



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien:  
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

## Geburtshilfe

Erfassungsjahr 2019

Stand: 29.04.2020

---

# Impressum

**Thema:**

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL. Geburtshilfe.  
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

850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten.....	4
850224: Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess .....	6
850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation .....	9
850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) .....	11
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) .....	13
Anhang II: Listen .....	15
Anhang III: Vorberechnungen .....	16
Anhang IV: Funktionen .....	17
Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien .....	18

## 850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
73:K	Notsektio	K	0 = nein 1 = ja	NOTSECTIO
75:K	E-E-Zeit bei Notsektio	K	in Minuten	EEZEIT

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	850318
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2012
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Fehldokumentation. Die Durchführung eines Notfallkaiserschnitts unter 3 Minuten kann als unrealistisch angesehen werden.
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
<b>Berechnungsart</b>	Anzahl
<b>Referenzbereich 2019</b>	= 0
<b>Referenzbereich 2018</b>	= 0
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2019</b>	Der Referenzbereich bezieht sich auf die Anzahl im Zähler.
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> E-E-Zeit < 3 Minuten <b>Nenner</b> Alle Kinder, die per Notfallkaiserschnitt entbunden wurden
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	16/1:K
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	EEZEIT %<% 3
<b>Nenner (Formel)</b>	NOTSECTIO %==% 1
<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar

## 850224: Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
27:M	Befunde im Mutterpass	K	s. Anhang: BefMPass	SSBEFUND
37:M	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	K	-	GEBTERMIN
38:M	Tragzeit nach klinischem Befund	K	in Wochen	TRAGZEITKLIN
39:M	Aufnahmeart	M	1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde 3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	AUFNAHMEART
70:K	Entbindungsmodus	M	OPS (amtliche Codes): <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ENTBINDMODUS
81:K	Geburtsdatum des Kindes	M	-	GEBDATUMK
85:K	APGAR	K	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	APGAR5
90:K	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	in mmol/l	BGNABELBEXC
91:K	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	K	-	BGNABELPH
98:K	Totgeburt	M	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
EF*	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen	-	GEBDATUMK - GEBTERMIN	abstGebterm

\* Ersatzfeld im Exportformat

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	850224
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2016
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>QI-relevant</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Unterdokumentation. Der 5-Minuten-Apgar-, Nabelarterien-pH-Wert und Base Excesswert sind wichtige Angaben zum klinischen Zustand des Kindes und sollten somit korrekt dokumentiert werden.</p>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2019</b>	≤ 2,65 % (95. Perzentil)
<b>Referenzbereich 2018</b>	≤ 3,14 % (95. Perzentil)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2019</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Kinder mit fehlender Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlender Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlender Angabe des Base Excess</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle reifen Lebendgeborenen unter Ausschluss von Fällen, bei denen als Aufnahmegrund „Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme“ oder beim Entbindungsmodus „Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta“ dokumentiert wurde</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	16/1:K
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	10
<b>Zähler (Formel)</b>	<code>is.na(APGAR5)   (is.na(BGNABELPH) &amp; is.na(BGNABELBEXC))</code>
<b>Nenner (Formel)</b>	<code>TOTGEBURT ==% 0 &amp; fn_Gestalter %between% c(259,293) &amp; !(AUFNAHMEART ==% 3   ENTBINDMODUS %any_like% LST\$OPS_GEB_Entbindmodus)</code>
<b>Verwendete Funktionen</b>	<code>fn_Gestalter</code>
<b>Verwendete Listen</b>	<code>OPS_GEB_Entbindmodus</code>
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar

## 850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	850082
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2010
<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>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>                      Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b>                      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

## 850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	850226
<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)

Schlüssel: BefMPass	
1	Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)
2	frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)
3	Blutungs-/Thromboseneigung
4	Allergie
5	frühere Bluttransfusionen
6	besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche)
7	besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme)
8	Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.)
9	Diabetes mellitus
10	Adipositas
11	Kleinwuchs
12	Skelettanomalien
13	Schwangere unter 18 Jahre
14	Schwangere über 35 Jahre
15	Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)
16	Z. n. Sterilitätsbehandlung
17	Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen)
18	Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g)
19	Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen
20	Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese
21	Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen
22	Komplikationen post partum
23	Z. n. Sectio caesarea
24	Z. n. anderen Uterusoperationen
25	rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)
26	sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde
27	behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen
28	Dauermedikation
29	Abusus
30	besondere psychische Belastung
31	besondere soziale Belastung
32	Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen

<b>Schlüssel: BefMPass</b>	
33	Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr
34	Placenta praevia
35	Mehrlingsschwangerschaft
36	Hydramnion
37	Oligohydramnie
38	Terminunklarheit
39	Placentainsuffizienz
40	Isthmozervikale Insuffizienz
41	vorzeitige Wehentätigkeit
42	Anämie
43	Harnwegsinfektion
44	indirekter Coombstest positiv
45	Risiko aus anderen serologischen Befunden
46	Hypertonie (Blutdruck über 140/90)
47	Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr
48	Mittelgradige - schwere Ödeme
49	Hypotonie
50	Gestationsdiabetes
51	Lageanomalie
52	sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf
53	Hyperemesis
54	Z. n. HELLP-Syndrom
55	Z. n. Eklampsie
56	Z. n. Hypertonie

## Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
OPS_GEB_Entbindmodus	OPS	Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	9-263%

## Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

## Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_Gestalter	integer	Gestationsalter in Tagen	<pre>nTragzeitkliWo &lt;- TRAGZEITKLIN * 7 nAbstGebterm &lt;- 280 + round( as.numeric(difftime(GEBDATUMK, GEBTERMIN, unit="days", tz = "Europe/Berlin")) )  f1 &lt;- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, NA_integer_) f2 &lt;- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, abstGebterm + 280) f3 &lt;- ifelse(abs(nTragzeitkliWo-nAbstGebterm)%&lt;%14, nAbstGebterm, nTragzeitkliWo)  result &lt;- ifelse(!is.na(GEBTERMIN),   ifelse(SSBEFUND %any_in% 38, f1,     ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), f3, nAbstGebterm)), f2) result</pre>

## Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Da Fälle mit einer Aufnahme in 2018 und einer Entlassung in 2019 in den Datensatz 2019 eingehen (d. h. Überliegerfälle sind im Datensatz 2019 enthalten), gehen für das Erfassungsjahr 2019 tendenziell etwas mehr Fälle in die Auswertung ein als im EJ 2018. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patientengrundgesamtheit die Auffälligkeitskriterien im Vergleich zu 2018 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
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	-
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	Nein	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Das AK wird aufgrund einer Änderung einer Plausibilitätsregel in der Spezifikation angepasst. Der pH-Wert und der Base Excess müssen beide dokumentiert werden, da diese gleichzeitig mit einem Messgerät erfasst werden. Die vorher bestehende „oder“-Verknüpfung wurde daher in eine „und“-Verknüpfung angepasst. Die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2019 sind mit der Vorjahresergebnissen eingeschränkt vergleichbar.
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

## 2018 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien

ID	AK-Bezeichnung	Begründung für Streichung
850081	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.