



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

Ambulant erworbene Pneumonie

Erfassungsjahr 2019

Stand: 29.04.2020

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL. Ambulant erworbene Pneumonie. 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

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	4
811825: Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	6
811826: Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	8
851900: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	10
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	13
850229: 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

811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
10:B	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	M	0 = nein 1 = ja	AUFNVONSTATPFLEGE
12:B	chronische Bettlägerigkeit	M	0 = nein 1 = ja	CHRONBETTLAEG
13:B	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle	M	0 = nein 1 = ja	AUFNINVBATM

Eigenschaften und Berechnung

ID	811822
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Überdokumentation/Fehldokumentation
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2) 50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 16,79 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2018	≤ 17,80 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“ Nenner Alle Patientinnen und Patienten ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	CHRONBETTLAEG %==% 1
Nenner (Formel)	AUFNVONSTATPFLEGE %==% 0 & AUFNINVBEATM %==% 0
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

811825: Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
13:B	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle	M	0 = nein 1 = ja	AUFNINVBATM
15.1:B	spontane Atemfrequenz	K	in Atemzüge/min	AUFNATEMFREQ

Eigenschaften und Berechnung

ID	811825
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Überdokumentation/Fehldokumentation
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 29,77 % (97. Perzentil)
Referenzbereich 2018	≤ 31,99 % (97. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Rechenregeln	Zähler Alle Patientinnen und Patienten, deren Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme dem am häufigsten an diesem Krankenhausstandort angegebenen Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme entspricht Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	AUFNATEMFREQ %==% VB\$HaeufigsteAngabeAtemfrequenz
Nenner (Formel)	!is.na(AUFNATEMFREQ) & AUFNINVBATEM %==% 0
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

811826: Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
13:B	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle	M	0 = nein 1 = ja	AUFNINVBEATM
15.1:B	spontane Atemfrequenz	K	in Atemzüge/min	AUFNATEMFREQ

Eigenschaften und Berechnung

ID	811826
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	$\leq 21,14$ % (97. Perzentil)
Referenzbereich 2018	$\leq 22,93$ % (97. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	AUFNATEMFREQ \geq 30
Nenner (Formel)	$\text{!is.na(AUFNATEMFREQ) \& AUFNINVBEATM} = 0$
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

851900: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
22:B	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	M	0 = nein 1 = ja	DOKUTHERAPIEVERZICHT
26:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Abstand Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte bis Entlassungsdatum	-	ENTLDATUM - EINTRAGDATUM	abstEntlEintrPall
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	vwDauer

* Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	851900
Jahr der Erstanwendung	2019
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Fälle von Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht werden aus drei Prozessindikatoren (2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus), 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2), 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung) und dem Sterblichkeitsindikator (50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können entsprechend eine große Auswirkung auf Einrichtungsergebnisse haben.</p> <p>Hypothese</p> <p>Wenn sehr häufig ein Therapieverzicht im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert wird, kann dies auf Fehldokumentationen hinweisen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</p> <p>2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)</p> <p>2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</p> <p>50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen</p>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 50,00 %
Referenzbereich 2018	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patienten mit dokumentierten Therapieverzicht, die verstorben sind und deren Verweildauer mind. 4 Tage war</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	4
Zähler (Formel)	abstEntlEintrPall %<=% 0
Nenner (Formel)	ENTLGRUND %==% "07" & DOKUTHERAPIEVERZICHT %==% 1 & vwDauer %>=% 4
Verwendete Funktionen	-

Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	850102
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>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2018	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
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 Überdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	850229
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>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2018	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
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.)
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)

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Vorbereitung	Dimension	Beschreibung	Wert
HäufigsteAngabeAtemfrequenz	Standort	Für jeden Standort der am häufigsten angegebene Wert der Atemfrequenz. Wurden an einem Standort mehrere Werte am häufigsten angegeben, wird der größere gewählt.	

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Ab dem Erfassungsjahr 2019 erfolgt die Zuordnung der Fälle zum jeweiligen Auswertungsjahr nicht mehr nach dem Aufnahme-, sondern nach dem Entlassdatum. Aufgrund dieser Umstellung der Auswertungssystematik ist für das EJ 2019 eine Übergangsregelung notwendig, um die doppelte Berücksichtigung von Patientinnen und Patienten, die bereits im EJ 2018 ausgewertet wurden, zu vermeiden. Die Auswertung zum EJ 2019 berücksichtigt deshalb nur Patientinnen und Patienten, die in 2019 aufgenommen und in 2019 entlassen wurden (d. h. Überliegerfälle sind nicht enthalten).

Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die fehlende Berücksichtigung der Überliegerfälle die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit der Auffälligkeitskriterien relevant beeinflusst, sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien des EJ 2019 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen. Ausgenommen sind hierbei jedoch die Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation sowie zum Minimaldatensatz (MDS). Liegen bei einem Auffälligkeitskriterium weitere Gründe für die Einschränkung der Vergleichbarkeit vor, sind diese in der Spalte „Erläuterung“ erwähnt.

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2019

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	-
811825	Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	-
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	-
851900 (NEU)	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	-	-	Im Vorjahr nicht berechnet	-
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2018 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien

ID	AK-Bezeichnung	Begründung für Streichung
811821	Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthaltes eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde	Fehldokumentationen haben sich im SD nur in Einzelfällen bestätigt. Dieses AK scheint damit zu unspezifisch zu sein. Die Einführung eines neuen AK zur palliativen Therapiezielsetzung ist geplant.
811827	Häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Puls-oxymetrie	Fehldokumentationen haben sich im SD nur in Einzelfällen bestätigt. Dieses AK scheint damit zu unspezifisch zu sein.
850101	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.