



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung  
Auffälligkeitskriterien:  
Plausibilität und Vollzähligkeit 2016

## **Geburtshilfe**

Beschreibung der Kriterien

Stand: 26.04.2017

---

# Inhaltsverzeichnis

850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten .....	3
850224: Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess .....	5
850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation .....	7
850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation .....	8
850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) .....	9
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) .....	10
Anhang II: Funktionen .....	12
Anhang III: Historie der Auffälligkeitskriterien .....	13

# 850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
142:K	Notsektio	K	0 = nein 1 = ja	NOTSECTIO
144:K	E-E-Zeit bei Notsektio	K	in Minuten	EEZEIT
163:K	Gewicht des Kindes	M	in g	KG
179:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
181:K	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	K	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850318
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2012
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<b>Relevanz</b> QI-relevant  <b>Hypothese</b> Fehldokumentation
<b>Bezug zu anderen Indikatoren</b>	1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
<b>Bewertungsart</b>	Anzahl
<b>Referenzbereich 2016</b>	= 0
<b>Referenzbereich 2015</b>	= 0
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2016</b>	Der Referenzbereich bezieht sich auf die Anzahl im Zähler.
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<b>Zähler</b> E-E-Zeit < 3 Minuten  <b>Nenner</b> Alle Kinder, die per Notfallkaiserschnitt entbunden wurden
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	16/1:K
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	EEZEIT < 3
<b>Nenner (Formel)</b>	NOTSECTIO = 1 UND NICHT fn_totGeburt500
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_totGeburt500
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

# 850224: Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
33:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
59:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
60:M	Tragzeit nach klinischem Befund	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
65:M	Aufnahmeart	M	1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, ursprünglich nicht als stationäre Entbindung geplant 3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	AUFNAHMEART
155:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
161:K	APGAR	K	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	APGAR5
167:K	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	in mmol/l	BGNABELBEXC
168:K	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	-	BGNABELPH
179:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

\* Ersatzfeld im Exportformat

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850224
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2016
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Unterdokumentation
<b>Bezug zu anderen Indikatoren</b>	51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2016</b>	<= 3,68 % (95. Perzentil)
<b>Referenzbereich 2015</b>	AK im Vorjahr nicht berechnet
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2016</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<b>Zähler</b> Kinder mit fehlender Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlender Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlender Angabe des Base Excess <b>Nenner</b> Alle reifen Lebendgeborenen unter Ausschluss von Fällen, bei denen als Aufnahmegrund „Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme“ dokumentiert wurde
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	16/1:K
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	10 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 10 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
<b>Zähler (Formel)</b>	APGAR5 = LEER ODER BGNABELPH = LEER ODER BGNABELBEXC = LEER
<b>Nenner (Formel)</b>	TOTGEBURT = 0 UND fn_Gestalter ZWISCHEN 259 UND 293 UND NICHT AUFNAHMEART = 3
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_Gestalter
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	AK im Vorjahr nicht berechnet

# 850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850081
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2010
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2016</b>	>= 95,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2016</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	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.
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 40 dokumentationspflichtige Fälle (berechnet über alle Leistungsbereiche) und mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

# 850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850082
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2010
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b>                      Organisatorische Probleme in den Dokumentationsprozessen einzelner Leistungsbereiche, die eine Überdokumentation bedingen, werden durch die in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen nicht erfasst.</p> <p><b>Hypothese</b>                      Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2016</b>	<= 110,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2016</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b>                      Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b>                      Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	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.
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	20 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

# 850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850226
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2011
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b>                  Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p><b>Hypothese</b>                  Das Ausfüllen von Minimaldatensätzen in einem Leistungsbereich kann einen Hinweis auf Mängel des QS-Filters liefern. Zudem ist zu vermuten, dass durch die Einführung eines Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation der Anreiz für die Verwendung von Minimaldatensätzen ansteigt.</p>
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2016</b>	<= 5,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2016</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016</b>	-
<b>Rechenregel</b>	<p><b>Zähler</b>                  Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b>                  Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	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.
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5 (Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)

# Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: BefMPass	
1	Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Mißbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)
2	frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)
3	Blutungs-/Thromboseneigung
4	Allergie
5	frühere Bluttransfusionen
6	besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche)
7	besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme)
8	Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.)
9	Diabetes mellitus
10	Adipositas
11	Kleinwuchs
12	Skelettanomalien
13	Schwangere unter 18 Jahre
14	Schwangere über 35 Jahre
15	Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)
16	Z. n. Sterilitätsbehandlung
17	Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen)
18	Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g)
19	Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen
20	Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese
21	Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen
22	Komplikationen post partum
23	Z. n. Sectio caesarea
24	Z. n. anderen Uterusoperationen
25	rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)
26	sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde
27	behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen
28	Dauermedikation
29	Abusus
30	besondere psychische Belastung
31	besondere soziale Belastung
32	Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen
33	Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr
34	Placenta praevia
35	Mehrlingsschwangerschaft
36	Hydramnion
37	Oligohydramnie

Schlüssel: BefMPass	
38	Terminunklarheit
39	Placentainsuffizienz
40	Isthmozervikale Insuffizienz
41	vorzeitige Wehentätigkeit
42	Anämie
43	Harnwegsinfektion
44	indirekter Coombstest positiv
45	Risiko aus anderen serologischen Befunden
46	Hypertonie (Blutdruck über 140/90)
47	Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr
48	Mittelgradige - schwere Ödeme
49	Hypotonie
50	Gestationsdiabetes
51	Lageanomalie
52	sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf
53	Hyperemesis
54	Z. n. HELLP-Syndrom
55	Z. n. Eklampsie
56	Z. n. Hypertonie

## Anhang II: Funktionen

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_Gestalter	integer	Gestationsalter in Tagen	<pre> PROZEDUR Gestalter;  {  WENN{ (GEBTERMIN &lt;&gt; LEER) DANN WENN{ (SSBEFUND EINSIN (38)) DANN WENN{ (TRAGZEITKLIN &lt;&gt; LEER) DANN ERGEBNIS := TRAGZEITKLIN * 7; SONST ERGEBNIS := LEER ; }; SONST WENN{ (TRAGZEITKLIN &lt;&gt; LEER) DANN WENN{ (Absolut(TRAGZEITKLIN * 7 - (GEBDATUMK - GEBTERMIN + 280)) &lt; 14) DANN ERGEBNIS := GEBDATUMK - GEBTERMIN + 280; SONST ERGEBNIS := TRAGZEITKLIN * 7; }; SONST ERGEBNIS := GEBDATUMK - GEBTERMIN + 280; }; }; SONST WENN{ (TRAGZEITKLIN &lt;&gt; LEER) DANN ERGEBNIS := TRAGZEITKLIN * 7; SONST ERGEBNIS := abstGebterm + 280; }; };  } </pre>
fn_totGeburt500	boolean	Totgeburt	TOTGEBURT = 1 UND TOTZEITPUNKT > 0 UND KG < 500

## Anhang III: Historie der Auffälligkeitskriterien

### Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2016

Auffälligkeitskriterium		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850224 (NEU)	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

### 2015 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Begründung für Streichung
850319	Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess	Die Rechenregeln wurden verändert, um das AK inhaltlich umfassender zu gestalten. Dadurch ist die Vergleichbarkeit zum Vorjahr nicht mehr gegeben, sodass das AK unter der neuen AK-ID 850224 weitergeführt wird.
850320	Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht	Das AK hat sich nicht bewährt.