

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

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

Auswertungsjahr 2026

Berichtszeitraum Q1/2024 – Q4/2025

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL. Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2026

Datum der Abgabe 28.05.2026

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit	4
852302: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt"	4
Eigenschaften und Berechnung	6
852103: Angabe EF "unbekannt"	8
Eigenschaften und Berechnung	9
852104: Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie.....	11
Eigenschaften und Berechnung	12
852105: Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt"	14
Eigenschaften und Berechnung	15
852106: Angabe Kreatininwert "unbekannt"	17
Eigenschaften und Berechnung	18
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit.....	20
852201: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	20
Eigenschaften und Berechnung	21
852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	23
Eigenschaften und Berechnung	24
852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	26
Eigenschaften und Berechnung	27
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	29
Anhang II: Listen	31
Anhang III: Vorberechnungen	32
Anhang IV: Funktionen	33
Impressum.....	34

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852302: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt"

Datenbasis: Spezifikation 2025

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
23:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
30:PROZ	kardiogener Schock	K	0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil	PROZBEGINNSCHOCK
31:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitige Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
36:PROZ	Fibrinolyse vor der Prozedur	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FIBRINOLYSE
41:PCI	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?	M	-	LFDNRPCI
42:PCI	Indikation zur PCI	M	1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 5 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltende Beschwerden)	INDIKPTCA

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige	
43:PCI	War der aktuelle STEMI Anlass der stationären Aufnahme bzw. des Behandlungsfalls?	K	0 = nein 1 = ja	STEMIHD
49:PCI	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?	K	0 = nein 1 = ja	DOORBALLOONBEK
50:PCI	Door-Zeitpunkt (Datum)	K	-	DOORDATUM
52:PCI	Balloon-Zeitpunkt (Datum)	K	-	BALLOONDATUM

Eigenschaften und Berechnung

ID	852302
Jahr der Erstanwendung	2025
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die „Door-to-balloon“-Zeit ist ein wesentlicher Parameter zur Beurteilung der Prozessqualität der Versorgung von ST-Hebungsinfarkten und muss bekannt sein. Fälle, für die diese Zeitpunkte nicht bekannt sind, werden aus dem QI 56003 ausgeschlossen.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation. Der "Door"-Zeitpunkt und "Balloon"-Zeitpunkt ist bekannt und in der Akte dokumentiert.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2025	≤ 21,65 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2024	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt"</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Erst-PCIs (isoliert oder einzeitig) bei Patientinnen und Patienten mit akutem ST-Hebungsinfarkt bei Aufnahme, bei denen keine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde bzw. bei denen dies "unbekannt" ist und bei denen vor der Prozedur kein kardiogener Schock (stabilisiert oder instabil) vorlag.</p> <p>Berücksichtigt werden nur Prozeduren mit Datum des "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkts aus dem Erfassungsjahr bzw. dem Jahr davor oder mit fehlenden Angaben zum "Door"- oder "Balloon"-Zeitpunkt</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:PCI
Mindestanzahl Zähler	3
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	DOORBALLOONBEK %==% 0
Nenner (Formel)	fn_PlausiBalloonDatum & fn_PlausiDoorDatum & fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt &

	FIBRINOLYSE %in% c(0,9) & !PROZBEGINNSCHOCK %in% c(1,2)
Verwendete Funktionen	fn_IstErstePCI fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt fn_IstMinOPDATUM_PCI fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM fn_MinLFDNR_PCI fn_OPDATUM_PCI fn_PlausiBalloonDatum fn_PlausiDoorDatum
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-
Begründung der Änderungen der endgültigen gegenüber den pros- pektiven Rechenregeln	-

852103: Angabe EF "unbekannt"

Datenbasis: Spezifikation 2025

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	Ejektionsfraktion unter 40%	M	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt	EJEKTIONSFRAKTION
55.3:PROZ	Exitus im Herzkatheterlabor	K	1 = ja	EXITUS

Eigenschaften und Berechnung

ID	852103
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die EF geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlerhafte Dokumentation der Ejektionsfraktion (EF)</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 2025	≤ 9,01 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2024	≤ 12,38 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Alle Fälle mit einer als "unbekannt" dokumentierten Ejektionsfraktion (EF)</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, die im Herzkatheterlabor verstorben sind</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	EJEKTIONSFRAKTION %==% 9
Nenner (Formel)	all(EXITUS %!=% 1) %group_by% TDS_B
Verwendete Funktionen	-

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

852104: Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie

Datenbasis: Spezifikation 2025

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
31:PROZ	Art der Prozedur	M	1= isolierte Koronarangiographie 2= isolierte PCI 3= einzeitige Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
39:KORO	führende Indikation für diese Koronarangiographie	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 Berechnung

ID	852104
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Eingriffe, für die die Angabe "Sonstiges" erfolgt ist, werden nicht in den u. g. QI einbezogen.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation der führenden Indikation für die Koronarangiographie.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2025	Nicht definiert
Referenzbereich 2024	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	Der Referenzbereich wird zum aktuellen Auswertungsjahr (AJ 2026) ausgesetzt, da für den Qualitätsindikator (ID 56000), auf den sich das Auffälligkeitskriterium (AK) bezieht, der Referenzbereich im aktuellen Auswertungsjahr ebenso ausgesetzt wird. Die Aussetzung des Referenzbereiches für den Qualitätsindikator ID 56000 resultiert aus dem Abschlussbericht zur Eckpunktebeauftragung „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP“, in dem festgehalten ist, dass nicht mehr alle Eignungskriterien erfüllt sind.
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Angabe "sonstiges" als führende Indikation für eine Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig)</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Prozeduren, bei denen eine isolierte Koronarangiographie oder eine einzeitige Koronarangiographie/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	-
Begründung der Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln	-

852105: Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt"

Datenbasis: Spezifikation 2025

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

Eigenschaften und Berechnung

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 2025	≤ 0,60 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2024	≤ 0,99 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>"Zustand nach koronarer Bypass-OP" ist "unbekannt"</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	-
Begründung der Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln	-

852106: Angabe Kreatininwert "unbekannt"

Datenbasis: Spezifikation 2025

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 Berechnung

ID	852106
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Datenfelder zum "Kreatininwert" werden zur Berechnung der GFR verwendet, die als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmo- delle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen eingeht.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation des Kreatininwertes (bei Kontrastmittelgabe ist die Nierenfunktion in der Regel vorher bekannt).</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplika- tionen innerhalb von 7 Tagen</p> <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 2025	≤ 1,45 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2024	≤ 1,57 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	-
Erläuterung zum Stellungnahmever- fahren 2025	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Kreatininwert i.S. ist unbekannt</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	-
Begründung der Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln	-

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Datenbasis: Spezifikation 2025

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
23:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
66: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 Berechnung

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 und Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2025	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2024	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	-
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	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))) }, 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	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-
Begründung der Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln	-

852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Datenbasis: Spezifikation 2025

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
23:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
66: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 Berechnung

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 und Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2025	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2024	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	-
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	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	20
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(ENTLDATUM) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(ENTLDATUM))) }, 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	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-
Begründung der Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln	-

852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Datenbasis: Spezifikation 2025

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 Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

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 und Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2025	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2024	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2025	-
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	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) })</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	Vergleichbar
Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr	-
Begründung der Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln	-

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

Schlüssel: Modul	
LLS	Leberlebendspende
LTX	Lebertransplantation
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_IstErstePCI	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der PCI um die PCI des zugehörigen Basisbogens handelt, die als erstes durchgeführt wurde. Finden zwei PCIs am selben Tag statt, wird die zeitliche Abfolge über die LFDNR ermittelt.	fn_IstMinOPDATUM_PCI & (LFDNRPCI %==% fn_MinLFDNR_PCI)
fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt	boolean	Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	fn_IstErstePCI & INDIKPTCA %==% 4 & STEMIHD %==% 1
fn_IstMinOPDATUM_PCI	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der PCI um eine PCI mit dem ältesten OPDATUM des zugehörigen Basisbogens handelt. Handelt es sich bei dem Eingriff nicht um eine PCI, so bekommt der Eingriff für dieses Feld den Wert FALSE zugewiesen.	replace_na (fn_OPDATUM_PCI == (minimum(fn_OPDATUM_PCI) %group_by% TDS_B), FALSE)
fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM	integer	Ermittelt pro Basisbogen die Nummer des laufenden Eingriffs derjenigen PCI mit dem frühesten angegebenen Operationsdatum.	ifelse (fn_IstMinOPDATUM_PCI, LFDNRPCI, NA_integer_)
fn_MinLFDNR_PCI	integer	Ermittelt die niedrigste laufende Nummer bezüglich aller PCIs eines Basisbogens.	replace_na ((minimum(fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM) %group_by% TDS_B), -1)
fn_OPDATUM_PCI	date	Ermittelt pro Eingriff das OPDATUM, sofern es sich um eine PCI handelt.	as.Date(ifelse (ARTPROZEDUR %in% c(2, 3), as.character(OPDATUM), NA_character_))
fn_PlausiBalloonDatum	boolean	Einschränkung auf Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1	substr(BALLOONDATUM, 1, 4) %in% c(VB\$Erfassungsjahr, (VB\$Erfassungsjahr - 1), NA_integer_)
fn_PlausiDoorDatum	boolean	Einschränkung auf Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1	substr(DOORDATUM, 1, 4) %in% c(VB\$Erfassungsjahr, (VB\$Erfassungsjahr - 1), NA_integer_)

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