

DAK-KINDER- UND JUGENDREPORT 2023

Sonderanalyse für Bremen

RSV-Infektionen und andere akute
Atemwegserkrankungen in der Krankenhausversorgung

Dr. Julian Witte, Alena Zeitler, Jana Diekmannshemke

01.03.2023

AUSGANGSLAGE UND METHODIK

WK+ Ärzte besorgt

WESER  KURIER

RSV-Infektionen bei Kindern: Bremer Gesundheitssystem stößt an Grenzen

Mit voller Wucht trifft das RS-Virus Bremen: In Scharen stecken sich Kinder und Jugendliche an. Besonders schwer trifft es Säuglinge und Kleinkinder. Die Geno spricht von einer schwierigen Lage.

01.12.2022, 05:37  Lesedauer: 3 Min  Zur Merkliste

Quelle: <https://www.weser-kurier.de/bremen/rsv-infektionen-bei-kindern-gesundheitssystem-bremen-stoesst-an-grenzen-doc7nueoa3es1f1cvauz8g2>

WK+ Klinikum Bremen-Nord

"Desolate Situation um RS- Virus steigert die Arbeitsbelastung"

Das RS-Virus bringt die Kinderklinik des Klinikums Bremen-Nord an die Belastungsgrenze. Lösungsansätze, die jetzt aus der Politik kommen, beurteilt Direktor Gunter Simic-Schleicher zum Teil als weltfremd.

08.12.2022, 17:00  Lesedauer: 4 Min  Zur Merkliste

Quelle: <https://www.weser-kurier.de/bremen/stadtteil-blumenthal/rs-virus-so-trifft-die-infektionswelle-das-klinikum-bremen-nord-doc7nygb0zywjbjses5xz>

Im Laufe des Jahres 2022 mehrten sich Berichte über eine ungewöhnliche Häufung von Atemwegserkrankungen bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern. Grund ist unter anderem der rasante Anstieg von Infektionen mit dem Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV).
Gesunde Erwachsene erkranken nur selten schwer an RSV. Der Grund: Bis zum zweiten Lebensjahr hat sich quasi jeder schon einmal mit dem Virus infiziert. Säuglinge hingegen, die sich zum ersten Mal infizieren, haben oft einen schweren Erkrankungsverlauf – häufig so schwer, dass sie ins Krankenhaus eingeliefert werden müssen.

Was sind die Anzeichen und Symptome einer RSV-Infektion?

Im Gegensatz zu Erwachsenen, bei denen eine Infektion mit dem respiratorischem Synzytialvirus ohne Krankheitsanzeichen verlaufen kann, zeigen Neugeborene und Säuglinge fast immer Symptome:

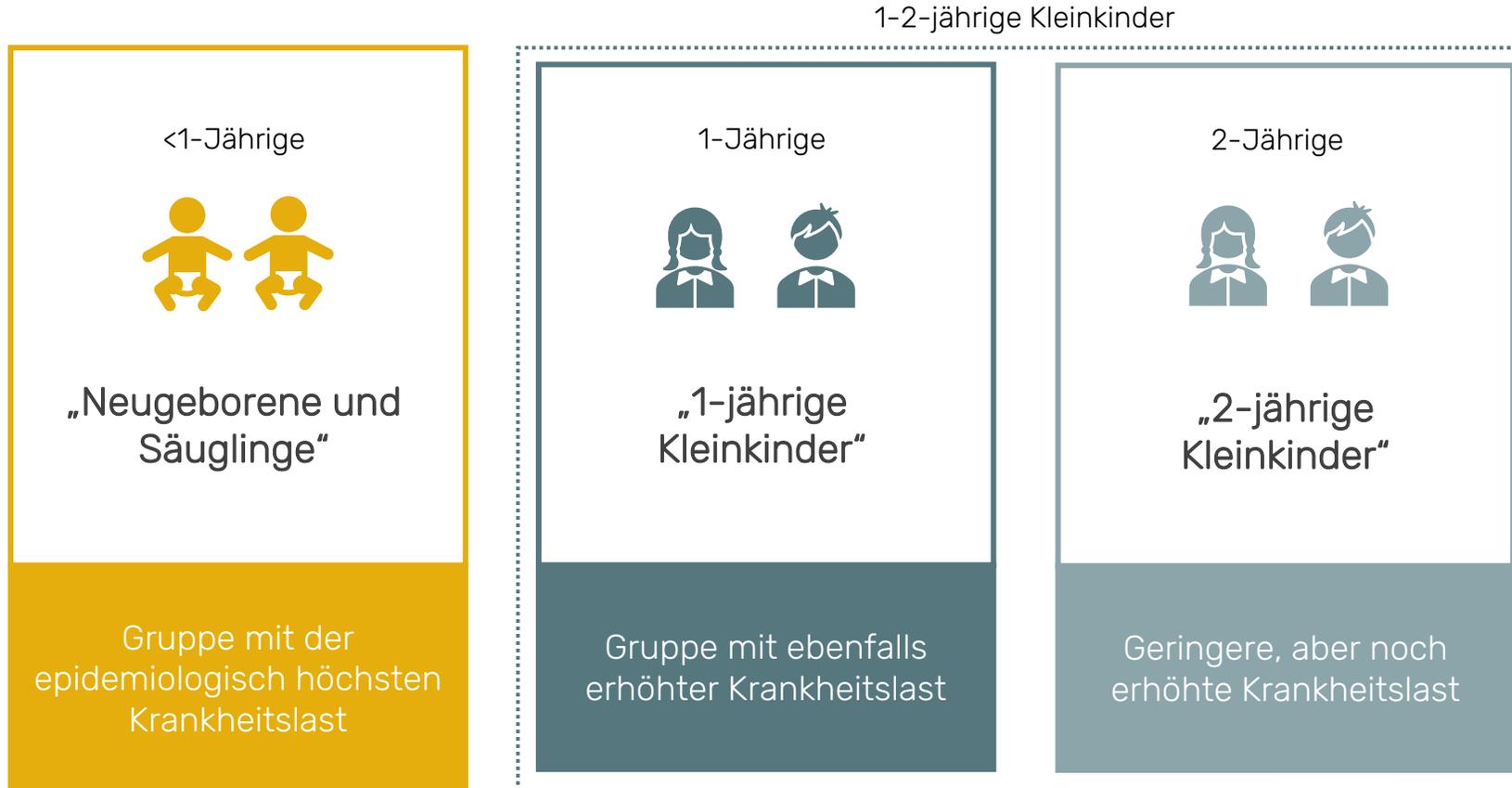
- Eine laufende Nase
- Husten, bis hin zu Keuchen
- Reizbarkeit
- Reduzierte Aktivität
- Appetitlosigkeit
- Apnoe (Pausen während der Atmung)
- Fieber (kommt nicht immer bei RSV-Infektionen vor)

Für wissenschaftliche Analysen auf Basis von GKV-Abrechnungsdaten ist die Definition einer RSV-Infektion auf ärztliche Diagnosestellungen und Dokumentationen angewiesen. Hierzu gibt es verschiedene Diagnose-Codes, welche für die Beschreibung einer RSV herangezogen werden können (→ Seite 38).



Wie erkenne ich eine schwere RSV-Erkrankung?

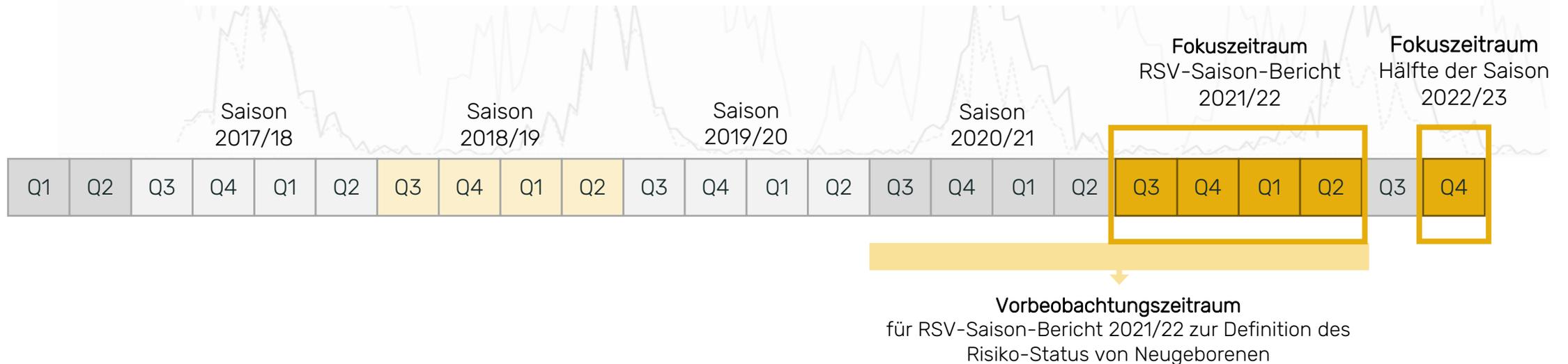
- 1 Husten oder Keuchen, das nicht aufhört
- 2 Bläuliche Hautfarbe rund um Mund oder Fingernägel
- 3 Geweitete Nasenlöcher und/oder Einbeziehung im Bereich des Brustkorbs beim Atmen
- 4 Fieber (insbesondere bei Kindern unter 3 Monaten über 38 °C)



Ältere Kinder sind deutlich seltener von RSV- und RSV-assozierten Krankenhausaufenthalten betroffen. Daten höherer Altersjahrgänge finden sich im Datenanhang.

Die **RSV-Sonderanalyse** des DAK-Kinder- und Jugendreport analysiert Daten von über **4.500** DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen in Bremen, darunter über **270 Neugeborene und Säuglinge** im Alter von unter einem Jahr.

Die Analyse umfasst Daten aus dem Zeitraum 01.01.2017 bis **31.12.2022**. Die Analyse erfolgt quartalsweise bzw. zusammenfassend in Saisons. Eine Saison umfasst den Zeitraum 01.07. bis 30.06. des Folgejahres. Datengrundlage sind stationäre Leistungsdaten, da diese nur mit geringem Zeitversatz vorliegen. Somit kann das **stationäre Versorgungsgeschehen** bis zum Höhepunkt der RSV-Saison 2022/23* abgebildet werden.



KERNERGEBNISSE

Vergleich der Saison 2021/22 mit der Vor-Corona-Saison 2018/19 (Juli bis Juni):



Der Anteil, der Neugeborenen und Säuglinge, die mit einer RSV-Infektion im Krankenhaus behandelt wurden, ist um ein Vielfaches gestiegen, wenn die vollständige RSV-Saison 2021/22 mit der letzten Vor-Corona-Saison 2018/19 verglichen wird (→ Seite 12 / Hochrechnung der Fälle Seite 21).

Von 4.500 in der Saison 2021/22* bei der DAK-Gesundheit in Bremen versicherten Kindern und Jugendlichen wurden

6 %

wenigstens einmal im Krankenhaus behandelt.

56 %

dieser Krankenhausaufenthalte waren auf Atemwegsinfekte zurückzuführen.

31 %

aller aufgrund von Atemwegserkrankungen im Krankenhaus behandelten Kinder waren Neugeborene und Säuglinge im Alter von unter einem Jahr. In der Saison 2018/19 entfielen noch 19 % aller atemwegsbedingten Krankenhausaufenthalte auf diese Altersgruppe (→ Seite 14). Ein Grund dafür ist die deutliche Zunahme von Neugeborenen mit respiratorischem Synzytialvirus, kurz „**RSV**“, die im Krankenhaus behandelt werden mussten.

DETAILERGEBNISSE VERGLEICH DER VOLLSTÄNDIGEN SAISONS

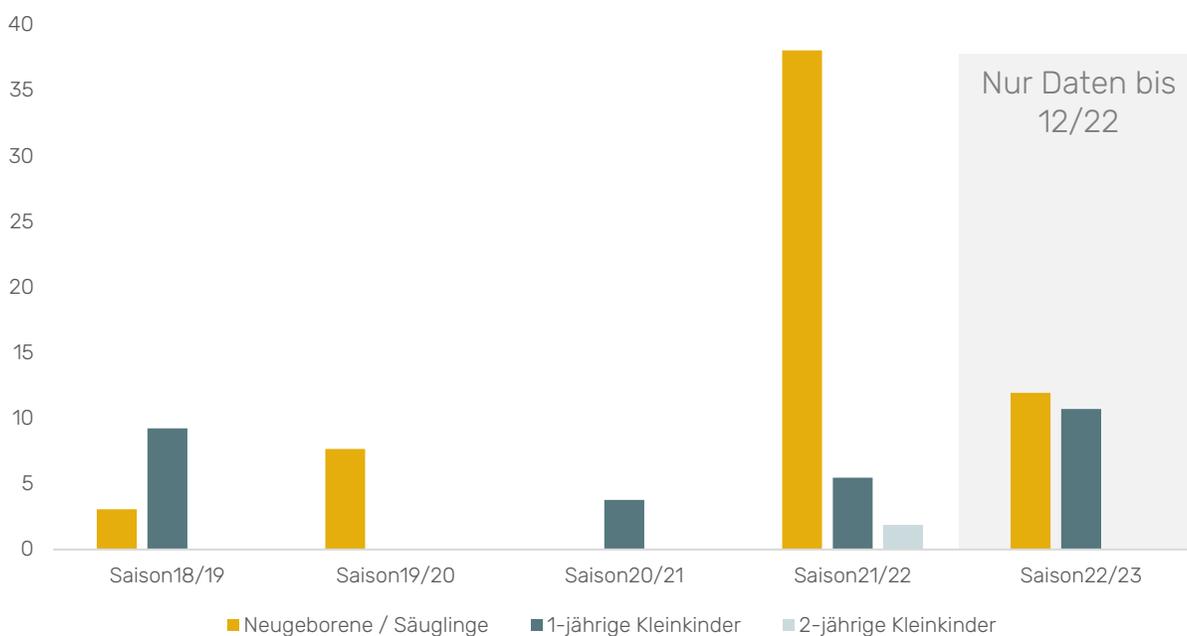
- 01** Entwicklung der Krankenhausaufenthalte, die auf eine RSV-Infektion zurückzuführen sind.
- 02** Entwicklung der Anzahl der aufgrund von Atemwegserkrankungen im Krankenhaus behandelte Kinder und Jugendlicher.

01

Entwicklung der Krankenhausaufenthalte, die auf eine RSV-Infektion zurückzuführen sind.

Häufigkeit stationär behandelter RSV-Infektionen bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern

Daten: DAK-Gesundheit, stationäre Versorgungsdaten, 2017-2022, Fälle je 1.000
Falldefinition: Min1 RSV-spezifische Diagnose als stationäre Haupt- oder Nebendiagnose



Hinweis: Eine Hochrechnung der Fallzahlen betroffener Kinder ebenso wie die Bundeszahlen finden sich im Anhang auf Seite 21.

Saison (jeweils Q3 bis Q2), Fälle je 1.000

Altersgruppe	Bremen		Bund	
	18/19	21/22	Trend	Trend
Neugeborene und Säuglinge (<1 Jahr)	3,1	38,1	-	+194 %
1-jährige Kleinkinder	9,2	5,5	-	-11 %
2-jährige Kleinkinder	0,0	1,9	-	+3 %

Neben der Vervielfachung der RSV-Infektionen bei Neugeborenen und Säuglingen sind zwei Aspekte auffällig:

1. Die RSV-Saison 2020/21 ist nahezu vollständig ausgefallen.
2. In der RSV-Saison 2021/22 zeigen sich dann überlappende Effekte. Zum einen kommt es zu einer überproportionalen Nachholung der RSV-Infekte bei Neugeborenen und Säuglingen unter einem Jahr, während bei Kleinkindern im Alter von einem Jahr leicht rückläufige Fallzahlen dokumentiert werden. Zum anderen beginnt die RSV-Saison deutlich früher.

Aufgrund der vergleichbar geringen Fallzahlen wird auf eine Ausgabe der Trendentwicklungen verzichtet.

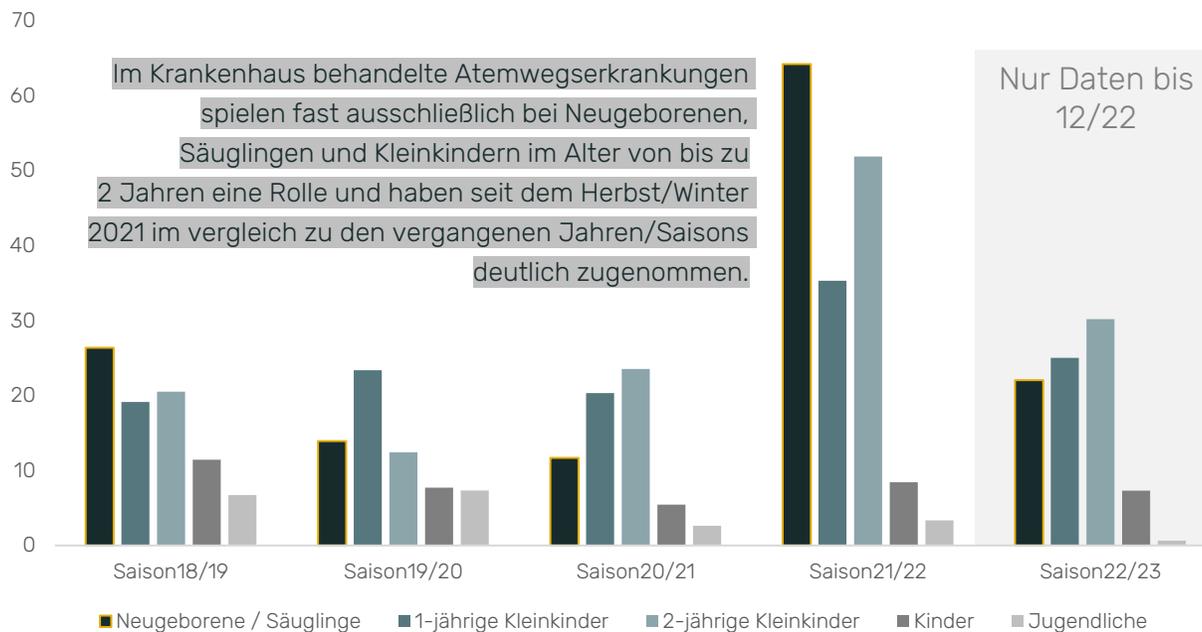
02

Entwicklung der Anzahl der aufgrund von Atemwegserkrankungen im Krankenhaus behandelte Kinder und Jugendlicher.

03. Insgesamt zunehmende Anzahl stationär behandelte Atemwegserkrankungen

Häufigkeit stationär behandelte Atemwegserkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Daten: DAK-Gesundheit, stationäre Versorgungsdaten, 2017-2022, Fälle je 1.000
Falldefinition: Min1 ICD-10 „J“ als stationäre Haupt- oder Nebendiagnose



Hinweis: Eine Hochrechnung der Fallzahlen betroffener Kinder ebenso wie die Bundeszahlen finden sich im Anhang auf Seite 22.

Saison (jeweils Q3 bis Q2), Fälle je 1.000

Altersgruppe	Bremen		Bund	
	18/19	21/22	Trend	Trend
Neugeborene und Säuglinge (<1 Jahr)	26,4	64,2	+144 %	+169 %
1-jährige Kleinkinder	19,1	35,3	+84 %	+112 %
2-jährige Kleinkinder	20,5	51,9	+153 %	+166 %

