



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit 2017

Implantierbare Defibrillatoren- Implantation

Beschreibung der Kriterien

Stand: 06.04.2018

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 2017

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|---|-----|--|-----------------|
| 15: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 | 50055: Leitlinienkonforme Indikation |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2017 | ≤ 5,59 % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2016 | ≤ 5,48 % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017 | - |
| 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 2017

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|------|-------------|-----|--|-----------------|
| 50: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 |
| 66: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 und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen 52321: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2017 | ≤ 0,00 % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2016 | ≤ 0,00 % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017 | - |
| 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 2017

| 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 50055: Leitlinienkonforme Indikation 51186: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen |
| Bewertungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2017 | ≤ 1,57 % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2016 | ≤ 1,89 % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017 | - |
| 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 2017

| 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 | 50055: Leitlinienkonforme Indikation |
| Bewertungsart | Anzahl |
| Referenzbereich 2017 | = 0 |
| Referenzbereich 2016 | = 0 |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2017 | Der Referenzbereich bezieht sich auf die Anzahl im Zähler. |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017 | - |
| 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 2017 | ≥ 95,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017 | - |
| 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 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 2017 | ≤ 110,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017 | - |
| 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 2017 | ≤ 5,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2017 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017 | - |
| 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 2017

| 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 | - |
| 850317 | Angabe von ASA 5 | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850193 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | Nein | Ja | Vergleichbar | Modifikation: Streichung der Mindestfallzahl von verfahrensübergreifend 40 Fällen im Nenner: die verfahrensübergreifende MFZ kann auf Landesebene nur für die landesbezogenen QS-Verfahren und auf Bundesebene nur für die bundesbezogenen QS-Verfahren ermittelt werden |
| 850194 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850220 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | Nein | Nein | Vergleichbar | - |

2016 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine