



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit 2017

Hüftendoprothesenversorgung

Beschreibung der Kriterien

Stand: 06.04.2018

Inhaltsverzeichnis

850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder postoperativer Komplikationen	3
850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur	6
850376: Unterdokumentation von GKV-Patienten	8
850272: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	10
850273: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	11
850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	12
850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	14
850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	16
850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	18
850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	20
Anhang I: Listen	21
Anhang II: Funktionen	23
Anhang III: Historie der Auffälligkeitskriterien	23

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
21: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
75:PROZ	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	M	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKATSPEZ
86:PROZ	postoperative Wundinfektion	M	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION
115: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 Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.</p> <p>Hypothese Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	<p>54018: spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54019: spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</p> <p>54120: spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 80,00 %
Referenzbereich 2016	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	<p>T81.0 = Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>T81.2 = Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>T81.3 = Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>T81.4 = Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>T81.5 = Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist</p> <p>T81.6 = Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz</p> <p>T81.7 = Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>T81.8 = Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>T84.- = Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate</p>
Rechenregel	<p>Zähler Fälle ohne Angabe einer spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikation</p> <p>Nenner Alle Fälle mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur oder elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Entlassungsdiagnose T81.0%, T81.2%, T81.3%, T81.4%, T81.5%, T81.6%, T81.7%, T81.8%, T84.0%, T84.5%, T84.7% oder T84.8%</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Das AK wird nur berechnet, wenn mindestens eine der aufgelisteten Komplikationsdiagnosen kodiert wurde.</p> <p>Das AK prüft das Fehlen von Angaben nur in Bezug auf das Datenfeld POKOMPLIKATSPEZ, nicht auf das Datenfeld ENTLDIAG.</p> <p>Zähler: Die Angabe von Komplikationen (POKOMPLIKATSPEZ und POSTOPWUNDINFEKTION) wird über alle Prozeduren eines Falles geprüft.</p>
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	<code>_B:POKOMPLIKATSPEZ ALLEIN (0) UND _B:POSTOPWUNDINFEKTION ALLEIN (0)</code>
Nenner (Formel)	<code>ARTEINGRIFFHUE IN (1,2) UND ENTLDIAG EINSIN @ICD_HEP_Komplikation</code>

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

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
69:W	periprothetische Fraktur	K	1 = ja	PERIPROTHFRAKTUR
82:PROZ	periprothetische Fraktur	K	1 = ja	PERIFRAKTUR
115: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 von Frakturen (als Komplikation).</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	<p>54018: spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54019: spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</p> <p>54120: spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 50,00 %
Referenzbereich 2016	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	M96.6 = Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte (Diese Schlüsselnummer ist nur bei einer beim Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte aufgetretenen Fraktur anzugeben)
Rechenregel	<p>Zähler Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation</p> <p>Nenner Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	<code>_B:PERIFRAKTUR ALLEIN LEER UND _B:PERIPROTHFRAKTUR ALLEIN LEER</code>
Nenner (Formel)	<code>ENTLDIAG EINSIN @ICD_HEP_Knochenfraktur</code>
Verwendete Listen	@ICD_HEP_Knochenfraktur
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

850376: Unterdokumentation von GKV-Patienten

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
EF*	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	kasseiknr2Stellen(KASSEIKNR)	kasseiknr2Stellen

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

AK-ID	850376
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Für nicht als GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up Indikatoren heraus.</p> <p>Hypothese Unterdokumentation</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	10271: Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2016	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt)</p> <p>Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	kasseiknr2Stellen = 10
Nenner (Formel)	// methodische Sollstatistik: DS_GKV
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850272: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Berechnung

AK-ID	850272
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Modul hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Modul in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Unterdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850273: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Berechnung

AK-ID	850273
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Modul hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Modul in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Unterdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
21: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
25:PROZ	Prozedur(en)	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
115:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

* Ersatzfeld im Exportformat

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. 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>
Bezug zu anderen Indikatoren	-
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2016	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<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	<code>@QSF_EP_WE_TEP_OPS @QSF_HEP_ICD_EX @QSF_TEP_OPS</code>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
21: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
25:PROZ	Prozedur(en)	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
115:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

* Ersatzfeld im Exportformat

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 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>
Bezug zu anderen Indikatoren	-
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2016	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<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	-
Mindestanzahl Nenner	20 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige 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	<code>@QSF_EP_WE_TEP_OPS @QSF_HEP_ICD_EX @QSF_TEP_OPS</code>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
21: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
25:PROZ	Prozedur(en)	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
115:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

* Ersatzfeld im Exportformat

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. 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>
Bezug zu anderen Indikatoren	-
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2016	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<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 @QSF_TEPWEC_OPS @QSF_TEP_OPS</code>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
21: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
25:PROZ	Prozedur(en)	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
115:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

* Ersatzfeld im Exportformat

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 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>
Bezug zu anderen Indikatoren	-
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2016	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<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	-
Mindestanzahl Nenner	20 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige 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 @QSF_TEPWEC_OPS @QSF_TEP_OPS</code>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Berechnung

AK-ID	850369
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese Das Ausfüllen von Minimaldatensätzen in einem Leistungsbereich kann einen Hinweis auf Mängel des QS-Filters liefern. Zudem ist zu vermuten, dass durch die Einführung eines Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation der Anreiz für die Verwendung von Minimaldatensätzen ansteigt.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Die Anzahl der Minimaldatensätze pro Modul wird zur Anzahl der Fälle, die im betreffenden Modul hätten dokumentiert werden müssen, in Relation gesetzt, um die Rate der Minimaldatensätze zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)

Anhang I: Listen

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

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
@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%, 5-821.18%, 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%, 5-821.2a%, 5-821.2b%, 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%
@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%

Anhang II: 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 (1,2) // ODER // (// MDS:B: // ZUQSMODUL = 'HEP' // UND // MDS:B: // OPSCHLUESSEL EINSIN @QSF_TEP_OPS // UND NICHT // MDS:B: // OPSCHLUESSEL EINSIN @QSF_EP_WE_TEP_OPS // UND NICHT // MDS:B: // ENTLDIAG EINSIN @QSF_HEP_ICD_EX // UND // MDS:B: // 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 (3,4) // ODER // (// MDS:B: // ZUQSMODUL = 'HEP' // UND // (// MDS:B: // OPSCHLUESSEL EINSIN @QSF_TEPWEC_OPS // ODER // (// MDS:B:</pre>

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
			<pre>OPSCHLUESSEL EINSIN @QSF_TEP_OPS UND // MDS:B: OPSCHLUESSEL EINSIN @QSF_EP_WE_TEP_OPS)) UND NICHT // MDS:B: ENTLDIAG EINSIN @QSF_HEP_ICD_EX UND // MDS:B: alter >= 18)</pre>

Anhang III: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2017

Auffälligkeitskriterium		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850152 (NEU)	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder postoperativer Komplikationen	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850151 (NEU)	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850376	Unterdokumentation von GKV-Patienten	Nein	Ja	Vergleichbar	Mindestfallzahl Nenner n=20
850272	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Ja	Vergleichbar	Modifikation: Streichung der Mindestfallzahl von verfahrensübergreifend 40 Fällen im Nenner: die verfahrensübergreifende MFZ kann auf Landesebene nur für die landesbezogenen QS-Verfahren und auf Bundesebene nur für die bundesbezogenen QS-Verfahren ermittelt werden
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	Nein	Ja	Vergleichbar	Modifikation: Streichung der Mindestfallzahl von verfahrensübergreifend 40 Fällen im Nenner: die verfahrensübergreifende MFZ kann auf Landesebene nur für die landesbezogenen QS-Verfahren und auf Bundesebene nur für die bundesbezogenen QS-Verfahren ermittelt werden
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	Nein	Ja	Vergleichbar	Modifikation: Streichung der Mindestfallzahl von verfahrensübergreifend 40 Fällen im Nenner: die verfahrensübergreifende MFZ kann auf Landesebene nur für die landesbezogenen QS-Verfahren und auf Bundesebene nur für die bundesbezogenen QS-Verfahren ermittelt werden
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

Auffälligkeitskriterium		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2016 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine