



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

Nierenlebendspende

Erfassungsjahr 2018

Stand: 27.05.2019

Impressum

Thema:

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

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

27.05.2019

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

850247: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	4
850248: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	6
850269: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up	8
850270: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up	10
850271: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up	12
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	14
Anhang II: Listen	15
Anhang III: Vorberechnungen	16
Anhang IV: Funktionen	17
Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien	19

850247: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

AK-ID	850247
Jahr der Erstanwendung	2010
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 oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≥ 100,00 %
Referenzbereich 2017	≥ 100,00 %
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	-

850248: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

AK-ID	850248
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	-
Mindestanzahl Nenner	-

850269: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▼
15:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
26:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Monat der Operation	-	monat(OPDATUM)	monatOp
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATEUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebenspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebenspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

* Ersatzfeld im Exportformat

▼ Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Berechnung

AK-ID	850269
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden.</p> <p>Hypothese -</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Nierenlebenspende (NLS).
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 1-Jahres-Follow-up</p> <p>Nenner Anzahl lebend entlassener Nierenlebenspender aus dem Erfassungsjahr 2017</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Die Zuordnung der Transplantationen zu einem Erfassungsjahr erfolgt über das Operationsdatum.</p> <p>Der 1-Jahres Follow-up Zeitraum ist eingegrenzt auf maximal einen Monat vor bis zwei Monate nach OP-Datum + 1 Jahr.</p>
Teildatensatzbezug	NLS:P
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<code>fn_FollowUp1Dokumentiert</code>
Nenner (Formel)	<code>fn_LsinAJm1 & !fn_TodInHospital</code>
Verwendete Funktionen	<code>fn_AJ</code> <code>fn_FollowUp1Dokumentiert</code> <code>fn_LsinAJm1</code> <code>fn_LsJahr</code> <code>fn_MinAbstTageBisTod</code> <code>fn_TodInHospital</code> <code>fn_TodInnerhalb1Jahr</code> <code>fn_ZeitbisTod</code>
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850270: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▼
15:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
26:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Monat der Operation	-	monat(OPDATUM)	monatOp
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebenspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebenspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

* Ersatzfeld im Exportformat

▼ Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Berechnung

AK-ID	850270
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden.</p> <p>Hypothese -</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Nierenlebenspende (NLS).
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 2-Jahres-Follow-up</p> <p>Nenner Anzahl lebend entlassener Nierenlebenspender aus dem Erfassungsjahr 2016 ohne dokumentierten Tod innerhalb 1 Jahres</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Die Zuordnung der Transplantationen zu einem Erfassungsjahr erfolgt über das Operationsdatum.</p> <p>Der 2-Jahres Follow-up Zeitraum ist eingegrenzt auf maximal einen Monat vor bis drei Monate nach OP-Datum + 2 Jahre.</p>
Teildatensatzbezug	NLS:P
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	fn_FollowUp2Dokumentiert
Nenner (Formel)	fn_LsinAJm2 & !fn_TodInnerhalb1Jahr
Verwendete Funktionen	fn_AJ fn_FollowUp2Dokumentiert fn_LsinAJm2 fn_LsJahr fn_MinAbstTageBisTod fn_TodInnerhalb1Jahr fn_TodInnerhalb2Jahr fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850271: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▼
15:B	OP-Datum	K	-	OPDATUM
26:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Monat der Operation	-	monat(OPDATUM)	monatOp
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATEUM - OPDATUM	poopvwdauer
FU: EF*	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebenspende in Tagen	-	FUERHEBDATUM - LSDATUM	FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum
FU: EF*	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebenspende	-	TODESDATUM - LSDATUM	FU_abstTodLsDatum

* Ersatzfeld im Exportformat

▼ Datenfelder aus der Follow-up-Dokumentation werden mit dem Präfix "FU" gekennzeichnet

Berechnung

AK-ID	850271
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Qualitätsindikatoren zum Verlaufsstatus können für Patientinnen und Patienten ohne dokumentierten Follow-up-Datensatz nicht ausgewertet werden.</p> <p>Hypothese -</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Follow-up-Indikatoren im Leistungsbereich Nierenlebenspende (NLS).
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zum 3-Jahres-Follow-up</p> <p>Nenner Anzahl lebend entlassener Nierenlebenspender aus dem Erfassungsjahr 2015 ohne dokumentierten Tod innerhalb von 2 Jahren</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Die Zuordnung der Transplantationen zu einem Erfassungsjahr erfolgt über das Operationsdatum.</p> <p>Der 3-Jahres Follow-up Zeitraum ist eingegrenzt auf maximal einen Monat vor bis drei Monate nach OP-Datum + 3 Jahre.</p>
Teildatensatzbezug	NLS:P
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	fn_FollowUp3Dokumentiert
Nenner (Formel)	fn_LsinAJm3 & !fn_TodInnerhalb2Jahr
Verwendete Funktionen	fn_AJ fn_FollowUp3Dokumentiert fn_LsinAJm3 fn_LsJahr fn_MinAbstTageBisTod fn_TodInnerhalb2Jahr fn_TodInnerhalb3Jahr fn_ZeitbisTod
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11	Entlassung in ein Hospiz
13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2018
MinAbstand1JFU	Gesamt	Mindestabstand für 1-Jahres-Follow-up	335
MinAbstand2JFU	Gesamt	Mindestabstand für 2-Jahres-Follow-up	700
MinAbstand3JFU	Gesamt	Mindestabstand für 3-Jahres-Follow-up	1065

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_AJ	integer	Auswertungsjahr	VB\$Auswertungsjahr
fn_FollowUp1Dokumentiert	boolean	1-Jahres-Follow-up dokumentiert	(FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum >=% VB\$MinAbstand1JFU & (FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum <=% (VB\$MinAbstand1JFU + 90))) fn_TodInnerhalb1Jahr poopvwdauer >=% VB\$MinAbstand1JFU
fn_FollowUp2Dokumentiert	boolean	2-Jahres-Follow-up dokumentiert	(FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum >=% VB\$MinAbstand2JFU & (FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum <=% (VB\$MinAbstand2JFU + 120))) fn_TodInnerhalb2Jahr
fn_FollowUp3Dokumentiert	boolean	3-Jahres-Follow-up dokumentiert	(FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum >=% VB\$MinAbstand3JFU & (FU_abstFUErhebungsdatumLsDatum <=% (VB\$MinAbstand3JFU + 120))) fn_TodInnerhalb3Jahr
fn_LsinAJm1	boolean	Spende in Auswertungsjahr - 1	fn_LsJahr %==% (fn_AJ - 1)
fn_LsinAJm2	boolean	Spende in Auswertungsjahr - 2	fn_LsJahr %==% (fn_AJ - 2)
fn_LsinAJm3	boolean	Spende in Auswertungsjahr - 3	fn_LsJahr %==% (fn_AJ - 3)
fn_LsJahr	integer	Spendejahr	ifelse(!is.na(OPDATUM), to_year(OPDATUM),

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> ifelse(!is.na(monatOp), to_year(monatOp), NA_integer_) </pre>
fn_MinAbstTageBisTod	integer	Minimum Abstand Tage von der Operation bis zum Tod des Patienten (Feld: abstTodLsDatum; Follow-up)	minimum(FU_abstTodLsDatum) %group_by% TDS_P
fn_TodInHospital	boolean	Patient ist InHospital verstorben	ENTLGRUND %==% "07"
fn_TodInnerhalb1Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb eines Jahres verstorben	fn_ZeitbisTod %<=% 365
fn_TodInnerhalb2Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von zwei Jahren verstorben	fn_ZeitbisTod %<=% 730
fn_TodInnerhalb3Jahr	boolean	Patient ist InHospital verstorben oder innerhalb von 3 Jahren verstorben	fn_ZeitbisTod %<=% 1095
fn_ZeitbisTod	integer	Anzahl Tage nach der Transplantation bis der Patient verstorben ist	<pre> ifelse(ENTLGRUND %==% "07", poopvwdauer, fn_MinAbstTageBisTod) </pre>

Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2018

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850269	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850270	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850271	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2017 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine