Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien:  
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

Hüftendoprothesenversorgung

Erfassungsjahr 2019

Stand: 29.04.2020



Impressum

**Thema:**

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL. Hüftendoprothesenversorgung. 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

[850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen 4](#_Toc38996508)

[850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation 7](#_Toc38996509)

[851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen 10](#_Toc38996510)

[851905: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer 12](#_Toc38996511)

[851906: Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisation 15](#_Toc38996512)

[851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes 18](#_Toc38996513)

[850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten 21](#_Toc38996514)

[850273: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 24](#_Toc38996515)

[850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation) 26](#_Toc38996516)

[850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation) 29](#_Toc38996517)

[850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel) 32](#_Toc38996518)

[850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel) 35](#_Toc38996519)

[850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 38](#_Toc38996520)

[Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 40](#_Toc38996521)

[Anhang II: Listen 42](#_Toc38996522)

[Anhang III: Vorberechnungen 44](#_Toc38996523)

[Anhang IV: Funktionen 45](#_Toc38996524)

[Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien 47](#_Toc38996525)

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 24: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 |
| 32:F | Frakturereignis | M | 1 = war Grund für die stationäre Krankenhausaufnahme  2 = ereignete sich erst während des stationären Krankenhausaufenthaltes | FRAKTUREREIG |
| 67:PROZ | Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? | M | 0 = nein  1 = ja | POKOMPLIKATSPEZ |
| 69:PROZ | postoperative Wundinfektion | M | 0 = nein  1 = ja | POSTOPWUNDINFEKTION |
| 84:B | Entlassungsdiagnose(n) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | ENTLDIAG |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850152 |
| Jahr der Erstanwendung | 2017 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.  **Hypothese**  Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen. |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur  54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation  54120: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 50,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 50,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | Bei einer Erstimplantation und einer Wechselprozedur in einem Basisdatensatz gilt die Dokumentationsqualität als unauffällig, wenn die kodierte Entlassungsdiagnose (=EINSIN @ICD\_HEP\_Komplikation) nicht der Erstimplantation zuzuordnen ist, sondern als Komplikationsdiagnose bei der Wechselprozedur oder als Indikationsstellung bei einer Wechselprozedur auf der kontralateralen Seite vorliegt.  Die DIMDI Kodierempfehlung zu Nebendiagnosen lautet: "Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt". Die ICD 10 T-Diagnosen, die im Auffälligkeitskriterium erfragt werden, bilden gemäß DIMDI "Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert" oder "Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate" ab. Die klinische Einschätzung einer Komplikation, dokumentiert durch die internationale Klassifikation der Krankheiten, gilt somit als dokumentationspflichtig in der QS-Dokumentation. |
| Rechenregeln | **Zähler**  Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde. Dabei wird die Angabe von Komplikationen und Wundinfektionen über alle Prozeduren eines Falles geprüft.  **Nenner**  **Alle Fälle  - mit mindestens einer endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, oder  - mit mindestens einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation,  für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde.** |
| Erläuterung der Rechenregel | Erläuterung der Diagnose-Codes gemäß DIMDI ICD-10-Klassifikation:  T81.2: Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert  T81.3: Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert  T81.5: Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist  T81.6: Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdsubstanz  T81.7: Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert  T84.0: Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese  T84.5: Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese  T84.7: Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate  T84.8: Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate    Das AK dient der Überprüfung von fehlenden Angaben in den Datenfeldern POKOMPLIKATSPEZ und POSTOPWUNDINFEKTION, nicht der Überprüfung der kodierten Entlassungsdiagnosen. |
| Teildatensatzbezug | HEP:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 5 |
| Zähler (Formel) | all(POKOMPLIKATSPEZ %==% 0) %group\_by% TDS\_B &  all(POSTOPWUNDINFEKTION %==% 0) %group\_by% TDS\_B |
| Nenner (Formel) | (  (ARTEINGRIFFHUE %==% 1 & FRAKTUREREIG %==% 1) |  ARTEINGRIFFHUE %==% 2  ) &  ENTLDIAG %any\_like% LST$ICD\_HEP\_Komplikation |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | ICD\_HEP\_Komplikation |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 66.7:W | periprothetische Fraktur | K | 1 = ja | PERIPROTHFRAKTUR |
| 68.7:PROZ | periprothetische Fraktur | K | 1 = ja | PERIFRAKTUR |
| 84:B | Entlassungsdiagnose(n) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | ENTLDIAG |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850151 |
| Jahr der Erstanwendung | 2017 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Nicht angegebene Frakturen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.  **Hypothese**  Fehlende Dokumentation periprothetischer Frakturen (als Komplikation). |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur  54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation  54120: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 50,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 50,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation  **Nenner**  **Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)** |
| Erläuterung der Rechenregel | 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). Zähler: die Angabe einer periprothetischen Fraktur wird über alle Prozeduren eines Falles geprüft |
| Teildatensatzbezug | HEP:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 5 |
| Zähler (Formel) | all(is.na(PERIFRAKTUR)) %group\_by% TDS\_B &  all(is.na(PERIPROTHFRAKTUR)) %group\_by% TDS\_B |
| Nenner (Formel) | ENTLDIAG %any\_like% LST$ICD\_HEP\_Knochenfraktur |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | ICD\_HEP\_Knochenfraktur |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |







851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 21:PROZ | zu operierende Seite | M | 1 = rechts  2 = links | ZUOPSEITE |
| 24: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 | Datum des Eingriffs | M | - | OPDATUM |
| 26:PROZ | Beginn des Eingriffs | M | - | OPZEIT |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 851804 |
| Jahr der Erstanwendung | 2018 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Irrtümlich angelegte Prozedurbögen stellen einen gravierenden Dokumentationsfehler dar.  **Hypothese**  Fehlerhafte Bogen-Anlegung bei Fällen, bei denen mehrere Prozeduren in einem Aufenthalt dokumentiert wurden. |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | alle QIs/Kennzahlen |
| Berechnungsart | Anzahl |
| Referenzbereich 2019 | < 3 |
| Referenzbereich 2018 | < 5 |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | Dieses AK zielt auf die Validierung des korrekten Anlegens von Prozedur-Bögen zu Fällen mit mehreren OPs während eines Aufenthaltes ab. Anders als in anderen AKs geht es also nicht um die Validierung einzelner Datenfelder. Auffälligkeiten in diesem AK deuten auf falsch angelegte Prozedur-Bögen hin. |
| Rechenregeln | **Zähler**  Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite  **Nenner**  **Alle Fälle mit mehr als einer OP** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | HEP:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Zähler (Formel) | (!fn\_IstErsteOP\_ZUOPSEITE & ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2)) |  fn\_AnzahlOPs\_ZUOPSEITE\_gleichzeitig %>% 1 |
| Nenner (Formel) | fn\_AnzahlOPs %>% 1 |
| Verwendete Funktionen | fn\_AnzahlOPs fn\_AnzahlOPs\_ZUOPSEITE\_gleichzeitig fn\_IstErsteOP\_ZUOPSEITE fn\_OPZeitpunkt |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |

851905: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 24: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 |
| 67:PROZ | Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? | M | 0 = nein  1 = ja | POKOMPLIKATSPEZ |
| 69:PROZ | postoperative Wundinfektion | M | 0 = nein  1 = ja | POSTOPWUNDINFEKTION |
| 72:B | Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? | M | 0 = nein  1 = ja | POKOMPLIKAT |
| 85:B | geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung | K | 1 = ja | KOMPLEXBEHANDLUNG |
| EF\* | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen | - | ENTLDATUM - OPDATUM | poopvwdauer |

\* Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 851905 |
| Jahr der Erstanwendung | 2019 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Aufnahme des Datenfeldes „geriatrische Komplexbehandlung“ zum Erfassungsjahr 2019  **Hypothese**  Unterdokumentation von Komplikationen |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur  54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | < 100,00 % |
| Referenzbereich 2018 | AK im Vorjahr nicht berechnet |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | Referenzbereich < 100 % bedeutet, dass alle Standorte auffällig werden, die keine einzige Komplikation bei Eingriffen mit langer Verweildauer angegeben haben und mindestens 10 Patientinnen und Patienten mit langer Verweildauer behandelt haben. |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Eingriffe ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen  **Nenner**  **Alle elektiven Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung mit postop. Verweildauer oberhalb eines eingriffsspezifischen Schwellenwertes für die Verweildauer** |
| Erläuterung der Rechenregel | Je nach Eingriffsart wird der Schwellenwert für die postoperative Verweildauer als 95. Perzentil unter allen Eingriffen bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung festgelegt. |
| Teildatensatzbezug | HEP:PROZ |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 10 |
| Zähler (Formel) | POSTOPWUNDINFEKTION %==% 0 &  POKOMPLIKATSPEZ %==% 0 &  POKOMPLIKAT %==% 0 |
| Nenner (Formel) | !ARTEINGRIFFHUE %==% 1 &  poopvwdauer %>=% fn\_langeVerweildauer\_Hueft &  !KOMPLEXBEHANDLUNG %==% 1 |
| Verwendete Funktionen | fn\_langeVerweildauer\_Hueft |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | AK im Vorjahr nicht berechnet |

851906: Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 21:PROZ | zu operierende Seite | M | 1 = rechts  2 = links | ZUOPSEITE |
| 28:PROZ | Prozedur(en) | M | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | OPSCHLUESSEL |



Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 851906 |
| Jahr der Erstanwendung | 2019 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Das Datenfeld „zu operierende Seite“ wird zur Verknüpfung von Erst- und Folge-OP für die FU-Indikatoren verwendet. Fehldokumentationen führen somit dazu, dass Follow-Up-Ereignisse nicht erkannt werden  **Hypothese**  Fehldokumentation der Seitenlokalisation |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 3,00 % |
| Referenzbereich 2018 | AK im Vorjahr nicht berechnet |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | Für die Weiterentwicklung des Verfahrens ist es von Bedeutung zu erfahren, nicht nur ob die Angaben in OP-Schlüsseln und QS-Dokumentation übereinstimmen, sondern auch welche Angaben letztlich korrekt waren.  Wenn sich die Seitenlokalisation der OP-Schlüssel als verlässlich erweist, so kann perspektivisch das Datenfeld ZUOPSEITE eingespart werden und somit Dokumentationsaufwand reduziert werden.  Es wird darum gebeten in den Rückmeldungen zum Strukturierten Dialog Angaben über die Zuverlässigkeit der beiden Quellen zu sammeln und als Kommentare zum Strukturierten Dialog zurück zu melden. Unter allen Eingriffen mit nicht übereinstimmenden Seitenlokalisationsangaben: Wie hoch ist der Anteil an Eingriffen für die die Seitenlokalisation der OP-Schlüssel korrekt dokumentiert wurde? Was sind die Gründe für eine Divergenz zwischen OP-Schlüsseln und QS-Dokumentation? |
| Rechenregeln | **Zähler**  Eingriffe mit nicht übereinstimmenden Angaben zur Seitenlokalisation zwischen QS-Datenfeld ZUOPSEITE und OPS-Seitenlokalisation  **Nenner**  **Alle Hüft-Endoprothetischen Eingriffe mit übermittelter OPS-Seitenlokalisation, die nicht die OPS-Seitenlokalisationsangabe “beidseitig“ (B) tragen** |
| Erläuterung der Rechenregel | Zu jeder erfassten HEP-Prozedur wird auf dem PROZ-Bogen die „zu operierende Seite“ erfasst (ZUOPSEITE). OPSCHLUESSEL müssen gemäß DIMDI mit Seitenlokalisation kodiert werden. |
| Teildatensatzbezug | HEP:PROZ |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 50 |
| Zähler (Formel) | (fn\_HEPOPS\_links & ZUOPSEITE %==% 1) |  (fn\_HEPOPS\_rechts & ZUOPSEITE %==% 2) |
| Nenner (Formel) | !fn\_HEPOPS\_beidseits &  !fn\_HEPOPS\_fehlende\_Seitenlokal |
| Verwendete Funktionen | fn\_HEPOPS\_beidseits fn\_HEPOPS\_fehlende\_Seitenlokal fn\_HEPOPS\_links fn\_HEPOPS\_rechts |
| Verwendete Listen | OPS\_HEP\_ErstImpl\_B OPS\_HEP\_ErstImpl\_L OPS\_HEP\_ErstImpl\_R OPS\_HEP\_Wechsel\_B OPS\_HEP\_Wechsel\_L OPS\_HEP\_Wechsel\_R |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | AK im Vorjahr nicht berechnet |

851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 21:PROZ | zu operierende Seite | M | 1 = rechts  2 = links | ZUOPSEITE |
| 24: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 |
| 67:PROZ | Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? | M | 0 = nein  1 = ja | POKOMPLIKATSPEZ |
| 69:PROZ | postoperative Wundinfektion | M | 0 = nein  1 = ja | POSTOPWUNDINFEKTION |

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 851907 |
| Jahr der Erstanwendung | 2019 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Erfolgt innerhalb eines stationären Aufenthalts nach einer elektiven Erstimplantation ein ungeplanter Wechsel, obwohl zur Erstimplantation keine Komplikationen angegeben wurden, so ist dies ein ungewöhnlicher Vorgang, da im Prozedurbogen auch explizit „sonstige Komplikationen“ angegeben werden können, wenn keines der konkreten Komplikations-Items zutrifft.  **Hypothese**  Unterdokumentation von Komplikationen |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur  54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Berechnungsart | Anzahl |
| Referenzbereich 2019 | = 0 |
| Referenzbereich 2018 | AK im Vorjahr nicht berechnet |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | Als Anhaltspunkte welche Komplikationen möglicherweise unterdokumentiert wurden, können die Angaben dienen, die zur Indikation des Wechseleingriffs gemacht worden sind. Werden beispielsweise spezifische röntgenologische/klinische Befunde als Indikationsgrund angegeben, so können diese i.d.R. auch einer Komplikation zugeordnet werden, die beim Ersteingriff hätte dokumentiert werden müssen. |
| Rechenregeln | **Zähler**  Eingriffe ohne Angaben zu:  • spezifischen post- oder Intraoperativen Komplikationen  • postoperativen Wundinfektionen  **Nenner**  **Alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und:  • anschließender Wechsel-Operation am gleichen behandelten Gelenk(ersatz)  • innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | HEP:PROZ |
| Mindestanzahl Zähler | 2 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Zähler (Formel) | POSTOPWUNDINFEKTION %==% 0 &  POKOMPLIKATSPEZ %==% 0 |
| Nenner (Formel) | ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2) &  fn\_HEPZUOPSEITE\_hat\_Wechsel\_und\_Erstimplant |
| Verwendete Funktionen | fn\_HEPZUOPSEITE\_hat\_Wechsel\_und\_Erstimplant |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | AK im Vorjahr nicht berechnet |

850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-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 | 850376 |
| Jahr der Erstanwendung | 2016 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Für nicht als GKV-Patientinnen und 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 | 10271: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf |
| 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 | HEP:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 20 |
| Zähler (Formel) | # HEP:B:    versichertenstatusgkv %==% 1 & is.na(VERSICHERTENIDNEUNV) &    # MDS:B:    MDS\_ZUQSMODUL %==% "HEP" & MDS\_vstatusgkvmds %==% 1 |
| Nenner (Formel) | # methodische Sollstatistik: DS\_GKV |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

850273: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850273 |
| Jahr der Erstanwendung | 2015 |
| Begründung für die Auswahl | **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.  **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 Unterdokumentation pro Modul zu ermitteln. |
| Mindestanzahl Zähler | 20 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 24: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 |
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | MDS\_ZUQSMODUL |
| MDS: 22:B | Operationen- und Prozedurenschlüssel | K | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | MDS\_OPSCHLUESSEL |
| MDS: 24:B | Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | MDS\_ENTLDIAG |











|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MDS: EF\* | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | MDS\_alter |

\* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850274 |
| Jahr der Erstanwendung | 2015 |
| Begründung für die Auswahl | **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.  **Hypothese**  Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen. |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | - |
| 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 einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich  **Nenner**  **Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich** |
| 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) | # Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze mit    # HEP:PROZ:   ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2) |  # MDS:B:   (   MDS\_ZUQSMODUL %==% "HEP" &   MDS\_OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$QSF\_TEP\_OPS &   !(MDS\_OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$QSF\_EP\_WE\_TEP\_OPS) &   !(MDS\_ENTLDIAG %any\_like% LST$QSF\_HEP\_ICD\_EX) &   MDS\_alter %>=% 18   ) |
| Nenner (Formel) | # Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP\_IMP  # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | QSF\_EP\_WE\_TEP\_OPS QSF\_HEP\_ICD\_EX QSF\_TEP\_OPS |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 24: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 |
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | MDS\_ZUQSMODUL |
| MDS: 22:B | Operationen- und Prozedurenschlüssel | K | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | MDS\_OPSCHLUESSEL |
| MDS: 24:B | Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | MDS\_ENTLDIAG |
| MDS: EF\* | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | MDS\_alter |

\* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850275 |
| Jahr der Erstanwendung | 2015 |
| Begründung für die Auswahl | **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.  **Hypothese**  Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation. |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | - |
| 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 Zählleistungsbereich  **Nenner**  **Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich** |
| 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 | 20 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Zähler (Formel) | # Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze mit    # HEP:PROZ:   ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2) |  # MDS:B:   (   MDS\_ZUQSMODUL %==% "HEP" &   MDS\_OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$QSF\_TEP\_OPS &   !(MDS\_OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$QSF\_EP\_WE\_TEP\_OPS) &   !(MDS\_ENTLDIAG %any\_like% LST$QSF\_HEP\_ICD\_EX) &   MDS\_alter %>=% 18   ) |
| Nenner (Formel) | # Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP\_IMP  # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | QSF\_EP\_WE\_TEP\_OPS QSF\_HEP\_ICD\_EX QSF\_TEP\_OPS |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 24: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 |
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | MDS\_ZUQSMODUL |
| MDS: 22:B | Operationen- und Prozedurenschlüssel | K | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | MDS\_OPSCHLUESSEL |
| MDS: 24:B | Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | MDS\_ENTLDIAG |
| MDS: EF\* | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | MDS\_alter |

\* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850276 |
| Jahr der Erstanwendung | 2015 |
| Begründung für die Auswahl | **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.  **Hypothese**  Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen. |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | - |
| 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 einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich  **Nenner**  **Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich** |
| 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) | # Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze mit    # HEP:PROZ:   ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4) |  # MDS:B:   (   MDS\_ZUQSMODUL %==% "HEP" &   (   MDS\_OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$QSF\_TEPWEC\_OPS |   (   MDS\_OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$QSF\_TEP\_OPS &   MDS\_OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$QSF\_EP\_WE\_TEP\_OPS   )   ) &   !(MDS\_ENTLDIAG %any\_like% LST$QSF\_HEP\_ICD\_EX) &   MDS\_alter %>=% 18   ) |
| Nenner (Formel) | # Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP\_WE  # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | QSF\_EP\_WE\_TEP\_OPS QSF\_HEP\_ICD\_EX QSF\_TEPWEC\_OPS QSF\_TEP\_OPS |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 24: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 |
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | MDS\_ZUQSMODUL |
| MDS: 22:B | Operationen- und Prozedurenschlüssel | K | OPS (amtliche Kodes): http://www.dimdi.de | MDS\_OPSCHLUESSEL |
| MDS: 24:B | Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | MDS\_ENTLDIAG |
| MDS: EF\* | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | MDS\_alter |

\* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850277 |
| Jahr der Erstanwendung | 2015 |
| Begründung für die Auswahl | **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.  **Hypothese**  Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation. |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | - |
| 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 Zählleistungsbereich  **Nenner**  **Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich** |
| 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 | 20 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Zähler (Formel) | # Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze mit    # HEP:PROZ:   ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4) |  # MDS:B:   (   MDS\_ZUQSMODUL %==% "HEP" &   (   MDS\_OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$QSF\_TEPWEC\_OPS |   (   MDS\_OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$QSF\_TEP\_OPS &   MDS\_OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$QSF\_EP\_WE\_TEP\_OPS   )   ) &   !(MDS\_ENTLDIAG %any\_like% LST$QSF\_HEP\_ICD\_EX) &   MDS\_alter %>=% 18   ) |
| Nenner (Formel) | # Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP\_WE  # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | QSF\_EP\_WE\_TEP\_OPS QSF\_HEP\_ICD\_EX QSF\_TEPWEC\_OPS QSF\_TEP\_OPS |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850369 |
| Jahr der Erstanwendung | 2016 |
| 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 (Das Krankenhaus 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

| 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 | Spezifische intra- und postoperative Komplikationen | T81.2%, T81.3%, T81.5%, T81.6%, T81.7%, T84.0%, T84.5%, T84.7%, T84.8% |
| OPS\_HEP\_ErstImpl\_B | OPS | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk mit Lokalisation "beidseits" | 5­820%B |
| OPS\_HEP\_ErstImpl\_L | OPS | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk mit Lokalisation "links" | 5­820%L |
| OPS\_HEP\_ErstImpl\_R | OPS | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk mit Lokalisation "rechts" | 5­820%R |
| OPS\_HEP\_Wechsel\_B | OPS | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk mit Lokalisation "beidseits" | 5­821%B |
| OPS\_HEP\_Wechsel\_L | OPS | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk mit Lokalisation "links" | 5­821%L |
| OPS\_HEP\_Wechsel\_R | OPS | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk mit Lokalisation "rechts" | 5­821%R |
| QSF\_EP\_WE\_TEP\_OPS | OPS | Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation | 5­829.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%, S32.4% |
| QSF\_TEP\_OPS | OPS | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk | 5­820.00%, 5­820.01%, 5­820.02%, 5­820.20%, 5­820.21%, 5­820.22%, 5­820.30%, 5­820.31%, 5­820.40%, 5­820.41%, 5­820.80%, 5­820.81%, 5­820.82%, 5­820.92%, 5­820.93%, 5­820.94%, 5­820.95%, 5­820.96%, 5­820.x0%, 5­820.x1%, 5­820.x2% |
| QSF\_TEPWEC\_OPS | OPS | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk | 5­821.10%, 5­821.11%, 5­821.12%, 5­821.13%, 5­821.14%, 5­821.15%, 5­821.16%, 5­821.1x%, 5­821.20%, 5­821.22%, 5­821.24%, 5­821.25%, 5­821.26%, 5­821.27%, 5­821.28%, 5­821.29%, 5­821.2x%, 5­821.30%, 5­821.31%, 5­821.32%, 5­821.33%, 5­821.3x%, 5­821.40%, 5­821.41%, 5­821.42%, 5­821.43%, 5­821.4x%, 5­821.50%, 5­821.51%, 5­821.52%, 5­821.53%, 5­821.5x%, 5­821.60%, 5­821.61%, 5­821.62%, 5­821.63%, 5­821.6x%, 5­821.f0%, 5­821.f1%, 5­821.f2%, 5­821.f3%, 5­821.f4%, 5­821.fx%, 5­821.g0%, 5­821.g1%, 5­821.g2%, 5­821.g3%, 5­821.g4%, 5­821.g5%, 5­821.gx%, 5­821.j0%, 5­821.j1%, 5­821.j2%, 5­821.jx%, 5­821.x% |

Anhang III: Vorberechnungen

| Vorberechnung | Dimension | Beschreibung | Wert |
| --- | --- | --- | --- |
| Perc95poopvwdauer\_Art1\_Hueft | Gesamt | 95. Perzentil der postoperativen Verweildauer unter allen Eingriffen zur endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung. | 28 |
| Perc95poopvwdauer\_Art2\_Hueft | Gesamt | 95. Perzentil der postoperativen Verweildauer unter allen Eingriffen zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung. | 14 |
| Perc95poopvwdauer\_Art3\_Hueft | Gesamt | 95. Perzentil der postoperativen Verweildauer unter allen Eingriffen zur Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung. | 35 |
| Perc95poopvwdauer\_Art4\_Hueft | Gesamt | 95. Perzentil der postoperativen Verweildauer unter allen Eingriffen zur Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung. | 44 |

Anhang IV: Funktionen

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | | Script | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| fn\_AnzahlOPs | integer | Anzahl der Prozeduren des Falles | | length(TDS\_PROZ) %group\_by% TDS\_B | |
| fn\_AnzahlOPs\_ZUOPSEITE\_gleichzeitig | integer | Anzahl der Prozeduren des Falles, die zum selben Zeitpunkt und auf derselben Seite vorgenommen wurden, wie die betrachtete Prozedur | | length(TDS\_PROZ) %group\_by% c(TDS\_B, ZUOPSEITE, fn\_OPZeitpunkt) | |
| fn\_HEPOPS\_beidseits | boolean | Seitenlokalisation „beidseits“ beim maßgeblichen OPS-code (5-820 bei elektiver Erstimplantation, 5-821 bei Hüft-Endoprothesen-Wechsel). | | OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_HEP\_ErstImpl\_B |  OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_HEP\_Wechsel\_B | |
| fn\_HEPOPS\_fehlende\_Seitenlokal | boolean | Keine Angabe zur OPS-Seitenlokalisation | | !fn\_HEPOPS\_beidseits &  !fn\_HEPOPS\_rechts &  !fn\_HEPOPS\_links | |
| fn\_HEPOPS\_links | boolean | Seitenlokalisation „links“ beim maßgeblichen OPS-code (5-820 bei elektiver Erstimplantation, 5-821 bei Hüft-Endoprothesen-Wechsel). | | OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_HEP\_ErstImpl\_L |  OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_HEP\_Wechsel\_L | |
| fn\_HEPOPS\_rechts | boolean | Seitenlokalisation „rechts“ beim maßgeblichen OPS-code (5-820 bei elektiver Erstimplantation, 5-821 bei Hüft-Endoprothesen-Wechsel). | | OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_HEP\_ErstImpl\_R |  OPSCHLUESSEL %any\_like% LST$OPS\_HEP\_Wechsel\_R | |
| fn\_HEPZUOPSEITE\_hat\_Wechsel\_und\_Erstimplant | boolean | Pro Behandlungsfall treten auf der gleichen zu operierenden Seite sowohl die Eingriffsart Wechsel als auch die Eingriffsart Erstimplantation auf. | | as.logical(   max(   # ZUOPSEITE hat Erstimplantation   max(ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2)) == 1 &   # UND ZUOPSEITE hat Wechsel   max(ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4)) == 1   ) %group\_by% c(TDS\_B, ZUOPSEITE)  ) | |
| fn\_IstErsteOP\_ZUOPSEITE | boolean | OP ist die chronologisch erste OP auf dieser Seite (links bzw. rechts) | | minimum(fn\_OPZeitpunkt) %group\_by% c(TDS\_B, ZUOPSEITE) %==% fn\_OPZeitpunkt | |
| fn\_langeVerweildauer\_Hueft | integer | 95. Perzentil der postoperativen Verweildauer unter allen Eingriffen bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung. Das Perzentil wird spezifisch für jede Eingriffsart berechnet. | | ifelse(ARTEINGRIFFHUE %==% 1,   VB$Perc95poopvwdauer\_Art1\_Hueft,   ifelse(ARTEINGRIFFHUE %==% 2,   VB$Perc95poopvwdauer\_Art2\_Hueft,   ifelse(ARTEINGRIFFHUE %==% 3,   VB$Perc95poopvwdauer\_Art3\_Hueft,   ifelse(ARTEINGRIFFHUE %==% 4,   VB$Perc95poopvwdauer\_Art4\_Hueft, NA\_integer\_)))) | |
| fn\_OPZeitpunkt | datetime | Zeitpunkt der OP (zusammengesetzt aus Datum und Uhrzeit) | | as.POSIXct(paste(   OPDATUM,   format(OPZEIT, "%H:%M:%S")   ), tz = "Europe/Berlin"  ) | |

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 |
| 850152 | Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen | Nein | Ja | Nicht vergleichbar | Aufgrund der Entfernung der T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert aus der Rechenregel sind die Ergebnisse des Jahres 2019 mit den Werten der Vorjahresauswertung nicht vergleichbar. |
| 850151 | Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation | Nein | Nein | Eingeschränkt vergleichbar | - |
| 851804 | Irrtümlich angelegte Prozedurbögen | Ja | Nein | Eingeschränkt vergleichbar | Der Referenzbereich wurde angepasst. |
| 851905  (NEU) | Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer | - | - | Im Vorjahr nicht berechnet | - |
| 851906  (NEU) | Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisation | - | - | Im Vorjahr nicht berechnet | - |
| 851907  (NEU) | Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes | - | - | Im Vorjahr nicht berechnet | - |
| 850376 | Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850273 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850274 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation) | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850275 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation) | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850276 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel) | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850277 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel) | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850369 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | Nein | Nein | Vergleichbar | - |

2018 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien

| ID | AK-Bezeichnung | Begründung für Streichung |
| --- | --- | --- |
| 850272 | 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. |