



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung  
Auffälligkeitskriterien:  
Plausibilität und Vollzähligkeit 2016

## **Hüftendoprothesenversorgung**

Beschreibung der Kriterien

Stand: 26.04.2017

---

# Inhaltsverzeichnis

850376: Unterdokumentation von GKV-Patienten .....	3
850272: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation .....	5
850273: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation .....	6
850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation) .....	7
850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation) .....	9
850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel) .....	11
850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel) .....	13
850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) .....	15
Anhang I: Listen .....	16
Anhang II: Funktionen .....	17
Anhang III: Historie der Auffälligkeitskriterien .....	17

# 850376: Unterdokumentation von GKV-Patienten

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
EF*	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	kasseiknr2Stellen(KASSEIKNR)	kasseiknr2Stellen

\* Ersatzfeld im Exportformat

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850376
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2016
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b>                  Für nicht als GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up Indikatoren heraus.</p> <p><b>Hypothese</b>                  Unterdokumentation</p>
<b>Bezug zu anderen Indikatoren</b>	10271: Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2016</b>	>= 95,00 %
<b>Referenzbereich 2015</b>	AK im Vorjahr nicht berechnet
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2016</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b>                  Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt)</p> <p><b>Nenner</b>                  Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	HEP:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	kasseiknr2Stellen = 10
<b>Nenner (Formel)</b>	methodische Sollstatistik: DS_GKV
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	AK im Vorjahr nicht berechnet

# 850272: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850272
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2015
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b>                  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>                  Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2016</b>	>= 95,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2016</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b>                  Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b>                  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>	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 40 dokumentationspflichtige Fälle (berechnet über alle Leistungsbereiche) und mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

# 850273: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850273
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2015
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b>          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>          Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2016</b>	<= 110,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2016</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b>          Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b>          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>	20 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

# 850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
23:PROZ	Prozedur(en)	M	OPS (amtliche Codes): <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	OPSCHLUESSEL
113:B	Entlassungsdiagnosen (ICD-10-GM)	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

\* Ersatzfeld im Exportformat

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850274
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2015
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></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. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
<b>Bezug zu anderen Indikatoren</b>	-
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2016</b>	>= 95,00 %
<b>Referenzbereich 2015</b>	>= 95,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2016</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Zählleistungsbereich hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Zählleistungsbereich in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Unterdokumentation pro Zählleistungsbereich zu ermitteln.
<b>Teildatensatzbezug</b>	HEP:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 40 dokumentationspflichtige Fälle (berechnet über alle Leistungsbereiche) und mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
<b>Zähler (Formel)</b>	<code>fn_Anz_vollst_plausi_DS_Erstimpl</code>
<b>Nenner (Formel)</b>	<code>// Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_IMP // (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</code>
<b>Verwendete Funktionen</b>	<code>fn_Anz_vollst_plausi_DS_Erstimpl</code>
<b>Verwendete Listen</b>	<code>@QSF_EP_WE_TEP_OPS @QSF_HEP_ICD_EX @QSF_TEP_OPS</code>
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

# 850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
23:PROZ	Prozedur(en)	M	OPS (amtliche Codes): <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	OPSCHLUESSEL
113:B	Entlassungsdiagnosen (ICD-10-GM)	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

\* Ersatzfeld im Exportformat

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850275
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2015
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></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. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
<b>Bezug zu anderen Indikatoren</b>	-
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2016</b>	<= 110,00 %
<b>Referenzbereich 2015</b>	<= 110,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2016</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Zählleistungsbereich hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Zählleistungsbereich in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Überdokumentation pro Zählleistungsbereich zu ermitteln.
<b>Teildatensatzbezug</b>	HEP:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	20 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
<b>Zähler (Formel)</b>	<code>fn_Anz_vollst_plausi_DS_Erstimpl</code>
<b>Nenner (Formel)</b>	<code>// Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_IMP // (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</code>
<b>Verwendete Funktionen</b>	<code>fn_Anz_vollst_plausi_DS_Erstimpl</code>
<b>Verwendete Listen</b>	<code>@QSF_EP_WE_TEP_OPS @QSF_HEP_ICD_EX @QSF_TEP_OPS</code>
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

# 850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
23:PROZ	Prozedur(en)	M	OPS (amtliche Codes): <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	OPSCHLUESSEL
113:B	Entlassungsdiagnosen (ICD-10-GM)	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

\* Ersatzfeld im Exportformat

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850276
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2015
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></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. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
<b>Bezug zu anderen Indikatoren</b>	-
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2016</b>	>= 95,00 %
<b>Referenzbereich 2015</b>	>= 95,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2016</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Zählleistungsbereich hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Zählleistungsbereich in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Unterdokumentation pro Zählleistungsbereich zu ermitteln.
<b>Teildatensatzbezug</b>	HEP:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 40 dokumentationspflichtige Fälle (berechnet über alle Leistungsbereiche) und mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
<b>Zähler (Formel)</b>	<code>fn_Anz_vollst_plausi_DS_Wechsel</code>
<b>Nenner (Formel)</b>	<code>// Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_WE // (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</code>
<b>Verwendete Funktionen</b>	<code>fn_Anz_vollst_plausi_DS_Wechsel</code>
<b>Verwendete Listen</b>	<code>@QSF_EP_WE_TEP_OPS @QSF_HEP_ICD_EX @QSF_TEPWEC_OPS @QSF_TEP_OPS</code>
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

# 850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
23:PROZ	Prozedur(en)	M	OPS (amtliche Codes): <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	OPSCHLUESSEL
113:B	Entlassungsdiagnosen (ICD-10-GM)	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

\* Ersatzfeld im Exportformat

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850277
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2015
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></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. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
<b>Bezug zu anderen Indikatoren</b>	-
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2016</b>	<= 110,00 %
<b>Referenzbereich 2015</b>	<= 110,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2016</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Zählleistungsbereich hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Zählleistungsbereich in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Überdokumentation pro Zählleistungsbereich zu ermitteln.
<b>Teildatensatzbezug</b>	HEP:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	20 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
<b>Zähler (Formel)</b>	<code>fn_Anz_vollst_plausi_DS_Wechsel</code>
<b>Nenner (Formel)</b>	<code>// Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_WE // (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</code>
<b>Verwendete Funktionen</b>	<code>fn_Anz_vollst_plausi_DS_Wechsel</code>
<b>Verwendete Listen</b>	<code>@QSF_EP_WE_TEP_OPS @QSF_HEP_ICD_EX @QSF_TEPWEC_OPS @QSF_TEP_OPS</code>
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

# 850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850369
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2016
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b>                  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>                  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 Underdokumentation der Anreiz für die Verwendung von Minimaldatensätzen ansteigt.</p>
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2016</b>	<= 5,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2016</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b>                  Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b>                  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>	5 (Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)

## Anhang I: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
@QSF_EP_WE_TEP_OPS	OPS	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation	5-829.n%
@QSF_HEP_ICD_EX	ICD	Hüftendoprothetik: Implantation & Wechsel und Komponentenwechsel (Ausschlussdiagnosen)	C40.2%, C40.3%, C40.8%, C40.9%, C41.8%, C41.9%, C76.5%, C79.5%, D16.2%, D16.3%, M08.00%, M08.01%, M08.02%, M08.03%, M08.04%, M08.05%, M08.06%, M08.07%, M08.08%, M08.09%, M08.10%, M08.11%, M08.12%, M08.13%, M08.14%, M08.15%, M08.16%, M08.17%, M08.18%, M08.19%, M08.20%, M08.21%, M08.22%, M08.23%, M08.24%, M08.25%, M08.26%, M08.27%, M08.28%, M08.29%, M08.3%, M08.40%, M08.41%, M08.42%, M08.43%, M08.44%, M08.45%, M08.46%, M08.47%, M08.48%, M08.49%, M08.70%, M08.71%, M08.72%, M08.73%, M08.74%, M08.75%, M08.76%, M08.77%, M08.78%, M08.79%, M08.80%, M08.81%, M08.82%, M08.83%, M08.84%, M08.85%, M08.86%, M08.87%, M08.88%, M08.89%, M08.90%, M08.91%, M08.92%, M08.93%, M08.94%, M08.95%, M08.96%, M08.97%, M08.98%, M08.99%, M09.00%, M09.01%, M09.02%, M09.03%, M09.04%, M09.05%, M09.06%, M09.07%, M09.08%, M09.09%, M09.10%, M09.11%, M09.12%, M09.13%, M09.14%, M09.15%, M09.16%, M09.17%, M09.18%, M09.19%, M09.20%, M09.21%, M09.22%, M09.23%, M09.24%, M09.25%, M09.26%, M09.27%, M09.28%, M09.29%, M09.80%, M09.81%, M09.82%, M09.83%, M09.84%, M09.85%, M09.86%, M09.87%, M09.88%, M09.89%, M90.75%, Q68.3%, Q68.5%, Q74.2%, Q74.3%
@QSF_TEPWEC_OPS	OPS	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	5-821.10%, 5-821.11%, 5-821.12%, 5-821.13%, 5-821.14%, 5-821.15%, 5-821.16%, 5-821.18%, 5-821.1x%, 5-821.20%, 5-821.22%, 5-821.24%, 5-821.25%, 5-821.26%, 5-821.27%, 5-821.28%, 5-821.29%, 5-821.2a%, 5-821.2b%, 5-821.2x%, 5-821.30%, 5-821.31%, 5-821.32%, 5-821.33%, 5-821.3x%, 5-821.40%, 5-821.41%, 5-821.42%, 5-821.43%, 5-821.4x%, 5-821.50%, 5-821.51%, 5-821.52%, 5-821.53%, 5-821.5x%, 5-821.60%, 5-821.61%, 5-821.62%, 5-821.63%, 5-821.6x%, 5-821.f0%, 5-821.f1%, 5-821.f2%, 5-821.f3%, 5-821.f4%, 5-821.fx%, 5-821.g0%, 5-821.g1%, 5-821.g2%, 5-821.g3%, 5-821.g4%, 5-821.g5%, 5-821.gx%, 5-821.j0%, 5-821.j1%, 5-821.j2%, 5-821.jx%, 5-821.x%
@QSF_TEP_OPS	OPS	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	5-820.00%, 5-820.01%, 5-820.02%, 5-820.20%, 5-820.21%, 5-820.22%, 5-820.30%, 5-820.31%, 5-820.40%, 5-820.41%, 5-820.80%, 5-820.81%, 5-820.82%, 5-820.92%, 5-820.93%, 5-820.94%, 5-820.95%, 5-820.96%, 5-820.x0%, 5-820.x1%, 5-820.x2%

## Anhang II: Funktionen

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_Anz_vollst_plausi_DS_Erstimpl	boolean	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze bei Erstimplantation	<pre>// Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen // Datensätze mit // HEP:PROZ: // ARTEINGRIFFHUE IN (1,2) // ODER // ( // // MDS:B: // // ZUQSMODUL = 'HEP' // // UND // // // MDS:B: // // OPSCHLUESSEL EINSIN @QSF_TEP_OPS // // UND NICHT // // // MDS:B: // // OPSCHLUESSEL EINSIN @QSF_EP_WE_TEP_OPS // // UND NICHT // // // MDS:B: // // ENTLDIAG EINSIN @QSF_HEP_ICD_EX // // UND // // // MDS:B: // // alter &gt;= 18 // )</pre>
fn_Anz_vollst_plausi_DS_Wechsel	boolean	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze bei Wechsel	<pre>// Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen // Datensätze mit // HEP:PROZ: // ARTEINGRIFFHUE IN (3,4) // ODER // ( // // MDS:B: // // ZUQSMODUL = 'HEP' // // UND // // ( // // // MDS:B: // // OPSCHLUESSEL EINSIN @QSF_TEPWEC_OPS // // ODER // // ( // // // MDS:B:</pre>

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			<pre>OPSCHLUESSEL EINSIN @QSF_TEP_OPS UND // MDS:B: OPSCHLUESSEL EINSIN @QSF_EP_WE_TEP_OPS ) ) UND NICHT // MDS:B: ENTLDIAG EINSIN @QSF_HEP_ICD_EX UND // MDS:B: alter &gt;= 18 )</pre>

# Anhang III: Historie der Auffälligkeitskriterien

## Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2016

Auffälligkeitskriterium		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850376 (NEU)	Unterdokumentation von GKV-Patienten	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850272	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	nein	nein	Vergleichbar	-
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	nein	nein	Vergleichbar	-
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	nein	nein	Vergleichbar	-
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	nein	nein	Vergleichbar	-
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	nein	nein	Vergleichbar	-
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	nein	nein	Vergleichbar	-
850369 (NEU)	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-

**2015 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine**