



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Erfassungsjahr 2018

Stand: 09.04.2019

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollständigkeit nach QSKH-RL. Herzschrittmarker-Revision/-Systemwechsel/-Explantation. Erfassungsjahr 2018

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

09.04.2019

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340

Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrensupport@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

850339: Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	4
813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	8
850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	11
850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	13
850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	15
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	17
Anhang II: Listen	19
Anhang III: Vorberechnungen	20
Anhang IV: Funktionen	21
Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien	22

850339: Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19.1:B	Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde	K	1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 99 = sonstige	ASONVOINDIK
19.2:B	Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde	K	1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 99 = sonstige	ASONVEINDIK
19.3:B	Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde	K	1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 99 = sonstige	ASONVE2INDIK
26:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation	ASONVOARTVO

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	
29:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	ASONVEARTVO
32:B	Art des Vorgehens	K	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	ASONVE2ARTVO

Berechnung

AK-ID	850339
Jahr der Erstanwendung	2014
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehl- bzw. Unterdokumentation
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52305: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen 52307: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden 52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 11,22 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2017	≤ 6,83 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	Zähler Patienten, bei denen 'kein Eingriff an der Sonde' dokumentiert wurde Nenner Alle Patienten mit Sondenproblemen, bei denen die betroffene Sonde nicht explantiert oder stillgelegt wurde
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/3:B
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	$\left(\text{ASONVOINDIK} \in \{1,2,3,4,5,6,7,8,9,99\} \ \& \ \text{ASONVOARTVO} = 0 \right) \vee \left(\text{ASONVEINDIK} \in \{1,2,3,4,5,6,7,8,9,99\} \ \& \ \text{ASONVEARTVO} = 0 \right) \vee \left(\text{ASONVE2INDIK} \in \{1,2,3,4,5,6,7,8,9,99\} \ \& \ \text{ASONVE2ARTVO} = 0 \right)$
Nenner (Formel)	$\left(\text{ASONVOINDIK} \in \{1,2,3,4,5,6,7,8,9,99\} \ \& \ !\text{is.na}(\text{ASONVOARTVO}) \right) \vee \left(\text{ASONVEINDIK} \in \{1,2,3,4,5,6,7,8,9,99\} \ \& \ !\text{is.na}(\text{ASONVEARTVO}) \right) \vee \left(\text{ASONVE2INDIK} \in \{1,2,3,4,5,6,7,8,9,99\} \ \& \ !\text{is.na}(\text{ASONVE2ARTVO}) \right)$
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar

813074: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
5:B	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	K	1 = ja	VERSICHERTENIDNEUNV
EF*	GKV-Versichertenstatus	-	versicherterstatusgkv(PERSONENKREIS;KASSEIKNR)	versicherterstatusgkv
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: EF*	GKV-Versichertenstatus	-	vstatusgkvmds(PERSONENKREIS;KASSEIKNR;ZUQSMODUL)	MDS_vstatusgkvmds

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Berechnung

AK-ID	813074
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>2194: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</p> <p>2195: Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patienten (Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/3:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	<pre># 09/3:B: versichertenstatusgkv %==% 1 & is.na(VERSICHERTENIDNEUNV) & # MDS:B: MDS_ZUQSMODUL %==% "09/3" & MDS_vstatusgkvmds %==% 1</pre>

Nenner (Formel)	# methodische Sollstatistik: DS_GKV
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar

850166: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Berechnung

AK-ID	850166
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner</p> <p>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 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850167: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Berechnung

AK-ID	850167
Jahr der Erstanwendung	2010
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 2018	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2017	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<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	20
Mindestanzahl Nenner	-

850219: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Berechnung

AK-ID	850219
Jahr der Erstanwendung	2011
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>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</p> <p>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 2018	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2017	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner</p> <p>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: 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_HE	Cholezystektomie (nur Hessen)
DEK	Dekubitusprophylaxe
HCH	Herzchirurgie
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
KEP	Knieendoprothesenversorgung
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
MRE_HE	Multiresistente Erreger (nur Hessen)
NEO	Neonatologie
NNH	Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Schlüssel: Modul	
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
SA_FRUEHREHA_HE	Schlaganfall-Frührehabilitation (nur Hessen)

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2018

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850339	Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	Nein	Ja	Nicht vergleichbar	Da die Datenfelder zur Art des Vorgehens bezüglich der postoperativ funktionell nicht mehr aktiven Anteile des SM-Systems gestrichen wurden, wurde die Rechenregel angepasst: Die Grundgesamtheit umfasst nur noch Probleme an Sonden, die nicht explantiert oder stillgelegt wurden und somit postoperativ funktionell noch aktiv sind. Die Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ zur Art des Vorgehens deutet auf eine unvollständige Dokumentation hin, da ein Problem bei diesen Sonden dokumentiert wurde. Aufgrund der Änderung der Rechenregeln sind die Ergebnisse des Jahres 2018 nicht mit den Werten der Vorjahresauswertung vergleichbar. Mit den Rechenregeln des Jahres 2018 Neuberechnete Ergebnisse für das Jahr 2017 sind mit den Ergebnissen für das Jahr 2018 vergleichbar.
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Nein	Ja	Nicht vergleichbar	Die Definition von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten in der Sollstatistik wurde geändert: Neben dem Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, muss die eGK-Versichertennummer vorliegen und es darf kein „besonderer Personenkreis“ vermerkt sein. Der Zähler wurde analog angepasst sowie um die entsprechenden Minimaldatensätze erweitert. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse des Jahres 2018 nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.
850166	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	Es wurde die Mindestfallzahl im Nenner (Soll-Zahl) gestrichen. Stattdessen wurde eine Mindestfallzahl von 20 Fällen im Zähler festgelegt. Damit wird sichergestellt, dass einer

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
					Überdokumentation (> 110%) auch bei einer kleinen Sollzahl (< 20) im Rahmen des Strukturierten Dialogs nachgegangen werden kann.
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2017 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine