



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit 2017

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Beschreibung der Kriterien

Stand: 06.04.2018

Inhaltsverzeichnis

850147: Angabe von ASA 5	3
850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation	5
850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	7
850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	10
850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	11
850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	12
Anhang I: Listen	13
Anhang II: Historie der Auffälligkeitskriterien	14

850147: Angabe von ASA 5

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
21: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	850147
Jahr der Erstanwendung	2017
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Die ASA-Klassifikation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren ein.</p> <p>Hypothese Fehldokumentation. Eigentlich liegt eine niedrigere ASA-Einstufung vor.</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	<p>54033: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</p> <p>54040: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</p> <p>54042: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</p> <p>54046: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</p>
Bewertungsart	Anzahl
Referenzbereich 2017	= 0
Referenzbereich 2016	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Fälle mit Angabe ASA = 5 („moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt“)</p> <p>Nenner Alle Fälle</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	17/1:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	ASA = 5
Nenner (Formel)	Wahr
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
34:B	Fraktur	K	1 = ja	FRAKTUR
62:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Berechnung

AK-ID	850148
Jahr der Erstanwendung	2017
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Nicht angegebene Frakturen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.</p> <p>Hypothese Fehlende Dokumentation von Frakturen (als Komplikation).</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	<p>54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur 54036: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen</p>
Bewertungsart	Anzahl
Referenzbereich 2017	= 0
Referenzbereich 2016	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	M96.6 = Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte (Diese Schlüsselnummer ist nur bei einer beim Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte aufgetretenen Fraktur anzugeben)
Rechenregel	<p>Zähler Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation</p> <p>Nenner Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	17/1:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	FRAKTUR = LEER
Nenner (Formel)	ENTLDIAG EINSIN @ICD_17n1_Entl_Diagnose
Verwendete Listen	@ICD_17n1_Entl_Diagnose
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
11:B	Frakturereignis	M	1 = war Grund für die akut-stationäre Aufnahme 2 = ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes	FRAKTUREREIG
28:B	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	M	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKATSPEZ
43:B	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	K	1 = ja	KARDVASKKOMP
62:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Berechnung

AK-ID	850149
Jahr der Erstanwendung	2017
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.</p> <p>Hypothese Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	<p>54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54036: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen 54040: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 80,00 %
Referenzbereich 2016	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Fälle ohne Angabe einer spezifischen intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikationen</p> <p>Nenner Fälle mit Entlassungsdiagnose T81.0, T81.2, T81.3, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7 oder T81.8 UND mit hüftgelenknaher Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag UND ohne allgemeine behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>T81.0 = Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert T81.2 = Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert T81.3 = Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert T81.4 = Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert T81.5 = Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist T81.6 = Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz T81.7 = Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert T81.8 = Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>Das AK wird nur berechnet, wenn mindestens eine der aufgelisteten Komplikationsdiagnosen kodiert wurde. Das AK prüft das Fehlen von Angaben nur in Bezug auf das Datenfeld POKOMPLIKATSPEZ, nicht auf das Datenfeld ENTLDIAG.</p>
Teildatensatzbezug	17/1:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	POKOMPLIKATSPEZ = 0
Nenner (Formel)	ENTLDIAG EINSIN @ICD_17n1_Komplikation UND FRAKTUREREIG = 1 UND KARDVASKKOMP = LEER

Verwendete Listen	@ICD_17n1_Komplikation
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Berechnung

AK-ID	850351
Jahr der Erstanwendung	2015
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.)

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Berechnung

AK-ID	850352
Jahr der Erstanwendung	2015
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.)

850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Berechnung

AK-ID	850368
Jahr der Erstanwendung	2016
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 (Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)

Anhang I: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
@ICD_17n1_Entl_Diagnose	ICD		M96.6%
@ICD_17n1_Komplikation	ICD		T81.0%, T81.2%, T81.3%, T81.4%, T81.5%, T81.6%, T81.7%, T81.8%

Anhang II: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2017

Auffälligkeitskriterium		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850147 (NEU)	Angabe von ASA 5	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850148 (NEU)	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850149 (NEU)	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850351	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
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2016 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Begründung für Streichung
850350	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	Patienten mit frührehabilitativer geriatrischer Komplexbehandlung können derzeit nicht eindeutig aus dem AK ausgeschlossen werden. Bei diesen Patienten ergeben sich lange Verweildauern, die jedoch nicht auf Komplikationen zurückzuführen sind. Das AK wird bis zur QIDB 2019 ausgesetzt