



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien:  
Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL  
(Rechenregeln)

# Ambulant erworbene Pneumonie

Erfassungsjahr 2021

Stand: 14.09.2022

---

# Impressum

**Thema:**

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL. Ambulant erworbene Pneumonie. Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2021

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

14.09.2022

**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

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	4
811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit.....	4
811826: Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“ ...	6
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit.....	8
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	8
850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	10
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) .....	12
Anhang II: Listen .....	13
Anhang III: Vorberechnungen .....	14
Anhang IV: Funktionen .....	15

# Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

## 811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

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 Berechnungen

<b>ID</b>	811822
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2016
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Überdokumentation/Fehldokumentation
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 20,00 %
<b>Referenzbereich 2020</b>	≤ 16,18 % (95. Perzentil)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	-
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021</b>	Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass rechnerische Auffälligkeiten nicht wegen Fehldokumentation, sondern wegen klinischer Besonderheiten im Patientenkollektiv von COVID-19-Fällen auftreten, sollte im Stellungnahmeverfahren geklärt werden, ob es sich bei den auffälligen Fällen um Patienten mit COVID-19 (Entlassungsdiagnose „U07.1!“ oder „U07.2!“) mit korrekter Dokumentation handelt, oder ob eine Fehldokumentation vorliegt (mit oder ohne COVID-19).
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Patientinnen und Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“ <b>Nenner</b> Alle Patientinnen und Patienten ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	PNEU:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	20
<b>Zähler (Formel)</b>	CHRONBETTLAG %==% 1
<b>Nenner (Formel)</b>	AUFNVONSTATPFLEGE %==% 0 & AUFNINVBATM %==% 0
<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Nicht vergleichbar
<b>Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr</b>	Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich.

## 811826: Häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

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 Berechnungen

<b>ID</b>	811826
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2016
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Fehldokumentation
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2021</b>	$\leq 20,83$ % (97. Perzentil)
<b>Referenzbereich 2020</b>	$\leq 20,17$ % (97. Perzentil)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	-
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021</b>	Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass rechnerische Auffälligkeiten nicht wegen Fehldokumentation, sondern wegen klinischer Besonderheiten im Patientenkollektiv von COVID-19-Fällen auftreten, sollte im Stellungnahmeverfahren geklärt werden, ob es sich bei den auffälligen Fällen um Patienten mit COVID-19 (Entlassungsdiagnose „U07.1!“ oder „U07.2!“) mit korrekter Dokumentation handelt, oder ob eine Fehldokumentation vorliegt (mit oder ohne COVID-19).
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Patientinnen und Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute <b>Nenner</b> Alle Patientinnen und Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	PNEU:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	20
<b>Zähler (Formel)</b>	$AUFNATEMFREQ \geq 30$
<b>Nenner (Formel)</b>	$!is.na(AUFNATEMFREQ) \& AUFNINVBATEM \neq 0$
<b>Verwendete Funktionen</b>	-
<b>Verwendete Listen</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Nicht vergleichbar
<b>Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr</b>	Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich.

# Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

## 850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

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



## Eigenschaften und Berechnungen

<b>ID</b>	850102
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2010
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten, Sollstatistik
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 110,00 %
<b>Referenzbereich 2020</b>	≤ 110,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	-
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021</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 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>	Nicht vergleichbar
<b>Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr</b>	Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich.

## 850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2021

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

## Eigenschaften und Berechnungen

<b>ID</b>	850229
<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 begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
<b>Datenquelle</b>	QS-Daten, Sollstatistik
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2021</b>	≤ 5,00 %
<b>Referenzbereich 2020</b>	≤ 5,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2021</b>	-
<b>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2021</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 (Die Klinik muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Nicht vergleichbar
<b>Erläuterung der Vergleichbarkeit zum Vorjahr</b>	Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich.

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

Keine Schlüssel in Verwendung.

## **Anhang II: Listen**

Keine Listen in Verwendung.

## **Anhang III: Vorberechnungen**

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

## **Anhang IV: Funktionen**

Keine Funktionen in Verwendung.