



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit 2017

Neonatologie

Beschreibung der Kriterien

Stand: 25.04.2018

Inhaltsverzeichnis

850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben	3
850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	5
850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	7
850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	8
850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	9
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	10
Anhang II: Listen	11
Anhang III: Funktionen	12
Anhang IV: Historie der Auffälligkeitskriterien	13

850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
20:B	primärer Verzicht auf kurative Therapie bei verstorbenen Kindern mit einem Gestationsalter ab 22+0 Wochen	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
35:B	Körpertemperatur bei Aufnahme	K	in °C	AUFNTEMP
36:B	Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt	K	1 = ja	AUFNTEMPNB
37:B	Fehlbildungen	M	0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	CRIBFEHLBILD
86:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
91:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	TODESURSACH
92:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Berechnung

AK-ID	850206
Jahr der Erstanwendung	2017
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Fälle gehen ggf. nicht in den Zähler des QI 50064 „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ ein.</p> <p>Hypothese Fehldokumentation (eigentlich liegt Aufnahmetemperatur vor)</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	50064 Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 5,21 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2016	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Kinder mit fehlender Aufnahmetemperatur</p> <p>Nenner Alle Lebendgeborenen ohne Verzicht auf kurative Therapie und ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NEO:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	AUFNTEMP >= 99.0 ODER AUFNTEMPNB = 1
Nenner (Formel)	fn_lebendGeboren UND (THERAPIEVERZICHT = 0 ODER THERAPIEVERZICHT = LEER) UND CRIBFEHLBILD IN (0,1,3) UND GESTALTER >= 24
Verwendete Funktionen	fn_lebendGeboren
Verwendete Listen	@ICD_Fetaltod
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2017

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:B	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	M	in Wochen	GESTALTER
20:B	primärer Verzicht auf kurative Therapie bei verstorbenen Kindern mit einem Gestationsalter ab 22+0 Wochen	K	0 = nein 1 = ja	THERAPIEVERZICHT
26:B	Aufnahme ins Krankenhaus von	K	1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = Geburt in eigener Geburtsklinik	AUFNAHME
33:B	Kopfumfang bei Aufnahme	K	in cm	AUFNKU
34:B	Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt	K	1 = ja	AUFNKUNB
37:B	Fehlbildungen	M	0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	CRIBFEHLBILD
83:B	Kopfumfang bei Entlassung	K	in cm	ENTLKU
84:B	Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt	K	1 = ja	ENTLKUNB
86:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
91:B	Todesursache	K	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	TODESURSACH
92:B	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	(ENTLDATUM - AUFNDATUM) + 1	vwDauerNeo

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

AK-ID	850207
Jahr der Erstanwendung	2017
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Fälle gehen nicht in den Nenner des QI 52262 „Zunahme des Kopfumfangs“ ein.</p> <p>Hypothese Fehldokumentation</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	52262: Zunahme des Kopfumfangs
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 4,67 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2016	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei der Aufnahme</p> <p>Nenner Alle Lebendgeborenen ohne Verzicht auf kurative Therapie und ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. bis unter 37+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, sowie mit einer Verweildauer von mindestens 21 Tagen und Angaben zum Kopfumfang bei Aufnahme sowie bei Entlassung</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	NEO:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	ENTLKU < AUFNKU
Nenner (Formel)	fn_lebendGeboren UND (THERAPIEVERZICHT = 0 ODER THERAPIEVERZICHT = LEER) UND CRIBFEHLBILD IN (0,1,3) UND GESTALTER ZWISCHEN 24 UND 36 UND NICHT AUFNAHME IN (2,3) UND vwDauerNeo >= 21 UND AUFNKUNB = LEER UND ENTLKUNB = LEER
Verwendete Funktionen	fn_lebendGeboren
Verwendete Listen	@ICD_Fetaltod
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Berechnung

AK-ID	850199
Jahr der Erstanwendung	2011
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Modul hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Modul in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Unterdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Berechnung

AK-ID	850200
Jahr der Erstanwendung	2011
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Organisatorische Probleme in den Dokumentationsprozessen einzelner Leistungsbereiche, die eine Überdokumentation bedingen, werden durch die in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen nicht erfasst.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Modul hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Modul in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Überdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Berechnung

AK-ID	850208
Jahr der Erstanwendung	2017
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese Das Ausfüllen von Minimaldatensätzen in einem Leistungsbereich kann einen Hinweis auf Mängel des QS-Filters liefern. Zudem ist zu vermuten, dass durch die Einführung eines Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation der Anreiz für die Verwendung von Minimaldatensätzen ansteigt.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2017	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2017	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2017	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Die Anzahl der Minimaldatensätze pro Modul wird zur Anzahl der Fälle, die im betreffenden Modul hätten dokumentiert werden müssen, in Relation gesetzt, um die Rate der Minimaldatensätze zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11	Entlassung in ein Hospiz
13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
@ICD_Fetaltod	ICD	Fetaltod	P95%

Anhang III: Funktionen

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_lebendGeboren	boolean	Lebend geborenes Kind: Todesursache und Entlassungsdiagnosen sind nicht ICD P95* (Fetaltod) und Entlassungsgrund ist nicht Tod	NICHT ((TODESURSACH EINSIN @ICD_Fetaltod ODER ENTLDIAG EINSIN @ICD_Fetaltod) UND ENTLGRUND = '07')

Anhang IV: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2017

Auffälligkeitskriterium		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850206 (NEU)	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850207 (NEU)	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Ja	Vergleichbar	Modifikation: Streichung der Mindestfallzahl von verfahrensübergreifend 40 Fällen im Nenner: die verfahrensübergreifende MFZ kann auf Landesebene nur für die landesbezogenen QS-Verfahren und auf Bundesebene nur für die bundesbezogenen QS-Verfahren ermittelt werden
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850208 (NEU)	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-

2016 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine