



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

Aortenklappenchirurgie, isoliert (Katheterge- stützt)

Erfassungsjahr 2018

Stand: 17.05.2019

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL. Aortenklappen-
chirurgie, isoliert (Kathetergestützt). Erfassungsjahr 2018

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

17.05.2019

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

850353: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“	4
850283: Ungewöhnlich hohes Risikoprofil	6
850289: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)	11
850290: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)	14
850291: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal).....	16
850292: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)	19
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	21
Anhang II: Listen	23
Anhang III: Vorberechnungen	26
Anhang IV: Funktionen	27
Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien	31

850353: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
39:O	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
42:O	Koronarchirurgie	M	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
43:O	Aortenklappenchirurgie	M	0 = nein 1 = ja, konventionell chirurgisch 2 = ja, kathetergestützt endovaskulär 3 = ja, kathetergestützt transapikal	AORTENKLAPPE
44:O	sonstige OP	M	0 = nein 1 = ja	HERZOPSONSTIGE
81:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

AK-ID	850353
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Datensätze, in denen eine sonstige Operation dokumentiert wird, werden in der Auswertung nicht berücksichtigt.</p> <p>Hypothese</p> <p>Da die fehlerhafte Angabe einer „sonstigen Operation“ bei verstorbenen Patientinnen und Patienten unmittelbare Auswirkungen auf die Sterblichkeitsrate eines Krankenhauses nach dokumentationspflichtigen Operationen hat, erfolgt hier eine externe Validierung.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Bewertungsart	Anzahl
Referenzbereich 2018	≤ 1,20 (90. Perzentil über alle Kliniken)
Referenzbereich 2017	≤ 1,00 (90. Perzentil über alle Kliniken)
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	<p>90. Perzentil der Anzahl verstorbener Patientinnen und Patienten im Zähler.</p> <p>Bei den Krankenhäusern mit hoher Gesamtzahl an verstorbenen Patientinnen und Patienten in dieser Grundgesamtheit, erfolgt eine Sichtprüfung, ob diese in keiner Verbindung mit einem weiteren Eingriff an den thorakalen oder viszeralen Organen stehen. Bei weiterhin hoher Anzahl wird der Strukturierte Dialog ausgelöst.</p>
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patienten, die im Krankenhaus verstarben</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation isoliert kathetergestützt an der Aortenklappe operiert wurden und mit der Angabe einer "sonstigen" Operation</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	ENTLGRUND %==% "07"
Nenner (Formel)	fn_IstErsteOP & AORTENKLAPPE %in% c(2,3) & KORONARCHIRURGIE %==% 0 & HERZOPSONSTIGE %==% 1
Verwendete Funktionen	fn_IstErsteOP fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850283: Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
9:B	Geschlecht	M	1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	GESCHLECHT
10.1:B	Körpergröße	K	in cm	KOERPERGROESSE
11.1:B	Körpergewicht bei Aufnahme	K	in kg	KOERPERGEWICHT
12:B	klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)	M	1 = (I): Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit 2 = (II): Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung 3 = (III): Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung 4 = (IV): Beschwerden in Ruhe	AUFNNYHAERWEITERT-KLAPPEN
15:B	kardiogener Schock / Dekompensation	M	0 = nein 1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden 2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage 3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage 8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt 9 = unbekannt	AUFNBEFUNDSCHOCK-KARDIOGEN
16:B	Reanimation	M	0 = nein 1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden 2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage 3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage 8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt 9 = unbekannt	AUFNBEFUNDREANIMATION
18:B	pulmonale Hypertonie	M	0 = nein 1 = 31 - 55 mmHg 2 = > 55 mmHg 9 = unbekannt	AUFNBEFUNDHYPERTONIEPULMONAL
19:B	Herzrhythmus bei Aufnahme	M	1 = Sinusrhythmus 2 = Vorhofflimmern 9 = anderer Rhythmus	AUFNRHYTHMUS
22:B	LVEF	M	1 = ≤ 20% 2 = 21% - 30%	LVEF

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
			3 = 31% - 50% 4 = > 50%	
29:B	arterielle Gefäßerkrankung	M	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	AVK
34:B	Lungenerkrankung(en)	M	0 = nein 1 = ja, COPD mit Dauermedikation 2 = ja, COPD ohne Dauermedikation 8 = ja, andere Lungenerkrankungen 9 = unbekannt	LUNGENERKRANKUNGEN
37:B	präoperative Nierenersatztherapie	M	0 = nein 1 = akut 2 = chronisch	PRAENIEREERSATZTH
38.1:B	Kreatininwert i.S. in mg/dl	K	in mg/dl	KREATININWERTMGDL
38.2:B	Kreatininwert i.S. in µmol/l	K	in µmol/l	KREATININWERTMOLL
39:O	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
42:O	Koronarchirurgie	M	0 = nein 1 = ja	KORONARCHIRURGIE
43:O	Aortenklappenchirurgie	M	0 = nein 1 = ja, konventionell chirurgisch 2 = ja, kathetergestützt endovaskulär 3 = ja, kathetergestützt transapikal	AORTENKLAPPE
44:O	sonstige OP	M	0 = nein 1 = ja	HERZOPSONSTIGE
46:O	Dringlichkeit	M	1 = elektiv 2 = dringlich 3 = Notfall 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)	DRINGLICHKEIT
49:O	Inotrope (präoperativ)	M	0 = nein 1 = ja	INOTROPEIV
50:O	(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung	M	0 = nein 1 = ja, IABP 2 = ja, andere	KREISLAUFUNTERSTUETZUNG
EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATEUM - OPDATEUM	poopvwdauer

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

AK-ID	850283
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Dokumentation von patientenbezogenen Risikofaktoren hat unmittelbare Auswirkungen auf die nach dem logistischen AKL-KATH-Score risikoadjustierte Sterblichkeitsrate eines Krankenhauses.</p> <p>Hypothese</p> <p>Eine systematische Überberichterung von Risikofaktoren führt zu einer falsch niedrigen risikoadjustierten Sterblichkeitsrate eines Krankenhauses. Im Sinne eines fairen Qualitätsvergleichs ist eine externe Validierung dieser Angaben angebracht.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Bewertungsart	Logistische Regression E
Referenzbereich 2018	≤ 4,95 % (97. Perzentil)
Referenzbereich 2017	≤ 4,96 % (97. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Erwartete Todesfälle nach logistischem AKL-KATH-Score</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation kathetergestützt an der Aortenklappe operiert wurden</p>
Erläuterung der Rechenregel	Bei der Berechnung des Auffälligkeitskriteriums werden für Risikofaktoren mit unbekanntem oder fehlenden Werten die Werte für das geringste Risiko bzw. für das Nichtvorliegen des entsprechenden Risikos eingesetzt.
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	fn_AKL_KATH_Score
Nenner (Formel)	fn_IstErsteOP & fn_OPistHCHAortKath
Verwendete Funktionen	fn_AKL_KATH_Score fn_BMI fn_IstErsteOP fn_KreatininPraeMGDL fn_OPistHCHAortKath fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar

Risikofaktoren

Referenzwahrscheinlichkeit: 0,036 % (Odds: 0,000)					
Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	95 %-Vertrauensbereich
Konstante	-7,917849439162648	0,615	-12,877	-	-
Alter (Anzahl Lebensjahre)	0,041822083772622	0,007	5,649	1,043	1,028 - 1,058
Geschlecht = weiblich	0,151659764632190	0,090	1,684	1,164	0,975 - 1,389
Body-Mass-Index (BMI) unter 22	0,580256143451398	0,110	5,279	1,786	1,440 - 2,216
Herzinsuffizienz NYHA IV	0,732211113723485	0,105	6,969	2,080	1,693 - 2,555
Inotrope i.v. (präoperativ)	1,495186484245459	0,196	7,641	4,460	3,039 - 6,545
Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden	0,063314746392343	0,178	0,356	1,065	0,752 - 1,510
Reanimation innerhalb der letzten 48 Stunden	1,517462389496836	0,340	4,459	4,561	2,341 - 8,887
Pulmonale Hypertonie > 55 mmHg	0,281192512664567	0,105	2,668	1,325	1,078 - 1,629
Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen	0,303806523085910	0,088	3,442	1,355	1,140 - 1,611
LVEF unter 31 %	0,757666687004679	0,126	6,037	2,133	1,668 - 2,728
LVEF zwischen 31 und 50 %	0,187713010819512	0,100	1,874	1,206	0,991 - 1,468
Arterielle Gefäßerkrankung	0,361517360086361	0,089	4,058	1,436	1,206 - 1,709
Lungenerkrankung: COPD oder andere	0,411507520195261	0,096	4,277	1,509	1,250 - 1,822
Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl	0,660276199972173	0,122	5,421	1,935	1,524 - 2,457
(präoperative) mechanische Kreislaufunterstützung	0,911163012390719	0,311	2,931	2,487	1,352 - 4,574

850289: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
41:O	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: 23:B	Operationen- und Prozedurenschlüssel	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

Berechnung

AK-ID	850289
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	-
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro 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.
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Zähler (Formel)	fn_HCHAortKath_Anz_vollst_plausi_DS_Endo
Nenner (Formel)	# Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HCH_AORT_KATH_ENDO # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Verwendete Funktionen	fn_HCHAortKath_Anz_vollst_plausi_DS_Endo
Verwendete Listen	QSF_HCH_AORT_KATH_ENDO_OPS QSF_HCH_OPS_EX

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
--	--------------

850290: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
41:O	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: 23: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

Berechnung

AK-ID	850290
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Organisatorische Probleme in den Dokumentationsprozessen einzelner Leistungsbereiche, die eine Überdokumentation bedingen, werden durch die in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen nicht erfasst.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	-
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2017	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro 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.
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	fn_HCHAortKath_Anz_vollst_plausi_DS_Endo
Nenner (Formel)	# Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HCH_AORT_KATH_ENDO # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Verwendete Funktionen	fn_HCHAortKath_Anz_vollst_plausi_DS_Endo
Verwendete Listen	QSF_HCH_AORT_KATH_ENDO_OPS QSF_HCH_OPS_EX
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850291: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
41:O	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: 23: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

Berechnung

AK-ID	850291
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	-
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2017	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro 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.
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Zähler (Formel)	fn_HCHAortKath_Anz_vollst_plausi_DS_Trapi
Nenner (Formel)	# Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HCH_AORT_KATH_TRAPI # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Verwendete Funktionen	fn_HCHAortKath_Anz_vollst_plausi_DS_Trapi
Verwendete Listen	QSF_HCH_AORT_KATH_TRAPI_OPS QSF_HCH_OPS_EX

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar
--	--------------

850292: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
41:O	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: 23:B	Operationen- und Prozedurenschlüssel	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

Berechnung

AK-ID	850292
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Organisatorische Probleme in den Dokumentationsprozessen einzelner Leistungsbereiche, die eine Überdokumentation bedingen, werden durch die in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen nicht erfasst.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	-
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2017	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro 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.
Teildatensatzbezug	HCH:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	fn_HCHAortKath_Anz_vollst_plausi_DS_TrapI
Nenner (Formel)	# Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HCH_AORT_KATH_TRAPI # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Verwendete Funktionen	fn_HCHAortKath_Anz_vollst_plausi_DS_TrapI
Verwendete Listen	QSF_HCH_AORT_KATH_TRAPI_OPS QSF_HCH_OPS_EX
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

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

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_HE	Cholezystektomie (nur Hessen)
DEK	Dekubitusprophylaxe
HCH	Herzchirurgie
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
KEP	Knieendoprothesenversorgung
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
MRE_HE	Multiresistente Erreger (nur Hessen)
NEO	Neonatologie
NNH	Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
SA_FRUEHREHA_HE	Schlaganfall-Frührehabilitation (nur Hessen)

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
QSF_HCH_AORT_KATH_ENDO_OPS	OPS	Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation bei Aortenklappenerkrankungen	5-35a.03%, 5-35a.04%
QSF_HCH_AORT_KATH_TRAPI_OPS	OPS	Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation bei Aortenklappenerkrankungen	5-35a.01%, 5-35a.02%
QSF_HCH_OPS_EX	OPS	Ausschluss-Prozeduren	5-350.2%, 5-350.3%, 5-350.4%, 5-350.5%, 5-350.6%, 5-350.7%, 5-350.x%, 5-350.y%, 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%, 5-351.31%, 5-351.32%, 5-351.33%, 5-351.34%, 5-351.37%, 5-351.3x%, 5-351.41%, 5-351.42%, 5-351.43%, 5-351.44%, 5-351.4x%, 5-351.x1%, 5-351.x2%, 5-351.x3%, 5-351.x4%, 5-351.xx%, 5-351.y%, 5-352.04%, 5-352.05%, 5-352.10%, 5-352.11%, 5-352.12%, 5-352.13%, 5-352.1x%, 5-352.20%, 5-352.21%, 5-352.22%, 5-352.23%, 5-352.24%, 5-352.25%, 5-352.28%, 5-352.2x%, 5-352.30%, 5-352.31%, 5-352.32%, 5-352.33%, 5-352.3x%, 5-352.y%, 5-353.1%, 5-353.2%, 5-353.3%, 5-353.4%, 5-353.5%, 5-353.6%, 5-353.7%, 5-353.x%, 5-353.y%, 5-354.01%, 5-354.04%, 5-354.05%, 5-354.06%, 5-354.08%, 5-354.09%, 5-354.0a%, 5-354.0b%, 5-354.11%, 5-354.12%, 5-354.13%, 5-354.1x%, 5-354.21%, 5-354.22%, 5-354.23%, 5-354.24%, 5-354.25%, 5-354.26%, 5-354.28%, 5-354.29%, 5-354.2x%, 5-354.31%, 5-354.32%, 5-354.33%, 5-354.34%, 5-354.3x%, 5-354.x%, 5-354.y%, 5-355.0%, 5-355.1%, 5-355.x%, 5-355.y%, 5-356.0%, 5-356.1%, 5-356.2%, 5-356.3%, 5-356.4%, 5-356.5%, 5-356.6%, 5-356.7%, 5-356.8%, 5-356.x%, 5-356.y%, 5-357.0%, 5-357.1%, 5-357.2%, 5-357.3%, 5-357.4%, 5-357.5%, 5-357.7%, 5-357.8%, 5-357.9%, 5-357.x%, 5-357.y%, 5-358.05%, 5-358.06%, 5-358.07%, 5-358.10%, 5-358.11%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-358.12%, 5-358.13%, 5-358.14%, 5-358.15%, 5-358.16%, 5-358.17%, 5-358.18%, 5-358.1x%, 5-358.20%, 5-358.21%, 5-358.22%, 5-358.23%, 5-358.24%, 5-358.25%, 5-358.26%, 5-358.27%, 5-358.28%, 5-358.29%, 5-358.2x%, 5-358.30%, 5-358.31%, 5-358.32%, 5-358.33%, 5-358.34%, 5-358.35%, 5-358.36%, 5-358.37%, 5-358.38%, 5-358.3x%, 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%, 5-358.y%, 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%, 5-359.7%, 5-359.8%, 5-359.x%, 5-359.y%, 5-35a.30%, 5-35a.31%, 5-35a.32%, 5-35a.40%, 5-35a.41%, 5-35a.43%, 5-35a.44%, 5-35a.45%, 5-35a.4x%, 5-35a.5%, 5-371.30%, 5-371.31%, 5-371.32%, 5-371.33%, 5-371.34%, 5-371.35%, 5-371.36%, 5-371.3x%, 5-371.40%, 5-371.41%, 5-371.42%, 5-371.43%, 5-371.44%, 5-371.45%, 5-371.46%, 5-371.4x%, 5-371.50%, 5-371.51%, 5-371.52%, 5-371.53%, 5-371.54%, 5-371.55%, 5-371.56%, 5-371.5x%, 5-371.x%, 5-371.y%, 5-373.1%, 5-373.2%, 5-373.3%, 5-373.4%, 5-373.5%, 5-373.6%, 5-373.7%, 5-373.8%, 5-375.0%, 5-375.1%, 5-375.2%, 5-375.3%, 5-375.4%, 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%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			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 III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_AKL_KATH_Score	float	Score zur logistischen Regression - AKL_KATH_Score	<pre> # Funktion fn_AKL_KATH_Score # definiere Summationsvariable log_odds log_odds <- 0 # Konstante log_odds <- log_odds + (1) * -7.917849439162648 # Alter (Anzahl Lebensjahre) log_odds <- log_odds + (pmax(pmin(alter, 130), 18)) * 0.041822083772622 # Geschlecht = weiblich log_odds <- log_odds + (GESCHLECHT %==% 2) * 0.151659764632190 # Body-Mass-Index (BMI) unter 22 log_odds <- log_odds + (fn_BMI %>=% 10 & fn_BMI %<% 22) * 0.580256143451398 # Herzinsuffizienz NYHA IV log_odds <- log_odds + (AUFNNYHAERWEITERTKLAPPEN %==% 4) * 0.732211113723485 # Inotrope i.v. (präoperativ) log_odds <- log_odds + (INOTROPEIV %==% 1) * 1.495186484245459 # Kardiogener Schock innerhalb der letzten 48 Stunden log_odds <- log_odds + (AUFNBEFUNDSCHOCKKARDIOGEN %==% 1) * 0.063314746392343 # Reanimation innerhalb der letzten 48 </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre> Stunden log_odds <- log_odds + (AUFNBEFUNDREANIMATION %==% 1 DRINGLICHKEIT %==% 4) * 1.517462389496836 # Pulmonale Hypertonie > 55 mmHg log_odds <- log_odds + (AUFNBEFUNDHYPERTONIEPULMONAL %==% 2) * 0.281192512664567 # Herzrhythmus: Vorhofflimmern oder andere Herzrhythmusstörungen log_odds <- log_odds + (AUFNRHYTHMUS %in% c(2,9)) * 0.303806523085910 # LVEF unter 31 % log_odds <- log_odds + (LVEF %in% c(1,2)) * 0.757666687004679 # LVEF zwischen 31 und 50 % log_odds <- log_odds + (LVEF %==% 3) * 0.187713010819512 # Arterielle Gefäßerkrankung log_odds <- log_odds + (AVK %==% 1) * 0.361517360086361 # Lungenerkrankung: COPD oder andere log_odds <- log_odds + (LUNGENERKRANKUNGEN %in% c(1,2,8)) * 0.411507520195261 # Präoperative Nierenersatztherapie oder präoperativer Kreatininwert > 2,3 mg/dl log_odds <- log_odds + (PRAENIEREERSATZTH %in% c(1,2) fn_KreatininPraeMGDL %>% 2.3) * 0.660276199972173 # (präoperative) mechanische Kreislaufunterstützung log_odds <- log_odds + (KREISLAUFUNTERSTUETZUNG) * 0.911163012390719 </pre>

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			# Berechnung des Risikos aus der Summationsvariable log_odds plogis(log_odds) * 100
fn_BMI	float	BMI = GewichtInKG/GroesseInMeter ²	ifelse(KOERPERGEWICHT %between% c(30,230) & KOERPERGROESSE %between% c(50,250), KOERPERGEWICHT / (KOERPERGROESSE/100)^2, NA_real_)
fn_HCHAortKath_Anz_vollst_plausi_DS_Endo	boolean	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze bei endovaskulären Eingriffen	# Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze mit # HCH:O: (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_AORT_KATH_ENDO_OPS & !(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & # HCH:B: alter %>=% 18) # MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HCH-AB" & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_AORT_KATH_ENDO_OPS & !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & MDS_alter %>=% 18)
fn_HCHAortKath_Anz_vollst_plausi_DS_Trap	boolean	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze bei transapikalen Eingriffen	# Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze mit # HCH:O: (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_AORT_KATH_TRAPI_OPS & !(OPSCHLUESSEL %any_like%

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
			<pre>LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & # HCH:B: alter %>=% 18) # MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HCH-AB" & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_AORT_KATH_TRAPI_OPS & !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_HCH_OPS_EX) & MDS_alter %>=% 18)</pre>
fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	<pre>fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)</pre>
fn_KreatininPraeMGDL	float	präoperativer Kreatininwert in mg/dl	<pre>ifelse(KREATININWERTMOLL %>% 0 & KREATININWERTMOLL %<% 9999, KREATININWERTMOLL / 88.4, ifelse(KREATININWERTMGDL %>% 0 & KREATININWERTMGDL %<% 99, KREATININWERTMGDL, NA_real_))</pre>
fn_OPistHCHAortKath	boolean	OP gehört zu HCH-AORT-KATH	<pre>AORTENKLAPPE %in% c(2,3) & KORONARCHIRURGIE %==% 0 & HERZOPSONSTIGE %==% 0</pre>
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	<pre>poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF</pre>

Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2018

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850353	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850283	Ungewöhnlich hohes Risikoprofil	Nein	Ja	Nicht vergleichbar	Ab Erfassungsjahr 2018 werden für chirurgische und kathetergestützte Eingriffe getrennte Risikomodelle zur Risikoadjustierung verwendet. Mit den Rechenregeln des Jahres 2018 neuberechnete Ergebnisse für das Jahr 2017 sind mit den Ergebnissen für das Jahr 2018 vergleichbar.
850289	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850290	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)	Nein	Nein	Vergleichbar	Es wurde die Mindestfallzahl im Nenner (Soll-Zahl) gestrichen. Stattdessen wurde eine Mindestfallzahl von 20 Fällen im Zähler festgelegt. Damit wird sichergestellt, dass einer Überdokumentation (> 110%) auch bei einer kleinen Sollzahl (< 20) im Rahmen des Strukturierten Dialogs nachgegangen werden kann.
850291	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850292	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)	Nein	Nein	Vergleichbar	Es wurde die Mindestfallzahl im Nenner (Soll-Zahl) gestrichen. Stattdessen wurde eine Mindestfallzahl von 20 Fällen im Zähler festgelegt. Damit wird sichergestellt, dass einer Überdokumentation (> 110%) auch bei einer kleinen Sollzahl (< 20) im Rahmen des Strukturierten Dialogs nachgegangen werden kann.

2017 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine