



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Verstetigung und Vollzähligkeit 2015

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Beschreibung der Kriterien

Stand: 04.05.2016

Inhaltsverzeichnis

811823: Alle Krankenhäuser mit Patientinnen ≥ 60 Jahren mit isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“	3
850312: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	5
850099: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	8
850100: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	9
850225: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	10
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	11
Anhang II: Historie der Auffälligkeitskriterien	12

811823: Alle Krankenhäuser mit Patientinnen ≥ 60 Jahren mit isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
24:O	führender Befund	K	s. Anhang: HistolOpGyn	HISTOL
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

AK-Präfix	AK 1
AK-ID	811823
Jahr der Erstanwendung	2009
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Ergebnis der Indikatoren 10211 und 51907</p> <p>Hypothese Nachlässige Dokumentation oder mangelhafte histologische Diagnostik oder Probleme bei hausinterner Kommunikation</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund 51907: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund
Bewertungsart	Anzahl
Referenzbereich 2015	<=1
Referenzbereich 2014	<=1
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	Der Referenzbereich bezieht sich auf die Anzahl im Zähler.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit führendem histologischen Befund Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste</p> <p>Nenner Alle Patientinnen mit einem Alter ab 60 Jahre und mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	15/1:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850312: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
17:O	Operation	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL
19:O	intraoperative Komplikationen	M	0 = nein 1 = ja	IOPKOMPJN
21:O	postoperative Komplikation(en)	M	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT
35:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

AK-Präfix	AK 2
AK-ID	850312
Jahr der Erstanwendung	2009
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Ergebnis der Indikatoren 51417, 51906 und 51418</p> <p>Hypothese Unterdokumentation von intra- und postoperativen Komplikationen</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	<p>51417: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation 51418: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	< 100,00 %
Referenzbereich 2014	< 100,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen ohne intra- oder postoperative Komplikation</p> <p>Nenner Alle Patientinnen ohne Karzinom mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang und einer postoperativen Verweildauer über dem 95. Perzentil</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Die Auswertung erfolgt für Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen.</p> <p>Nenner: Es werden Patientinnen ohne Karzinom mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang und einer postoperativen Verweildauer über dem 95. Perzentil gezählt.</p> <p>Patientinnen, bei denen zusätzlich mindestens einer der folgenden OPS-Kodes dokumentiert wurde, werden aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen: 5-650.2, 5-650.3, 5-650.6, 5-650.7, 5-650.x, 5-650.y, 5-651.80, 5-651.81, 5-651.84, 5-651.85, 5-651.8x, 5-651.90, 5-651.91, 5-651.94, 5-651.95, 5-651.9x, 5-651.a0, 5-651.a1, 5-651.a4, 5-651.a5, 5-651.ax, 5-651.b0, 5-651.b1, 5-651.b4, 5-651.b5, 5-651.bx, 5-651.x0, 5-651.x1, 5-651.x4, 5-651.x5, 5-651.xx, 5-651.y, 5-652.40, 5-652.41, 5-652.44, 5-652.45, 5-652.4x, 5-652.50, 5-652.51, 5-652.54, 5-652.55, 5-652.5x, 5-652.60, 5-652.61, 5-652.64, 5-652.65, 5-652.6x, 5-652.y, 5-653.20, 5-653.21, 5-653.24, 5-653.25, 5-653.2x, 5-653.30, 5-653.31, 5-653.34, 5-653.35, 5-653.3x, 5-653.y, 5-656.90, 5-656.91, 5-656.94, 5-656.95, 5-656.9x, 5-656.a0, 5-656.a1, 5-656.a4, 5-656.a5, 5-656.ax, 5-656.b, 5-656.b0, 5-656.b1, 5-656.b4, 5-656.b5, 5-656.bx, 5-656.x0, 5-656.x1, 5-656.x4, 5-656.x5, 5-656.xx, 5-656.y, 5-657.60, 5-657.61, 5-657.64, 5-657.65, 5-657.6x, 5-657.70, 5-657.71, 5-657.74, 5-657.75, 5-657.7x, 5-657.80, 5-657.81, 5-657.84, 5-657.85, 5-657.8x, 5-657.90, 5-657.91, 5-657.94, 5-657.95, 5-657.9x, 5-657.x0, 5-657.x1, 5-657.x4, 5-657.x5, 5-657.xx, 5-657.y, 5-658.6, 5-658.7, 5-658.8, 5-658.9, 5-658.x, 5-658.y, 5-659.20, 5-659.21, 5-659.24, 5-659.25, 5-659.2x, 5-659.x0, 5-659.x1, 5-659.x4, 5-659.x5, 5-659.xx, 5-659.y, 5-660.2, 5-660.3, 5-660.6, 5-660.7, 5-660.x, 5-660.y, 5-661.40, 5-661.41, 5-661.44, 5-661.45, 5-661.4x, 5-661.50, 5-661.51, 5-661.54, 5-661.55, 5-661.5x, 5-661.60, 5-661.61, 5-661.64, 5-661.65, 5-661.6x, 5-661.y, 5-663.00, 5-663.01, 5-663.04, 5-663.05, 5-663.0x, 5-663.10, 5-663.11, 5-663.14, 5-663.15, 5-663.1x, 5-663.20, 5-663.21, 5-663.24, 5-663.25, 5-663.2x, 5-663.30, 5-663.31, 5-663.34, 5-663.35, 5-663.3x, 5-663.40, 5-663.41, 5-663.44, 5-663.45, 5-663.4x, 5-663.50, 5-663.51, 5-663.54, 5-663.55, 5-663.5x, 5-663.x0, 5-663.x1, 5-663.x4, 5-663.x5, 5-663.xx, 5-663.y, 5-665.40, 5-665.41, 5-665.44, 5-665.45, 5-665.4x, 5-665.50, 5-665.51, 5-665.54, 5-665.55, 5-665.5x, 5-665.x0, 5-665.x1, 5-665.x4, 5-665.x5, 5-665.xx, 5-666.80, 5-666.81, 5-666.84, 5-666.85, 5-666.8x, 5-</p>

	666.90, 5-666.91, 5-666.94, 5-666.95, 5-666.9x, 5-666.a0, 5-666.a1, 5-666.a4, 5-666.a5, 5-666.ax, 5-666.b0, 5-666.b1, 5-666.b4, 5-666.b5, 5-666.bx, 5-666.x0, 5-666.x1, 5-666.x4, 5-666.x5, 5-666.xx, 5-666.y, 5-669*, 5-682.00, 5-682.01, 5-682.04, 5-682.05, 5-682.0x, 5-682.1, 5-682.10, 5-682.11, 5-682.14, 5-682.15, 5-682.1x, 5-682.20, 5-682.2x, 5-682.x, 5-682.x0, 5-682.x1, 5-682.x4, 5-682.x5, 5-682.xx, 5-682.y, 5-683.00, 5-683.01, 5-683.02, 5-683.05, 5-683.0x, 5-683.10, 5-683.11, 5-683.12, 5-683.15, 5-683.1x, 5-683.20, 5-683.21, 5-683.22, 5-683.25, 5-683.2x, 5-683.x0, 5-683.x1, 5-683.x2, 5-683.x5, 5-683.xx, 5-683.y, 5-684.0, 5-684.1, 5-684.2, 5-684.3, 5-684.x, 5-684.y, 5-685.00, 5-685.01, 5-685.02, 5-685.03, 5-685.0x, 5-685.1, 5-685.2, 5-685.3, 5-685.4, 5-685.40, 5-685.41, 5-685.42, 5-685.43, 5-685.4x, 5-685.x, 5-685.y, 5-686.00, 5-686.01, 5-686.02, 5-686.03, 5-686.0x, 5-686.1, 5-686.2, 5-686.3, 5-686.x, 5-686.y, 5-687.0, 5-687.1, 5-687.2, 5-687.30, 5-687.31, 5-687.3x, 5-687.y, 5-689.00, 5-689.01, 5-689.02, 5-689.05, 5-689.0x, 5-689.x, 5-689.y, 5-744.00, 5-744.01, 5-744.04, 5-744.05, 5-744.0x, 5-744.10, 5-744.11, 5-744.14, 5-744.15, 5-744.1x, 5-744.20, 5-744.21, 5-744.24, 5-744.25, 5-744.2x, 5-744.30, 5-744.31, 5-744.34, 5-744.35, 5-744.3x, 5-744.40, 5-744.41, 5-744.44, 5-744.45, 5-744.4x
Teildatensatzbezug	15/1:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	10
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

850099: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Berechnung

AK-Präfix	AK V1
AK-ID	850099
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz 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 Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	>= 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
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 Unterdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 40 dokumentationspflichtige Fälle (berechnet über alle Leistungsbereiche) und mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.

850100: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Berechnung

AK-Präfix	AK V2
AK-ID	850100
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 2015	<= 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
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	Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.

850225: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Berechnung

AK-Präfix	AK MDS
AK-ID	850225
Jahr der Erstanwendung	2011
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 Unterdokumentation der Anreiz für die Verwendung von Minimaldatensätzen ansteigt.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	<= 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
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	Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik in einem Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: HistoOpGyn	
10	Adnexe: Cystoma serosum
11	Adnexe: Cystoma mucinosum
12	Adnexe: Dermoidzyste
13	Adnexe: Endometriose
14	Adnexe: Entzündung
15	Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste
16	Adnexe: Extrauterin gravidität
17	Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive
18	Adnexe: histologisch Normalbefund
19	Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 10 - 17 nicht erfasst sind
20	Cervix uteri: Ektopie
21	Cervix uteri: Dysplasie
22	Cervix uteri: Carcinoma in situ
23	Cervix uteri: invasives Karzinom Ia
24	Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia
28	Cervix uteri: histologisch Normalbefund
29	Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind
30	Corpus uteri: Myom
31	Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive
38	Corpus uteri: histologisch Normalbefund
39	Corpus uteri: Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind
70	Vagina/Vulva: entzündliche Veränderung
71	Vagina/Vulva: benigne Neoplasien
72	Vagina/Vulva: maligne Neoplasien
78	Vagina/Vulva: histologisch Normalbefund
79	Vagina/Vulva: Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 - 72 nicht erfasst sind
80	Endometriose anderer Lokalisationen
81	Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen

Anhang II: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2015

Auffälligkeitskriterium		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
811823	Alle Krankenhäuser mit Patientinnen >= 60 Jahren mit isoliertem Ovaryingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850312	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Nenner: Anpassung der OPS-Einschlussliste für zusätzlich erlaubte OPS-Kodes.
850099	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850100	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850225	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2014 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine