

Ambulant erworbene Pneumonie

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

Auswertungsjahr 2026

Berichtszeitraum Q1/2025 – Q4/2025

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL. Ambulant erworbene Pneumonie. Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2026

Datum der Abgabe 28.05.2026

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit	4
811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	4
Eigenschaften und Berechnung	5
811826: Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	7
Eigenschaften und Berechnung	8
851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben.....	10
Eigenschaften und Berechnung	11
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit.....	13
850101: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	13
Eigenschaften und Berechnung	14
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	16
Eigenschaften und Berechnung	17
850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	19
Eigenschaften und Berechnung	20
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	22
Anhang II: Listen	25
Anhang III: Vorberechnungen	26
Anhang IV: Funktionen	27
Impressum.....	28

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

811822: Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

Datenbasis: Spezifikation 2025

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	AUFNINVBEATM
25:B	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	M	0 = nein 1 = ja	DOKUTHERAPIEVERZICHT

Eigenschaften und Berechnung

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 2025	Nicht definiert
Referenzbereich 2024	-
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025	-
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 dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	CHRONBETTLAEG %==% 1
Nenner (Formel)	AUFNVONSTATPFLEGE %==% 0 & AUFNINVBEATM %==% 0 & DOKUTHERAPIEVERZICHT %==% 0
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-
Begründung der Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln	-

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

Datenbasis: Spezifikation 2025

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	AUFNINVBEATM
15.1:B	spontane Atemfrequenz	K	in Atemzüge/min	AUFNATEMFREQ
28:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

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 2025	Nicht definiert
Referenzbereich 2024	≤ 16,39 % (97. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025	-
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	-
Zähler (Formel)	AUFNATEMFREQ %>=% 30

Nenner (Formel)	!is.na(AUFNATEMFREQ) & AUFNINVBEATM %==% 0 & fn_Ausschluss_COVID19
Verwendete Funktionen	fn_Ausschluss_COVID19
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-
Begründung der Änderungen der endgültigen gegenüber den pros- pektiven Rechenregeln	-

851900: Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben

Datenbasis: Spezifikation 2025

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25:B	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	M	0 = nein 1 = ja	DOKUTHERAPIEVERZICHT
29.1:B	Entlassungsgrund	K	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 Berechnung

ID	851900
Jahr der Erstanwendung	2019
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Fälle von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung 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 eine dokumentierte palliative Therapiezielsetzung 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 2025	Nicht definiert
Referenzbereich 2024	≤ 50,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle mit dokumentierter palliativer Therapiezielsetzung, die verstorben sind und deren Verweildauer mind. 4 Tage war</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-

Zähler (Formel)	abstEntlEintrPall %<=% 0
Nenner (Formel)	ENTLGRUND %==% "07" & DOKUTHERAPIEVERZICHT %==% 1 & vwDauer %>=% 4
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-
Begründung der Änderungen der endgültigen gegenüber den pros- pektiven Rechenregeln	-

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850101: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Datenbasis: Spezifikation 2025

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
EF*	Quartal des Entlas- sungstages	-	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 Berechnung

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 und Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2025	Nicht definiert
Referenzbereich 2024	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	Aufgrund der Abschaffung des Verfahrens zum Erfassungsjahr 2026 empfiehlt das IQTIG die Aussetzung des Referenzbereichs.
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025	-
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	-

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) }, 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	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-
Begründung der Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln	-

850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Datenbasis: Spezifikation 2025

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 Berechnung

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 und Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2025	Nicht definiert
Referenzbereich 2024	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	Aufgrund der Abschaffung des Verfahrens zum Erfassungsjahr 2026 empfiehlt das IQTIG die Aussetzung des Referenzbereichs.
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025	-
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	-
Formel	<pre>year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(</pre>

	<pre> 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) }, 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	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-
Begründung der Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln	-

850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Datenbasis: Spezifikation 2025

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
EF*	Quartal des Entlas- sungstages	-	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 Berechnung

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 und Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2025	Nicht definiert
Referenzbereich 2024	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	Aufgrund der Abschaffung des Verfahrens zum Erfassungsjahr 2026 empfiehlt das IQTIG die Aussetzung des Referenzbereichs.
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025	-
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	-
Formel	<pre> year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, FALSE) }, </pre>

	<pre> 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) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-
Begründung der Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln	-

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 BPfIV 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 BPfIV 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)
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

Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL

CAP - Ambulant erworbene Pneumonie

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: Modul	
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
NEO	Neonatologie
NLS	Nierenlebendspende
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

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Erfassungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2025

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%"))

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org