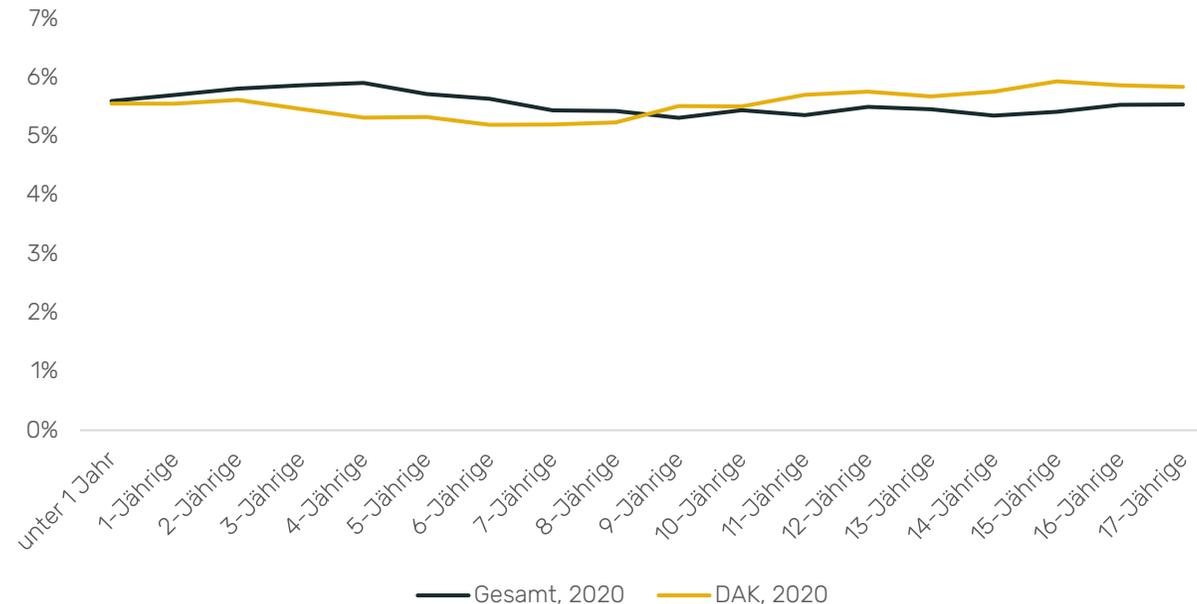
Daten zu Kindern (3-11 Jahre) und Jugendlichen (12-17 Jahre) werden aufgrund der vergleichsweise geringen Fallzahlen nicht gesondert ausgegeben und in nachfolgenden Analysen zur Häufigkeit von RSV nicht weiter betrachtet.

Die beschriebene deutliche Zunahme stationär behandelte Atemwegserkrankungen bei Neugeborenen und Säuglingen unter einem Jahr zeigt sich auch, wenn alle innerhalb einer Saison im Krankenhaus behandelte Atemwegserkrankungen betrachtet werden. Der Anteil, an allen im Krankenhaus behandelte Atemwegserkrankungen, der in der Saison 2018/19 auf Neugeborene und Säuglinge entfiel, lag bei 19 %. In der Saison 2021/22 lag dieser Anteil bei **31 %**.

REPRÄSENTATIVITÄT

Repräsentativität der Altersverteilung DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher anhand des Anteil der Personen je Altersjahrgang an allen Personen (0-17 Jahre)

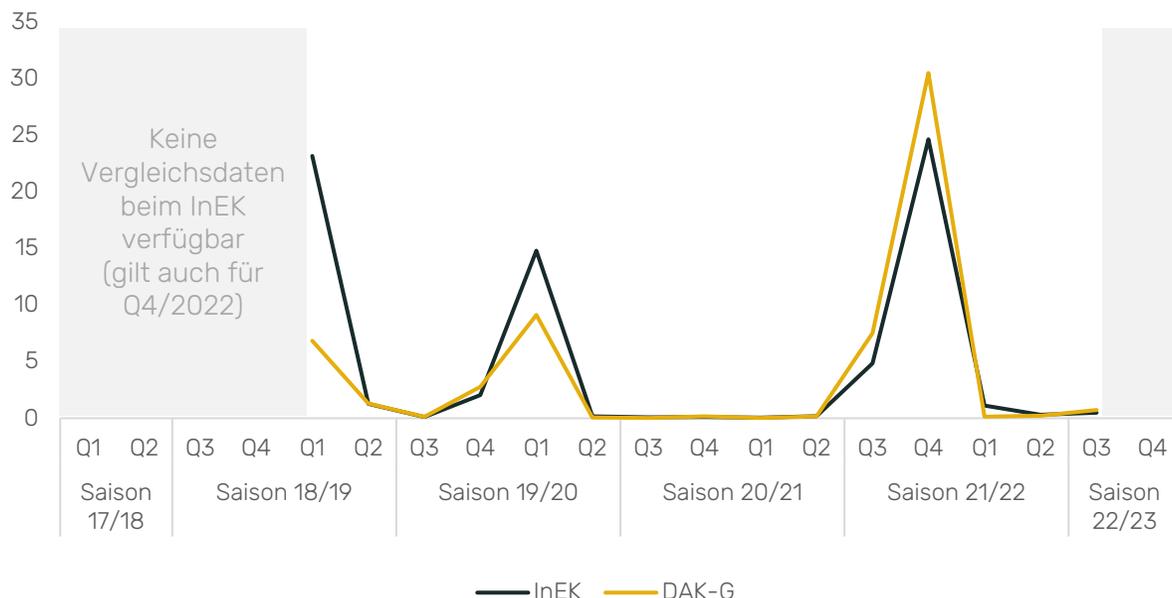
Daten: DAK-Gesundheit, Vergleichsdaten: Destatis 2022, auf Basis der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes¹



- Die **Altersverteilung** DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher sind weitestgehend zum Bundesdurchschnitt vergleichbar. Kinder im Alter von <1 bis 8 Jahren sind geringfügig unterrepräsentiert, Kinder im Alter von 9 bis 17 Jahren geringfügig überrepräsentiert.
- Die DAK-Gesundheit repräsentiert **ca. 4 % aller in Bremen lebenden Kinder und Jugendlichen** im Alter von 0 bis 17 Jahren. In den für diese Analysen maßgeblichen Altersgruppen der 0 bis 2 Jährigen sind bei der DAK-Gesundheit 3,8 % bis 4,0 % aller in Bremen lebenden Kinder versichert.
- Die **Geschlechtsverteilung** DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher ist ebenfalls weitestgehend repräsentativ zur bundesweiten Verteilung. Mädchen sind innerhalb der DAK-Gesundheit dabei geringfügig unterrepräsentiert (Anteil Mädchen DAK-Gesundheit bei 0-17-Jährigen: 48,7 %, Anteil bundesweit: 50,7 %).

Repräsentativität der beobachteten Häufigkeit stationär behandelter RSV-Infektionen bei Neugeborenen und Säuglingen (<1 Jahr)

Daten: DAK-Gesundheit, Vergleichsdaten: InEK 2023, auf Basis von Daten gem. § 21 KHEntgG¹
Fälle je 1.000



- Im Vergleich zu bundesweiten Daten des Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zeigt sich eine **hohe Repräsentativität der Häufigkeit einer RSV-assoziierten Hospitalisierung** in Daten der DAK-Gesundheit.
- Abweichungen Mitte der Saison 2018/19 können zwei Ursachen haben: (1) Aufgrund der begrenzten Datenverfügbarkeit beim InEK vor 2019 kann dieser Fallaufgriff nicht sauber abgegrenzt werden (Unterscheidung von Aufnahmen und Entlassungen). (2) Zur Beschreibung des Alters DAK-versicherter Kinder steht aus Datenschutzgründen nicht das vollständige Geburtsalter zur Verfügung. Der Geburtsmonat wird in den Analysen jüngerer Altersjahrgänge über den Zeitpunkt dokumentierter U-Untersuchungen approximiert. Hierbei kann es zu Ungenauigkeiten in der Alterszuschreibung insbesondere von <1- und 1-Jährigen kommen.

Minimal benötigte Fallzahlen für eine statistisch abgesicherte Trendbeobachtung

Beispiel: Häufigkeit von Neugeborenen und Säuglingen (<1 Jahr) mit stationärer Behandlung einer RSV-Infektion

	Saison	
	2018/19	2021/22
Personen <1 Jahr	250	270
Fälle mit RSV im Krankenhaus	1	Fallzahl hinreichend groß?
Hospitalisierungsrate	0,004	

Fragestellung: Wie viele stationär behandelte RSV-Fälle müssen in der Saison 2021/22 wenigstens beobachtet werden, um einen statistisch belastbaren Vergleich zur Hospitalisierungsrate der Saison 2018/19 ziehen zu können?

Zur Abschätzung wird die sog. „**statistical meaningful difference**“* wie folgt berechnet:

Unter Berücksichtigung der DAK-versicherten Neugeborenen und Säuglingen in den Saisons 2018/19 und 2021/22 hat ein exakter Test nach Fisher (bei einem Signifikanzniveau von 0,05) eine Power von 80 %, um einen Unterschied von wenigstens 0,035 zwischen den Hospitalisierungsraten beider Saisons festzustellen, wenn bei einer Hospitalisierungsrate von 0,004 in 2018/19 (1 Fall / 250 Neugeborenen und Säuglingen) in der Saison 2021/22 bei 270 Neugeborenen und Säuglingen wenigstens 10 RSV-Fälle beobachtet werden.

Da unter DAK-versicherten Neugeborenen und Säuglingen in Bremen in der Saison 2021/22 10 hospitalisierte Neugeborene und Säuglinge mit RSV beobachtet werden, kann von einer statistisch belastbaren Differenz (und damit auch Fallzahl) ausgegangen werden.

Wann können wir hohes Vertrauen in die in GKV-Abrechnungsdaten enthaltenen Informationen haben?

- Die Bestimmung der Häufigkeit von Erkrankungen auf Basis von GKV-Abrechnungsdaten ist grundsätzlich mit Unsicherheit behaftet. Zu Abrechnungszwecken erhobene Daten bilden in Teilen nur eingeschränkt die „wahre“ Krankheitshäufigkeit ab. Potenzielle Fehlkodierungen sowie das generelle Fehlen nicht medizinisch versorgter Krankheitsfälle führen zu einer immanent verzerrten Schätzung der Krankheitshäufigkeit.
- Krankenhausabrechnungsdaten kommt dabei jedoch eine höhere Aussagesicherheit zu als dokumentierten Leistungsdaten aus der ambulant-ärztlichen Versorgung. Hintergrund ist, dass dokumentierte Diagnosen in der stationären Versorgung einer unmittelbaren Abrechnungsrelevanz unterliegen und damit in einem höheren Detailgrad vorliegen.
- GKV-Abrechnungsdaten basieren in der Regel auf der Stichprobe einer einzelnen Krankenkasse. Unstrittig ist, dass eine Übertragbarkeit der beobachteten Ergebnisse auf alle in Deutschland lebenden Personen (oder bestimmten Altersgruppen) insbesondere auf Basis großer Fallzahlen möglich ist. Im wissenschaftlichen Diskurs existiert gleichzeitig kein fester Schwellenwert, ab wann eine Fallzahl „zu klein“ ist. In der wissenschaftlichen Literatur werden verschiedene „Faustregeln“ diskutiert, welche als „Mindestfallzahl“ Werte zwischen 20 bis 30 Beobachtungen postulieren. Sinnvoller erscheint es jedoch, die spezifische Forschungsfrage in die Beurteilung der Mindestfallzahl einzubeziehen. In links stehendem Kasten wird auf Basis einer Fallzahlberechnung ermittelt, wie groß die Anzahl der mit RSV im Krankenhaus behandelten Kinder in der Saison 2021/22 sein muss, um unter üblichen statistischen Annahmen eine statistisch relevante Differenz zur beobachteten Hospitalisierungsrate der Saison 2018/19 zu beobachten.

SAISONALE DATEN UND HOCHRECHNUNGEN

Wie funktioniert die Hochrechnung der unter DAK-Versicherten beobachteten Fälle auf alle in Deutschland lebenden Personen?

Beispielrechnung

Häufigkeit stationär behandelter RSV-Infektionen bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern

Daten: DAK-Gesundheit, stationäre Versorgungsdaten, 2017-2022, Fälle je 1.000
Falldefinition: Min1 RSV-spezifische Diagnose als stationäre Haupt- oder Nebendiagnose

Altersgruppe	Saison (jeweils Q3 bis Q2)					Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kinder**				
	18/19	19/20	20/21	21/22	22/23*	18/19	19/20	20/21	21/22	22/23*
Neugeborene und Säuglinge (<1 Jahr)	13,0	12,3	0,4	38,3	24,7	10.000	10.000	<500	30.000	18.000
1-jährige Kleinkinder		5,9	0,1	6,4	6,0	6.000	5.000	<500	5.000	5.000
2-jährige Kleinkinder		3,4	0,0	4,5	3,3	4.000	3.000	0	4.000	3.000



In den Daten der DAK-Gesundheit beobachtete standardisierte Häufigkeit einer Erkrankung

Berechnung:

$$\frac{\text{Anzahl Fälle mit Diagnose im Alter X und Zeitraum Y}}{\text{Anzahl DAK-Versicherte im Alter X und Zeitraum Y}}$$



Bezugspopulation: Anzahl aller in Deutschland lebenden Personen im Alter X und Zeitraum Y

Beispielrechnung <1-Jährige 2018/19:

$$784.000 \text{ <1-Jährige in DE gem. Destatis} \\ 13,0 \text{ Fälle je 1.000 bei DAK-Versicherten <1 Jahr} \\ \rightarrow (784.000 / 1.000 \times 13,0) \approx 10.000$$



Häufigkeit stationär behandelter RSV-Infektionen bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern

Daten: DAK-Gesundheit, stationäre Versorgungsdaten, 2017-2022, Fälle je 1.000

Falldefinition: Min1 RSV-spezifische Diagnose als stationäre Haupt- oder Nebendiagnose

Region	Altersgruppe	Fälle je 1.000					Saison (jeweils Q3 bis Q2)				
		18/19	19/20	20/21	21/22	22/23*	Hochrechnung auf alle Kinder**				
		18/19	19/20	20/21	21/22	22/23*	18/19	19/20	20/21	21/22	22/23*
Bremen 	Neugeborene und Säuglinge (<1 Jahr)	3,1	7,7	0,0	38,1	12,0	<50	50	0	250	100
	1-jährige Kleinkinder	9,2	0,0	3,8	5,5	10,7	50	0	50	50	50
	2-jährige Kleinkinder	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0	0	0	<50	0
Bund 	Neugeborene und Säuglinge (<1 Jahr)	13,0	12,3	0,4	38,3	24,7	10.000	10.000	<500	30.000	18.000
	1-jährige Kleinkinder	7,2	5,9	0,1	6,4	6,0	6.000	5.000	<500	5.000	5.000
	2-jährige Kleinkinder	4,4	3,4	0,0	4,5	3,3	4.000	3.000	0	4.000	3.000

Häufigkeit stationär behandelter Atemwegserkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Daten: DAK-Gesundheit, stationäre Versorgungsdaten, 2017-2022, Fälle je 1.000
Falldefinition: Min1 RSV-spezifische Diagnose als stationäre Haupt- oder Nebendiagnose

Region	Altersgruppe	Fälle je 1.000					Saison (jeweils Q3 bis Q2)				
		18/19	19/20	20/21	21/22	22/23*	Hochrechnung auf alle Kinder**				
		18/19	19/20	20/21	21/22	22/23*	18/19	19/20	20/21	21/22	22/23*
Bremen 	Neugeborene und Säuglinge (<1 Jahr)	26,4	13,9	11,7	64,2	22,1	200	100	100	450	150
	1-jährige Kleinkinder	19,1	23,4	20,3	35,3	25,0	150	150	150	250	150
	2-jährige Kleinkinder	20,5	12,4	23,6	51,9	30,2	150	100	150	350	200
Bund 	Neugeborene und Säuglinge (<1 Jahr)	23,5	23,7	10,0	63,2	48,7	18.000	18.000	8.000	50.000	35.000
	1-jährige Kleinkinder	22,1	25,3	21,7	46,9	30,4	18.000	20.000	17.000	37.000	24.000
	2-jährige Kleinkinder	17,1	14,9	16,2	45,6	24,0	14.000	12.000	13.000	36.000	20.000

- Routinemäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten gesetzlicher Krankenversicherungen stehen der Öffentlichkeit nicht in Form eines „Public Use Files“ frei zur Verfügung. Während Interessierte zum Beispiel beim Statistischen Bundesamt auf zumindest einen Teil der dort verfügbaren Daten zugreifen können, ist für die (wissenschaftliche) Verwendung von Sozialdaten ein individueller und umfangreicher Antrags- und Freigabeprozess erforderlich.
- Die DAK-Gesundheit und Vandage nehmen den Schutz personenbezogener Daten sehr ernst. Gesundheitsdaten zählen zu den am höchsten schutzwürdigen Informationen. Aus diesem Grund durchlaufen die Datengenerierungs- und Analyseprozesse zahlreiche Prüf- und Freigabeschleifen.
- Die Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung regelt der Gesetzgeber in § 75 SGB X, insbesondere unter welchen Bedingungen und auf welchem Wege eine Übermittlung von Sozialdaten im Rahmen von Forschungsprojekten möglich ist. Die Einwilligung der bei einer Krankenkasse versicherten Personen ist dabei entgegen allgemeiner datenschutzrechtlicher Vorgaben nicht erforderlich (§ 75 Abs. 1 SGB V). Allerdings müssen die zur Analyse benötigten Daten unverzichtbar für den jeweiligen Forschungszweck sein, d. h. nur unter Verwendung der vorhandenen Sozialdaten können wie im vorliegenden Fall relevante Informationen über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen erhoben werden. Zudem muss das öffentliche Interesse an der Forschung das private Interesse der Betroffenen an der Geheimhaltung ihrer Daten erheblich überwiegen. Insbesondere die Möglichkeit zur weitestgehend verzerrungsfreien Wiedergabe eines Spiegelbildes aller in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen auf Basis von Sozialdaten ist ein starkes Argument zur Verwendung dieser Datenbasis im vorliegenden Forschungskontext.
- Unter Berücksichtigung dieser datenschutzrechtlichen Grundsätze obliegt der gesamte Prozess der Abfrage und Generierung von Datensätzen zur wissenschaftlichen Analyse der DAK-Gesundheit. Dabei sind sämtliche vonseiten der DAK-Gesundheit zu Analysezwecken bereitgestellte Daten soweit bereinigt und pseudonymisiert, sodass eine Rückführung auf einzelne Person unmöglich ist. Im Gegensatz zu einer Anonymisierung ist für den vorliegenden Forschungsgegenstand jedoch nur eine Pseudonymisierung der versicherten Personen möglich, um die Zuordnung einer Person im Längsschnitt zu ermöglichen. Im Rahmen der Pseudonymisierung werden bestimmte Personenidentifikatoren aus den Daten gelöscht (u. a. Name, Adresse) bzw. durch neutrale nicht sprechende Studienidentifikatoren (wie Schlüsselidentifikatoren) ersetzt und sichtbare Merkmale vergrößert (z. B. Geburtsdatum TT/MM/JJJJ zu Geburtsjahr JJJJ).

DEFINITIONEN

Definition eines RSV-Falls über RSV-spezifische und unspezifische Diagnosen

Aufgreifkriterien gem. ICD-10-GM Diagnosecodes

ICD-10-Code	Diagnose	Sektor mit Dokumentation
J12.1	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren*/**	Ambulant / stationär
J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren*/**	Ambulant / stationär
J21.0	Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren*/**	Ambulant / stationär
J21.9	Akute Bronchiolitis, nicht näher bezeichnet**	Ambulant / stationär
B97.4	Respiratory-Syncytial-Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind**	Ambulant / stationär

Die Zuschreibung einer Person als „RSV-erkrankt“ ist grds. über dokumentierte ICD-10-Diagnosecodes möglich. Aufgrund einer fehlenden Verpflichtung zur PCR-basierten Diagnostik in der ambulant-ärztlichen Versorgung ist davon auszugehen, dass eine Analyse ausschließlich über RSV-spezifische Diagnosecodes die „wahre“ Krankheitslast unterschätzt.

Definition eines Risiko-Neugeborenen bzw. Säuglings

Aufgreifkriterien gem. ICD-10-GM Diagnosecodes

ICD-10-Code	Diagnose
P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht
Q20-Q26	Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
Q30-Q37	Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems, Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte
Q90	Down-Syndrom
P20-P29	Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
G11, G12, G60, G71	Hereditäre Ataxie, Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome, Hereditäre und idiopathische Neuropathie, Primäre Myopathien
E84	Zystische Fibrose
J40-J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
R06.2	Ziehende Atmung
I00-I52 (außer I01-I02, I10, I30, I32-33, I40, I46, I49.1, I49.4)	Krankheiten des Kreislaufsystems
B20-B24, O98.7, Z21, C00-C97, D37-D48	Immunsuppression

Definition einer intensivmedizinischen Behandlung

Aufgreifkriterien gem. OPS-Dokumentationsschlüssel

OPS-Code	Diagnose
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes
8-711.0	Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck [CPAP]
8-712.0	Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck [CPAP]

Eine Studie im Auftrag der



DAK Gesundheit
Landesvertretung Bremen

Leitung: Jens Juncker
Am Wall 128-134
28195 Bremen
LV-Bremen@dak.de

dak.de

Vandage GmbH
Analysen und Methodik

Ansprechpartner: Dr. Julian Witte
Detmolder Straße 30
33604 Bielefeld
hey@vandage.de

vandage.de

