



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

Hüftendoprothesenversorgung

Erfassungsjahr 2018

Stand: 17.05.2019

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL. Hüftendoprothesenversorgung. Erfassungsjahr 2018

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

17.05.2019

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

850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	4
850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	7
850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	9
851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	12
850272: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	14
850273: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	16
850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation).....	18
850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation).....	21
850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel).....	24
850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	27
850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	30
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	32
Anhang II: Listen	34
Anhang III: Vorberechnungen	36
Anhang IV: Funktionen	37
Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien	39

850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
25: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
33:F	Frakturereignis	M	1 = war Grund für die akut-stationäre Aufnahme 2 = ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes	FRAKTUREREIG
66:PROZ	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	M	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKATSPEZ
68:PROZ	postoperative Wundinfektion	M	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION
84:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Berechnung

AK-ID	850152
Jahr der Erstanwendung	2017
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</p> <p>54120: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 50,00 %
Referenzbereich 2017	≤ 80,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	<p>Bei einer Erstimplantation und einer Wechselprozedur in einem Basisdatensatz gilt die Dokumentationsqualität als unauffällig, wenn die kodierte Entlassungsdiagnose (=EINSIN @ICD_HEP_Komplikation) nicht der Erstimplantation zuzuordnen ist, sondern als Komplikationsdiagnose bei der Wechselprozedur oder als Indikationsstellung bei einer Wechselprozedur auf der kontralateralen Seite vorliegt.</p> <p>Die DIMDI Kodierempfehlung zu Nebendiagnosen lautet : "Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt". Die ICD 10 T-Diagnosen, die im Auffälligkeitskriterium erfragt werden, bilden gemäß DIMDI "Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert" oder "Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate" ab. Die klinische Einschätzung einer Komplikation, dokumentiert durch die internationale Klassifikation der Krankheiten, gilt somit als dokumentationspflichtig in der QS-Dokumentation.</p>
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde. Dabei wird die Angabe von Komplikationen und Wundinfektionen über alle Prozeduren eines Falles geprüft.</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit mindestens einer endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, oder - mit mindestens einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, <p>für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2%, T81.3%, T81.4%, T81.5%, T81.6%, T81.7%, T84.0%, T84.5%, T84.7% oder T84.8% angegeben wurde.</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>T81.-: Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>T84.-: Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder</p>

	<p>Transplantate</p> <p>Das AK dient der Überprüfung von fehlenden Angaben in den Datenfeldern POKOMPLIKATSPEZ und POSTOPWUNDINFEKTION, nicht der Überprüfung der kodierten Entlassungsdiagnosen.</p>
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	all(POKOMPLIKATSPEZ ==% 0) %group_by% TDS_B & all(POSTOPWUNDINFEKTION ==% 0) %group_by% TDS_B
Nenner (Formel)	(ARTEINGRIFFHUE ==% 1 & FRAKTUREREIG ==% 1 ARTEINGRIFFHUE ==% 2) & ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_HEP_Komplikation
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	ICD_HEP_Komplikation
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar

850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
65.9:W	periprothetische Fraktur	K	1 = ja	PERIPROTHFRAKTUR
67.7:PROZ	periprothetische Fraktur	K	1 = ja	PERIFRAKTUR
84:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Berechnung

AK-ID	850151
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 periprothetischer Frakturen (als Komplikation).</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</p> <p>54120: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 50,00 %
Referenzbereich 2017	≤ 50,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler Fälle ohne Angabe einer periprothetischen 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	<p>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).</p> <p>Zähler: die Angabe einer periprothetischen Fraktur wird über alle Prozeduren eines Falles geprüft</p>
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	<code>all(is.na(PERIFRAKTUR)) %group_by% TDS_B & all(is.na(PERIPROTHFRAKTUR)) %group_by% TDS_B</code>
Nenner (Formel)	<code>ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_HEP_Knochenfraktur</code>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	ICD_HEP_Knochenfraktur
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

850376: 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	850376
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	10271: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
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	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	<pre># HEP:B: versichertenstatusgkv %==% 1 & is.na(VERSICHERTENIDNEUNV) & # MDS:B: MDS_ZUQSMODUL %==% "HEP" & MDS_vstatusgkvmds %==% 1</pre>
Nenner (Formel)	# methodische Sollstatistik: DS_GKV
Verwendete Funktionen	-

Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar

851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
22:PROZ	zu operierende Seite	M	1 = rechts 2 = links	ZUOPSEITE
25: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
26:PROZ	Datum des Eingriffs	M	-	OPDATUM
27:PROZ	Beginn des Eingriffs	M	-	OPZEIT

Berechnung

AK-ID	851804
Jahr der Erstanwendung	2018
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Irrtümlich angelegte Prozedurbögen stellen einen gravierenden Dokumentationsfehler dar.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlerhafte Bogen-Anlegung bei Fällen, bei denen mehrere Prozeduren in einem Aufenthalt dokumentiert wurden.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	alle QIs/Kennzahlen
Bewertungsart	Anzahl
Referenzbereich 2018	< 5
Referenzbereich 2017	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	Dieses AK zielt auf die Validierung des korrekten Anlegens von Prozedur-Bögen zu Fällen mit mehreren OPs während eines Aufenthaltes ab. Anders als in anderen AKs geht es also nicht um die Validierung einzelner Datenfelder. Auffälligkeiten in diesem AK deuten auf falsch angelegte Prozedur-Bögen hin.
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle mit mehr als einer OP</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<code>(!fn_IstErsteOP_ZUOPSEITE & ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2)) fn_AnzahlOPs_ZUOPSEITE_gleichzeitig %>% 1</code>
Nenner (Formel)	<code>fn_AnzahlOPs %>% 1</code>
Verwendete Funktionen	<p>fn_AnzahlOPs</p> <p>fn_AnzahlOPs_ZUOPSEITE_gleichzeitig</p> <p>fn_IstErsteOP_ZUOPSEITE</p> <p>fn_OPZeitpunkt</p>
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

850272: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

AK-ID	850272
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</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.</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 mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850273: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

AK-ID	850273
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</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>Hypothese</p> <p>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</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	20
Mindestanzahl Nenner	-

850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
25: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
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 23:B	Operationen- und Prozedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPSCHLUESSEL
MDS: 25:B	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	MDS_ENTLDIAG
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	MDS_alter

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatzdokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Berechnung

AK-ID	850274
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</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.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	-
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 Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	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.
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Zähler (Formel)	<code>fn_Anz_vollst_plausi_DS_Erstimpl</code>
Nenner (Formel)	<code># Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_IMP # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</code>
Verwendete Funktionen	<code>fn_Anz_vollst_plausi_DS_Erstimpl</code>
Verwendete Listen	QSF_EP_WE_TEP_OPS QSF_HEP_ICD_EX QSF_TEP_OPS

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar
--	----------------------------

850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
25: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
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 23:B	Operationen- und Prozedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPSCHLUESSEL
MDS: 25:B	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	MDS_ENTLDIAG
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	MDS_alter

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatzdokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Berechnung

AK-ID	850275
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Underdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Underdokumentation 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</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	-
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2017	≤ 110,00 %
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 Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	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.
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	fn_Anz_vollst_plausi_DS_Erstimpl
Nenner (Formel)	# Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_IMP # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Verwendete Funktionen	fn_Anz_vollst_plausi_DS_Erstimpl
Verwendete Listen	QSF_EP_WE_TEP_OPS QSF_HEP_ICD_EX QSF_TEP_OPS

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar
--	----------------------------

850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
25: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
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 23:B	Operationen- und Prozedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPESCHLUESSEL
MDS: 25:B	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	MDS_ENTLDIAG
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	MDS_alter

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Berechnung

AK-ID	850276
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</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.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	-
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 Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	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.
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Zähler (Formel)	<code>fn_Anz_vollst_plausi_DS_Wechsel</code>
Nenner (Formel)	<code># Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_WE # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</code>
Verwendete Funktionen	<code>fn_Anz_vollst_plausi_DS_Wechsel</code>
Verwendete Listen	<code>QSF_EP_WE_TEP_OPS QSF_HEP_ICD_EX</code>

	QSF_TEPWEC_OPS QSF_TEP_OPS
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar

850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
25: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
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 23:B	Operationen- und Prozedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPSCHLUESSEL
MDS: 25:B	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	MDS_ENTLDIAG
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	MDS_alter

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Berechnung

AK-ID	850277
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Underdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Underdokumentation 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</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	-
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2017	≤ 110,00 %
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 Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	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.
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	fn_Anz_vollst_plausi_DS_Wechsel
Nenner (Formel)	# Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_WE # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Verwendete Funktionen	fn_Anz_vollst_plausi_DS_Wechsel
Verwendete Listen	QSF_EP_WE_TEP_OPS QSF_HEP_ICD_EX QSF_TEPWEC_OPS QSF_TEP_OPS

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar
--	--------------------

850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

AK-ID	850369
Jahr der Erstanwendung	2016
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 (Das Krankenhaus 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

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_HEP_Knochenfraktur	ICD	Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte	M96.6%
ICD_HEP_Komplikation	ICD	-	T81.2%, T81.3%, T81.4%, T81.5%, T81.6%, T81.7%, T84.0%, T84.5%, T84.7%, T84.8%
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%, S32.4%

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
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%
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%, 5-821.1x%, 5-821.20%, 5-821.22%, 5-821.24%, 5-821.25%, 5-821.26%, 5-821.27%, 5-821.28%, 5-821.29%, 5-821.2x%, 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%

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: 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% c(1,2) # MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HEP" & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_TEP_OPS & !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_EP_WE_TEP_OPS) & !(MDS_ENTLDIAG %any_like% LST\$QSF_HEP_ICD_EX) & MDS_alter %>=% 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% c(3,4) # MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HEP" & (MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_TEPWEC_OPS (MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_TEP_OPS & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_EP_WE_TEP_OPS)) & !(MDS_ENTLDIAG %any_like% LST\$QSF_HEP_ICD_EX) &</pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			MDS_alter >=% 18)
fn_AnzahlOPs	integer	Anzahl der Prozeduren des Falles	length(TDS_PROZ) %group_by% TDS_B
fn_AnzahlOPs_ZUOPSEITE_gleichzeitig	integer	Anzahl der Prozeduren des Falles, die zum selben Zeitpunkt und auf derselben Seite vorgenommen wurden, wie die betrachtete Prozedur	length(TDS_PROZ) %group_by% c(TDS_B, ZUOPSEITE, fn_OPZeitpunkt)
fn_IstErsteOP_ZUOPSEITE	boolean	OP ist die chronologisch erste OP auf dieser Seite (links bzw. rechts)	minimum(fn_OPZeitpunkt) %group_by% c(TDS_B, ZUOPSEITE) %==% fn_OPZeitpunkt
fn_OPZeitpunkt	datetime	Zeitpunkt der OP (zusammengesetzt aus Datum und Uhrzeit)	as.POSIXct(paste(OPDATUM, format(OPZEIT, "%H:%M:%S")), tz = "Europe/Berlin")

Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2018

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	Ja	Ja	Nicht vergleichbar	Aufgrund von verschiedenen Anpassungen in der Rechenregel sind die Ergebnisse des Jahres 2018 nicht mit den Werten der Vorjahresauswertung vergleichbar. Insbesondere führt die Streichung der Diagnosen T81.0 und T81.8 zu einer erheblichen Verkleinerung der Anzahl der Fälle, die in den Zähler eingehen. Der QS-Filter wurde ab dem Erfassungsjahr 2018 so modifiziert, dass isolierte Inlaywechselprozeduren im QS-Modul HEP nicht mehr dokumentationspflichtig sind. Außerdem wurde der Diagnosecode S32.4 "Fraktur des Acetabulums" in die Ausschlussliste des QS-Filters aufgenommen. Aus diesem Grund sind mit den Rechenregeln des Jahres 2018 neuberechnete Ergebnisse für das Jahr 2017 mit den Ergebnissen für das Jahr 2018 nur eingeschränkt vergleichbar.
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Der QS-Filter wurde ab dem Erfassungsjahr 2018 so modifiziert, dass isolierte Inlaywechselprozeduren im QS-Modul HEP nicht mehr dokumentationspflichtig sind. Außerdem wurde der Diagnosecode S32.4 "Fraktur des Acetabulums" in die Ausschlussliste des QS-Filters aufgenommen. Aus diesem Grund besteht nur eingeschränkte Vergleichbarkeit zu den Vorjahresergebnissen.
850376	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

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
					angepasst sowie um die entsprechenden Minimaldatensätze erweitert. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse des Jahres 2018 nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.
851804 (NEU)	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	–	–	Im Vorjahr nicht berechnet	–
850272	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Der QS-Filter wurde ab dem Erfassungsjahr 2018 so modifiziert, dass isolierte Inlaywechselprozeduren im QS-Modul HEP nicht mehr dokumentationspflichtig sind. Außerdem wurde der Diagnosecode S32.4 "Fraktur des Acetabulums" in die Ausschlussliste des QS-Filters aufgenommen. Aus diesem Grund besteht nur eingeschränkte Vergleichbarkeit zur Datengrundlage des Vorjahres.
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Der QS-Filter wurde ab dem Erfassungsjahr 2018 so modifiziert, dass isolierte Inlaywechselprozeduren im QS-Modul HEP nicht mehr dokumentationspflichtig sind. Außerdem wurde der Diagnosecode S32.4 "Fraktur des Acetabulums" in die Ausschlussliste des QS-Filters aufgenommen. Aus diesem Grund besteht nur eingeschränkte Vergleichbarkeit zur Datengrundlage des Vorjahres. Es wurde die Mindestfallzahl im Nenner (Soll-Zahl) gestrichen. Stattdessen wurde eine Mindestfallzahl von 20 Fällen im Zähler festgelegt. Damit wird sichergestellt, dass einer Überdokumentation (> 110%) auch bei einer kleinen Sollzahl (< 20) im Rahmen des Strukturierten Dialogs nachgegangen werden kann.
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Der Diagnosecode S32.4 "Fraktur des Acetabulums" wurde in die Ausschlussliste des QS-Filters aufgenommen. Aus diesem Grund besteht nur eingeschränkte Vergleichbarkeit zur Datengrundlage des Vorjahres.
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	Nein	Nein	Eingeschränkt 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. Der Diagnosecode S32.4 "Fraktur des Acetabulums" wurde in die Ausschlussliste des QS-Filters aufgenommen. Aus diesem Grund besteht nur eingeschränkte Vergleichbarkeit zur Datengrundlage des Vorjahres.
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	Nein	Nein	Nicht vergleichbar	Der QS-Filter wurde ab dem Erfassungsjahr 2018 so modifiziert, dass isolierte Inlaywechselprozeduren im QS-Modul HEP nicht mehr dokumentationspflichtig sind. Außerdem wurde der Diagnosecode S32.4 "Fraktur des Acetabulums" in die Ausschlussliste des QS-Filters aufgenommen. Aus diesem Grund besteht keine Vergleichbarkeit zur Datengrundlage des Vorjahres.
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	Nein	Nein	Nicht vergleichbar	Der QS-Filter wurde ab dem Erfassungsjahr 2018 so modifiziert, dass isolierte Inlaywechselprozeduren im QS-Modul HEP nicht mehr dokumentationspflichtig sind. Außerdem wurde der Diagnosecode S32.4 "Fraktur des Acetabulums" in die Ausschlussliste des QS-Filters aufgenommen. Aus diesem Grund besteht keine Vergleichbarkeit zur Datengrundlage des Vorjahres. Es wurde die Mindestfallzahl im Nenner (Soll-Zahl) gestrichen. Stattdessen wurde eine Mindestfallzahl von 20 Fällen im Zähler festgelegt. Damit wird sichergestellt, dass einer Überdokumentation (> 110%) auch bei einer kleinen Sollzahl (< 20) im Rahmen des Strukturierten Dialogs nachgegangen werden kann.
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2017 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine