

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

**Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln)**

Erfassungsjahr 2027

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollständigkeit nach DeQS-RL. Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027

Datum der Abgabe 26.05.2026

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit	4
852302: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt"	4
Eigenschaften und Berechnung	6
852103: Angabe EF "unbekannt"	8
Eigenschaften und Berechnung	9
852104: Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie.....	11
Eigenschaften und Berechnung	12
852105: Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt"	13
Eigenschaften und Berechnung	14
852106: Angabe Kreatininwert "unbekannt"	16
Eigenschaften und Berechnung	17
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit.....	19
852201: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	19
Eigenschaften und Berechnung	20
852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	22
Eigenschaften und Berechnung	23
852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	25
Eigenschaften und Berechnung	26
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	28
Anhang II: Listen	30
Anhang III: Vorberechnungen	31
Anhang IV: Funktionen	32
Impressum.....	33

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

852302: "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt"

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
23:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
31:PROZ	kardiogener Schock	K	0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil	PROZBEGINNSCHOCK
32:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitige Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
37:PROZ	Fibrinolyse vor der Prozedur	K	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	FIBRINOLYSE
42:PCI	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?	M	-	LFDNRPCI
43:PCI	Indikation zur PCI	M	1 = stabile Angina pectoris oder Angina-pectoris-Äquivalent (Belastungs-Dyspnoe) (nach Canadian Cardiovascular Society) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	INDIKPTCA

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden 6 = prognostische Indikation 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 8 = Komplettierung der Revaskularisation nach akutem Koro-narsyndrom 9 = sonstige	
44:PCI	War der aktuelle STEMI Anlass der stationären Aufnahme bzw. des Behandlungsfalls?	K	0 = nein 1 = ja	STEMIHD
54:PCI	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?	K	0 = nein 1 = ja	DOORBALLOONBEK
55:PCI	Door-Zeitpunkt (Datum)	K	-	DOORDATUM
57:PCI	Balloon-Zeitpunkt (Datum)	K	-	BALLOONDATUM

Eigenschaften und Berechnung

ID	852302
Jahr der Erstanwendung	2025
Begründung für die Auswahl	Relevanz Die „Door-to-balloon“-Zeit ist ein wesentlicher Parameter zur Beurteilung der Prozessqualität der Versorgung von ST-Hebungsinfarkten und muss bekannt sein. Fälle, für die diese Zeitpunkte nicht bekannt sind, werden aus dem QI 56003 ausgeschlossen. Hypothese Fehldokumentation. Der "Door"-Zeitpunkt und "Balloon"-Zeitpunkt ist bekannt und in der Akte dokumentiert.
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	56003: "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	$\leq x \%$ (95. Perzentil)
Referenzbereich 2026	$\leq x \%$ (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Rechenregeln	Zähler "Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt "unbekannt" Nenner Alle Erst-PCIs (isoliert oder einzeitig) bei Patientinnen und Patienten mit akutem ST-Hebungsinfarkt (bis zu 12 h nach Symptombeginn) bei Aufnahme, bei denen keine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde bzw. bei denen dies "unbekannt" ist und bei denen vor der Prozedur kein kardiogener Schock (stabilisiert oder instabil) vorlag. Berücksichtigt werden nur Prozeduren mit Datum des "Door"- und "Balloon"-Zeitpunkts aus dem Erfassungsjahr bzw. dem Jahr davor oder mit fehlenden Angaben zum "Door"- oder "Balloon"-Zeitpunkt
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:PCI
Mindestanzahl Zähler	3
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	DOORBALLOONBEK %==% 0
Nenner (Formel)	fn_PlausiBalloonDatum & fn_PlausiDoorDatum &

	fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt & FIBRINOLYSE %in% c(0,9) & !PROZBEGINNSCHOCK %in% c(1,2)
Verwendete Funktionen	fn_IstErstePCI fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt fn_IstMinOPDATUM_PCI fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM fn_MinLFDNR_PCI fn_OPDATUM_PCI fn_PlausiBalloonDatum fn_PlausiDoorDatum
Verwendete Listen	-

852103: Angabe EF "unbekannt"

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	Ejektionsfraktion unter 40%	M	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt	EJEKTIONSFRAKTION
60.3:PROZ	Exitus im Herzkatheterlabor	K	1 = ja	EXITUS

Eigenschaften und Berechnung

ID	852103
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	Relevanz Die EF geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. Hypothese Fehlerhafte Dokumentation der Ejektionsfraktion (EF)
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2026	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Rechenregeln	Zähler Alle Fälle mit einer als "unbekannt" dokumentierten Ejektionsfraktion (EF) Nenner Alle Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten, die im Herzkatheterlabor verstorben sind
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	EJEKTIONSFRAKTION %==% 9
Nenner (Formel)	all(EXITUS %!=% 1) %group_by% TDS_B
Verwendete Funktionen	-

Verwendete Listen	
-------------------	--

-

852104: Angabe "sonstiges" bei Indikation zur Koronarangiographie

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
32:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitige Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
40:KORO	führende Indikation für diese Koronarangiographie	M	1 = (Verdacht auf) chronisches Koronarsyndrom 2 = akutes Koronarsyndrom 3 = Myokarderkrankungen mit eingeschränkter Ventrikelfunktion < 40% 4 = Klappenvitien 5 = Rhythmusstörungen 6 = leitliniengerechte präoperative Diagnostik 7 = Kreislaufstillstand/Reanimation 8 = Komplikation nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 99 = sonstige	INDIKKORO

Eigenschaften und Berechnung

ID	852104
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	Relevanz Eingriffe, für die die Angabe "Sonstiges" erfolgt ist, werden nicht in den u.g. QI einbezogen. Hypothese Fehldokumentation der führenden Indikation für die Koronarangiographie.
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	56000: Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig) bei chronischem Koronarsyndrom
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	$\leq x \%$ (95. Perzentil)
Referenzbereich 2026	$\leq x \%$ (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Rechenregeln	Zähler Angabe "sonstiges" als führende Indikation für eine Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig) Nenner Alle Prozeduren, bei denen eine isolierte Koronarangiographie oder eine einzeitige Koronarangiographie/PCI erfolgt ist
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:KORO
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	INDIKKORO %==% 99
Nenner (Formel)	ARTPROZEDUR %in% c(1,3)
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-

852105: Angabe Zustand nach Bypass "unbekannt"

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
18:B	Zustand nach koro- narer Bypass-OP	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	ZNBYPASS

Eigenschaften und Berechnung

ID	852105
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	Relevanz Das Datenfeld zum "Zustand nach koronarer Bypass-OP" geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. Hypothese Fehldokumentation. Die Angabe liegt für die Darstellung der Koronargefäße vor.
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2026	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Rechenregeln	Zähler "Zustand nach koronarer Bypass-OP" ist "unbekannt" Nenner Alle Fälle
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	ZNBYPASS %==% 9
Nenner (Formel)	TRUE
Verwendete Funktionen	-

Verwendete Listen	
-------------------	--

-

852106: Angabe Kreatininwert "unbekannt"

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
34:PROZ	Dringlichkeit der Prozedur	M	1= elektiv 2= dringend 3= notfallmäßig	DRINGLICHPROZ
35.3:PROZ	Kreatininwert i.S. unbekannt	K	1= ja	KREATININWERTNB

Eigenschaften und Berechnung

ID	852106
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	Relevanz Die Datenfelder zum „Kreatininwert“ werden zur Berechnung der GFR verwendet, die als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen eingeht sowie zur Ermittlung der Grundgesamtheit des QI 562700 erforderlich ist. Hypothese Unterdokumentation des Kreatininwertes (bei Kontrastmittelgabe ist die Nierenfunktion in der Regel vorher bekannt).
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	56012: Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen 56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie 56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI 56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt 56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag) 56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag) 562700: Kontrastmittelverbrauch bei Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion
Datenquelle	QS-Daten
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2026	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Rechenregeln	Zähler Kreatininwert i.S. ist unbekannt Nenner Alle Prozeduren unter Ausschluss von Notfallprozeduren
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5

Zähler (Formel)	KREATININWERTNB %==% 1
Nenner (Formel)	DRINGLICHPROZ %!=% 3
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

852201: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
23:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
71:B	Entlassungsdatum	K	-	ENTLDATUM
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	ZUQSMODUL
MDS: EF*	Quartal des Entlassungstages	-	quartal(ENTLDATUM)	entlquartal

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	852201
Jahr der Erstanwendung	2022
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten und Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2026	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Rechenregeln	Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Dokumentationsrate zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)

Formel	<pre> year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, to_year(ENTLDATUM) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(ENTLDATUM))) }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'PCI' & (to_year(entlquartal) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(entlquartal)))) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, (MODUL %==% 'PCI_LKG' MODUL %==% 'PCI_KV' MODUL %==% 'PCI_SV') & DATENSAETZE_MODUL %!=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-

852208: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
23:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
71:B	Entlassungsdatum	K	-	ENTLDATUM
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	ZUQSMODUL
MDS: EF*	Quartal des Entlassungstages	-	quartal(ENTLDATUM)	entlquartal

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	852208
Jahr der Erstanwendung	2022
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten und Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2026	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Rechenregeln	Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Dokumentationsrate zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Formel	<pre>year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(</pre>

	<pre> specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, to_year(ENTLDATUM) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(ENTLDATUM))) }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'PCI' & (to_year(entlquartal) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(entlquartal)))) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, (MODUL %==% 'PCI_LKG' MODUL %==% 'PCI_KV' MODUL %==% 'PCI_SV') & DATENSAETZE_MODUL %!=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-

852209: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Datenbasis: Spezifikation 2027 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
23:PROZ	Datum der Prozedur	M	-	OPDATUM
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	ZUQSMODUL
MDS: EF*	Quartal des Entlassungstages	-	quartal(ENTLDATE)	entlquartal

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	852209
Jahr der Erstanwendung	2022
Begründung für die Auswahl	Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Datenquelle	QS-Daten und Sollstatistik
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2027	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2026	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2027	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2027	-
Rechenregeln	Zähler Anzahl Minimaldatensätze Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
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.
Teildatensatzbezug	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Formel	<pre>year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, FALSE) })</pre>

	<pre> }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'PCI' & (to_year(entlquartal) %==% erf_jahr (to_year(OPDATUM) %==% erf_jahr & is.na(entlquartal)))) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, (MODUL %==% 'PCI_LKG' MODUL %==% 'PCI_KV' MODUL %==% 'PCI_SV') & DATENSAETZE_MODUL !=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-

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-Revaskularisation
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	Cholezystektomie
CHE_HE	Cholezystektomie (nur Hessen)
DEK	Dekubitusprophylaxe
DIAL	Dialyse
HCH	Herzchirurgie
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
KEP	Knieendoprothesenversorgung

Schlüssel: Modul	
LLS	Leberlebendspende
LTX	Lebertransplantation
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
NEO	Neonatologie
NLS	Nierenlebendspende
NNH	Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation
PPCI	Patientenbefragung für die Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
SEP	Sepsis

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Erfassungsjahr	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.	2027

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstErstePCI	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der PCI um die PCI des zugehörigen Basisbogens handelt, die als erstes durchgeführt wurde. Finden zwei PCIs am selben Tag statt, wird die zeitliche Abfolge über die LFDNR ermittelt.	fn_IstMinOPDATUM_PCI & (LFDNRPCI %==% fn_MinLFDNR_PCI)
fn_IstErstePCI_STHebungsinfarkt	boolean	Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	fn_IstErstePCI & INDIKPTCA %==% 4 & STEMIHD %==% 1
fn_IstMinOPDATUM_PCI	boolean	Ermittelt, ob es sich bei der PCI um eine PCI mit dem ältesten OPDATUM des zugehörigen Basisbogens handelt. Handelt es sich bei dem Eingriff nicht um eine PCI, so bekommt der Eingriff für dieses Feld den Wert FALSE zugewiesen.	replace_na (fn_OPDATUM_PCI == (minimum(fn_OPDATUM_PCI) %group_by% TDS_B), FALSE)
fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM	integer	Ermittelt pro Basisbogen die Nummer des laufenden Eingriffs derjenigen PCI mit dem frühesten angegebenen Operationsdatum.	ifelse (fn_IstMinOPDATUM_PCI, LFDNRPCI, NA_integer_)
fn_MinLFDNR_PCI	integer	Ermittelt die niedrigste laufende Nummer bezüglich aller PCIs eines Basisbogens.	replace_na ((minimum(fn_LFDNRPCI_MinOPDATUM) %group_by% TDS_B), -1)
fn_OPDATUM_PCI	date	Ermittelt pro Eingriff das OPDATUM, sofern es sich um eine PCI handelt.	as.Date(ifelse (ARTPROZEDUR %in% c(2, 3), as.character(OPDATUM), NA_character_))
fn_PlausiBalloonDatum	boolean	Einschränkung auf Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1	substr(BALLOONDATUM, 1, 4) %in% c(VB\$Erfassungsjahr, (VB\$Erfassungsjahr - 1), NA_integer_)
fn_PlausiDoorDatum	boolean	Einschränkung auf Erfassungsjahr und Erfassungsjahr -1	substr(DOORDATUM, 1, 4) %in% c(VB\$Erfassungsjahr, (VB\$Erfassungsjahr - 1), NA_integer_)

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org