Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien:  
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erfassungsjahr 2019

Stand: 29.04.2020



Impressum

**Thema:**

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL. Implantierbare Defibrillatoren-Implantation. Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019

**Auftraggeber:**Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**29.04.2020

**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

[verfahrenssupport@iqtig.org](mailto:verfahrenssupport@iqtig.org)  
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

[850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige' 4](#_Toc38892374)

[851903: Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt 6](#_Toc38892375)

[851801: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten 8](#_Toc38892376)

[850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 11](#_Toc38892377)

[850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 13](#_Toc38892378)

[Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 15](#_Toc38892379)

[Anhang II: Listen 17](#_Toc38892380)

[Anhang III: Vorberechnungen 18](#_Toc38892381)

[Anhang IV: Funktionen 19](#_Toc38892382)

[Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien 20](#_Toc38892383)

850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 22:B | indikationsbegründendes klinisches Ereignis | M | 1 = Kammerflimmern  2 = Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)  3 = Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100)  4 = Synkope ohne EKG-Dokumentation  5 = kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention)  9 = sonstige | INDEXARRHYTHMIE |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850313 |
| Jahr der Erstanwendung | 2012 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  QI-relevant  **Hypothese**  Fehldokumentation |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 50055: Leitlinienkonforme Indikation |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 3,97 % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 3,76 % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Patientinnen und Patienten mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis 'sonstiges'  **Nenner**  **Alle Patientinnen und Patienten** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | 09/4:B |
| Mindestanzahl Zähler | 2 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Zähler (Formel) | INDEXARRHYTHMIE %==% 9 |
| Nenner (Formel) | TRUE |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

851903: Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 47.3:B | keine Durchleuchtung durchgeführt | K | 1 = ja | KEINEDL |
| 48:B | System | M | 1 = VVI  2 = DDD  3 = VDD  4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde  5 = CRT-System ohne Vorhofsonde  6 = subkutaner ICD  9 = sonstiges | ADEFISYSTEM |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 851903 |
| Jahr der Erstanwendung | 2019 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Eine Durchleuchtung ist i. d. R. bei einer Defibrillator-Implantation notwendig (außer bei subkutanen ICDs).  **Hypothese**  Systematische Fehldokumentation: Angabe „keine Durchleuchtung durchgeführt = ja“ führt zum Ausschluss aus der Grundgesamtheit des QI „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt“ (ID 131801). |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 131801: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 2,00 % |
| Referenzbereich 2018 | AK im Vorjahr nicht berechnet |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | Im Rahmen des Strukturierten Dialogs ist zu prüfen, ob eine fehlerhafte Dokumentation vorliegt oder ob eine Durchleuchtung während der Operation z.B. durch ein Echokardiogramm ersetzt wurde |
| Rechenregeln | **Zähler**  Patientinnen und Patienten, bei denen keine Durchleuchtung durchgeführt wurde  **Nenner**  **Alle Patientinnen und Patienten mit implantiertem Einkammer- (VVI) bzw. VDD-System, Zweikammersystem (DDD) oder CRT-System** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | 09/4:B |
| Mindestanzahl Zähler | 2 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Zähler (Formel) | KEINEDL %==% 1 |
| Nenner (Formel) | ADEFISYSTEM %in% c(1,2,3,4,5) |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | AK im Vorjahr nicht berechnet |

851801: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4:B | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | K | 1 = ja | VERSICHERTENIDNEUNV |
| EF\* | GKV-Versichertenstatus | - | versichertenstatusgkv(PERSONENKREIS;KASSEIKNR) | versichertenstatusgkv |
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | MDS\_ZUQSMODUL |
| MDS: EF\* | GKV-Versichertenstatus | - | vstatusgkvmds(PERSONENKREIS;KASSEIKNR;ZUQSMODUL) | MDS\_vstatusgkvmds |

\* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 851801 |
| Jahr der Erstanwendung | 2018 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Für nicht als GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus.  **Hypothese**  Unterdokumentation |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 132000: Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren  132001: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres  132002: Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≥ 95,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≥ 95,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).  **Nenner**  **Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS\_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | 09/4:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 20 |
| Zähler (Formel) | # 09/4:B:    versichertenstatusgkv %==% 1 & is.na(VERSICHERTENIDNEUNV) &    # MDS:B:    MDS\_ZUQSMODUL %==% "09/4" & MDS\_vstatusgkvmds %==% 1 |
| Nenner (Formel) | # methodische Sollstatistik: DS\_GKV |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

850194: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850194 |
| Jahr der Erstanwendung | 2011 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Organisatorische Probleme in den Dokumentationsprozessen einzelner Leistungsbereiche, die eine Überdokumentation bedingen, werden durch die in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen nicht erfasst.  **Hypothese**  Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation. |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 110,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 110,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul  **Nenner**  **Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) für das jeweilige Modul** |
| 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 | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

850220: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850220 |
| Jahr der Erstanwendung | 2011 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.  **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. |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 5,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 5,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul  **Nenner**  **Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) für das jeweilige 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. |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 5 (Die Klinik muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.) |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

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-Rekonstruktion |
| 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 |
| HCH | Herzchirurgie |
| HEP | Hüftendoprothesenversorgung |
| HTXM | Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen |
| KEP | Knieendoprothesenversorgung |
| LLS | Leberlebendspende |
| LTX | Lebertransplantation |
| LUTX | Lungen- und Herz-Lungentransplantation |
| MRE\_HE | Multiresistente Erreger (nur Hessen) |
| NEO | Neonatologie |
| NLS | Nierenlebendspende |
| NNH | Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe |
| PCI | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie |
| PNTX | Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation |
| SA\_FRUEHREHA\_HE | Schlaganfall-Frührehabilitation (nur Hessen) |

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Ab dem Erfassungsjahr 2019 erfolgt die Zuordnung der Fälle zum jeweiligen Auswertungsjahr nicht mehr nach dem Aufnahme-, sondern nach dem Entlassdatum. Aufgrund dieser Umstellung der Auswertungssystematik ist für das EJ 2019 eine Übergangsregelung notwendig, um die doppelte Berücksichtigung von Patientinnen und Patienten, die bereits im EJ 2018 ausgewertet wurden, zu vermeiden. Die Auswertung zum EJ 2019 berücksichtigt deshalb nur Patientinnen und Patienten, die in 2019 aufgenommen und in 2019 entlassen wurden (d. h. Überliegerfälle sind nicht enthalten).  
  
Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die fehlende Berücksichtigung der Überliegerfälle die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit der Auffälligkeitskriterien relevant beeinflusst, sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien des EJ 2019 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen. Ausgenommen sind hierbei jedoch die Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation sowie zum Minimaldatensatz (MDS). Liegen bei einem Auffälligkeitskriterium weitere Gründe für die Einschränkung der Vergleichbarkeit vor, sind diese in der Spalte „Erläuterung“ erwähnt.

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2019

| Auffälligkeitskriterium | | Anpassung im Vergleich zum Vorjahr | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ID | AK-Bezeichnung | Referenzbereich | Rechenregel | Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Erläuterung |
| 850313 | Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige' | Nein | Nein | Eingeschränkt vergleichbar | - |
| 851903  (NEU) | Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt | - | - | Im Vorjahr nicht berechnet | - |
| 851801 | Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und -Patienten | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850194 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850220 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | Nein | Nein | Vergleichbar | - |

2018 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien

| ID | AK-Bezeichnung | Begründung für Streichung |
| --- | --- | --- |
| 850193 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | Aufgrund der 100%-Dokumentationspflicht (§ 137 Abs. 2 SGB V) erfolgt bereits eine Sanktionierung gem. § 24 QSKH-RL. Eine Weiterführung des AK mit einem Referenzbereich von ≥ 95% ist daher nicht sinnvoll. |
| 850314 | Häufig ICD-System 'sonstiges' | Es gibt kaum rechnerische Auffälligkeiten. Fehldokumentationen haben sich im SD nur in Einzelfällen bestätigt. |
| 850315 | Häufige Angabe von LVEF 'nicht bekannt' | Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten zum EJ 2018 sind noch weiter gesunken und die fehldokumentierenden Häuser war im Vorjahr gering. Zudem bedeutet eine Nicht-Dokumentation der LVEF gemäß den Rechenregeln bezogen auf alle 3 betroffenen QIs einen Nachteil für den Leistungserbringer (d. h., er wird eher rechnerisch auffällig). Demnach wird das AK nicht mehr benötigt. |
| 850317 | Angabe von ASA 5 | Es gibt kaum rechnerische Auffälligkeiten. Fehldokumentationen haben sich zudem im SD nur in Einzelfällen bestätigt. |