



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit 2017

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Beschreibung der Kriterien

Stand: 06.04.2018

Inhaltsverzeichnis

850359: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1) ...	3
850361: Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“	5
850362: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung.....	7
850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	9
850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	10
850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	11
Anhang I: Listen.....	12
Anhang II: Vorberechnungen	13
Anhang III: Funktionen	14
Anhang IV: Historie der Auffälligkeitskriterien.....	15

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

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 Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl

* Ersatzfeld im Exportformat

** Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden mit dem 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 Indikatoren	52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 4,25 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2016	≤ 4,30 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	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 2017

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 mit dem 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 Indikatoren	52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 8,53 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2016	≤ 8,82 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	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 2017

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 mit dem 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 Indikatoren	52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Bewertungsart	Anzahl
Referenzbereich 2017	≤ 4
Referenzbereich 2016	≤ 4
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	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)	$(fn_DEKGrad_3 \text{ ODER } fn_DEKGrad_4) \text{ UND } QS_POA = 0 \text{ UND } QS_POD = 0 \text{ UND } fn_DEKDatensatzPlausibel$
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

850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Berechnung

AK-ID	850095
Jahr der Erstanwendung	2010
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.)

850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Berechnung

AK-ID	850096
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 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 Überdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Berechnung

AK-ID	850230
Jahr der Erstanwendung	2011
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_DekGrad_2	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie 2	L89.1%
@ICD_DekGrad_3	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie 3	L89.2%
@ICD_DekGrad_4	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie 4	L89.3%
@ICD_DekGrad_nnb	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie nicht näher bezeichnet	L89.9%

Anhang II: 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.	2017

Anhang III: 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*	Rechts(QS_monatEntl,4) = @Auswertungsjahr UND (QS_alter >= 20 UND QS_alter <= 120) UND 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 LIKE @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 ODER fn_DEKGrad_3 ODER fn_DEKGrad_4 ODER 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 LIKE @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 LIKE @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 LIKE @ICD_DekGrad_nnb

Anhang IV: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2017

Auffälligkeitskriterium		Anpassungen 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	-
850095	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
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2016 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine