

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über
die Festlegung der Auffälligkeitskriterien für die
Datenvalidierung 2022 zum Erfassungsjahr 2021 für die
Verfahren 5 bis 15 gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der
Richtlinie zur datengestützten
einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-
RL)

Vom 26. Januar 2022

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß Teil 1 § 16 Absatz 6 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in seiner Sitzung am 26. Januar 2022 für die Verfahren 5 bis 15 die in der statistischen Basisprüfung der Datenvalidierung 2022 zum Erfassungsjahr 2021 anzuwendenden Auffälligkeitskriterien gemäß **Anlage** (Kapitel 5 bis 15) beschlossen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 26. Januar 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Maag



Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien zum Erfassungsjahr 2021

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 10. Dezember 2021

Impressum

Thema:

Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien zum Erfassungsjahr 2021.

Ansprechpartnerin:

Anna Maria Steinmann

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

30. November 2021, geänderte Fassung vom 10. Dezember 2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Auswertungsmodule (Kürzel/Langform).....	11
Hintergrund.....	14
1 Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI).....	15
Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	15
Vollständigkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit.....	15
Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	15
2 Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)	16
Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	16
Vollständigkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit.....	16
Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	16
3 Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE).....	17
Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	17
Vollständigkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit.....	17
Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	17
4 Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	18
4.1 Dialysen.....	18
Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	18
Vollständigkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit.....	18
Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	18
4.2 Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation.....	19

	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	19
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	19
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	20
5	Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX).....	21
5.1	Lebertransplantationen	21
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	21
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	21
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	22
5.2	Leberlebenspenden	23
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	23
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	23
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	23
5.3	Lungen und Herz-Lungen-Transplantationen	24
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	24
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	24
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	25
5.4	Herztransplantationen	26
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	26
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	26
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	27
5.5	Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen.....	28

	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	28
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	28
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	28
5.6	Nierenlebendspenden.....	29
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	29
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	29
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	29
6	Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)	30
6.1	Isolierte Koronarchirurgie (KC).....	30
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	30
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	30
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	30
6.2	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KC-KOMB).....	31
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	31
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	31
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	31
6.3	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (AK-KATH)	32
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	32
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	32
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	33
6.4	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (AK-CHIR)	34

	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	34
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	34
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	34
6.5	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (MK-KATH)	35
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	35
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	35
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	35
6.6	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (MK-CHIR).....	36
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	36
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	36
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	36
6.7	Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe (HK-CHIR)	37
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	37
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	37
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	37
6.8	Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe (HK-KATH)	38
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	38
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	38
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	38
6.9	Herzchirurgie	39

	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	39
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	39
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	39
7	Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	40
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	40
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	40
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	40
8	Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	41
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	41
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	41
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	42
9	Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)	43
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	43
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	43
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	44
10	Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	45
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	45
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	45
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	46
11	Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	47

	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	47
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	47
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	48
12	Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	49
12.1	Herzschrittmacher-Implantation.....	49
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	49
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	49
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	50
12.2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel.....	51
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	51
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	51
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	51
12.3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	52
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	52
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	52
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	52
12.4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	53
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	53
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	53
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	53

12.5	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	54
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	54
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	54
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	54
12.6	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	55
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	55
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	55
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	55
13	Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)	56
13.1	Geburtshilfe.....	56
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	56
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	56
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	56
13.2	Neonatologie.....	57
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	57
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	58
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	58
14	Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV).....	59
14.1	Hüftendoprothesenversorgung	59
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	59
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	60

	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	61
14.2	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung.....	62
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	62
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	62
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	63
15	Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP).....	64
	Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien.....	64
	Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	65
	Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien.....	65

Auswertungsmodule (Kürzel/Langform)

DeQS-RL		
Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	QS-Verfahren gemäß DeQS-RL
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	Verfahren 1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)
QS-WI		Verfahren 2 Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)
QS-CHE		Verfahren 3 Cholezystektomie (QS CHE)
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Verfahren 4 Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)
NET-DIAL	Dialyse	
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Verfahren 5 Transplantationsmedizin (QS TX)
TX-HTX	Herztransplantationen	
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation	
TX-LTX	Lebertransplantation	
TX-LLS	Leberlebendspenden	
TX-NLS	Nierenlebendspenden	
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie	
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie	
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	
KCHK-D	Herzchirurgie: Dokumentationsraten	

KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	
HCH_MK_KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Verfahren 7 Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Verfahren 8 Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)
MC	Mammachirurgie	Verfahren 9 Mammachirurgie (QS MC)
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Verfahren 10 Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)
DEK	Dekubitusprophylaxe	Verfahren 11 Dekubitusprophylaxe (QS DEK)
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Verfahren 12 Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)
HSMDEF-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	
HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	
HSMDEF-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	
HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	
PM-GEBH	Geburtshilfe	Verfahren 13 Perinatalmedizin (QS PM)
PM-NEO	Neonatologie	
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Verfahren 14 Hüftgelenkversorgung (QS HGV)
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	

KEP	Knieendoprothesenversorgung	Verfahren 15 Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)
-----	-----------------------------	--

Hintergrund

Gemäß § 16 Absatz 6 DeQS-RL umfasst das Datenvalidierungsverfahren eine statistische Basisprüfung der übermittelten Daten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Diese werden durch das Institut nach § 137a SGB V entwickelt und bis zum 31. Januar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Die hier vorliegende Empfehlung des IQTIG für die Auffälligkeitskriterien zum Erfassungsjahr 2021 umfassen Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, zur Vollzähligkeit und Empfehlungen für neue Auffälligkeitskriterien. Die neuen Auffälligkeitskriterien werden in einer separaten Anlage inklusive der zugehörigen Rechenregeln dargestellt.

Die Empfehlungen zur *Weiterführung* beziehen sich auf bereits nach QSKH-RL etablierte Auffälligkeitskriterien. Die Empfehlungen zur *Verstetigung* beziehen sich auf Auffälligkeitskriterien, welche sich im Jahr der Erstanwendung befanden. Falls diese Auffälligkeitskriterien in ihrem Fortbestehen modifiziert werden sollen, ist die genaue Modifikation erläutert.

Nachfolgend sind alle QS-Verfahren gemäß DeQS-RL nach ihrer Nummerierung aufgeführt und die jeweiligen Empfehlungen der unterschiedlichen Arten von Auffälligkeitskriterien dem entsprechenden QS-Verfahren zugeordnet.

1 Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
852103	Häufige Angabe EF „unbekannt“	Einführung (Siehe Anlage 1)
852104	Häufige Angabe „sonstiges“ bei Indikation zur Koronarangiografie	Einführung (Siehe Anlage 1)
852105	Häufige Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“	Einführung (Siehe Anlage 1)
852106	Häufige Angabe Kreatininwert „unbekannt“	Einführung (Siehe Anlage 1)

2 Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

3 Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

4 Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

4.1 Dialysen

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

4.2 Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850308	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung (nach Pausieren zu EJ 2020 unveränderte Weiterführung)
850309	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen
850310	Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

Vollständigkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850255	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850256	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850278	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung (nach Pausieren zu EJ 2020 unveränderte Weiterführung)
850279	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850280	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

5 Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

5.1 Lebertransplantationen

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850299	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung (nach Pausieren zu EJ 2020 unveränderte Weiterführung)
850300	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen
850301	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850243	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850244	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850263	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung (nach Pausieren zu EJ 2020 unveränderte Weiterführung)

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850264	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen
850265	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

5.2 Leberlebendspenden

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850241	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850242	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850260	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung (nach Pausieren zu EJ 2020 unveränderte Weiterführung)
850261	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen
850262	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

5.3 Lungen und Herz-Lungen-Transplantationen

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850302	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung (nach Pausieren zu EJ 2020 unveränderte Weiterführung)
850303	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen
850304	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

Vollständigkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zur QIDB 2021
850245	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850246	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850266	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung (nach Pausieren zu EJ 2020 unveränderte Weiterführung)
850267	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zur QIDB 2021
850268	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

5.4 Herztransplantationen

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850293	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung (nach Pausieren zu EJ 2020 unveränderte Weiterführung)
850294	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen
850295	Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

Vollständigkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zur QIDB 2021
850239	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Herztransplantation)	Weiterführung
850240	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herztransplantation)	Weiterführung
850257	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung (nach Pausieren zu EJ 2020 unveränderte Weiterführung)
850258	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zur QIDB 2021
850259	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

5.5 Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zur QIDB 2021
851807	Angabe von VA-ECMO bei Systemart	Weiterführung
851810	Häufige Systemwechsel und -ergänzungen	Streichung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zur QIDB 2021
850249	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	Weiterführung
850250	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

5.6 Nierenlebendspenden

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zur QIDB 2021
850247	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850248	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850269	Zeitgerechte Durchführung des 1-Jahres-Follow-up	Weiterführung (nach Pausieren zu EJ 2020 unveränderte Weiterführung)
850270	Zeitgerechte Durchführung des 2-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen
850271	Zeitgerechte Durchführung des 3-Jahres-Follow-up	Pausieren fortsetzen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

6 Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

6.1 Isolierte Koronarchirurgie (KC)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850373	Ungewöhnlich hohes Risikoprofil	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
852111	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Einführung (Siehe Anlage 1)
852112	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Einführung (Siehe Anlage 1)

6.2 Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KC-KOMB)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850374	Ungewöhnlich hohes Risikoprofil	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

6.3 Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (AK-KATH)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850283	Ungewöhnlich hohes Risikoprofil	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850289	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)	Streichung
850290	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)	Streichung
850291	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)	Streichung
850292	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)	Streichung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
852109	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	Einführung (Siehe Anlage 1)
852110	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Einführung (Siehe Anlage 1)

6.4 Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (AK-CHIR)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850371	Ungewöhnlich hohes Risikoprofil	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
852107	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Einführung (Siehe Anlage 1)
852108	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Einführung (Siehe Anlage 1)

6.5 Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (MK-KATH)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
852004	Häufig fehlende Angaben zur Schweregradbeurteilung der Mitralklappeninsuffizienz	Streichung
852005	Häufig fehlende Angaben zur Schweregradbeurteilung der Mitralklappenstenose	Streichung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
852101	Häufig fehlende Angaben zur Schweregradbeurteilung der Mitralklappenerkrankung	Einführung (Siehe Anlage 1)
852115	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	Einführung (Siehe Anlage 1)
852116	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Einführung (Siehe Anlage 1)

6.6 Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (MK-CHIR)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
852002	Häufig fehlende Angaben zur Schweregradbeurteilung der Mitralklappeninsuffizienz	Streichung
852003	Häufig fehlende Angaben zur Schweregradbeurteilung der Mitralklappenstenose	Streichung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
852100	Häufig fehlende Angaben zur Schweregradbeurteilung der Mitralklappenerkrankung	Einführung (Siehe Anlage 1)
852113	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	Einführung (Siehe Anlage 1)
852114	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Einführung (Siehe Anlage 1)

6.7 Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe (HK-CHIR)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

6.8 Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe (HK-KATH)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bisher keine AK-Berechnungen

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

6.9 Herzchirurgie

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Bisher keine AK-Berechnungen

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850253	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Weiterführung
850254	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850281	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

7 Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850086	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850223	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

8 Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	Weiterführung <u>Modifikation</u> Einführung eines festen Referenzbereichs von $\leq 20\%$
811825	Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	Pausieren
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

9 Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	Weiterführung
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	Weiterführung
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	Weiterführung
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	Weiterführung
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	Verstetigung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

10 Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850231	Häufige Angabe einer unspezifischen Histologie beim führenden Befund	Weiterführung
851911	Angabe, dass das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden ist bei gleichzeitiger Kodierung von links und rechts oder beidseitiger (Salpingo-)Ovariectomie	Weiterführung
851912	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation von intraoperativen Komplikationen	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

11 Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)	Weiterführung
850361	Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“	Pausieren
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	Weiterführung

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

12 Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

12.1 Herzschrittmacher-Implantation

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
813070	Häufig führendes Symptom 'sonstiges'	Weiterführung
813071	Häufig führende Indikation 'sonstiges'	Weiterführung
851901	Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Weiterführung
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

12.2 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Keine

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
813073	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Weiterführung
850165	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850218	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

12.3 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850339	Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
813074	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Weiterführung
850167	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850219	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

12.4 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis 'sonstige'	Weiterführung
851903	Häufig keine Durchleuchtung durchgeführt	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
851801	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Weiterführung
850194	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850220	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

12.5 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

Keine

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
851802	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Weiterführung
850195	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850221	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

12.6 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
851904	Häufig sonstige aggregatbezogene Indikation, sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
851803	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Weiterführung
850198	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850222	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

13 Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

13.1 Geburtshilfe

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	Weiterführung
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

13.2 Neonatologie

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	Weiterführung <u>Modifikation:</u> Senkung der Mindestanzahl im Nenner auf 10.
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	Weiterführung
851800	Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab	Weiterführung
851812	Hohes Risiko, aber kein dokumentiertes Ereignis	Streichung
851813	Letale Fehlbildung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	Weiterführung <u>Modifikation:</u> Erweiterung des Nenners neben letalen angeborenen Erkrankungen auf zusätzlich schwere Erkrankungen. Titelanpassung in: „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“
851814	Gestationsalter erscheint zu niedrig oder zu hoch für das dokumentierte Geburtsgewicht	Pausieren

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
851902	Häufig fehlende Angabe der BPD	Weiterführung <u>Modifikation:</u> Titeländerung in: „Häufige fehlende Angabe der moderaten oder schweren BPD“
852001	Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung	Verstetigung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

14 Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

14.1 Hüftendoprothesenversorgung

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	Weiterführung <u>Modifikation:</u> Einschränkung der Diagnosen im Nenner von T84.0 auf T84.04.
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	Weiterführung <u>Modifikation:</u> Senkung des Referenzbereichs auf $\leq 40\%$.
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	Weiterführung
851905	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	Weiterführung <u>Modifikation:</u> Senkung des Referenzbereichs auf $\leq 90\%$. Titeländerung in: „Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer“.
851906	Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisation	Streichung

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
851907	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Weiterführung
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	Weiterführung
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	Weiterführung
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	Weiterführung
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	Weiterführung
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
852102	Angabe von ASA 5	Einführung (Siehe Anlage 1)

14.2 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850147	Angabe von ASA 5	Weiterführung
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	Weiterführung
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	Weiterführung <u>Modifikation:</u> Erweiterung der Grundgesamtheit im Nenner um drei weitere Diagnosen (T84.14, T84.7, T84.8). Anhebung der Mindestanzahl im Nenner auf 3.

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine

15 Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

Plausibilität und Vollständigkeit: Empfehlungen zur Verstetigung der Auffälligkeitskriterien in der Erstanwendung oder zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 2021
850305	Angabe von ASA 5	Streichung
850306	Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Erstimplantationen	Weiterführung <u>Modifikation:</u> Anpassung des percentilbasierten Referenzbereichs auf einen festen Referenzbereich von $\leq 5\%$
850307	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	Weiterführung <u>Modifikation:</u> Einschränkung der Diagnosen im Nenner von T84.0 auf T84.05.
850336	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	Weiterführung
851908	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	Weiterführung
851909	Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisierung	Streichung
851910	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	Weiterführung

Vollzähligkeit: Empfehlungen zur Weiterführung der bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

AK-ID	AK-Bezeichnung	Empfehlung IQTIG zum EJ 021
850375	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Weiterführung
850349	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Weiterführung
850344	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	Weiterführung
850345	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	Weiterführung
850346	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	Weiterführung
850347	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	Weiterführung
850370	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Weiterführung

Empfehlungen für die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien

Keine



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Empfehlungen für neue Auffälligkeitskriterien zum Erfassungsjahr 2021

Anlage 1

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 10. Dezember 2021

Impressum

Thema:

Empfehlungen für neue Auffälligkeitskriterien zum Erfassungsjahr 2021. Anlage 1: Rechenregeln.

Ansprechpartnerin:

Anna Maria Steinmann

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

30. November 2021, geänderte Fassung vom 10. Dezember 2021

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

Hintergrund	6
Hüftendoprothesenversorgung.....	7
852102: Angabe von ASA 5	7
Verwendete Datenfelder	7
Eigenschaften und Berechnung	8
Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie.....	9
852103: Häufige Angabe EF „unbekannt“	9
Verwendete Datenfelder	9
Eigenschaften und Berechnung	10
852104: Häufige Angabe „sonstiges“ bei Indikation zur Koronarangiografie.....	11
Verwendete Datenfelder	11
Eigenschaften und Berechnung	12
852105: Häufige Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“	13
Verwendete Datenfelder	13
Eigenschaften und Berechnung	14
852106: Häufige Angabe Kreatininwert „unbekannt“	15
Verwendete Datenfelder	15
Eigenschaften und Berechnung	16
Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)	17
852111: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	17
Verwendete Datenfelder	17
Eigenschaften und Berechnung	18
852112: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	20
Verwendete Datenfelder	20
Eigenschaften und Berechnung	21
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	23
Anhang II: Listen	25
Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH).....	27
852109: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	27
Verwendete Datenfelder	27
Eigenschaften und Berechnung	28
852110: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	30
Verwendete Datenfelder	30

Eigenschaften und Berechnung	31
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	33
Anhang II: Listen	35
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR)	37
852107: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	37
Verwendete Datenfelder	37
Eigenschaften und Berechnung	38
852108: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	40
Verwendete Datenfelder	40
Eigenschaften und Berechnung	41
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	43
Anhang II: Listen	45
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH)	47
852101: Häufig fehlende Angaben zur Schweregradbeurteilung der Mitralklappenerkrankung.....	47
Verwendete Datenfelder	47
Eigenschaften und Berechnung	49
852115: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	51
Verwendete Datenfelder	51
Eigenschaften und Berechnung	52
852116: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	54
Verwendete Datenfelder	54
Eigenschaften und Berechnung	55
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	57
Anhang II: Listen	59
Anhang IV: Funktionen	61
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR)	62
852100: Häufig fehlende Angaben zur Schweregradbeurteilung der Mitralklappenerkrankung.....	62
Verwendete Datenfelder	62
Eigenschaften und Berechnung	64
852113: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	66
Verwendete Datenfelder	66
Eigenschaften und Berechnung	67
852114: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	69
Verwendete Datenfelder	69
Eigenschaften und Berechnung	70
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	72

Anhang II: Listen	75
Anhang IV: Funktionen	77

Hintergrund

In dem vorliegenden Dokument sind die Empfehlungen des IQTIG für die **Einführung neuer Auffälligkeitskriterien** zum Erfassungsjahr 2021 als Anlage 1 zu den Empfehlungen für die Auffälligkeitskriterien zum Erfassungsjahr 2021 beschrieben. In dieser Anlage werden die zur Einführung empfohlenen Auffälligkeitskriterien mit den jeweiligen Rechenregeln und einer voraussichtlichen Verteilung der rechnerischen Auffälligkeit dargestellt.

Es werden neue Auffälligkeitskriterien für folgende QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule empfohlen:

- Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)
- Perkutane Koronarintervention (QS-PCI)
- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS-KCHK)

Die nachfolgend genannten Anhänge, werden ausschließlich wenn diese zutreffen direkt zum jeweiligem Verfahren aufgeführt:

- Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)
- Anhang II: Listen
- Anhang III: Vorberechnungen
- Anhang IV: Funktionen

Hüftendoprothesenversorgung

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 Berechnung

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>
Berechnungsart	Anzahl
Referenzbereich 2021	= 0
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. 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

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

852103: Häufige Angabe EF „unbekannt“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
19:B	Ejektionsfraktion unter 40%	M	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt	EJEKTIONSFRAKTION
58.3:PROZ	Exitus im Herzkatheterlabor	K	1 = ja	EXITUS

Eigenschaften und Berechnung

ID	852103
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die EF geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlerhafte Dokumentation der Ejektionsfraktion (EF)</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie</p> <p>56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI</p> <p>56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt</p> <p>56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)</p> <p>56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)</p>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Alle Fälle mit einer als „unbekannt“ dokumentierten EF</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten die im Herzkatheterlabor verstorben sind</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	EJEKTIONSFRAKTION %==% 9
Nenner (Formel)	all(EXITUS %!=% 1) %group_by% TDS_B
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

852104: Häufige Angabe „sonstiges“ bei Indikation zur Koronarangiografie

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
30:PROZ	Art der Prozedur	M	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	ARTPROZEDUR
37:KORO	führende Indikation für diese Koronarangiografie	M	1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = Verdacht auf Progression der bekannten KHK 3 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 6 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden) 7 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%) 9 = Vitium bzw. Endokarditis 99 = sonstige	INDIKKORO

Eigenschaften und Berechnung

ID	852104
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Fälle für die eine Angabe „Sonstiges“ erfolgt ist, werden nicht in die u.g. QI einbezogen.</p> <p>Hypothese Fehldokumentation der führenden Indikation für die Koronarangiographie.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>56000: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie 56001: Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund</p>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	$\leq x$ % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021	-
Rechenregeln	<p>Zähler Fälle für die eine Angabe „sonstiges“ als führende Indikation für eine Koronarangiographie dokumentiert wurde</p> <p>Nenner Alle Fälle für die eine isolierte Koronarangiographie oder eine einzeitige PCI erfolgt ist</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:KORO
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	INDIKKORO %==% 99
Nenner (Formel)	ARTPROZEDUR %in% c(1,3)
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

852105: Häufige Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
18:B	Zustand nach koronarer Bypass-OP	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	ZNBYPASS

Eigenschaften und Berechnung

ID	852105
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Das Datenfeld zum „Zustand nach koronarer Bypass-OP“ geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation. Die Angabe liegt für die Darstellung der Koronargefäße vor.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie</p> <p>56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI</p> <p>56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt</p> <p>56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)</p> <p>56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)</p>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Alle Fälle mit einer Angabe „unbekannt“ für den Zustand nach Bypass-OP</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	ZNBYPASS %==% 9
Nenner (Formel)	TRUE
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

852106: Häufige Angabe Kreatininwert „unbekannt“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
32:PROZ	Dringlichkeit der Prozedur	M	1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig	DRINGLICHPROZ
33.3:PROZ	Kreatininwert i.S. unbekannt	K	1 = ja	KREATININWERTNB

Eigenschaften und Berechnung

ID	852106
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Das Datenfeld „Kreatininwert“ geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation des Kreatininwerts (bei Kontrastmittelgabe ist in der Regel die Nierenfunktion vorher bekannt).</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>56018: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie</p> <p>56020: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI</p> <p>56022: MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt</p> <p>56024: 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)</p> <p>56026: 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)</p>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	$\leq x$ % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Fälle für die eine Angabe „unbekannt“ beim Kreatininwert dokumentiert wurde</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle unter Ausschluss von Notfällen</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PCI:PROZ
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	KREATININWERTNB $\% = \% 1$
Nenner (Formel)	DRINGLICHPROZ $\% ! = \% 3$
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)

852111: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
48:PROZ	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 27:B	Operationen- und Pro- zedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPSCHELUESSEL
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	MDS_alter

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	852111
Jahr der Erstanwendung	2021
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	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 100,00 %
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
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	<p>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.</p> <p>Das Stellungnahmeverfahren wird mit dem Standort stellvertretend für das Krankenhaus (IKNR) geführt, der die meisten Fälle behandelt hat.</p>
Teildatensatzbezug	HCH: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 # HCH:O: (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_KC_OPS & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & # HCH:B:</pre>

	<pre> alter %>=% 18) # MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HCH" & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_KC_OPS & !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & MDS_alter %>=% 18) </pre>
Nenner (Formel)	<pre> # Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich # HCH_KC # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	<pre> QSF_HCH_KC_OPS QSF_HCH_OPS_EX </pre>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

852112: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
48:PROZ	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 27:B	Operationen- und Pro- zedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPSCHELUESSEL
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 Berechnung

ID	852112
Jahr der Erstanwendung	2021
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	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
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	<p>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.</p> <p>Das Stellungnahmeverfahren wird mit dem Standort stellvertretend für das Krankenhaus (IKNR) geführt, der die meisten Fälle behandelt hat.</p>
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<pre># Anzahl der gelieferten vollständigen und # plausiblen Datensätze mit # HCH:O: (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_KC_OPS & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & # HCH:B: alter %>=% 18) </pre>

	<pre># MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HCH" & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_KC_OPS & !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & MDS_alter %>=% 18)</pre>
Nenner (Formel)	<pre># Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich # HCH_KC # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	<pre>QSF_HCH_KC_OPS QSF_HCH_OPS_EX</pre>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

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
NEO	Neonatologie

Schlüssel: Modul	
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
QSF_HCH_KC_OPS	OPS	Koronarchirurgische Operationen	5-361.03%, 5-361.07%, 5-361.08%, 5-361.13%, 5-361.17%, 5-361.18%, 5-361.23%, 5-361.27%, 5-361.28%, 5-361.33%, 5-361.37%, 5-361.38%, 5-361.43%, 5-361.47%, 5-361.48%, 5-361.53%, 5-361.57%, 5-361.58%, 5-362.03%, 5-362.07%, 5-362.13%, 5-362.17%, 5-362.23%, 5-362.27%, 5-362.33%, 5-362.37%, 5-362.43%, 5-362.47%, 5-362.53%, 5-362.57%, 5-362.63%, 5-362.67%, 5-362.73%, 5-362.77%, 5-362.83%, 5-362.87%, 5-362.93%, 5-362.97%, 5-362.a3%, 5-362.a7%, 5-362.b3%, 5-362.b7%, 5-362.c3%, 5-362.c7%, 5-362.d3%, 5-362.d7%, 5-362.e3%, 5-362.e7%, 5-362.f3%, 5-362.f7%, 5-362.g3%, 5-362.g7%, 5-362.h3%, 5-362.h7%, 5-362.x3%, 5-362.x7%, 5-362.y%, 5-363.4%
QSF_HCH_OPS_EX	OPS	Ausschluss-Prozeduren	5-352.04%, 5-352.05%, 5-352.24%, 5-352.25%, 5-354.08%, 5-354.09%, 5-354.0a%, 5-354.0b%, 5-354.28%, 5-354.29%, 5-355.0%, 5-355.1%, 5-355.x%, 5-355.y%, 5-356.3%, 5-356.4%, 5-356.5%, 5-356.6%, 5-356.7%, 5-356.8%, 5-357.1%, 5-357.2%, 5-357.3%, 5-357.4%, 5-357.5%, 5-357.7%, 5-357.8%, 5-357.9%, 5-358.05%, 5-358.07%, 5-358.15%, 5-358.17%, 5-358.25%, 5-358.27%, 5-358.37%, 5-358.40%, 5-358.41%, 5-358.42%, 5-358.43%, 5-358.44%, 5-358.45%, 5-358.46%, 5-358.47%, 5-358.48%, 5-358.4x%, 5-358.50%, 5-358.51%, 5-358.52%, 5-358.53%, 5-358.54%, 5-358.55%, 5-358.56%, 5-358.57%, 5-358.58%, 5-358.5x%, 5-359.0%, 5-359.10%, 5-359.11%, 5-359.12%, 5-359.1x%, 5-359.20%, 5-359.21%, 5-359.30%, 5-359.31%, 5-359.4%, 5-359.5%, 5-359.60%, 5-359.61%, 5-359.62%, 5-359.63%, 5-359.64%, 5-359.65%, 5-359.66%, 5-359.67%, 5-359.6x%, 5-359.8%, 5-375.0%, 5-375.1%, 5-375.2%, 5-375.3%, 5-375.4%, 5-375.y%, 5-376.40%, 5-376.41%, 5-376.50%, 5-376.51%, 5-376.60%, 5-376.61%, 5-376.70%, 5-376.71%, 5-376.80%, 5-376.81%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-376.90%, 5-376.91%, 5-376.94%, 5-376.9x%, 5-381.00%, 5-381.01%, 5-381.02%, 5-381.03%, 5-382.00%, 5-382.01%, 5-382.02%, 5-382.03%, 5-383.00%, 5-383.01%, 5-383.02%, 5-383.03%, 5-384.01%, 5-384.02%, 5-384.0x%, 5-384.11%, 5-384.12%, 5-384.1x%, 5-384.31%, 5-384.32%, 5-384.3x%, 5-384.41%, 5-384.42%, 5-384.43%, 5-384.44%, 5-384.45%, 5-384.46%, 5-384.4x%, 5-384.51%, 5-384.52%, 5-384.53%, 5-384.54%, 5-384.55%, 5-384.56%, 5-384.5x%, 5-384.61%, 5-384.62%, 5-384.63%, 5-384.64%, 5-384.65%, 5-384.66%, 5-384.6x%, 5-384.71%, 5-384.72%, 5-384.73%, 5-384.74%, 5-384.75%, 5-384.76%, 5-384.7x%, 5-384.8%, 5-384.d1%, 5-384.d2%, 5-384.dx%, 5-384.e1%, 5-384.e2%, 5-384.ex%, 5-384.f1%, 5-384.f2%, 5-384.fx%, 5-393.00%, 5-393.01%, 5-393.02%, 5-393.03%, 5-395.00%, 5-395.01%, 5-395.02%, 5-395.03%, 5-396.00%, 5-396.01%, 5-396.02%, 5-396.03%, 5-397.00%, 5-397.01%, 5-397.02%, 5-397.03%, 5-981%, 5-982.1%, 5-982.2%, 5-982.x%, 5-982.y%

Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-KATH)

852109: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
48:PROZ	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 27:B	Operationen- und Pro- zedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS OPSCHLUESSEL
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag 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	852109
Jahr der Erstanwendung	2021
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	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 100,00 %
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
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	<p>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.</p> <p>Das Stellungnahmeverfahren wird mit dem Standort stellvertretend für das Krankenhaus (IKNR) geführt, der die meisten Fälle behandelt hat.</p>
Teildatensatzbezug	HCH: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 # HCH:O: (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_AK_KATH_OPS & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & # HCH:B:</pre>

	<pre> alter %>=% 18) # MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HCH" & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_AK_KATH_OPS & !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & MDS_alter %>=% 18) </pre>
Nenner (Formel)	<pre> # Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich # HCH_AK_KATH # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	<pre> QSF_HCH_AK_KATH_OPS QSF_HCH_OPS_EX </pre>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

852110: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
48:PROZ	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 27:B	Operationen- und Pro- zedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPSCHELUESSEL
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag 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	852110
Jahr der Erstanwendung	2021
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	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
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	<p>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.</p> <p>Das Stellungnahmeverfahren wird mit dem Standort stellvertretend für das Krankenhaus (IKNR) geführt, der die meisten Fälle behandelt hat.</p>
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<pre># Anzahl der gelieferten vollständigen und # plausiblen Datensätze mit # HCH:O: (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_AK_KATH_OPS & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & # HCH:B: alter %>=% 18) </pre>

	<pre># MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HCH" & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_AK_KATH_OPS & !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & MDS_alter %>=% 18)</pre>
Nenner (Formel)	<pre># Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich # HCH_AK_KATH # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	<pre>QSF_HCH_AK_KATH_OPS QSF_HCH_OPS_EX</pre>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

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
NEO	Neonatologie

Schlüssel: Modul	
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
QSF_HCH_AK_KATH_OPS	OPS	Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe	5-35a.01%, 5-35a.02%, 5-35a.03%, 5-35a.04%
QSF_HCH_OPS_EX	OPS	Ausschluss-Prozeduren	5-352.04%, 5-352.05%, 5-352.24%, 5-352.25%, 5-354.08%, 5-354.09%, 5-354.0a%, 5-354.0b%, 5-354.28%, 5-354.29%, 5-355.0%, 5-355.1%, 5-355.x%, 5-355.y%, 5-356.3%, 5-356.4%, 5-356.5%, 5-356.6%, 5-356.7%, 5-356.8%, 5-357.1%, 5-357.2%, 5-357.3%, 5-357.4%, 5-357.5%, 5-357.7%, 5-357.8%, 5-357.9%, 5-358.05%, 5-358.07%, 5-358.15%, 5-358.17%, 5-358.25%, 5-358.27%, 5-358.37%, 5-358.40%, 5-358.41%, 5-358.42%, 5-358.43%, 5-358.44%, 5-358.45%, 5-358.46%, 5-358.47%, 5-358.48%, 5-358.4x%, 5-358.50%, 5-358.51%, 5-358.52%, 5-358.53%, 5-358.54%, 5-358.55%, 5-358.56%, 5-358.57%, 5-358.58%, 5-358.5x%, 5-359.0%, 5-359.10%, 5-359.11%, 5-359.12%, 5-359.1x%, 5-359.20%, 5-359.21%, 5-359.30%, 5-359.31%, 5-359.4%, 5-359.5%, 5-359.60%, 5-359.61%, 5-359.62%, 5-359.63%, 5-359.64%, 5-359.65%, 5-359.66%, 5-359.67%, 5-359.6x%, 5-359.8%, 5-375.0%, 5-375.1%, 5-375.2%, 5-375.3%, 5-375.4%, 5-375.y%, 5-376.40%, 5-376.41%, 5-376.50%, 5-376.51%, 5-376.60%, 5-376.61%, 5-376.70%, 5-376.71%, 5-376.80%, 5-376.81%, 5-376.90%, 5-376.91%, 5-376.94%, 5-376.9x%, 5-381.00%, 5-381.01%, 5-381.02%, 5-381.03%, 5-382.00%, 5-382.01%, 5-382.02%, 5-382.03%, 5-383.00%, 5-383.01%, 5-383.02%, 5-383.03%, 5-384.01%, 5-384.02%, 5-384.0x%, 5-384.11%, 5-384.12%, 5-384.1x%, 5-384.31%, 5-384.32%, 5-384.3x%, 5-384.41%, 5-384.42%, 5-384.43%, 5-384.44%, 5-384.45%, 5-384.46%, 5-384.4x%, 5-384.51%, 5-384.52%, 5-384.53%, 5-384.54%, 5-384.55%, 5-384.56%, 5-384.5x%, 5-384.61%, 5-384.62%, 5-384.63%, 5-384.64%, 5-384.65%, 5-384.66%, 5-384.6x%, 5-384.71%, 5-384.72%, 5-384.73%, 5-384.74%, 5-384.75%, 5-384.76%, 5-384.7x%, 5-384.8%, 5-384.d1%, 5-384.d2%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-384.dx%, 5-384.e1%, 5-384.e2%, 5-384.ex%, 5-384.f1%, 5-384.f2%, 5-384.fx%, 5-393.00%, 5-393.01%, 5-393.02%, 5-393.03%, 5-395.00%, 5-395.01%, 5-395.02%, 5-395.03%, 5-396.00%, 5-396.01%, 5-396.02%, 5-396.03%, 5-397.00%, 5-397.01%, 5-397.02%, 5-397.03%, 5-981%, 5-982.1%, 5-982.2%, 5-982.x%, 5-982.y%

Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (KCHK-AK-CHIR)

852107: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
48:PROZ	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 27:B	Operationen- und Pro- zedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS OPSCHLUESSEL
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag 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	852107
Jahr der Erstanwendung	2021
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	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 100,00 %
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
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	<p>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.</p> <p>Das Stellungnahmeverfahren wird mit dem Standort stellvertretend für das Krankenhaus (IKNR) geführt, der die meisten Fälle behandelt hat.</p>
Teildatensatzbezug	HCH: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 # HCH:O: (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_AK_CHIR_OPS & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & # HCH:B:</pre>

	<pre> alter %>=% 18) # MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HCH" & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_AK_CHIR_OPS & !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & MDS_alter %>=% 18) </pre>
Nenner (Formel)	<pre> # Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich # HCH_AK_CHIR # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	<pre> QSF_HCH_AK_CHIR_OPS QSF_HCH_OPS_EX </pre>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

852108: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
48:PROZ	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 27:B	Operationen- und Pro- zedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPSCHELUESSEL
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag 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	852108
Jahr der Erstanwendung	2021
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	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
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	<p>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.</p> <p>Das Stellungnahmeverfahren wird mit dem Standort stellvertretend für das Krankenhaus (IKNR) geführt, der die meisten Fälle behandelt hat.</p>
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<pre># Anzahl der gelieferten vollständigen und # plausiblen Datensätze mit # HCH:O: (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_AK_CHIR_OPS & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & # HCH:B: alter %>=% 18) </pre>

	<pre># MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HCH" & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_AK_CHIR_OPS & !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & MDS_alter %>=% 18)</pre>
Nenner (Formel)	<pre># Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich # HCH_AK_CHIR # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	<pre>QSF_HCH_AK_CHIR_OPS QSF_HCH_OPS_EX</pre>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

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
NEO	Neonatologie

Schlüssel: Modul	
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
QSF_HCH_AK_CHIR_OPS	OPS	Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe	5-351.01%, 5-351.02%, 5-351.03%, 5-351.04%, 5-351.05%, 5-351.06%, 5-351.07%, 5-351.0x%, 5-352.00%, 5-352.01%, 5-352.02%, 5-352.03%, 5-352.06%, 5-352.07%, 5-352.08%, 5-352.0x%, 5-353.0%, 5-353.6%, 5-353.7%, 5-354.0c%, 5-358.00%, 5-358.01%, 5-358.02%, 5-358.03%, 5-358.04%, 5-358.06%, 5-358.0x%
QSF_HCH_OPS_EX	OPS	Ausschluss-Prozeduren	5-352.04%, 5-352.05%, 5-352.24%, 5-352.25%, 5-354.08%, 5-354.09%, 5-354.0a%, 5-354.0b%, 5-354.28%, 5-354.29%, 5-355.0%, 5-355.1%, 5-355.x%, 5-355.y%, 5-356.3%, 5-356.4%, 5-356.5%, 5-356.6%, 5-356.7%, 5-356.8%, 5-357.1%, 5-357.2%, 5-357.3%, 5-357.4%, 5-357.5%, 5-357.7%, 5-357.8%, 5-357.9%, 5-358.05%, 5-358.07%, 5-358.15%, 5-358.17%, 5-358.25%, 5-358.27%, 5-358.37%, 5-358.40%, 5-358.41%, 5-358.42%, 5-358.43%, 5-358.44%, 5-358.45%, 5-358.46%, 5-358.47%, 5-358.48%, 5-358.4x%, 5-358.50%, 5-358.51%, 5-358.52%, 5-358.53%, 5-358.54%, 5-358.55%, 5-358.56%, 5-358.57%, 5-358.58%, 5-358.5x%, 5-359.0%, 5-359.10%, 5-359.11%, 5-359.12%, 5-359.1x%, 5-359.20%, 5-359.21%, 5-359.30%, 5-359.31%, 5-359.4%, 5-359.5%, 5-359.60%, 5-359.61%, 5-359.62%, 5-359.63%, 5-359.64%, 5-359.65%, 5-359.66%, 5-359.67%, 5-359.6x%, 5-359.8%, 5-375.0%, 5-375.1%, 5-375.2%, 5-375.3%, 5-375.4%, 5-375.y%, 5-376.40%, 5-376.41%, 5-376.50%, 5-376.51%, 5-376.60%, 5-376.61%, 5-376.70%, 5-376.71%, 5-376.80%, 5-376.81%, 5-376.90%, 5-376.91%, 5-376.94%, 5-376.9x%, 5-381.00%, 5-381.01%, 5-381.02%, 5-381.03%, 5-382.00%, 5-382.01%, 5-382.02%, 5-382.03%, 5-383.00%, 5-383.01%, 5-383.02%, 5-383.03%, 5-384.01%, 5-384.02%, 5-384.0x%, 5-384.11%, 5-384.12%, 5-384.1x%, 5-384.31%, 5-384.32%, 5-384.3x%, 5-384.41%, 5-384.42%, 5-384.43%, 5-384.44%, 5-384.45%, 5-384.46%, 5-384.4x%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-384.51%, 5-384.52%, 5-384.53%, 5-384.54%, 5-384.55%, 5-384.56%, 5-384.5x%, 5-384.61%, 5-384.62%, 5-384.63%, 5-384.64%, 5-384.65%, 5-384.66%, 5-384.6x%, 5-384.71%, 5-384.72%, 5-384.73%, 5-384.74%, 5-384.75%, 5-384.76%, 5-384.7x%, 5-384.8%, 5-384.d1%, 5-384.d2%, 5-384.dx%, 5-384.e1%, 5-384.e2%, 5-384.ex%, 5-384.f1%, 5-384.f2%, 5-384.fx%, 5-393.00%, 5-393.01%, 5-393.02%, 5-393.03%, 5-395.00%, 5-395.01%, 5-395.02%, 5-395.03%, 5-396.00%, 5-396.01%, 5-396.02%, 5-396.03%, 5-397.00%, 5-397.01%, 5-397.02%, 5-397.03%, 5-981%, 5-982.1%, 5-982.2%, 5-982.x%, 5-982.y%

Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-KATH)

852101: Häufig fehlende Angaben zur Schweregradbeurteilung der Mitralklappenerkrankung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	M	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	M	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	M	0 = nein 1 = ja	MITREING
52:PROZ	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen	M	0 = nein 1 = ja	WEITEINGR
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
54:PROZ	Zugang	M	1 = konventionelle Sternotomie 2 = minimalinvasiver operativer Zugang 3 = endovaskulärer Zugang, arteriell 4 = endovaskulärer Zugang, venös 5 = transapikaler Zugang	ZUGANGHCH
71:MKE	Mitralklappenvitium	M	0 = kein oder kein hämodynamisch relevantes Vitium 1 = Stenose 2 = Insuffizienz 3 = kombiniertes Vitium mit führender Stenose 4 = kombiniertes Vitium mit führender Insuffizienz	VITIUM
72:MKE	führende Genese der Mitralklappeninsuffizienz	K	1 = primär 2 = sekundär 3 = gemischt, überwiegend valvulär degenerativ	INSUFF

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			4 = gemischt, überwiegend funktionell	
73.1:MKE	effektive Mitralklappenregurgitationsfläche (EROA)	K	in cm ²	EROA
74.1:MKE	Mitralklappenregurgitationsvolumen (RVOL)	K	in ml/Schlag	RVOL
75.1:MKE	Vena contracta	K	in mm	VENAC
77.1:MKE	Mitralklappenöffnungsfläche	K	in cm ²	MKOEFFN
80.2:MKE	Flail leaflet	K	1 = ja	FLAILLEAFLET
80.3:MKE	Ruptur der Papillarmuskulatur	K	1 = ja	RUPTPAPIL
80.4:MKE	erhebliche Koaptationslücke	K	1 = ja	KOAPTLUECK
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

* Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	852101
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Erhebung von Echokardiographieparametern (EROA, RVOL, Vena contracta bei vorliegender Mitralklappeninsuffizienz, Mitralklappenöffnungsfläche bei vorliegender Mitralklappenstenose) ist von zentraler Bedeutung zur Einschätzung des Schweregrads einer Mitralklappeninsuffizienz bzw. einer Mitralklappenstenose und somit auch für die Berechnung der leitlinienkonformen Indikationsstellung für einen Mitralklappeneingriff.</p> <p>Wird kein numerischer Wert für die Echokardiographieparameter dokumentiert und liegen gleichzeitig keine weiteren klinischen/echokardiographischen Parameter vor (kein Flail Leaflet, keine Ruptur der Papillarmuskulatur oder keine erhebliche Koaptationslücke), kann eine Schweregradbeurteilung der Mitralklappeninsuffizienz bzw. der Mitralklappenstenose nicht adäquat erfolgen. Tritt dies zu häufig auf, kann eine somit verminderte Dokumentationsqualität die Ergebnisse des Qualitätsindikators zur leitlinienkonformen Indikationsstellung für einen Mitralklappeneingriff stark beeinflussen und so ggf. eine verfälschte Ergebnisinterpretation dieses Qualitätsindikators zur Folge haben. Zudem ermöglicht die Einführung eines solchen Auffälligkeitskriteriums einen höheren Anreiz für die Erhebung mindestens eines dieser relevanten Parameter mittels Echokardiographie.</p> <p>Hypothese</p> <p>Ein zu häufiges Auftreten der Dokumentation „unbekannt“ in den betrachteten Echokardiographieparametern liefert Hinweise auf eine unzureichende Diagnostik vor einem Mitralklappeneingriff oder auf eine fehlende Sorgfalt bei der Dokumentation. Bei der Angabe des numerischen Werts „0“ muss von einem Dokumentationsfehler ausgegangen werden.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	392000: Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021	<p>Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist zu prüfen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ob die Antwortoption „unbekannt“ oder die Angabe Wert „0“ für die Echokardiographieparameter (EROA, RVOL, Vena contracta bei vorliegender Mitralklappeninsuffizienz, Mitralklappenöffnungsfläche bei vorliegender Mitralklappenstenose) jeweils korrekt gewählt wurde und gleichzeitig die weiteren klinischen/echokardiographischen Parameter tatsächlich nicht vorlagen bzw. erhoben wurden. Ist die Angabe „unbekannt“ korrekt dokumentiert, kann dies hingegen auf eine unzureichende Diagnostik hindeuten. Dies sollte im Dialog mit den Leistungserbringern weiter geprüft werden. 2. Ob die Antwortoption „unbekannt“ oder die Angabe Wert „0“ der Echokardiographieparameter (EROA, RVOL, Vena contracta bei vorliegender Mitralklappeninsuffizienz, Mitralklappenöffnungsfläche bei vorliegender Mitralklappenstenose) nicht korrekt gewählt wurde und dies somit auf eine fehlende Sorgfalt der Dokumentation hinweist.
Rechenregeln	Zähler

	<p>Patientinnen und Patienten bei vorliegender Mitralklappeninsuffizienz mit Angabe „unbekannt“ oder Wert „0“ für alle drei Echokardiographieparameter EROA, RVOL und Vena contracta und ohne Vorliegen einer erheblichen Koaptationslücke und bei primärer Mitralklappeninsuffizienz zudem ohne Vorliegen eines Flail Leaflets oder einer Ruptur der Papillarmuskulatur und Patientinnen und Patienten bei vorliegender Mitralklappenstenose mit Angabe „unbekannt“ oder Wert „0“ für den Echokardiographieparameter „Mitralklappenöffnungsfläche“</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten kathetergestützten Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben bei Vorliegen einer Mitralklappeninsuffizienz oder einer Mitralklappenstenose</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<pre>(VITIUM ==% 1 & (is.na(MKOEFFN) MKOEFFN ==% 0.0)) (VITIUM ==% 2 & is.na(KOAPTLUECK) & (is.na(EROA) EROA ==% 0.0) & (is.na(RVOL) RVOL ==% 0) & (is.na(VENAC) VENAC ==% 0) & ((INSUFF ==% 2 INSUFF ==% 4) (is.na(RUPTPAPIL) & is.na(FLAILLEAFLET)))) (VITIUM in% c(3,4) & is.na(KOAPTLUECK) & (is.na(MKOEFFN) MKOEFFN ==% 0.0) & (is.na(EROA) EROA ==% 0.0) & (is.na(RVOL) RVOL ==% 0) & (is.na(VENAC) VENAC ==% 0) & ((INSUFF ==% 2 INSUFF ==% 4) (is.na(RUPTPAPIL) & is.na(FLAILLEAFLET))))</pre>
Nenner (Formel)	<pre>fn_IstErsteOP & fn_OPistKCHK_MKkath & VITIUM in% c(1,2,3,4)</pre>
Verwendete Funktionen	<pre>fn_IstErsteOP fn_OPistKCHK_MKkath fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff</pre>
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

852115: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
48:PROZ	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 27:B	Operationen- und Pro- zedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPSCHELUESSEL
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag 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	852115
Jahr der Erstanwendung	2021
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	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 100,00 %
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
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	<p>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.</p> <p>Das Stellungnahmeverfahren wird mit dem Standort stellvertretend für das Krankenhaus (IKNR) geführt, der die meisten Fälle behandelt hat.</p>
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<pre># Anzahl der gelieferten vollständigen und # plausiblen Datensätze mit # HCH:O: (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_MK_KATH_OPS & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & # HCH:B: alter %>=% 18</pre>

	<pre>) # MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HCH" & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_MK_KATH_OPS & !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & MDS_alter %>=% 18) </pre>
Nenner (Formel)	<pre> # Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich # HCH_MK_KATH # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	<pre> QSF_HCH_MK_KATH_OPS QSF_HCH_OPS_EX </pre>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

852116: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
48:PROZ	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 27:B	Operationen- und Pro- zedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPSCHELUESSEL
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag 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	852116
Jahr der Erstanwendung	2021
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	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
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	<p>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.</p> <p>Das Stellungnahmeverfahren wird mit dem Standort stellvertretend für das Krankenhaus (IKNR) geführt, der die meisten Fälle behandelt hat.</p>
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<pre># Anzahl der gelieferten vollständigen und # plausiblen Datensätze mit # HCH:O: (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_MK_KATH_OPS & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & # HCH:B: alter %>=% 18) </pre>

	<pre># MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HCH" & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_MK_KATH_OPS & !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & MDS_alter %>=% 18)</pre>
Nenner (Formel)	<pre># Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich # HCH_MK_KATH # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	<pre>QSF_HCH_MK_KATH_OPS QSF_HCH_OPS_EX</pre>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

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
NEO	Neonatologie

Schlüssel: Modul	
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
QSF_HCH_MK_KATH_OPS	OPS	Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe	5-35a.30%, 5-35a.31%, 5-35a.32%, 5-35a.40%, 5-35a.41%, 5-35a.42%, 5-35a.43%, 5-35a.44%, 5-35a.45%, 5-35a.4x%, 8-837.a1%
QSF_HCH_OPS_EX	OPS	Ausschluss-Prozeduren	5-352.04%, 5-352.05%, 5-352.24%, 5-352.25%, 5-354.08%, 5-354.09%, 5-354.0a%, 5-354.0b%, 5-354.28%, 5-354.29%, 5-355.0%, 5-355.1%, 5-355.x%, 5-355.y%, 5-356.3%, 5-356.4%, 5-356.5%, 5-356.6%, 5-356.7%, 5-356.8%, 5-357.1%, 5-357.2%, 5-357.3%, 5-357.4%, 5-357.5%, 5-357.7%, 5-357.8%, 5-357.9%, 5-358.05%, 5-358.07%, 5-358.15%, 5-358.17%, 5-358.25%, 5-358.27%, 5-358.37%, 5-358.40%, 5-358.41%, 5-358.42%, 5-358.43%, 5-358.44%, 5-358.45%, 5-358.46%, 5-358.47%, 5-358.48%, 5-358.4x%, 5-358.50%, 5-358.51%, 5-358.52%, 5-358.53%, 5-358.54%, 5-358.55%, 5-358.56%, 5-358.57%, 5-358.58%, 5-358.5x%, 5-359.0%, 5-359.10%, 5-359.11%, 5-359.12%, 5-359.1x%, 5-359.20%, 5-359.21%, 5-359.30%, 5-359.31%, 5-359.4%, 5-359.5%, 5-359.60%, 5-359.61%, 5-359.62%, 5-359.63%, 5-359.64%, 5-359.65%, 5-359.66%, 5-359.67%, 5-359.6x%, 5-359.8%, 5-375.0%, 5-375.1%, 5-375.2%, 5-375.3%, 5-375.4%, 5-375.y%, 5-376.40%, 5-376.41%, 5-376.50%, 5-376.51%, 5-376.60%, 5-376.61%, 5-376.70%, 5-376.71%, 5-376.80%, 5-376.81%, 5-376.90%, 5-376.91%, 5-376.94%, 5-376.9x%, 5-381.00%, 5-381.01%, 5-381.02%, 5-381.03%, 5-382.00%, 5-382.01%, 5-382.02%, 5-382.03%, 5-383.00%, 5-383.01%, 5-383.02%, 5-383.03%, 5-384.01%, 5-384.02%, 5-384.0x%, 5-384.11%, 5-384.12%, 5-384.1x%, 5-384.31%, 5-384.32%, 5-384.3x%, 5-384.41%, 5-384.42%, 5-384.43%, 5-384.44%, 5-384.45%, 5-384.46%, 5-384.4x%, 5-384.51%, 5-384.52%, 5-384.53%, 5-384.54%, 5-384.55%, 5-384.56%, 5-384.5x%, 5-384.61%, 5-384.62%, 5-384.63%, 5-384.64%, 5-384.65%, 5-384.66%, 5-384.6x%, 5-384.71%, 5-384.72%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-384.73%, 5-384.74%, 5-384.75%, 5-384.76%, 5-384.7x%, 5-384.8%, 5-384.d1%, 5-384.d2%, 5-384.dx%, 5-384.e1%, 5-384.e2%, 5-384.ex%, 5-384.f1%, 5-384.f2%, 5-384.fx%, 5-393.00%, 5-393.01%, 5-393.02%, 5-393.03%, 5-395.00%, 5-395.01%, 5-395.02%, 5-395.03%, 5-396.00%, 5-396.01%, 5-396.02%, 5-396.03%, 5-397.00%, 5-397.01%, 5-397.02%, 5-397.03%, 5-981%, 5-982.1%, 5-982.2%, 5-982.x%, 5-982.y%

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	<code>fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)</code>
fn_OPistKCHK_MKkath	boolean	OP gehört zu isolierten kathetergestützten Mitralklappeneingriffen	<code>AORTENKLAPPE %==% 0 & KORONARCHIRURGIE %==% 0 & MITREING %==% 1 & (WEITEINGR %==% 0 (WEITEINGR %==% 1 & is.na(TRIKUSP) & is.na(PULMKL))) & ZUGANGHCH %in% c(3,4,5)</code>
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	<code>poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF</code>

Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (KCHK-MK-CHIR)

852100: Häufig fehlende Angaben zur Schweregradbeurteilung der Mitralklappenerkrankung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
33:B	akute Infektion(en)	M	s. Anhang: Akuteinfektion	INFEKTIONAKUTHCH
45:PROZ	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
49:PROZ	Koronarchirurgie	M	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
50:PROZ	Aortenklappeneingriff	M	0 = nein 1 = ja	AORTENKLAPPE
51:PROZ	Mitralklappeneingriff	M	0 = nein 1 = ja	MITREING
52:PROZ	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen	M	0 = nein 1 = ja	WEITEINGR
53.1:PROZ	Eingriff an der Trikuspidalklappe	K	1 = ja	TRIKUSP
53.2:PROZ	Eingriff an der Pulmonalklappe	K	1 = ja	PULMKL
54:PROZ	Zugang	M	1 = konventionelle Sternotomie 2 = minimalinvasiver operativer Zugang 3 = endovaskulärer Zugang, arteriell 4 = endovaskulärer Zugang, venös 5 = transapikaler Zugang	ZUGANGHCH
71:MKE	Mitralklappenvitium	M	0 = kein oder kein hämodynamisch relevantes Vitium 1 = Stenose 2 = Insuffizienz 3 = kombiniertes Vitium mit führender Stenose 4 = kombiniertes Vitium mit führender Insuffizienz	VITIUM
72:MKE	führende Genese der Mitralklappeninsuffizienz	K	1 = primär 2 = sekundär	INSUFF

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			3 = gemischt, überwiegend valvulär degenerativ 4 = gemischt, überwiegend funktionell	
73.1:MKE	effektive Mitralklappenregurgitationsfläche (EROA)	K	in cm ²	EROA
74.1:MKE	Mitralklappenregurgitationsvolumen (RVOL)	K	in ml/Schlag	RVOL
75.1:MKE	Vena contracta	K	in mm	VENAC
77.1:MKE	Mitralklappenöffnungsfläche	K	in cm ²	MKOEFFN
80.2:MKE	Flail leaflet	K	1 = ja	FLAILLEAFLET
80.3:MKE	Ruptur der Papillarmuskulatur	K	1 = ja	RUPTPAPIL
80.4:MKE	erhebliche Koaptationslücke	K	1 = ja	KOAPTLUECK
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

* Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	852100
Jahr der Erstanwendung	2021
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Erhebung von Echokardiographieparametern (EROA, RVOL, Vena contracta bei vorliegender Mitralklappeninsuffizienz, Mitralklappenöffnungsfläche bei vorliegender Mitralklappenstenose) ist von zentraler Bedeutung zur Einschätzung des Schweregrads einer Mitralklappeninsuffizienz bzw. einer Mitralklappenstenose und somit auch für die Berechnung der leitlinienkonformen Indikationsstellung für einen Mitralklappeneingriff.</p> <p>Wird kein numerischer Wert für die Echokardiographieparameter dokumentiert und liegen gleichzeitig keine weiteren klinischen/echokardiographischen Parameter vor (keine floride Endokarditis, kein Flail Leaflet, keine Ruptur der Papillarmuskulatur oder keine erhebliche Koaptationslücke bei Mitralklappeninsuffizienz, keine floride Endokarditis bei Mitralklappenstenose), kann eine Schweregradbeurteilung der Mitralklappeninsuffizienz bzw. der Mitralklappenstenose nicht adäquat erfolgen. Tritt dies zu häufig auf, kann eine somit verminderte Dokumentationsqualität die Ergebnisse des Qualitätsindikators zur leitlinienkonformen Indikationsstellung für einen Mitralklappeneingriff stark beeinflussen und so ggf. eine verfälschte Ergebnisinterpretation dieses Qualitätsindikators zur Folge haben. Zudem ermöglicht die Einführung eines solchen Auffälligkeitskriteriums einen höheren Anreiz für die Erhebung mindestens eines dieser relevanten Parameter mittels Echokardiographie.</p> <p>Hypothese</p> <p>Ein zu häufiges Auftreten der Dokumentation „unbekannt“ in den betrachteten Echokardiographieparametern liefert Hinweise auf eine unzureichende Diagnostik vor einem Mitralklappeneingriff oder auf eine fehlende Sorgfalt bei der Dokumentation. Bei der Angabe des numerischen Werts „0“ muss von einem Dokumentationsfehler ausgegangen werden.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	402000: Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 20,00 %
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2021	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021	<p>Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist zu prüfen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ob die Antwortoption „unbekannt“ oder die Angabe Wert „0“ für die Echokardiographieparameter (EROA, RVOL, Vena contracta bei vorliegender Mitralklappeninsuffizienz, Mitralklappenöffnungsfläche bei vorliegender Mitralklappenstenose) jeweils korrekt gewählt wurde und gleichzeitig die weiteren klinischen/echokardiographischen Parameter tatsächlich nicht vorlagen bzw. erhoben wurden. <p>Ist die Angabe „unbekannt“ korrekt dokumentiert, kann dies hingegen auf eine unzureichende Diagnostik hindeuten. Dies sollte im Dialog mit den Leistungserbringern weiter geprüft werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> Ob die Antwortoption „unbekannt“ oder die Angabe Wert „0“ der Echokardiographieparameter (EROA, RVOL, Vena contracta bei vorliegender Mitralklappeninsuffizienz, Mitralklappenöffnungsfläche bei vorliegender Mitralklappenstenose) nicht korrekt gewählt wurde und dies somit auf eine fehlende Sorgfalt der Dokumentation hinweist.

Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten bei vorliegender Mitralklappeninsuffizienz mit Angabe „unbekannt“ oder Wert „0“ für alle drei Echokardiographieparameter EROA, RVOL und Vena contracta und ohne Vorliegen einer floriden Endokarditis bzw. einer erheblichen Koaptationslücke und bei primärer Mitralklappeninsuffizienz zudem ohne Vorliegen eines Flail Leaflets oder einer Ruptur der Papillarmuskulatur und Patientinnen und Patienten bei vorliegender Mitralklappenstenose mit Angabe „unbekannt“ oder Wert „0“ für den Echokardiographieparameter „Mitralklappenöffnungsfläche“ ohne Vorliegen einer floriden Endokarditis</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten, die in ihrem ersten Eingriff während des stationären Aufenthalts einen isolierten offen-chirurgischen Eingriff an der Mitralklappe erhalten haben bei Vorliegen einer Mitralklappeninsuffizienz oder einer Mitralklappenstenose</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<pre>(VITIUM %==% 1 & (! (INFEKTIONAKUTHCH %any_in% c(5))) & (is.na(MKOEFFN) MKOEFFN %==% 0.0)) (VITIUM %==% 2 & is.na(KOAPTLUECK) & (! (INFEKTIONAKUTHCH %any_in% c(5))) & (is.na(EROA) EROA %==% 0.0) & (is.na(RVOL) RVOL %==% 0) & (is.na(VENAC) VENAC %==% 0) & ((INSUFF %==% 2 INSUFF %==% 4) (is.na(RUPTPAPIL) & is.na(FLAILLEAFLET)))) (VITIUM %in% c(3,4) & is.na(KOAPTLUECK) & (! (INFEKTIONAKUTHCH %any_in% c(5))) & (is.na(MKOEFFN) MKOEFFN %==% 0.0) & (is.na(EROA) EROA %==% 0.0) & (is.na(RVOL) RVOL %==% 0) & (is.na(VENAC) VENAC %==% 0) & ((INSUFF %==% 2 INSUFF %==% 4) (is.na(RUPTPAPIL) & is.na(FLAILLEAFLET))))</pre>
Nenner (Formel)	<pre>fn_IstErsteOP & fn_OPistKCHK_MKChir & VITIUM %in% c(1,2,3,4)</pre>
Verwendete Funktionen	<pre>fn_IstErsteOP fn_OPistKCHK_MKChir fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff</pre>
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

852113: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
48:PROZ	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 27:B	Operationen- und Pro- zedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPSCHLUESSEL
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag 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	852113
Jahr der Erstanwendung	2021
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	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≥ 100,00 %
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
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	<p>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.</p> <p>Das Stellungnahmeverfahren wird mit dem Standort stellvertretend für das Krankenhaus (IKNR) geführt, der die meisten Fälle behandelt hat.</p>
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<pre># Anzahl der gelieferten vollständigen und # plausiblen Datensätze mit # HCH:O: (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_MK_CHIR_OPS & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & # HCH:B: alter %>=% 18</pre>

	<pre>) # MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HCH" & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_MK_CHIR_OPS & !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & MDS_alter %>=% 18) </pre>
Nenner (Formel)	<pre> # Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich # HCH_MK_CHIR # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	<pre> QSF_HCH_MK_CHIR_OPS QSF_HCH_OPS_EX </pre>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

852114: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
48:PROZ	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 27:B	Operationen- und Pro- zedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPSCHLUESSEL
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahme- tag 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	852114
Jahr der Erstanwendung	2021
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	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2021	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2020	AK im Vorjahr nicht berechnet
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	<p>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.</p> <p>Das Stellungnahmeverfahren wird mit dem Standort stellvertretend für das Krankenhaus (IKNR) geführt, der die meisten Fälle behandelt hat.</p>
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<pre># Anzahl der gelieferten vollständigen und # plausiblen Datensätze mit # HCH:O: (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_MK_CHIR_OPS & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & # HCH:B: alter %>=% 18) </pre>

	<pre># MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HCH" & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_MK_CHIR_OPS & !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & MDS_alter %>=% 18)</pre>
Nenner (Formel)	<pre># Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich # HCH_MK_CHIR # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	<pre>QSF_HCH_MK_CHIR_OPS QSF_HCH_OPS_EX</pre>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: AkuteInfektion	
0	keine
1	Mediastinitis
2	Sepsis
3	broncho-pulmonale Infektion
4	oto-laryngologische Infektion
5	floride Endokarditis
6	Peritonitis
7	Wundinfektion Thorax
8	Pleuraempym
9	Venenkatheterinfektion
10	Harnwegsinfektion
11	Wundinfektion untere Extremitäten
12	HIV-Infektion
13	Hepatitis B oder C
18	andere Wundinfektion
88	sonstige Infektion

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
NEO	Neonatologie
NLS	Nierenlebendspende

Schlüssel: Modul	
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
QSF_HCH_MK_CHIR_OPS	OPS	Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe	5-350.2%, 5-350.3%, 5-351.11%, 5-351.12%, 5-351.13%, 5-351.14%, 5-351.1x%, 5-351.21%, 5-351.22%, 5-351.23%, 5-351.24%, 5-351.2x%, 5-352.10%, 5-352.11%, 5-352.12%, 5-352.13%, 5-352.1x%, 5-353.1%, 5-353.2%, 5-354.11%, 5-354.12%, 5-354.13%, 5-354.14%, 5-354.1x%, 5-358.10%, 5-358.11%, 5-358.12%, 5-358.13%, 5-358.14%, 5-358.16%, 5-358.18%, 5-358.1x%
QSF_HCH_OPS_EX	OPS	Ausschluss-Prozeduren	5-352.04%, 5-352.05%, 5-352.24%, 5-352.25%, 5-354.08%, 5-354.09%, 5-354.0a%, 5-354.0b%, 5-354.28%, 5-354.29%, 5-355.0%, 5-355.1%, 5-355.x%, 5-355.y%, 5-356.3%, 5-356.4%, 5-356.5%, 5-356.6%, 5-356.7%, 5-356.8%, 5-357.1%, 5-357.2%, 5-357.3%, 5-357.4%, 5-357.5%, 5-357.7%, 5-357.8%, 5-357.9%, 5-358.05%, 5-358.07%, 5-358.15%, 5-358.17%, 5-358.25%, 5-358.27%, 5-358.37%, 5-358.40%, 5-358.41%, 5-358.42%, 5-358.43%, 5-358.44%, 5-358.45%, 5-358.46%, 5-358.47%, 5-358.48%, 5-358.4x%, 5-358.50%, 5-358.51%, 5-358.52%, 5-358.53%, 5-358.54%, 5-358.55%, 5-358.56%, 5-358.57%, 5-358.58%, 5-358.5x%, 5-359.0%, 5-359.10%, 5-359.11%, 5-359.12%, 5-359.1x%, 5-359.20%, 5-359.21%, 5-359.30%, 5-359.31%, 5-359.4%, 5-359.5%, 5-359.60%, 5-359.61%, 5-359.62%, 5-359.63%, 5-359.64%, 5-359.65%, 5-359.66%, 5-359.67%, 5-359.6x%, 5-359.8%, 5-375.0%, 5-375.1%, 5-375.2%, 5-375.3%, 5-375.4%, 5-375.y%, 5-376.40%, 5-376.41%, 5-376.50%, 5-376.51%, 5-376.60%, 5-376.61%, 5-376.70%, 5-376.71%, 5-376.80%, 5-376.81%, 5-376.90%, 5-376.91%, 5-376.94%, 5-376.9x%, 5-381.00%, 5-381.01%, 5-381.02%, 5-381.03%, 5-382.00%, 5-382.01%, 5-382.02%, 5-382.03%, 5-383.00%, 5-383.01%, 5-383.02%, 5-383.03%, 5-384.01%, 5-384.02%, 5-384.0x%, 5-384.11%, 5-384.12%, 5-384.1x%, 5-384.31%, 5-384.32%, 5-384.3x%, 5-384.41%, 5-384.42%, 5-384.43%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-384.44%, 5-384.45%, 5-384.46%, 5-384.4x%, 5-384.51%, 5-384.52%, 5-384.53%, 5-384.54%, 5-384.55%, 5-384.56%, 5-384.5x%, 5-384.61%, 5-384.62%, 5-384.63%, 5-384.64%, 5-384.65%, 5-384.66%, 5-384.6x%, 5-384.71%, 5-384.72%, 5-384.73%, 5-384.74%, 5-384.75%, 5-384.76%, 5-384.7x%, 5-384.8%, 5-384.d1%, 5-384.d2%, 5-384.dx%, 5-384.e1%, 5-384.e2%, 5-384.ex%, 5-384.f1%, 5-384.f2%, 5-384.fx%, 5-393.00%, 5-393.01%, 5-393.02%, 5-393.03%, 5-395.00%, 5-395.01%, 5-395.02%, 5-395.03%, 5-396.00%, 5-396.01%, 5-396.02%, 5-396.03%, 5-397.00%, 5-397.01%, 5-397.02%, 5-397.03%, 5-981%, 5-982.1%, 5-982.2%, 5-982.x%, 5-982.y%

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)
fn_OPistKCHK_MKChir	boolean	OP gehört zu isolierten offen-chirurgischen Mit- ralklappeneingriffen	AORTENKLAPPE %==% 0 & KORONARCHIRURGIE %==% 0 & MITREING %==% 1 & (WEITEINGR %==% 0 (WEITEINGR %==% 1 & is.na(TRIKUSP) & is.na(PULMKL))) & ZUGANGHCH %in% c(1,2)
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEin- griff, um bei identischer postoperativer Verweil- dauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF