



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Erfassungsjahr 2018

Stand: 15.04.2019

Impressum

Thema:

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

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15.04.2019

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

850359: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1).....	4
850361: Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“	6
850362: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung.....	8
851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik.....	10
850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	13
851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik.....	15
850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	17
851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik.....	19
850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	21
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	23
Anhang II: Listen.....	24
Anhang III: Vorberechnungen	25
Anhang IV: Funktionen	26
Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien.....	27

850359: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ♦
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	QS_HOECHSTGRADDEK
15:DEK	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	M	0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	QS_POA
EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLSDATUM)	QS_monatEntl

* Ersatzfeld im Exportformat

♦ Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Berechnung

AK-ID	850359
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 3,39 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2017	≤ 4,25 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	Zähler Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ in der QS-Dokumentation Nenner Alle Patienten ab 20 Jahren
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	DEK:B
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	QS_POA %==% 9
Nenner (Formel)	fn_DEKDatensatzPlausibel
Verwendete Funktionen	fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb
Verwendete Listen	ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3 ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850361: Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ♦
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	QS_HOECHSTGRADDEK
EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl

* Ersatzfeld im Exportformat

♦ Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Berechnung

AK-ID	850361
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 7,69 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2017	≤ 8,53 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	Zähler Patienten mit mindestens einer Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ in der QS-Dokumentation Nenner Alle Patienten ab 20 Jahren
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	DEK:B
Mindestanzahl Zähler	5
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	fn_DEKGrad_nnb
Nenner (Formel)	fn_DEKDatensatzPlausibel
Verwendete Funktionen	fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb
Verwendete Listen	ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3 ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850362: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ♦
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	QS_HOECHSTGRADDEK
15:DEK	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	M	0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	QS_POA
16:DEK	War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge")	M	0 = Nein: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	QS_POD
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	QS_vwDauer

* Ersatzfeld im Exportformat

♦ Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Berechnung

AK-ID	850362
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Bewertungsart	Anzahl
Referenzbereich 2018	≤ 4
Referenzbereich 2017	≤ 4
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	Zähler Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen Nenner Alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 in der QS-Dokumentation, der weder bei Aufnahme noch bei Entlassung vorlag
Erläuterung der Rechenregel	Der Referenzbereich bezieht sich auf die Anzahl im Zähler.
Teildatensatzbezug	DEK:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	QS_vwDauer %<% 20
Nenner (Formel)	fn_DEKDatensatzPlausibel & (fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4) & QS_POA %==% 0 & QS_POD %==% 0
Verwendete Funktionen	fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb
Verwendete Listen	ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3 ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ♦
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	QS_HOECHSTGRADDEK
EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLSDATUM)	QS_monatEntl
RST: 4:RST	Dekubitus Grad 2	M	-	RST_DEK2
RST: 5:RST	Dekubitus Grad 3	M	-	RST_DEK3
RST: 6:RST	Dekubitus Grad 4	M	-	RST_DEK4
RST: 7:RST	Dekubitus Grad nicht näher bezeichnet	M	-	RST_DEKnb
RST: 8:RST	Alter in Jahren am Aufnahmezeitpunkt	M	-	RST_PATALTER

* Ersatzfeld im Exportformat

♦ Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Berechnung

AK-ID	851805
Jahr der Erstanwendung	2018
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz QI-relevant</p> <p>Hypothese Fehldokumentation</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</p> <p>52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</p>
Bewertungsart	Quote
Referenzbereich 2018	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2017	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	AK zeigt wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ mit der Risikostatistik geliefert wurden, als mit der QS-Dokumentation.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	Im Jahr der Erstanwendung dieses Auffälligkeitskriteriums sollen auffällige Standorte zunächst nur einen Hinweis erhalten. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten sollten die Standorte den Gründen für die Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik nachgehen und ggf. den auf Landesebene beauftragten Stellen mögliche Erklärungen und Gründe zurückerklären. Die Anforderung einer Stellungnahme ist für das EJ 2018 nicht erforderlich.
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Differenz zwischen</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Anzahl der Fälle mit mindestens einem „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation und - der Anzahl der Fälle mit „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der Risikostatistik <p>Nenner</p> <p>Anzahl der Fälle mit einem „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Wenn keine Risikostatistik geliefert wurde, wird die Anzahl der Fälle mit Dekubitus aus der Risikostatistik auf 0 gesetzt.</p> <p>Negative Ergebnisse des Auffälligkeitskriteriums (d.h. mehr Fälle mit Dekubitus in der Risikostatistik als in der QS-Dokumentation) führen nicht zur rechnerischen Auffälligkeit.</p>
Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	10
Formel	<pre>dekubitus_qs <- evaluate(fn_DEKDatensatzPlausibel & fn_DEKGrad_2bis4) dekubitus_rst_negativ <- import_results(module =</pre>

	<pre>"RST", id = "321800_851805") quotient_indicator(numerator = sum_results(dekubitus_qs, dekubitus_rst_negativ), denominator = dekubitus_qs, units_from = "denominator")</pre>	
Kalkulatorische Kennzahlen		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	Kennzahl-ID	321800_851805
	Bezug zu QS-Ergebnissen	851805
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	-
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	RST:RST (Risikostatistik)
	Zähler	-1 WENN RST_DEK2 %==% 1 RST_DEK3 %==% 1 RST_DEK4 %==% 1 RST_DEKnnb %==% 1
	Nenner	fn_RSTDatensatzPlausibel
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb RST: fn_RSTDatensatzPlausibel	
Verwendete Listen	ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3 ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet	

850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

AK-ID	850095
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.</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.)

851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

AK-ID	851806
Jahr der Erstanwendung	2018
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Unterdokumentation in der Risikostatistik oder fehlerhafte Risikostatistik
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2017	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	Im Jahr der Erstanwendung dieses Auffälligkeitskriteriums sollen auffällige Standorte zunächst nur einen Hinweis erhalten. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten sollten die Standorte den Gründen für die Unterdokumentation in der Risikostatistik nachgehen und ggf. den auf Landesebene beauftragten Stellen mögliche Erklärungen und Gründe zurückmelden. Die Anforderung einer Stellungnahme ist für das EJ 2018 nicht erforderlich.
Rechenregeln	Zähler Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle Nenner Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FA-ELLE_GEPRUEFT_RS)
Erläuterung der Rechenregel	-
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5

850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

AK-ID	850096
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>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</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 Überdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-

851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

AK-ID	851808
Jahr der Erstanwendung	2018
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz QI-relevant</p> <p>Hypothese Fehlerhafte Risikostatistik oder fehlende/fehlerhafte Sollstatistik zur Risikostatistik</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2017	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	Im Jahr der Erstanwendung dieses Auffälligkeitskriteriums sollen auffällige Standorte zunächst nur einen Hinweis erhalten. Im Rahmen Ihrer Möglichkeiten sollten die Standorte den Gründen für die Überdokumentation in der Risikostatistik nachgehen und ggf. den auf Landesebene beauftragten Stellen mögliche Erklärungen und Gründe zurückmelden. Die Anforderung einer Stellungnahme ist für das EJ 2018 nicht erforderlich.
Rechenregeln	<p>Zähler Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle</p> <p>Nenner Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FA-ELLE_GEPRUEFT_RS)</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-

850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

AK-ID	850230
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 (Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_DekGrad_2	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie 2	1.89.1%
ICD_DekGrad_3	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie 3	1.89.2%
ICD_DekGrad_4	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie 4	1.89.3%
ICD_DekGrad_nnb	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie nicht näher bezeichnet	1.89.9%

Anhang III: Vorberechnungen

Vorbereitung	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

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_DEKDatensatzPlausibel	boolean	Der DEK-Datensatz ist plausibel: 1. Das Entlassungsjahr stimmt mit dem Auswertungsjahr überein 2. QS_alter ≥ 20 UND QS_alter ≤ 120 3. HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*	substr(QS_monatEntl, nchar(QS_monatEntl) - 3, nchar(QS_monatEntl)) %==% VB\$Auswertungsjahr & QS_alter %>=% 20 & QS_alter %<=% 120 & fn_DEKGrad_2bis4
fn_DEKGrad_2	boolean	Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1*	QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekGrad_2
fn_DEKGrad_2bis4	boolean	Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*	fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb
fn_DEKGrad_3	boolean	Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 3 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.2*	QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekGrad_3
fn_DEKGrad_4	boolean	Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 4 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.3*	QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekGrad_4
fn_DEKGrad_nnb	boolean	Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.9*	QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekGrad_nnb
RST: fn_RSTDatensatzPlausibel	boolean	Der RST-Datensatz ist plausibel, wenn das Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt ≥ 20 und ≤ 120 Jahre ist	RST_PATALTER %>=% 20 & RST_PATALTER %<=% 120

Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2018

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850361	Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850362	Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung	Nein	Nein	Vergleichbar	-
851805 (NEU)	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	–	–	Im Vorjahr nicht berechnet	–
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
851806 (NEU)	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	–	–	Im Vorjahr nicht berechnet	–
850096	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 Überdokumentation (> 110%) auch bei einer kleinen Sollzahl (< 20) im Rahmen des Strukturierten Dialogs nachgegangen werden kann.
851808 (NEU)	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	–	–	Im Vorjahr nicht berechnet	–
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2017 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine