



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien:  
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

## **Pflege: Dekubitusprophylaxe**

Erfassungsjahr 2019

Stand: 29.04.2020

---

# Impressum

**Thema:**

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL. Pflege: Dekubitusprophylaxe. Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

29.04.2020

**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](mailto:verfahrensupport@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

850359: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1) .....	4
850361: Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ .....	7
851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik .....	10
851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik.....	13
850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation .....	15
851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik.....	17
850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) .....	19
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) .....	21
Anhang II: Listen .....	22
Anhang III: Vorberechnungen .....	23
Anhang IV: Funktionen .....	24
Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien .....	26

# 850359: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ♦
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	QS_HOECHSTGRADDEK
15:DEK	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	M	0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	QS_POA
EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLSDATUM)	QS_monatEntl

\* Ersatzfeld im Exportformat

♦ Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	850359
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2015
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Fehldokumentation
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52326: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 521801: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2019</b>	≤ 3,38 % (95. Perzentil)
<b>Referenzbereich 2018</b>	≤ 3,39 % (95. Perzentil)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2019</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ <b>Nenner</b> Alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	DEK:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	2
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	QS_POA %==% 9
<b>Nenner (Formel)</b>	fn_DEKDatensatzPlausibel
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb
<b>Verwendete Listen</b>	ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3

	ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

## 850361: Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ♦
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	QS_HOECHSTGRADDEK
15:DEK	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	M	0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	QS_POA
EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLSDATUM)	QS_monatEntl

\* Ersatzfeld im Exportformat

♦ Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	850361
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2015
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Fehldokumentation
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2019</b>	≤ 1,97 % (95. Perzentil)
<b>Referenzbereich 2018</b>	≤ 7,69 % (95. Perzentil)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2019</b>	Zum Erfassungsjahr 2019 wurde der Zähler modifiziert, somit werden nur noch inzidente Dekubitalulcera betrachtet. Hierdurch sinkt die Anzahl der betrachteten Fälle, weshalb der Referenzbereich im 95. Perzentil für EJ 2019 deutlich kleiner ausfällt.
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019</b>	Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“, die nicht mit den Abrechnungsdaten übereinstimmen. Somit kann es vorkommen, dass diese über einen Dekubitus nicht näher bezeichnet abgerechnet werden. Zur Bewertung des AKs im SD soll für so einen Fall die H = 99 gewählt werden und dem IQTIG mitgeteilt welche NPUAP/EPUAP Kategorie vorlag.
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Patientinnen und Patienten mit Dekubitus nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand <b>Nenner</b> Alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	DEK:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	5
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	<code>fn_DEKGrad_nnb &amp; QS_POA %in% c(0,9)</code>
<b>Nenner (Formel)</b>	<code>fn_DEKDatensatzPlausibel</code>
<b>Verwendete Funktionen</b>	<code>fn_DEKDatensatzPlausibel</code> <code>fn_DEKGrad_2</code> <code>fn_DEKGrad_2bis4</code> <code>fn_DEKGrad_3</code>

	fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb
<b>Verwendete Listen</b>	ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3 ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Nicht vergleichbar

## 851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ♦
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	QS_HOECHSTGRADDEK
EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATE)	QS_monatEntl
RST: 5:RST	Dekubitus Grad 2	M	-	RST_DEK2
RST: 6:RST	Dekubitus Grad 3	M	-	RST_DEK3
RST: 7:RST	Dekubitus Grad 4	M	-	RST_DEK4
RST: 8:RST	Dekubitus Grad nicht näher bezeichnet	M	-	RST_DEKnnb
RST: 9:RST	Alter in Jahren am Aufnahmezeitpunkt	M	-	RST_PATALTER

\* Ersatzfeld im Exportformat

♦ Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	851805
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2018
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>QI-relevant</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Fehldokumentation</p>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	<p>52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</p> <p>52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</p>
<b>Berechnungsart</b>	Quote
<b>Referenzbereich 2019</b>	≤ 20,00 %
<b>Referenzbereich 2018</b>	≤ 20,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2019</b>	AK zeigt wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ mit der Risikostatistik geliefert wurden, als mit der QS-Dokumentation.
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019</b>	Auffällige Standorte sollen auch im zweiten Anwenderjahr nur einen Hinweis erhalten und keine Bewertung. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten sollten die Standorte den Gründen für die Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik nachgehen und den auf Landesebene beauftragten Stellen mögliche Erklärungen und Gründe zurückmelden. Es wird empfohlen, sich zur Klärung an die Software-Anbieter zu wenden.
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Differenz zwischen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Anzahl der Fälle mit mindestens einem „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation</li> <li>und</li> <li>- der Anzahl der Fälle mit „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der Risikostatistik</li> </ul> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl der Fälle mit einem „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>Wenn keine Risikostatistik geliefert wurde, wird die Anzahl der Fälle mit Dekubitus aus der Risikostatistik auf 0 gesetzt.</p> <p>Negative Ergebnisse des Auffälligkeitskriteriums (d. h. mehr Fälle mit Dekubitus in der Risikostatistik als in der QS-Dokumentation) führen nicht zur rechnerischen Auffälligkeit.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	10
<b>Formel</b>	<pre>dekubitus_qs &lt;- evaluate(   fn_DEKDatensatzPlausibel &amp; fn_DEKGrad_2bis4 )  dekubitus_rst_negativ &lt;- import_results(module =   "RST", id = "321800 851805")</pre>

	<pre> quotient_indicator(   numerator = sum_results(     dekubitus_qs,     dekubitus_rst_negativ   ),   denominator = dekubitus_qs,   units_from = "denominator" ) </pre>	
<b>Kalkulatorische Kennzahlen</b>		
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	321800_851805
	Bezug zu QS-Ergebnissen	851805
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	-
	Operator	Summe
	Teildatensatzbezug	RST:RST (Risikostatistik)
	Zähler	-1 WENN RST_DEK2 %==% 1   RST_DEK3 %==% 1   RST_DEK4 %==% 1   RST_DEKnnb %==% 1
	Nenner	fn_RSTDatensatzPlausibel
	Darstellung	-
	Grafik	-
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb RST: fn_RSTDatensatzPlausibel	
<b>Verwendete Listen</b>	ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3 ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb	
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar	

# 851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	851806
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2018
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Unterdokumentation in der Risikostatistik oder fehlerhafte Risikostatistik
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2019</b>	≥ 95,00 %
<b>Referenzbereich 2018</b>	≥ 95,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2019</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle <b>Nenner</b> Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FA-ELLE_GEPRUEFT_RS)
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

## 850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	850096
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2010
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></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><b>Hypothese</b></p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2019</b>	≤ 110,00 %
<b>Referenzbereich 2018</b>	≤ 110,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2019</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Modul hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Modul in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Überdokumentation pro Modul zu ermitteln.
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	20
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

# 851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	851808
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2018
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Fehlerhafte Risikostatistik oder fehlende/fehlerhafte Sollstatistik zur Risikostatistik
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2019</b>	≤ 110,00 %
<b>Referenzbereich 2018</b>	≤ 110,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2019</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle <b>Nenner</b> Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FÄLLE_GEPRUEFT_RS)
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	20
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

## 850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	850230
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2011
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Das Ausfüllen von Minimaldatensätzen in einem Leistungsbereich kann einen Hinweis auf Mängel des QS-Filters liefern. Zudem ist zu vermuten, dass durch die Einführung eines Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation der Anreiz für die Verwendung von Minimaldatensätzen ansteigt.</p>
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2019</b>	≤ 5,00 %
<b>Referenzbereich 2018</b>	≤ 5,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2019</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	Die Anzahl der Minimaldatensätze pro Modul wird zur Anzahl der Fälle, die im betreffenden Modul hätten dokumentiert werden müssen, in Relation gesetzt, um die Rate der Minimaldatensätze zu ermitteln.
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5 (Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

## **Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)**

Keine Schlüssel in Verwendung.

## Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_DekGrad_2	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie 2	189.1%
ICD_DekGrad_3	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie 3	189.2%
ICD_DekGrad_4	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie 4	189.3%
ICD_DekGrad_nnb	ICD	Dekubitus, Grad / Kategorie nicht näher bezeichnet	189.9%

## Anhang III: Vorberechnungen

Vorbereitung	Dimension	Beschreibung	Wert
Auswertungsjahr	Gesamt	Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr.	2019

## Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_DEKDatensatzPlausibel	boolean	Der DEK-Datensatz ist plausibel: 1. Das Entlassungsjahr stimmt mit dem Auswertungsjahr überein 2. QS_alter ≥ 20 UND QS_alter ≤ 120 3. HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*	substr( QS_monatEntl, nchar(QS_monatEntl) - 3, nchar(QS_monatEntl) ) %==% VB\$Auswertungsjahr & QS_alter %>=% 20 & QS_alter %<=% 120 & fn_DEKGrad_2bis4
fn_DEKGrad_2	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1*	QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekGrad_2
fn_DEKGrad_2bis4	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1*, L89.2*, L89.3* oder L89.9*	fn_DEKGrad_2   fn_DEKGrad_3   fn_DEKGrad_4   fn_DEKGrad_nnb
fn_DEKGrad_3	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 3 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.2*	QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekGrad_3
fn_DEKGrad_4	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 4 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.3*	QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekGrad_4
fn_DEKGrad_nnb	boolean	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.9*	QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekGrad_nnb

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
RST: fn_RSTDatensatzPlausibel	boolean	Der RST-Datensatz ist plausibel, wenn das Patientenalter am Aufnahmetag $\geq 20$ und $\leq 120$ Jahre ist	RST_PATALTER $\geq$ 20 & RST_PATALTER $\leq$ 120

## Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

### Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2019

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850361	Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“	Nein	Ja	Nicht vergleichbar	Zum Erfassungsjahr 2019 wurde der Zähler modifiziert, somit werden nur noch inzidente Dekubitalucera betrachtet. Hierdurch sinkt die Anzahl der betrachteten Fälle, weshalb der Referenzbereich im 95. Perzentil für EJ 2019 deutlich kleiner ausfällt.
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	Nein	Nein	Vergleichbar	-
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

## 2018 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien

ID	AK-Bezeichnung	Begründung für Streichung
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Aufgrund der 100%-Dokumentationspflicht (§ 137 Abs. 2 SGB V) erfolgt bereits eine Sanktionierung gem. § 24 QSKH-RL. Eine Weiterführung des AK mit einem Referenzbereich von $\geq 95\%$ ist daher nicht sinnvoll.
850362	Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung	Streichung, da der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten bei $\sim 2$ Prozent liegt und zum EJ 2018 auf unter 1 Prozent gesunken ist.