



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL
(Rechenregeln)

Ambulant erworbene Pneumonie

Erfassungsjahr 2022

Stand: 31.05.2023

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL. Ambulant erworbene Pneumonie. Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2022

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

31.05.2023

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340

Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrensupport@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	4
811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit.....	4
811826: Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ ...	7
851900: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben.....	10
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit.....	13
850101: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	13
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	16
850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	19
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation).....	22
Anhang II: Listen	25
Anhang III: Vorberechnungen	26
Anhang IV: Funktionen	27

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:B	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	M	0 = nein 1 = ja	AUFNVONSTATPFLEGE
12:B	chronische Bettlägerigkeit	M	0 = nein 1 = ja	CHRONBETTLAEG
13:B	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle	M	0 = nein 1 = ja	AUFNINVBATM
23:B	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	M	0 = nein 1 = ja	DOKUTHERAPIEVERZICHT

Eigenschaften und Berechnungen

ID	811822
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Angabe chronischer Bettlägerigkeit ist u. a. für den QI 2013 zur Frühmobilisation relevant. Ein Ausschluss von Fällen aus diesem QI sollte nur in berechtigten Konstellationen vorkommen.</p> <p>Hypothese</p> <p>Überdokumentation/Fehldokumentation</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2022	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2021	≤ 20,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2022	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022	Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass rechnerische Auffälligkeiten nicht wegen Fehldokumentation, sondern wegen klinischer Besonderheiten im Patientenkollektiv von COVID-19-Fällen auftreten, sollte im Stellungnahmeverfahren geklärt werden, ob es sich bei den auffälligen Fällen um Patientinnen und Patienten mit COVID-19 (Entlassungsdiagnose „U07.1!“ oder „U07.2!“) mit korrekter Dokumentation handelt, oder ob eine Fehldokumentation vorliegt (mit oder ohne COVID-19).
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Fälle mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung unter Ausschluss von Fällen mit dokumentiertem Therapieverzicht</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	CHRONBETTLAEG %==% 1
Nenner (Formel)	AUFNVONSTATPFLEGE %==% 0 & AUFNINVBATM %==% 0 & DOKUTHERAPIEVERZICHT %==% 0
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	Aufgrund des Ausschlusses von Fällen mit dokumentiertem Therapieverzicht ist keine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen möglich.

*Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL
CAP - Ambulant erworbene Pneumonie
811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit*

811826: Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
13:B	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle	M	0 = nein 1 = ja	AUFNINVBATM
15.1:B	spontane Atemfrequenz	K	in Atemzüge/min	AUFNATEMFREQ
26:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnungen

ID	811826
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Atemfrequenz ist u. a. für die Risikoadjustierung des QI 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus relevant. Eine häufig dokumentierte Atemfrequenz von > 30 wird als unplausibel betrachtet.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>50778: Sterblichkeit im Krankenhaus</p> <p>232007_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)</p> <p>232010_50778: Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)</p> <p>2013: Frühmobilisation nach Aufnahme</p> <p>232004_2013: Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)</p> <p>50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</p> <p>232009_50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)</p>
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2022	$\leq 20,12\%$ (97. Perzentil)
Referenzbereich 2021	$\leq 20,83\%$ (97. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2022	-
Erläuterung zum Stellungsnahmeverfahren 2022	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Fälle mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme unter Ausschluss von Fällen mit COVID-19</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	<code>AUFNATEMFREQ %>=% 30</code>
Nenner (Formel)	<code>!is.na(AUFNATEMFREQ) & AUFNINVBATEM %==% 0 & fn_Ausschluss_COVID19</code>
Verwendete Funktionen	<code>fn_Ausschluss_COVID19</code>
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar

Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr

Durch den Ausschluss der Covid-19-Fällen wird die Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen des Vorjahres nicht gewährleistet.

851900: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
23:B	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	M	0 = nein 1 = ja	DOKTHERAPIEVERZICHT
27:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Abstand Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte bis Entlassungsdatum	-	ENTLDATUM - EINTRAGDATUM	abstEntlEintrPall
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	vwDauer

* Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnungen

ID	851900
Jahr der Erstanwendung	2019
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Fälle von Patientinnen und Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht werden aus drei Prozessindikatoren (2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus), 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2), 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung) und dem Sterblichkeitsindikator (50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können entsprechend eine große Auswirkung auf Einrichtungsergebnisse haben.</p> <p>Hypothese</p> <p>Wenn sehr häufig ein Therapieverzicht im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert wird, kann dies auf Fehldokumentationen hinweisen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme</p> <p>2013: Frühmobilisation nach Aufnahme</p> <p>2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</p> <p>50778: Sterblichkeit im Krankenhaus</p>
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2022	≤ 50,00 %
Referenzbereich 2021	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2022	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022	Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass rechnerische Auffälligkeiten nicht wegen Fehldokumentation, sondern wegen klinischer Besonderheiten im Patientenkollektiv von COVID-19-Fällen auftreten, sollte im Stellungnahmeverfahren geklärt werden, ob es sich bei den auffälligen Fällen um Patientinnen und Patienten mit COVID-19 (Entlassungsdiagnose „U07.1!“ oder „U07.2!“) mit korrekter Dokumentation handelt, oder ob eine Fehldokumentation vorliegt (mit oder ohne COVID-19).
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle mit dokumentiertem Therapieverzicht, die verstorben sind und deren Verweildauer mind. 4 Tage war</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	4
Zähler (Formel)	abstEntlEintrPall %<=% 0

Nenner (Formel)	ENTLGRUND %==% "07" & DOKUTHERAPIEVERZICHT %==% 1 & vwDauer %>=% 4
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
EF*	Quartal des Entlassungstages	-	quartal(ENTLDATE)	entlquartal
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	ZUQSMODUL

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatzdokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnungen

ID	850101
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten, Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2022	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2021	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2022	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Dokumentationsrate zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Formel	<pre>year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, to_year(entlquartal) %==% erf_jahr) }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'PNEU' &</pre>

	<pre> to_year(entlquartal) %==% erf_jahr) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, modul %==% 'PNEU' & datensaetze_modul %!=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-

850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
EF*	Quartal des Entlassungstages	-	quartal(ENTLDATUM)	entlquartal
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	ZUQSMODUL

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatzdokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnungen

ID	850102
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten, Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2022	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2021	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2022	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Dokumentationsrate zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Formel	<pre>year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, to_year(entlquartal) %==% erf_jahr) }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'PNEU' & to_year(entlquartal) %==% erf_jahr) },</pre>

	<pre>filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, modul ==% 'PNEU' & datensaetze_modul !=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST)</pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	<p>Im EJ 2022 wird die Vollzähligkeit am entlassendem Standort geprüft. Zum EJ 2021 wurde die Vollzähligkeit auf IKNR-Ebene geprüft. Ergebnisse der Leistungserbringer mit mehreren Standorten sind daher zum EJ 2022 nicht vergleichbar.</p> <p>Ergebnisse der Leistungserbringer mit nur einem Standort sind allerdings vergleichbar.</p>

850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
EF*	Quartal des Entlassungstages	-	quartal(ENTLDATE)	entlquartal
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	ZUQSMODUL

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnungen

ID	850229
Jahr der Erstanwendung	2011
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten, Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2022	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2021	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2022	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl Minimaldatensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p>
Erläuterung der Rechenregel	Die Anzahl der Minimaldatensätze pro Modul wird zur Anzahl der Fälle, die im betreffenden Modul hätten dokumentiert werden müssen, in Relation gesetzt, um die Rate der Minimaldatensätze zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Formel	<pre> year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, FALSE) }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'PNEU' & to_year(entlquartal) %==% erf_jahr) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, modul %==% 'PNEU' & datensaetze_modul !=% 0) }, </pre>

	erf_jahr = year, LST = LST)
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	<p>Im EJ 2022 wird die Vollzähligkeit am entlassendem Standort geprüft. Zum EJ 2021 wurde die Vollzähligkeit auf IKNR-Ebene geprüft. Ergebnisse der Leistungserbringer mit mehreren Standorten sind daher zum EJ 2022 nicht vergleichbar.</p> <p>Ergebnisse der Leistungserbringer mit nur einem Standort sind allerdings vergleichbar.</p>

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11	Entlassung in ein Hospiz
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
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt
30	Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege

Schlüssel: Modul	
01/1	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom
01/2	Dekompression bei Sulcus-ulnaris-Syndrom
03/1	Kataraktoperation
05/1	Nasenscheidewandkorrektur
07/1	Tonsillektomie
09/1	Herzschrittmacher-Implantation
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
10/1	Varizenchirurgie
10/2	Karotis-Rekonstruktion
12/1	Cholezystektomie
12/2	Appendektomie
12/3	Leistenhernie
14/1	Prostataresektion
15/1	Gynäkologische Operationen
16/1	Geburtshilfe
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur
17/6	Knie-Schlittenprothesen-Erstimplantation
18/1	Mammachirurgie
CHE	Cholezystektomie
CHE_HE	Cholezystektomie (nur Hessen)
DEK	Dekubitusprophylaxe
DIAL	Dialyse
HCH	Herzchirurgie
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
KEP	Knieendoprothesenversorgung
LLS	Leberlebendspende
LTX	Lebertransplantation
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
NEO	Neonatologie
NLS	Nierenlebendspende

Schlüssel: Modul	
NNH	Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation
PPCI	Patientenbefragung für die Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Vorbereitung	Dimension	Beschreibung	Wert
Erfassungsjahr	Gesamt	-	2022

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Ausschluss_COVID19	boolean	Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit zusätzlich kodierten COVID-19-Kodes	!(ENTLDIAG %any_like% c("U07.1%", "U07.2%"))