



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

Implantierbare Defibrillatoren-Aggregat- wechsel

Erfassungsjahr 2018

Stand: 09.04.2019

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL. Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel. Erfassungsjahr 2018

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

09.04.2019

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

| | |
|--|----|
| 851802: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten | 4 |
| 850196: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | 7 |
| 850195: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | 9 |
| 850221: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | 11 |
| Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) | 13 |
| Anhang II: Listen | 15 |
| Anhang III: Vorberechnungen | 16 |
| Anhang IV: Funktionen | 17 |
| Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien | 18 |

851802: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
|----------|---|-----|--|-----------------------|
| 5:B | Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor. | K | 1 = ja | VERSICHERTENIDNEUNV |
| EF* | GKV-Versichertenstatus | - | versichertenstatusgkv(PERSONENKREIS;KASSEIKNR) | versichertenstatusgkv |
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | MDS_ZUQSMODUL |
| MDS: EF* | GKV-Versichertenstatus | - | vstatusgkvmds(PERSONENKREIS;KASSEIKNR;ZUQSMODUL) | MDS_vstatusgkvmds |

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Berechnung

| | |
|--|--|
| AK-ID | 851802 |
| Jahr der Erstanwendung | 2018 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Für nicht als GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | Follow-up-Indikatoren werden in den Modulen zu implantierbaren Defibrillatoren erst mit der QIDB 2019 eingeführt. Diese Indikatoren werden bei ihrer erstmaligen Berechnung Daten aus dem EJ 2018 und dem EJ 2019 berücksichtigen. |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≥ 95,00 % |
| Referenzbereich 2017 | AK im Vorjahr nicht berechnet |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patienten (Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | 09/5:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 20 |
| Zähler (Formel) | <pre># 09/5:B: versichertenstatusgkv %==% 1 & is.na(VERSICHERTENIDNEUNV) & # MDS:B: MDS_ZUQSMODUL %==% "09/5" & MDS_vstatusgkvmds %==% 1</pre> |
| Nenner (Formel) | # methodische Sollstatistik: DS_GKV |

| | |
|--|-------------------------------|
| Verwendete Funktionen | – |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | AK im Vorjahr nicht berechnet |

850196: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|-------------|-----|------------------|----------|
|------|-------------|-----|------------------|----------|

Berechnung

| | |
|---|--|
| AK-ID | 850196 |
| Jahr der Erstanwendung | 2011 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>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.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p> |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≥ 95,00 % |
| Referenzbereich 2017 | ≥ 95,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner</p> <p>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 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.) |

850195: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|-------------|-----|------------------|----------|
|------|-------------|-----|------------------|----------|

Berechnung

| | |
|---|---|
| AK-ID | 850195 |
| Jahr der Erstanwendung | 2011 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>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</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p> |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 110,00 % |
| Referenzbereich 2017 | ≤ 110,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner</p> <p>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 | 20 |
| Mindestanzahl Nenner | - |

850221: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|-------------|-----|------------------|----------|
|------|-------------|-----|------------------|----------|

Berechnung

| | |
|---|---|
| AK-ID | 850221 |
| 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 Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese</p> <p>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 2018 | ≤ 5,00 % |
| Referenzbereich 2017 | ≤ 5,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2018 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner</p> <p>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: 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_HE | Cholezystektomie (nur Hessen) |
| DEK | Dekubitusprophylaxe |
| HCH | Herzchirurgie |
| HEP | Hüftendoprothesenversorgung |
| HTXM | Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen |
| KEP | Knieendoprothesenversorgung |
| LUTX | Lungen- und Herz-Lungentransplantation |
| MRE_HE | Multiresistente Erreger (nur Hessen) |
| NEO | Neonatologie |
| NNH | Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe |
| PCI | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |

| Schlüssel: Modul | |
|------------------|--|
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie |
| SA_FRUEHREHA_HE | Schlaganfall-Frührehabilitation (nur Hessen) |

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2018

| Auffälligkeitskriterium | | Anpassung im Vergleich zum Vorjahr | | | |
|-------------------------|--|------------------------------------|-------------|---|--|
| AK-ID | AK-Bezeichnung | Referenzbereich | Rechenregel | Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Erläuterung |
| 851802 (NEU) | Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten | – | – | Im Vorjahr nicht berechnet | – |
| 850196 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850195 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | Nein | Nein | Vergleichbar | Es wurde die Mindestfallzahl im Nenner (Soll-Zahl) gestrichen. Stattdessen wurde eine Mindestfallzahl von 20 Fällen im Zähler festgelegt. Damit wird sichergestellt, dass einer Überdokumentation (> 110%) auch bei einer kleinen Sollzahl (< 20) im Rahmen des Strukturierten Dialogs nachgegangen werden kann. |
| 850221 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | Nein | Nein | Vergleichbar | - |

2017 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine