



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit 2016

Implantierbare Defibrillatoren- Implantation

Beschreibung der Kriterien

Stand: 26.04.2017

Inhaltsverzeichnis

850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	3
850314: Häufig ICD-System 'sonstiges'	5
850315: Häufige Angabe von LVEF 'nicht bekannt'	7
850317: Angabe von ASA 5	9
850193: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	11
850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	12
850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	13
Anhang I: Historie der Auffälligkeitskriterien	14

850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
16:B	indikationsbegründendes klinisches Ereignis	M	1 = Kammerflimmern 2 = Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) 3 = Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100) 4 = Synkope ohne EKG-Dokumentation 5 = kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention) 9 = sonstige	INDEXARRHYTHMIE

Berechnung

AK-ID	850313
Jahr der Erstanwendung	2012
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu anderen Indikatoren	50004: Leitlinienkonforme Indikation
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	<= 5,48 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2015	<= 6,22 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Rechenregel	Zähler Patienten mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis 'sonstiges' Nenner Alle Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/4:B
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	INDEXARRHYTHMIE = 9
Nenner (Formel)	Wahr
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850314: Häufig ICD-System 'sonstiges'

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
53:B	System	M	1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	ADEFISYSTEM
75:B	Position	K	1 = Vena cava superior 2 = Vena subclavia 3 = rechter Vorhof 4 = rechter Ventrikel 5 = subkutan (Sub-Q-Array) 6 = subkutan (S-ICD) 7 = epimyokardial (Patch-Elektrode) 8 = andere 10 = mehrere	DEFIPOSITIONAND

Berechnung

AK-ID	850314
Jahr der Erstanwendung	2012
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz QI-relevant</p> <p>Hypothese Fehldokumentation</p> <p>Kommentar Bei der Angabe „sonstiges“ kann eine leitlinienkonforme Systemwahl nicht überprüft werden.</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	50005: Leitlinienkonforme Systemwahl 52129: Eingriffsdauer 52316: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen 52321: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	<= 0,00 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2015	<= 0,00 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Rechenregel	<p>Zähler Patienten mit ICD-System 'sonstiges'</p> <p>Nenner Alle Patienten unter Ausschluss von Patienten mit Defibrillationssonden mit subkutaner Position</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/4:B
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	ADEFISYSTEM = 9
Nenner (Formel)	DEFIPOSITIONAND IN (1,2,3,4,7,8,10) ODER DEFIPOSITIONAND = LEER
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850315: Häufige Angabe von LVEF 'nicht bekannt'

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:B	LVEF nicht bekannt	K	1 = ja	LVEFUNBEKANNT

Berechnung

AK-ID	850315
Jahr der Erstanwendung	2012
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu anderen Indikatoren	50005: Leitlinienkonforme Systemwahl 50004: Leitlinienkonforme Indikation 51186: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	<= 1,89 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2015	<= 2,94 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Rechenregel	Zähler Patienten mit LVEF 'nicht bekannt' Nenner Alle Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/4:B
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	LVEFUNBEKANNT = 1
Nenner (Formel)	Wahr
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850317: Angabe von ASA 5

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:B	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

Berechnung

AK-ID	850317
Jahr der Erstanwendung	2012
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Überdokumentation
Bezug zu anderen Indikatoren	50004: Leitlinienkonforme Indikation
Bewertungsart	Anzahl
Referenzbereich 2016	= 0
Referenzbereich 2015	= 0
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	Der Referenzbereich bezieht sich auf die Anzahl im Zähler.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Rechenregel	Zähler Patienten mit ASA 5 Nenner Alle Patienten
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/4:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	ASA = 5
Nenner (Formel)	Wahr
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850193: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Berechnung

AK-ID	850193
Jahr der Erstanwendung	2011
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	>= 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Modul hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Modul in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Unterdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 40 dokumentationspflichtige Fälle (berechnet über alle Leistungsbereiche) und mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Berechnung

AK-ID	850194
Jahr der Erstanwendung	2011
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Organisatorische Probleme in den Dokumentationsprozessen einzelner Leistungsbereiche, die eine Überdokumentation bedingen, werden durch die in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen nicht erfasst.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	<= 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Modul hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Modul in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Überdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Berechnung

AK-ID	850220
Jahr der Erstanwendung	2011
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese Das Ausfüllen von Minimaldatensätzen in einem Leistungsbereich kann einen Hinweis auf Mängel des QS-Filters liefern. Zudem ist zu vermuten, dass durch die Einführung eines Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation der Anreiz für die Verwendung von Minimaldatensätzen ansteigt.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	<= 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige 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.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)

Anhang I: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2016

Auffälligkeitskriterium		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850314	Häufig ICD-System 'sonstiges'	Nein	Ja	Vergleichbar	Netter: Die Antwortkategorien zum Datenfeld DEFIPOSITIONAND haben sich zur Spezifikation 2016 geändert.
850315	Häufige Angabe von LVEF 'nicht bekannt'	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850317	Angabe von ASA 5	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850193	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2015 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Begründung für Streichung
850316	Häufige Angabe von ASA 4	Das AK hat sich nicht bewährt.