



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung  
Auffälligkeitskriterien:  
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

# Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosyn- thetischer Versorgung

Erfassungsjahr 2018

Stand: 09.04.2019

---

# Impressum

**Thema:**

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL. Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. 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](mailto:verfahrensupport@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

850147: Angabe von ASA 5 .....	4
850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation .....	6
850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen .....	8
850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation .....	11
850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation .....	13
850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) .....	15
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) .....	17
Anhang II: Listen .....	18
Anhang III: Vorberechnungen .....	19
Anhang IV: Funktionen .....	20
Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien .....	21

## 850147: Angabe von ASA 5

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
22:B	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

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850147
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2017
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>Die ASA-Klassifikation geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren ein.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Fehldokumentation. Eigentlich liegt eine niedrigere ASA-Einstufung vor.</p>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	<p>54033: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</p> <p>54040: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</p> <p>54042: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</p> <p>54046: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen</p>
<b>Bewertungsart</b>	Anzahl
<b>Referenzbereich 2018</b>	= 0
<b>Referenzbereich 2017</b>	= 0
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2018</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Fälle mit Angabe ASA = 5 („moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt“)</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle Fälle</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	17/1:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	ASA == 5
<b>Nenner (Formel)</b>	TRUE
<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Vergleichbar

## 850148: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
30.6:B	Fraktur	K	1 = ja	FRAKTUR
42:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG

## Berechnung

AK-ID	850148
Jahr der Erstanwendung	2017
Begründung für die Auswahl	<p><b>Relevanz</b> Nicht angegebene Frakturen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.</p> <p><b>Hypothese</b> Fehlende Dokumentation von Frakturen (als Komplikation).</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Bewertungsart	Anzahl
Referenzbereich 2018	= 0
Referenzbereich 2017	= 0
Erläuterung zum Referenzbereich 2018	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018	-
Rechenregeln	<p><b>Zähler</b> Fälle ohne Angabe einer Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation</p> <p><b>Nenner</b> Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)</p>
Erläuterung der Rechenregel	M96.6 = Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte (Diese Schlüsselnummer ist nur bei einer beim Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte aufgetretenen Fraktur anzugeben)
Teildatensatzbezug	17/1:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	is.na (FRAKTUR)
Nenner (Formel)	ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_17n1_Knochenfraktur
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	ICD_17n1_Knochenfraktur
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

## 850149: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:B	Frakturereignis	M	1 = war Grund für die akut-stationäre Aufnahme 2 = ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes	FRAKTUREREIG
29:B	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	M	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKATSPEZ
31:B	postoperative Wundinfektion	M	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION
42:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTLDIAG



## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850149
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2017
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.</p>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	<p>54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</p> <p>54040: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</p>
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2018</b>	≤ 50,00 %
<b>Referenzbereich 2017</b>	≤ 80,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2018</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018</b>	<p>Die DIMDI Kodierempfehlung zu Nebendiagnosen lautet : "Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt". Die ICD 10 T-Diagnosen, die im Auffälligkeitskriterium erfragt werden, bilden gemäß DIMDI "Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert" oder "Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate" ab. Die klinische Einschätzung einer Komplikation, dokumentiert durch die internationale Klassifikation der Krankheiten, gilt somit als dokumentationspflichtig in der QS-Dokumentation.</p>
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle Fälle mit einer hüftgelenknahe Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, und für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7 oder T84.6 angegeben wurde</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>T81.-: Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>T84.-: Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate</p> <p>Das AK dient der Überprüfung von fehlenden Angaben in den Datenfeldern POKOMPLIKATSPEZ und POSTOPWUNDINFEKTION, nicht der Überprüfung der kodierten Entlassungsdiagnosen.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	17/1:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5
<b>Zähler (Formel)</b>	POKOMPLIKATSPEZ %==% 0 & POSTOPWUNDINFEKTION %==% 0

<b>Nenner (Formel)</b>	FRAKTUREREIG %==% 1 & ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_17n1_Komplikation
<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	ICD_17n1_Komplikation
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Nicht vergleichbar

## 850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850351
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2015
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></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><b>Hypothese</b></p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2018</b>	≥ 95,00 %
<b>Referenzbereich 2017</b>	≥ 95,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2018</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018</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 der durch den QS-Filter ausgelösten 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 Unterdokumentation pro Modul zu ermitteln.
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

## 850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850352
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2015
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b>          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>          Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
<b>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2018</b>	≤ 110,00 %
<b>Referenzbereich 2017</b>	≤ 110,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2018</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b>          Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b>          Anzahl der durch den QS-Filter ausgelösten 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>	-

## 850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2018

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

## Berechnung

<b>AK-ID</b>	850368
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2016
<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>Bewertungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2018</b>	≤ 5,00 %
<b>Referenzbereich 2017</b>	≤ 5,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2018</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2018</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl der durch den QS-Filter ausgelösten 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.)



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

Keine Schlüssel in Verwendung.

## Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_17n1_Knochenfraktur	ICD	-	M96.6%
ICD_17n1_Komplikation	ICD	-	T81.2%, T81.3%, T81.4%, T81.5%, T81.6%, T81.7%, T84.6%

## **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
850147	Angabe von ASA 5	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850148	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850149	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	Ja	Ja	Nicht vergleichbar	Aufgrund von verschiedenen Anpassungen in der Rechenregel sind die Ergebnisse des Jahres 2018 nicht mit den Werten der Vorjahresauswertung vergleichbar. Insbesondere führt die Streichung der Diagnosen T81.0 und T81.8 zu einer erheblichen Verkleinerung der Anzahl der Fälle, die in den Zähler eingehen.
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850352	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.
850368	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

**2017 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine**