir müssen das ganze Thema erneut aufrufen.

**Die Vorsitzende:** Offensichtlich ist das Ganze nicht ordentlich und ausführlich beraten worden. Das stelle ich jetzt schlicht fest. Ich habe die Möglichkeit, jetzt das als Vorsitzende weiterzubetreiben, Herr ... (DKG), dann würden wir das so weitergeben. Wir können es noch einmal in eine Runde geben. Da frage ich jetzt: Haben wir irgendetwas darin, was ins Dezemberplenum muss? – Da wird mit dem Kopf genickt. Frau ... (G-BA-GS), was ist daran dringend?

**G-BA-GS:** Das hatte ich vorhin schon kurz angemerkt: Die Rechenregeln sind relevant, die müssten jetzt beschlossen werden, und, so wie ich das verstehe, auch die Änderungen, über die man sich noch nicht ganz einig ist, wie sie jetzt vorgesehen werden. Aber § 20 – Aktuelle Übergangsregelungen für das Erfassungsjahr 2020/2021 – ist, wenn ich das richtig sehe, auch zeitkritisch.

**Die Vorsitzende:** Gut. Dann würden wir uns jetzt hier bei Frau ... (BfDI) bedanken, weil das Thema Datenschutz damit ausführlich besprochen wurde, und gehen auf die restlichen zeitkritischen Regelungen ein und bringen die zeitkritischen Regelungen ohne den Datenschutz jetzt ein.

**Frau ... (BfDI):** Alles klar! Vielen Dank, auf Wiedersehen.

**Die Vorsitzende:** Ich danke Ihnen.

Schluss der Anhörung: 14:30 Uhr