



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

Herzschrittmacher-Implantation

Erfassungsjahr 2018

Stand: 09.04.2019

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL. Herzschrittmacher-Implantation. Erfassungsjahr 2018

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

09.04.2019

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

813070: Häufig führendes Symptom 'sonstiges'	4
813071: Häufig führende Indikation 'sonstiges'	6
813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	8
850097: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	11
850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	13
850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	15
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	17
Anhang II: Listen	19
Anhang III: Vorberechnungen	20
Anhang IV: Funktionen	21
Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien	22
Anhang VI: Überlebenszeittabellen	23

813070: Häufig führendes Symptom 'sonstiges'

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
18:B	führendes Symptom	M	0 = keines (asymptomatisch) 1 = Präsynkope/Schwindel 2 = Synkope einmalig 3 = Synkope rezidivierend 4 = synkopenbedingte Verletzung 5 = Herzinsuffizienz 8 = Symptome einer Vorhofpfropfung: spontan oder infolge Schrittmacher- syndrom 9 = asymptomatisch unter externer Stimulation 99 = sonstiges	FUEHRSYMPTOM

Berechnung

AK-ID	813070
Jahr der Erstanwendung	2008
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Das führende Symptom ist ein Datenfeld, das zur Berechnung des Qualitätsindikators der leitlinienkonformen Indikationsstellung von zentraler Bedeutung ist. Wird in vielen Fällen ein sonstiges Symptom dokumentiert, ist eine korrekte Berechnung dieses Indikators deshalb nicht mehr möglich.</p> <p>Hypothese</p> <p>Der Schlüsseleintrag „sonstige“ wird zur Vereinfachung der Dokumentation unangemessen häufig gewählt.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	101803: Leitlinienkonforme Indikation 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 3,82 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2017	≤ 3,66 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patienten mit führendem Symptom 'sonstiges'</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patienten</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/1:B
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	FUEHRSYMPTOM %==% 99
Nenner (Formel)	TRUE
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

813071: Häufig führende Indikation 'sonstiges'

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
20:B	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation	M	1 = AV-Block I, II oder III 5 = Schenkelblock 6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalelem/persistierendem Vorhofflimmern) 7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern 8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) 9 = Vasovagales Syndrom (VVS) 10 = kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) 99 = sonstiges	FUEHRINDIKHSM

Berechnung

AK-ID	813071
Jahr der Erstanwendung	2008
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die führende Indikation ist ein Datenfeld, das zur Berechnung der Qualitätsindikatoren der leitlinienkonformen Indikationsstellung und der leitlinienkonformen Systemwahl von zentraler Bedeutung ist. Da die Leitlinienalgorithmen nur für eine der anderen im Schlüssel enthalten Indikationen berechnet werden können, fallen Patientinnen und Patienten mit der Grundgesamtheit „sonstige Indikation“ aus diesen Indikatoren heraus.</p> <p>Hypothese</p> <p>Durch die Dokumentation „sonstige Indikation“ entzieht sich der Anwender der Qualitätsbeurteilung.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	101803: Leitlinienkonforme Indikation 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl 54143: Systeme 3.Wahl
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 3,53 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2017	≤ 4,35 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patienten mit führender Indikation 'sonstiges' zur Schrittmacherimplantation</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patienten</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/1:B
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	FUEHRINDIKHSM %==% 99
Nenner (Formel)	TRUE
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

813072: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
5:B	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	K	1 = ja	VERSICHERTENIDNEUNV
EF*	GKV-Versichertenstatus	-	versicherterstatusgkv(PERSONENKREIS;KASSEIKNR)	versicherterstatusgkv
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: EF*	GKV-Versichertenstatus	-	vstatusgkvmds(PERSONENKREIS;KASSEIKNR;ZUQSMODUL)	MDS_vstatusgkvmds

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Berechnung

AK-ID	813072
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up-Indikatoren heraus.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>2194: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</p> <p>2195: Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</p>
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 zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patienten (Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	09/1:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	<pre># 09/1:B: versichertenstatusgkv %==% 1 & is.na(VERSICHERTENIDNEUNV) & # MDS:B: MDS_ZUQSMODUL %==% "09/1" & MDS_vstatusgkvmds %==% 1</pre>

Nenner (Formel)	# methodische Sollstatistik: DS_GKV
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar

850097: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

AK-ID	850097
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>
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 Modul</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Modul hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Modul in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Unterdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850098: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

AK-ID	850098
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Organisatorische Probleme in den Dokumentationsprozessen einzelner Leistungsbereiche, die eine Überdokumentation bedingen, werden durch die in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen nicht erfasst.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2017	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Modul hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Modul in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Überdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-

850217: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

Berechnung

AK-ID	850217
Jahr der Erstanwendung	2011
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</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>Hypothese</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>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2018	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2017	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Die Anzahl der Minimaldatensätze pro Modul wird zur Anzahl der Fälle, die im betreffenden Modul hätten dokumentiert werden müssen, in Relation gesetzt, um die Rate der Minimaldatensätze zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)

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_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

Schlüssel: Modul	
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
SA_FRUEHREHA_HE	Schlaganfall-Frührehabilitation (nur Hessen)

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2018

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
813070	Häufig führendes Symptom 'sonstiges'	Nein	Nein	Vergleichbar	-
813071	Häufig führende Indikation 'sonstiges'	Nein	Nein	Vergleichbar	-
813072	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Nein	Ja	Nicht vergleichbar	Die Definition von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten in der Sollstatistik wurde geändert: Neben dem Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, muss die eGK-Versichertennummer vorliegen und es darf kein „besonderer Personenkreis“ vermerkt sein. Der Zähler wurde analog angepasst sowie um die entsprechenden Minimaldatensätze erweitert. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse des Jahres 2018 nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.
850097	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850098	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	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.
850217	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2017 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine

Anhang VI: Überlebenszeittabellen

Mit Eingang der Daten des gesamten Erfassungsjahres können die Schätzer für die Anteile der Patienten ohne Folgeeingriff in Abhängigkeit der Zeit auf dem Bundesdatenpool berechnet werden. Dabei berechnet das IQTIG für jede Risikogruppe einen eigenen Schätzer. Diese dienen bei der Risikoadjustierung als Vergleich und werden auf Grundlage der Ersteingriffe, die in den Erfassungsjahren 2016 und 2017 vorgenommen wurden, berechnet. Die Spalten zu Einkammersystemen enthalten die Angaben für Einkammersysteme (VVI, AAI), VDD-Systeme und sonstige Systeme.

Anteil an Patientinnen und Patienten ohne Folgeeingriff aufgrund von prozedur-assoziierten Problemen

SurvivalZeit_PAP (Tage)	Einkammersystem_Männlich	Zweikammersystem_Männlich	CRT_System_Männlich	Einkammersystem_NichtMännlich	Zweikammersystem_NichtMännlich	CRT_System_NichtMännlich
10	0,983559936	0,970129847	0,98425491	0,983157703	0,967647137	0,98714612
40	0,97974955	0,964718088	0,981091968	0,97755399	0,960294364	0,981416764
70	0,976157939	0,960905653	0,976567257	0,97445528	0,95524572	0,974232137
100	0,975108652	0,959045177	0,976114303	0,972709097	0,952773795	0,969199204
130	0,974433311	0,957356132	0,974295739	0,971834543	0,950803618	0,967760689
160	0,973907397	0,956703112	0,972931391	0,970958909	0,949576953	0,964163065
190	0,973756981	0,956049768	0,971111978	0,970277281	0,948985197	0,964163065
220	0,973305447	0,955645952	0,970202058	0,970277281	0,948480905	0,963441926
250	0,97300433	0,955164982	0,969291498	0,970082348	0,948086131	0,961999648
280	0,972778342	0,954895554	0,969291498	0,969301637	0,947691227	0,961278509
310	0,972702979	0,954587549	0,968836003	0,969008659	0,947449824	0,95983623
340	0,972627582	0,954279455	0,968380295	0,968910986	0,947164456	0,958393952
365	0,972552155	0,954106108	0,968380295	0,968813314	0,94696685	0,958393952

Anteil an Patientinnen und Patienten ohne Folgeingriff aufgrund von Infektion oder Aggregatperforation

SurvivalZeit_INF (Tage)	kein_Diabetes_Männlich	Diabetes_nichtinsulinpflichtig_Männlich	Diabetes_insulinpflichtig_Männlich	kein_Diabetes_NichtMännlich	Diabetes_nichtinsulinpflichtig_NichtMännlich	Diabetes_insulinpflichtig_NichtMännlich
10	0,998815393	0,998456084	0,998653822	0,999336296	0,999280436	0,998751794
40	0,997714995	0,997264753	0,99687176	0,998581828	0,998661529	0,996453053
70	0,997280214	0,99676608	0,995678573	0,997892023	0,998038206	0,995425647
100	0,99708191	0,996365622	0,994878791	0,997522319	0,997912903	0,995168098
130	0,996863326	0,996164802	0,994878791	0,997360022	0,997787253	0,994392641
160	0,99676378	0,995863269	0,994878791	0,997220687	0,997535779	0,993874324
190	0,996584445	0,995762626	0,994677684	0,997104384	0,997409986	0,993874324
220	0,996404904	0,995661881	0,994677684	0,997057806	0,997284146	0,993874324
250	0,996384943	0,995661881	0,994677684	0,996964562	0,997158242	0,993874324
280	0,996344978	0,995561014	0,994274735	0,996824619	0,997032259	0,993614419
310	0,996304995	0,995460065	0,99407322	0,996777935	0,996906148	0,993614419
340	0,996244981	0,995460065	0,993871624	0,996754585	0,996779989	0,993614419
365	0,996204956	0,995359034	0,993871624	0,996707862	0,996653798	0,993094202