



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

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

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Erfassungsjahr 2022

Stand: 31.05.2023

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL. Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. 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 |
| 852104: Häufige Angabe „sonstiges“ bei Indikation zur Koronarangiografie..... | 4 |
| 852105: Häufige Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“..... | 6 |
| 852106: Häufige Angabe Kreatininwert „unbekannt“..... | 8 |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit..... | 10 |
| 852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation..... | 10 |
| 852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation..... | 13 |
| 852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)..... | 16 |
| Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)..... | 19 |
| Anhang II: Listen..... | 21 |
| Anhang III: Vorberechnungen..... | 22 |
| Anhang IV: Funktionen..... | 23 |

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852104: Häufige Angabe „sonstiges“ bei Indikation zur Koronarangiografie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|---------|--|-----|--|-------------|
| 31:PROZ | Art der Prozedur | M | 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI | ARTPROZEDUR |
| 38:KORO | führende Indikation für diese Koronarangiografie | M | 1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = Verdacht auf Progression der bekannten KHK 3 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 6 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden) 7 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%) 9 = Vitium bzw. Endokarditis 10 = Komplikation nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 99 = sonstige | INDIKKORO |

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|--|
| ID | 852104 |
| Jahr der Erstanwendung | 2021 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz Eingriffe für die eine Angabe „Sonstiges“ erfolgt ist, werden nicht in die u.g. QI einbezogen.</p> <p>Hypothese Fehldokumentation der führenden Indikation für die Koronarangiographie.</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | <p>56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie</p> <p>56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund</p> |
| Datenquelle | QS-Daten |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2022 | ≤ 4,17 % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2021 | ≤ 4,73 % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2022 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler Prozeduren für die eine Angabe „sonstiges“ als führende Indikation für eine Koronarangiographie dokumentiert wurde</p> <p>Nenner Alle Prozeduren bei denen eine isolierte Koronarangiographie oder eine einzeitige PCI erfolgt ist</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:KORO |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 20 |
| Zähler (Formel) | INDIKKORO %==% 99 |
| Nenner (Formel) | ARTPROZEDUR %in% c(1,3) |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | - |

852105: Häufige Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|----------------------------------|-----|-------------------------------------|----------|
| 18:B | Zustand nach koronarer Bypass-OP | M | 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt | ZNBYPASS |

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|---|
| ID | 852105 |
| Jahr der Erstanwendung | 2021 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Das Datenfeld zum „Zustand nach koronarer Bypass-OP“ geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation. Die Angabe liegt für die Darstellung der Koronargefäße vor.</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | <p>56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie</p> <p>56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI</p> <p>56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt</p> <p>56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)</p> <p>56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)</p> |
| Datenquelle | QS-Daten |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2022 | ≤ 2,01 % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2021 | ≤ 2,69 % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2022 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Alle Fälle mit einer Angabe „unbekannt“ für den Zustand nach Bypass-OP</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 5 |
| Zähler (Formel) | ZNBYPASS %==% 9 |
| Nenner (Formel) | TRUE |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | - |

852106: Häufige Angabe Kreatininwert „unbekannt“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|-----------|------------------------------|-----|---|-----------------|
| 33:PROZ | Dringlichkeit der Prozedur | M | 1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig | DRINGLICHPROZ |
| 34.3:PROZ | Kreatininwert i.S. unbekannt | K | 1 = ja | KREATININWERTNB |

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|---|
| ID | 852106 |
| Jahr der Erstanwendung | 2021 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Das Datenfeld „Kreatininwert“ geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation des Kreatininwerts (Bei Kontrastmittelgabe ist in der Regel die Nierenfunktion vorher bekannt).</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | <p>56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie</p> <p>56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI</p> <p>56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt</p> <p>56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)</p> <p>56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)</p> |
| Datenquelle | QS-Daten |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2022 | ≤ 2,73 % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2021 | ≤ 4,46 % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2022 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2022 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Prozeduren für die eine Angabe „unbekannt“ beim Kreatininwert dokumentiert wurde</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Prozeduren unter Ausschluss von Notfallprozeduren</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | PCI:PROZ |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 5 |
| Zähler (Formel) | KREATININWERTNB %==% 1 |
| Nenner (Formel) | DRINGLICHPROZ %!=% 3 |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | - |

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
|----------|------------------------------|-----|--------------------|-------------|
| 23:PROZ | Datum der Prozedur | M | - | OPDATUM |
| 70:B | Entlassungsdatum | K | - | ENTLDATUM |
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | ZUQSMODUL |
| MDS: EF* | Quartal des Entlassungstages | - | quartal(ENTLDATUM) | entlquartal |

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|--|
| ID | 852201 |
| Jahr der Erstanwendung | 2022 |
| 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 | PCI: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(ENTLDATUM) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(ENTLDATUM))) },</pre> |

| | |
|---|--|
| | <pre> filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'PCI' & (to_year(entlquartal) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(entlquartal)))) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, (modul %==% 'PCI_LKG' modul %==% 'PCI_KV' modul %==% 'PCI_SV') & 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 | - |

852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
|----------|------------------------------|-----|--------------------|-------------|
| 23:PROZ | Datum der Prozedur | M | - | OPDATUM |
| 70:B | Entlassungsdatum | K | - | ENTLDATUM |
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | ZUQSMODUL |
| MDS: EF* | Quartal des Entlassungstages | - | quartal(ENTLDATUM) | entlquartal |

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|---|
| ID | 852208 |
| Jahr der Erstanwendung | 2022 |
| 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 | 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 | PCI: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(ENTLDATUM) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(ENTLDATUM))) }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'PCI' &</pre> |

| | |
|---|---|
| | <pre>(to_year(entlquartal) ==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) ==% erf_jahr & is.na(entlquartal))) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, (modul ==% 'PCI_LKG' modul ==% 'PCI_KV' modul ==% 'PCI_SV') & 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 | - |

852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2022

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
|----------|------------------------------|-----|-------------------|-------------|
| 23:PROZ | Datum der Prozedur | M | - | OPDATUM |
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | ZUQSMODUL |
| MDS: EF* | Quartal des Entlassungstages | - | quartal(ENTLDATE) | entlquartal |

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|--|
| ID | 852209 |
| Jahr der Erstanwendung | 2022 |
| 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 | AK im Vorjahr nicht berechnet |
| 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 | PCI: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 %==% 'PCI' & (to_year(entlquartal) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(entlquartal)))) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, (modul %==% 'PCI_LKG' </pre> |

| | |
|---|--|
| | <pre> modul %==% 'PCI_KV' modul %==% 'PCI_SV') & 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 | - |

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

| 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-Lungen transplantation |

| Schlüssel: Modul | |
|-------------------------|--|
| 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

| Vorbereitung | Dimension | Beschreibung | Wert |
|----------------|-----------|--------------|------|
| Erfassungsjahr | Gesamt | - | 2022 |

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.