



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit 2016

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Beschreibung der Kriterien

Stand: 26.04.2017

Inhaltsverzeichnis

850350: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	3
850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	5
850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	6
850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	7
Anhang I: Funktionen	8
Anhang II: Historie der Auffälligkeitskriterien	9

850350: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2016

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
30:B	behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation(en)	M	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKATSPEZ
38:B	postoperative Wundinfektion	M	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION
41:B	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	M	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

AK-ID	850350
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Komplikationen sind QI-relevant, sie sind wichtige Ergebnisindikatoren</p> <p>Hypothese Underdokumentation von Komplikationen</p> <p>Kommentar Durch die Zusammenfassung aller Komplikationen zu einem Auffälligkeitskriterium wird das grundsätzlich seltene Auftreten der einzelnen Komplikationen kompensiert.</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	<p>54040: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54042: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54029: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54036: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen</p> <p>54038: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	< 100,00 %
Referenzbereich 2015	< 100,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Rechenregel	<p>Zähler Patienten ohne behandlungsbedürftige intra- /postoperative chirurgische Komplikation und ohne mindestens eine Wundinfektion und ohne mindestens eine allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation</p> <p>Nenner Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 90. Perzentil aus Standorten, die keine geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen (OPS: 8-55*) abrechnen</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Die Auswertung erfolgt für Standorte mit mindestens 10 Fällen.</p> <p>Generell werden Standorte von der Auswertung ausgeschlossen, welche geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen (OPS: 8-55*) abrechnen.</p>
Teildatensatzbezug	17/1:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	10 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 10 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Zähler (Formel)	POSTOPWUNDINFEKTION = 0 UND POKOMPLIKAT = 0 UND POKOMPLIKATSPEZ = 0
Nenner (Formel)	poopvwDauer <> LEER UND NICHT fn_KHGeriatFruehKomplex UND poopvwdauer > @Perc90poopvwDauer171
Verwendete Funktionen	fn_KHGeriatFruehKomplex
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850351: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Berechnung

AK-ID	850351
Jahr der Erstanwendung	2015
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. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</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 2016	>= 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Rechenregel	<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 40 dokumentationspflichtige Fälle (berechnet über alle Leistungsbereiche) und mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850352: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Berechnung

AK-ID	850352
Jahr der Erstanwendung	2015
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 2016	<= 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Rechenregel	<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	-
Mindestanzahl Nenner	20 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)

850368: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Berechnung

AK-ID	850368
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz 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 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 Underdokumentation der Anreiz für die Verwendung von Minimaldatensätzen ansteigt.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2016	<= 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2016	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2016	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl 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	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 (Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)

Anhang I: Funktionen

Funktion	Feldtyp	Beschreibung	Script
fn_KHGeriatFruehKomplex	boolean	Patienten, die in einem Krankenhaus behandelt werden, welches geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen abrechnet	@KHGeriatFruehKomplex171 > 0

Anhang II: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2016

Auffälligkeitskriterium		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850350	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850351	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850352	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850368 (NEU)	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-

2015 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine