



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL
(Rechenregeln)

Hüftgelenkversorgung: Hüftendoprothesenversorgung

Erfassungsjahr 2021

Stand: 15.06.2022

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL.
Hüftgelenkversorgung: Hüftendoprothesenversorgung. Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15.06.2022

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

verfahrensupport@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit..... | 4 |
| 850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen..... | 4 |
| 850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation..... | 7 |
| 851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen..... | 10 |
| 851905: Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer..... | 13 |
| 851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes..... | 16 |
| 852102: Angabe von ASA 5..... | 19 |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit..... | 22 |
| 850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten..... | 22 |
| 850273: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation..... | 25 |
| 850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)..... | 27 |
| 850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)..... | 30 |
| 850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)..... | 33 |
| 850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)..... | 36 |
| 850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)..... | 39 |
| Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)..... | 41 |
| Anhang II: Listen..... | 43 |
| Anhang III: Vorberechnungen..... | 45 |
| Anhang IV: Funktionen..... | 46 |

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|---------|---|-----|--|---------------------|
| 27:PROZ | Art des Eingriffs | M | 1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels | ARTEINGRIFFHUE |
| 34:F | Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes | M | 0 = nein 1 = ja | FRAKTUREREIG |
| 70:PROZ | Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? | M | 0 = nein 1 = ja | POKOMPLIKATSPEZ |
| 72:PROZ | postoperative Wundinfektion | M | 0 = nein 1 = ja | POSTOPWUNDINFEKTION |
| 89:B | Entlassungsdiagnose(n) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | ENTLDIAG |

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|--|
| ID | 850152 |
| Jahr der Erstanwendung | 2017 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | <p>54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer Hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</p> <p>54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</p> |
| Datenquelle | QS-Daten |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2021 | ≤ 50,00 % |
| Referenzbereich 2020 | ≤ 50,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2021 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021 | <p>Bei einer Erstimplantation und einer Wechselprozedur in einem Basisdatensatz gilt die Dokumentationsqualität als unauffällig, wenn die kodierte Entlassungsdiagnose nicht der Erstimplantation zuzuordnen ist, sondern als Komplikationsdiagnose bei der Wechselprozedur oder als Indikationsstellung bei einer Wechselprozedur auf der kontralateralen Seite vorliegt.</p> <p>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.</p> |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>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.</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit mindestens einer endoprothetischen Versorgung einer Hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, oder - mit mindestens einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, <p>für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.04, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde.</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | <p>Erläuterung der Diagnose-Codes gemäß DIMDI ICD-10-Klassifikation:</p> <p>T81.2: Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, andernorts nicht klassifiziert</p> <p>T81.3: Aufreißen einer Operationswunde, andernorts nicht klassifiziert</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>T81.5: Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist</p> <p>T81.6: Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz</p> <p>T81.7: Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>T84.04: Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk</p> <p>T84.5: Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese</p> <p>T84.7: Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate</p> <p>T84.8: Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate</p> <p>Das AK dient der Überprüfung von fehlenden Angaben in den Datenfeldern POKOMPLIKATSPEZ und POSTOPWUNDINFEKTION, nicht der Überprüfung der kodierten Entlassungsdiagnosen.</p> |
| Teildatensatzbezug | HEP:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 5 |
| Zähler (Formel) | <code>all(POKOMPLIKATSPEZ ==% 0) %group_by% TDS_B & all(POSTOPWUNDINFEKTION ==% 0) %group_by% TDS_B</code> |
| Nenner (Formel) | <code>((ARTEINGRIFFHUE ==% 1 & FRAKTUREREIG ==% 0) ARTEINGRIFFHUE ==% 2) & ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_HEP_Komplikation</code> |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | ICD_HEP_Komplikation |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. |

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|-----------|--------------------------|-----|--|------------------|
| 69.7:W | periprothetische Fraktur | K | 1 = ja | PERIPROTHFRAKTUR |
| 71.7:PROZ | periprothetische Fraktur | K | 1 = ja | PERIFRAKTUR |
| 89:B | Entlassungsdiagnose(n) | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | ENTLDIAG |

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|---|
| ID | 850151 |
| Jahr der Erstanwendung | 2017 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Nicht angegebene Frakturen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlende Dokumentation periprothetischer Frakturen (als Komplikation).</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | <p>54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer Hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</p> <p>54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</p> |
| Datenquelle | QS-Daten |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2021 | ≤ 40,00 % |
| Referenzbereich 2020 | ≤ 50,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2021 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation</p> <p>Nenner</p> <p>Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | <p>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).</p> <p>Zähler: die Angabe einer periprothetischen Fraktur wird über alle Prozeduren eines Falles geprüft</p> |
| Teildatensatzbezug | HEP:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 5 |
| Zähler (Formel) | <code>all(is.na(PERIFRAKTUR)) %group_by% TDS_B & all(is.na(PERIPROTHFRAKTUR)) %group_by% TDS_B</code> |
| Nenner (Formel) | <code>ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_HEP_Knochenfraktur</code> |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | ICD_HEP_Knochenfraktur |

| | |
|---|---|
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. |

851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|---------|----------------------|-----|--|----------------|
| 23:PROZ | zu operierende Seite | M | 1 = rechts 2 = links | ZUOPSEITE |
| 27:PROZ | Art des Eingriffs | M | 1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels | ARTEINGRIFFHUE |
| 28:PROZ | Datum des Eingriffs | M | - | OPDATUM |
| 29:PROZ | Beginn des Eingriffs | M | - | OPZEIT |

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|--|
| ID | 851804 |
| Jahr der Erstanwendung | 2018 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Irrtümlich angelegte Prozedurbögen stellen einen gravierenden Dokumentationsfehler dar.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlerhafte Bogen-Anlegung bei Fällen, bei denen mehrere Prozeduren in einem Aufenthalt dokumentiert wurden.</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | alle QIs/Kennzahlen |
| Datenquelle | QS-Daten |
| Berechnungsart | Anzahl |
| Referenzbereich 2021 | < 3 |
| Referenzbereich 2020 | < 3 |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2021 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021 | 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 | <p>Zähler</p> <p>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</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle mit mehr als einer OP</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | HEP:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Zähler (Formel) | <code>(!fn_IstErsteOP_ZUOPSEITE & ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2)) fn_AnzahlOPs_ZUOPSEITE_gleichzeitig %>% 1</code> |
| Nenner (Formel) | <code>fn_AnzahlOPs %>% 1</code> |
| Verwendete Funktionen | <code>fn_AnzahlOPs fn_AnzahlOPs_ZUOPSEITE_gleichzeitig fn_IstErsteOP_ZUOPSEITE fn_OPZeitpunkt</code> |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |

**Erläuterung der Vergleichbarkeit zum
Vorjahr**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich.

851905: Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|---------|--|-----|--|---------------------|
| 27:PROZ | Art des Eingriffs | M | 1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels | ARTEINGRIFFHUE |
| 70:PROZ | Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? | M | 0 = nein 1 = ja | POKOMPLIKATSPEZ |
| 72:PROZ | postoperative Wundinfektion | M | 0 = nein 1 = ja | POSTOPWUNDINFEKTION |
| 75:B | Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? | M | 0 = nein 1 = ja | POKOMPLIKAT |
| 90:B | geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung | K | 1 = ja | KOMPLEXBEHANDLUNG |
| EF* | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen | - | ENTLDATUM - OPDATUM | poopvwdauer |

* Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|--|
| ID | 851905 |
| Jahr der Erstanwendung | 2019 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation von Komplikationen</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | <p>54016: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</p> <p>54017: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</p> <p>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</p> <p>54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</p> |
| Datenquelle | QS-Daten |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2021 | ≤ 90,00 % |
| Referenzbereich 2020 | < 100,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2021 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Eingriffe ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen</p> <p>Nenner</p> <p>Alle elektiven Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung mit postoperativer Verweildauer oberhalb eines eingriffsspezifischen Schwellenwertes für die Verweildauer</p> |
| 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) | <pre>POSTOPWUNDINFEKTION %==% 0 & POKOMPLIKATSPEZ %==% 0 & POKOMPLIKAT %==% 0</pre> |
| Nenner (Formel) | <pre>!ARTEINGRIFFHUE %==% 1 & poopvwdauer %>= % fn_langeVerweildauer_Hueft & !KOMPLEXBEHANDLUNG %==% 1</pre> |
| Verwendete Funktionen | fn_langeVerweildauer_Hueft |

| | |
|---|---|
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. |

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|---------|--|-----|--|---------------------|
| 23:PROZ | zu operierende Seite | M | 1 = rechts 2 = links | ZUOPSEITE |
| 27:PROZ | Art des Eingriffs | M | 1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels | ARTEINGRIFFHUE |
| 70:PROZ | Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? | M | 0 = nein 1 = ja | POKOMPLIKATSPEZ |
| 72:PROZ | postoperative Wundinfektion | M | 0 = nein 1 = ja | POSTOPWUNDINFEKTION |

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|---|
| ID | 851907 |
| Jahr der Erstanwendung | 2019 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Erfolgt innerhalb eines stationären Aufenthaltes 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.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation von Komplikationen</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | <p>54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</p> |
| Datenquelle | QS-Daten |
| Berechnungsart | Anzahl |
| Referenzbereich 2021 | = 0 |
| Referenzbereich 2020 | = 0 |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2021 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021 | <p>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.</p> |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Eingriffe ohne Angaben zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • spezifischen post- oder Intraoperativen Komplikationen • postoperativen Wundinfektionen <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 | Nicht vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. |

852102: Angabe von ASA 5

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname |
|---------|------------------------------------|-----|---|----------|
| 25:PROZ | Einstufung nach ASA-Klassifikation | M | 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt | ASA |

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|---|
| ID | 852102 |
| Jahr der Erstanwendung | 2021 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Die ASA-Klassifikation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation. Tatsächlich liegt eine niedrigere ASA-Klassifikation vor.</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | <p>54015: Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54120: Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</p> <p>54012: Gehunfähigkeit bei Entlassung</p> <p>54013: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</p> <p>191914: Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf</p> |
| Datenquelle | QS-Daten |
| Berechnungsart | Anzahl |
| Referenzbereich 2021 | = 0 |
| Referenzbereich 2020 | AK im Vorjahr nicht berechnet |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2021 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Alle Prozeduren mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt)</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Prozeduren</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | Weist eine Patientin oder ein Patient mehrere Prozedurbögen auf, so wird er mehrfach gezählt (siehe Teildatensatzbezug). |
| Teildatensatzbezug | HEP:PROZ |
| Mindestanzahl Zähler | 2 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Zähler (Formel) | ASA ==% 5 |
| Nenner (Formel) | TRUE |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | AK im Vorjahr nicht berechnet |

**Erläuterung der Vergleichbarkeit zum
Vorjahr**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

| 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;VERSICHERTENIDNEU;Modul) | versichertenstatusgkv |
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | MDS_ZUQSMODUL |
| MDS: EF* | GKV-Versichertenstatus | - | vstatusgkvmds(PERSONENKREIS;KASSEIKNR;VERSICHERTENIDNEU;ZUQSMODUL;Modul) | MDS_vstatusgkvmds |

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatzdokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|---|
| ID | 850376 |
| Jahr der Erstanwendung | 2016 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 10271: Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf |
| Datenquelle | QS-Daten, Sollstatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2021 | ≥ 95,00 % |
| Referenzbereich 2020 | ≥ 95,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2021 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>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).</p> <p>Nenner</p> <p>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 Leistungsbe- reich</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | HEP:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 20 |
| Zähler (Formel) | <pre># HEP:B: versicherterstatusgkv %==% 1 & is.na(VERSICHERTENIDNEUNV) & # MDS:B: MDS_ZUQSMODUL %==% "HEP" & MDS_vstatusgkvmds %==% 1</pre> |

| | |
|---|---|
| Nenner (Formel) | # methodische Sollstatistik: DS_GKV |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. |

850273: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

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

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|---|
| ID | 850273 |
| Jahr der Erstanwendung | 2015 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p> |
| Datenquelle | QS-Daten, Sollstatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2021 | ≤ 110,00 % |
| Referenzbereich 2020 | ≤ 110,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2021 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner</p> <p>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 | 20 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. |

850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
|-----------|--|-----|--|-----------------|
| 27:PROZ | Art des Eingriffs | M | 1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-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: 27:B | Operationen- und Prozedurenschlüssel | K | OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de | MDS_OPSCHUESSEL |
| MDS: 30:B | Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) | K | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | MDS_ENTLDIAG |
| MDS: EF* | Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | MDS_alter |

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatzdokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|--|
| ID | 850274 |
| Jahr der Erstanwendung | 2015 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | - |
| Datenquelle | QS-Daten, Sollstatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2021 | ≥ 95,00 % |
| Referenzbereich 2020 | ≥ 95,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2021 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p> |
| 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) | <pre># Anzahl der gelieferten vollständigen und # plausiblen Datensätze mit # HEP:PROZ: # ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2) # MDS:B: # (# MDS_ZUQSMODUL %==% "HEP" & # MDS_OPESCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_TEP_OPS & # !(MDS_OPESCHLUESSEL %any_like%</pre> |

| | |
|---|---|
| | <pre>LST\$QSF_EP_WE_TEP_OPS) & !(MDS_ENTLDIAG %any_like% LST\$QSF_HEP_ICD_EX) & MDS_alter %>=% 18)</pre> |
| Nenner (Formel) | <pre># Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_IMP # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</pre> |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | <pre>QSF_EP_WE_TEP_OPS QSF_HEP_ICD_EX QSF_TEP_OPS</pre> |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. |

850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
|-----------|--|-----|--|-------------------|
| 27:PROZ | Art des Eingriffs | M | 1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-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: 27:B | Operationen- und Prozedurenschlüssel | K | OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de | MDS_OPESCHLUESSEL |
| MDS: 30:B | Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) | K | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | MDS_ENTLDIAG |
| MDS: EF* | Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | MDS_alter |

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatzdokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|--|
| ID | 850275 |
| Jahr der Erstanwendung | 2015 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | - |
| Datenquelle | QS-Daten, Sollstatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2021 | ≤ 110,00 % |
| Referenzbereich 2020 | ≤ 110,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2021 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p> |
| 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) | <pre># 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) &</pre> |

| | |
|---|---|
| | !(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 | Nicht vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbar- keit mit Vorjahresergebnissen möglich. |

850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
|-----------|--|-----|--|-------------------|
| 27:PROZ | Art des Eingriffs | M | 1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-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: 27:B | Operationen- und Prozedurenschlüssel | K | OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de | MDS_OPESCHLUESSEL |
| MDS: 30:B | Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) | K | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | MDS_ENTLDIAG |
| MDS: EF* | Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | MDS_alter |

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|--|
| ID | 850276 |
| Jahr der Erstanwendung | 2015 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | - |
| Datenquelle | QS-Daten, Sollstatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2021 | ≥ 95,00 % |
| Referenzbereich 2020 | ≥ 95,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2021 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p> |
| 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) | <pre># Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze mit # HEP:PROZ: ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4) # MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HEP" & (MDS_OPSCHUESSEL %any_like% LST\$QSF_TEPWEC_OPS </pre> |

| | |
|---|---|
| | <pre>(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_TEP_OPS & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_EP_WE_TEP_OPS)</pre> <pre>) & !(MDS_ENTLDIAG %any_like% LST\$QSF_HEP_ICD_EX) & MDS_alter %>=% 18)</pre> |
| Nenner (Formel) | <pre># Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_WE # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</pre> |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | <pre>QSF_EP_WE_TEP_OPS QSF_HEP_ICD_EX QSF_TEPWEC_OPS QSF_TEP_OPS</pre> |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. |

850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
|-----------|--|-----|--|-------------------|
| 27:PROZ | Art des Eingriffs | M | 1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-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: 27:B | Operationen- und Prozedurenschlüssel | K | OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de | MDS_OPESCHLUESSEL |
| MDS: 30:B | Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) | K | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | MDS_ENTLDIAG |
| MDS: EF* | Patientenalter am Aufnahme-tag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | MDS_alter |

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatzdokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|---|
| ID | 850277 |
| Jahr der Erstanwendung | 2015 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | - |
| Datenquelle | QS-Daten, Sollstatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2021 | ≤ 110,00 % |
| Referenzbereich 2020 | ≤ 110,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2021 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p> |
| 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) | <pre># 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%</pre> |

| | |
|---|---|
| | <pre>LST\$QSF_EP_WE_TEP_OPS)) & !(MDS_ENTLDIAG %any_like% LST\$QSF_HEP_ICD_EX) & MDS_alter %>=% 18)</pre> |
| Nenner (Formel) | <pre># Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_WE # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</pre> |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | <pre>QSF_EP_WE_TEP_OPS QSF_HEP_ICD_EX QSF_TEPWEC_OPS QSF_TEP_OPS</pre> |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. |

850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

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

Eigenschaften und Berechnungen

| | |
|---|---|
| ID | 850369 |
| Jahr der Erstanwendung | 2016 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p> |
| Datenquelle | QS-Daten, Sollstatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2021 | ≤ 5,00 % |
| Referenzbereich 2020 | ≤ 5,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2021 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner</p> <p>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 (Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.) |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |
| Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr | Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. |

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 |
| DIAL | Dialyse |
| HCH | Herzchirurgie |
| HEP | Hüftendoprothesenversorgung |
| HTXM | Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen |
| KEP | Knieendoprothesenversorgung |
| LLS | Leberlebendspende |
| LTX | Lebertransplantation |
| LUTX | Lungen- und Herz-Lungentransplantation |

| Schlüssel: Modul | |
|-------------------------|--|
| NEO | Neonatologie |
| NLS | Nierenlebendspende |
| NNH | Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe |
| PCI | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie |
| PNTX | Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation |
| PPCI | Patientenbefragung für die Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |

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%, T84.04%, T84.5%, T84.7%, T84.8% |
| QSF_EP_WE_TEP_OPS | OPS | Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation | 5-829.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% |

| Listenname | Typ | Beschreibung | Werte |
|----------------|-----|---|---|
| QSF_TEP_OPS | OPS | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk | 5-820.00%, 5-820.01%, 5-820.02%, 5-820.20%, 5-820.21%, 5-820.22%, 5-820.30%, 5-820.31%, 5-820.40%, 5-820.41%, 5-820.80%, 5-820.81%, 5-820.82%, 5-820.92%, 5-820.93%, 5-820.94%, 5-820.95%, 5-820.96%, 5-820.x0%, 5-820.x1%, 5-820.x2% |
| QSF_TEPWEC_OPS | OPS | Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk | 5-821.10%, 5-821.11%, 5-821.12%, 5-821.13%, 5-821.14%, 5-821.15%, 5-821.16%, 5-821.1x%, 5-821.20%, 5-821.22%, 5-821.24%, 5-821.25%, 5-821.26%, 5-821.27%, 5-821.28%, 5-821.29%, 5-821.2x%, 5-821.30%, 5-821.31%, 5-821.32%, 5-821.33%, 5-821.3x%, 5-821.40%, 5-821.41%, 5-821.42%, 5-821.43%, 5-821.4x%, 5-821.50%, 5-821.51%, 5-821.52%, 5-821.53%, 5-821.5x%, 5-821.60%, 5-821.61%, 5-821.62%, 5-821.63%, 5-821.6x%, 5-821.f0%, 5-821.f1%, 5-821.f2%, 5-821.f3%, 5-821.f4%, 5-821.fx%, 5-821.g0%, 5-821.g1%, 5-821.g2%, 5-821.g3%, 5-821.g4%, 5-821.g5%, 5-821.gx%, 5-821.j0%, 5-821.j1%, 5-821.j2%, 5-821.jx% |

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. | 24 |
| Perc95poopvwdauer_Art2_Hueft | Gesamt | 95. Perzentil der postoperativen Verweildauer unter allen Eingriffen zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung. | 12 |
| 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. | 33 |
| 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. | 43 |

Anhang IV: Funktionen

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|---|----------|---|---|
| fn_AnzahlOPs | integer | Anzahl der Prozeduren des Falles | <code>length(TDS_PROZ) %group_by% TDS_B</code> |
| fn_AnzahlOPs_ZUOPSEITE_gleichzeitig | integer | Anzahl der Prozeduren des Falles, die zum selben Zeitpunkt und auf derselben Seite vorgenommen wurden, wie die betrachtete Prozedur | <code>length(TDS_PROZ) %group_by% c(TDS_B, ZUOPSEITE, fn_OPZeitpunkt)</code> |
| 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. | <pre>as.logical(maximum(# ZUOPSEITE hat Erstimplantation maximum(ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2)) == 1 & # UND ZUOPSEITE hat Wechsel maximum(ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4)) == 1) %group_by% c(TDS_B, ZUOPSEITE))</pre> |
| fn_IstErsteOP_ZUOPSEITE | boolean | OP ist die chronologisch erste OP auf dieser Seite (links bzw. rechts) | <code>minimum(fn_OPZeitpunkt) %group_by% c(TDS_B, ZUOPSEITE) %==% fn_OPZeitpunkt</code> |
| 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. | <pre>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_))))</pre> |
| fn_OPZeitpunkt | datetime | Zeitpunkt der OP (zusammengesetzt aus Datum und Uhrzeit) | <pre>as.POSIXct(paste(OPDATUM, format(OPZEIT, "%H:%M:%S")), tz = "Europe/Berlin")</pre> |