



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung  
Auffälligkeitskriterien:  
Verstetigung und Vollzähligkeit 2015

# **Implantierbare Defibrillatoren- Implantation**

Beschreibung der Kriterien

Stand: 04.05.2016

---

# Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige' ..... | 3  |
| 850314: Häufig ICD-System 'sonstiges' .....                                 | 5  |
| 850315: Häufige Angabe von LVEF 'nicht bekannt' .....                       | 7  |
| 850316: Häufige Angabe von ASA 4 .....                                      | 9  |
| 850317: Angabe von ASA 5 .....  | 11 |
| 850193: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation .....                | 13 |
| 850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation .....                 | 14 |
| 850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) .....            | 15 |
| Anhang I: Historie der Auffälligkeitskriterien .....                        | 16 |

# 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

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

## Berechnung

|   |   |
|---|---|
| <b>AK-Präfix</b>                                  | AK 1  |
| <b>AK-ID</b>                                      | 850313  |
| <b>Jahr der Erstanwendung</b>                     | 2012  |
| <b>Begründung für die Auswahl</b>                 | <b>Relevanz</b><br>QI-relevant<br><br><b>Hypothese</b><br>Fehldokumentation   |
| <b>Bezug zu anderen Indikatoren</b>               | 50004: Leitlinienkonforme Indikation  |
| <b>Bewertungsart</b>                              | Ratenbasiert  |
| <b>Referenzbereich 2015</b>                       | <= 6,22 (95. Perzentil)   |
| <b>Referenzbereich 2014</b>                       | <= 7,30 % (95. Perzentil)   |
| <b>Erläuterung zum Referenzbereich 2015</b>       | -   |
| <b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015</b> | -   |
| <b>Rechenregel</b>                                | <b>Zähler</b><br>Patienten mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis 'sonstiges'<br><br><b>Nenner</b><br>Alle Patienten |
| <b>Erläuterung der Rechenregel</b>                | -   |
| <b>Teildatensatzbezug</b>                         | 09/4:B  |
| <b>Mindestanzahl Zähler</b>                       | 2   |
| <b>Mindestanzahl Nenner</b>                       | -   |
| <b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>  | Vergleichbar  |

# 850314: Häufig ICD-System 'sonstiges'

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel   | Feldname        |
|------|-------------|-----|--|-----------------|
| 52:B | System      | M   | 1 = VVI<br>2 = DDD<br>3 = VDD<br>4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde<br>5 = CRT-System ohne Vorhofsonde<br>6 = subkutaner ICD<br>9 = sonstiges  | ADEFISYSTEM     |
| 81:B | Position    | K   | 1 = Vena cava superior<br>2 = Vena subclavia<br>3 = rechter Vorhof<br>4 = subkutan (Sub-Q-Array)<br>5 = subkutan (S-ICD)<br>6 = epimyokardial (Patch-Elektrode)<br>7 = mehrere<br>9 = andere | DEFIPOSITIONAND |

## Berechnung

|   |  |
|---|--|
| <b>AK-Präfix</b>                                  | AK 2   |
| <b>AK-ID</b>                                      | 850314   |
| <b>Jahr der Erstanwendung</b>                     | 2012   |
| <b>Begründung für die Auswahl</b>                 | <p><b>Relevanz</b><br/>                     QI-relevant</p> <p><b>Hypothese</b><br/>                     Fehldokumentation</p> <p><b>Kommentar</b><br/>                     Bei der Angabe „sonstiges“ kann eine leitlinienkonforme Systemwahl nicht überprüft werden.</p> |
| <b>Bezug zu anderen Indikatoren</b>               | 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl   |
| <b>Bewertungsart</b>                              | Ratenbasiert   |
| <b>Referenzbereich 2015</b>                       | <= 0,00 % (95. Perzentil)  |
| <b>Referenzbereich 2014</b>                       | <= 1,51 % (95. Perzentil)  |
| <b>Erläuterung zum Referenzbereich 2015</b>       | -  |
| <b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015</b> | -  |
| <b>Rechenregel</b>                                | <p><b>Zähler</b><br/>                     Patienten mit ICD-System 'sonstiges'</p> <p><b>Nenner</b><br/>                     Alle Patienten unter Ausschluss von Patienten mit Defibrillationssonden mit subkutaner Position</p>   |
| <b>Erläuterung der Rechenregel</b>                | -  |
| <b>Teildatensatzbezug</b>                         | 09/4:B   |
| <b>Mindestanzahl Zähler</b>                       | 2  |
| <b>Mindestanzahl Nenner</b>                       | -  |
| <b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>  | Vergleichbar   |

# 850315: Häufige Angabe von LVEF 'nicht bekannt'

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

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

## Berechnung

|   |  |
|---|--|
| <b>AK-Präfix</b>                                  | AK 3   |
| <b>AK-ID</b>                                      | 850315   |
| <b>Jahr der Erstanwendung</b>                     | 2012   |
| <b>Begründung für die Auswahl</b>                 | <b>Relevanz</b><br>QI-relevant<br><br><b>Hypothese</b><br>Fehldokumentation                |
| <b>Bezug zu anderen Indikatoren</b>               | 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl   |
| <b>Bewertungsart</b>                              | Ratenbasiert   |
| <b>Referenzbereich 2015</b>                       | <= 2,94 % (95. Perzentil)  |
| <b>Referenzbereich 2014</b>                       | <= 3,58 % (95. Perzentil)  |
| <b>Erläuterung zum Referenzbereich 2015</b>       | -  |
| <b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015</b> | -  |
| <b>Rechenregel</b>                                | <b>Zähler</b><br>Patienten mit LVEF 'nicht bekannt'<br><br><b>Nenner</b><br>Alle Patienten |
| <b>Erläuterung der Rechenregel</b>                | -  |
| <b>Teildatensatzbezug</b>                         | 09/4:B   |
| <b>Mindestanzahl Zähler</b>                       | 2  |
| <b>Mindestanzahl Nenner</b>                       | -  |
| <b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>  | Vergleichbar   |



# 850316: Häufige Angabe von ASA 4

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

| Item | Bezeichnung                        | M/K | Schlüssel/Formel  | Feldname |
|------|------------------------------------|-----|---|----------|
| 10:B | Einstufung nach ASA-Klassifikation | M   | 1 = normaler, gesunder Patient<br>2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung<br>3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung<br>4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung,<br>die eine ständige Lebensbedrohung darstellt<br>5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet<br>wird, dass er ohne Operation überlebt | ASA      |

## Berechnung

|   |   |
|---|---|
| <b>AK-Präfix</b>                                  | AK 4  |
| <b>AK-ID</b>                                      | 850316  |
| <b>Jahr der Erstanwendung</b>                     | 2012  |
| <b>Begründung für die Auswahl</b>                 | <b>Relevanz</b><br>QI-relevant<br><br><b>Hypothese</b><br>Überdokumentation   |
| <b>Bezug zu anderen Indikatoren</b>               | 50004: Leitlinienkonforme Indikation<br>51186: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen |
| <b>Bewertungsart</b>                              | Ratenbasiert  |
| <b>Referenzbereich 2015</b>                       | <= 24,83 % (95. Perzentil)  |
| <b>Referenzbereich 2014</b>                       | <= 20,45 % (95. Perzentil)  |
| <b>Erläuterung zum Referenzbereich 2015</b>       | -   |
| <b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015</b> | -   |
| <b>Rechenregel</b>                                | <b>Zähler</b><br>Patienten mit ASA 4<br><br><b>Nenner</b><br>Alle Patienten   |
| <b>Erläuterung der Rechenregel</b>                | -   |
| <b>Teildatensatzbezug</b>                         | 09/4:B  |
| <b>Mindestanzahl Zähler</b>                       | 2   |
| <b>Mindestanzahl Nenner</b>                       | -   |
| <b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>  | Vergleichbar  |

# 850317: Angabe von ASA 5

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

| Item | Bezeichnung                        | M/K | Schlüssel/Formel  | Feldname |
|------|------------------------------------|-----|---|----------|
| 10:B | Einstufung nach ASA-Klassifikation | M   | 1 = normaler, gesunder Patient<br>2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung<br>3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung<br>4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung,<br>die eine ständige Lebensbedrohung darstellt<br>5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet<br>wird, dass er ohne Operation überlebt | ASA      |

## Berechnung

|   |   |
|---|---|
| <b>AK-Präfix</b>                                  | AK 5  |
| <b>AK-ID</b>                                      | 850317  |
| <b>Jahr der Erstanwendung</b>                     | 2012  |
| <b>Begründung für die Auswahl</b>                 | <b>Relevanz</b><br>QI-relevant<br><br><b>Hypothese</b><br>Überdokumentation   |
| <b>Bezug zu anderen Indikatoren</b>               | 50004: Leitlinienkonforme Indikation<br>51186: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen |
| <b>Bewertungsart</b>                              | Anzahl  |
| <b>Referenzbereich 2015</b>                       | =0  |
| <b>Referenzbereich 2014</b>                       | <=0   |
| <b>Erläuterung zum Referenzbereich 2015</b>       | Der Referenzbereich bezieht sich auf die Anzahl im Zähler.  |
| <b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015</b> | -   |
| <b>Rechenregel</b>                                | <b>Zähler</b><br>Patienten mit ASA 5<br><br><b>Nenner</b><br>Alle Patienten   |
| <b>Erläuterung der Rechenregel</b>                | -   |
| <b>Teildatensatzbezug</b>                         | 09/4:B  |
| <b>Mindestanzahl Zähler</b>                       | -   |
| <b>Mindestanzahl Nenner</b>                       | -   |
| <b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>  | Vergleichbar  |

# 850193: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

## Berechnung

|   |   |
|---|---|
| <b>AK-Präfix</b>                                  | AK V1   |
| <b>AK-ID</b>                                      | 850193  |
| <b>Jahr der Erstanwendung</b>                     | 2011  |
| <b>Begründung für die Auswahl</b>                 | <p><b>Relevanz</b><br/>                 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><b>Hypothese</b><br/>                 Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p> |
| <b>Bewertungsart</b>                              | Ratenbasiert  |
| <b>Referenzbereich 2015</b>                       | >= 95,00 %  |
| <b>Erläuterung zum Referenzbereich 2015</b>       | -   |
| <b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015</b> | -   |
| <b>Rechenregel</b>                                | <p><b>Zähler</b><br/>                 Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b><br/>                 Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>  |
| <b>Erläuterung der Rechenregel</b>                | 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.   |
| <b>Mindestanzahl Zähler</b>                       | -   |
| <b>Mindestanzahl Nenner</b>                       | 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

|   |   |
|---|---|
| <b>AK-Präfix</b>                                  | AK V2   |
| <b>AK-ID</b>                                      | 850194  |
| <b>Jahr der Erstanwendung</b>                     | 2011  |
| <b>Begründung für die Auswahl</b>                 | <p><b>Relevanz</b><br/>                     Organisatorische Probleme in den Dokumentationsprozessen einzelner Leistungsbereiche, die eine Überdokumentation bedingen, werden durch die in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen nicht erfasst.</p> <p><b>Hypothese</b><br/>                     Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p> |
| <b>Bewertungsart</b>                              | Ratenbasiert  |
| <b>Referenzbereich 2015</b>                       | <= 110,00 %   |
| <b>Erläuterung zum Referenzbereich 2015</b>       | -   |
| <b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015</b> | -   |
| <b>Rechenregel</b>                                | <p><b>Zähler</b><br/>                     Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b><br/>                     Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>  |
| <b>Erläuterung der Rechenregel</b>                | 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.  |
| <b>Mindestanzahl Zähler</b>                       | -   |
| <b>Mindestanzahl Nenner</b>                       | Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.  |

# 850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

## Berechnung

|   |   |
|---|---|
| <b>AK-Präfix</b>                                  | AK MDS  |
| <b>AK-ID</b>                                      | 850220  |
| <b>Jahr der Erstanwendung</b>                     | 2011  |
| <b>Begründung für die Auswahl</b>                 | <p><b>Relevanz</b><br/>                     Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p><b>Hypothese</b><br/>                     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> |
| <b>Bewertungsart</b>                              | Ratenbasiert  |
| <b>Referenzbereich 2015</b>                       | <= 5,00 %   |
| <b>Erläuterung zum Referenzbereich 2015</b>       | -   |
| <b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015</b> | -   |
| <b>Rechenregel</b>                                | <p><b>Zähler</b><br/>                     Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b><br/>                     Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>   |
| <b>Erläuterung der Rechenregel</b>                | 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.   |
| <b>Mindestanzahl Zähler</b>                       | -   |
| <b>Mindestanzahl Nenner</b>                       | Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik in einem Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.  |

# Anhang I: Historie der Auffälligkeitskriterien

## Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2015

| 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                                 | Nein        | Vergleichbar                              | -           |
| 850315                  | Häufige Angabe von LVEF 'nicht bekannt'                       | Nein                                 | Nein        | Vergleichbar                              | -           |
| 850316                  | Häufige Angabe von ASA 4                                      | 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                              | -           |

**2014 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine**