Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien:  
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Erfassungsjahr 2019

Stand: 29.04.2020



Impressum

**Thema:**

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

[verfahrenssupport@iqtig.org](mailto:verfahrenssupport@iqtig.org)  
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

[850359: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1) 4](#_Toc38892979)

[850361: Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ 7](#_Toc38892980)

[851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik 10](#_Toc38892981)

[851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik 13](#_Toc38892982)

[850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 15](#_Toc38892983)

[851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik 17](#_Toc38892984)

[850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 19](#_Toc38892985)

[Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 21](#_Toc38892986)

[Anhang II: Listen 22](#_Toc38892987)

[Anhang III: Vorberechnungen 23](#_Toc38892988)

[Anhang IV: Funktionen 24](#_Toc38892989)

[Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien 26](#_Toc38892990)

850359: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ◆ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 13:DEK | Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | QS\_HOECHSTGRADDEK |
| 15:DEK | War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission") | M | 0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden  1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden  9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation | QS\_POA |
| EF\* | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | QS\_alter |
| EF\* | Monat des Entlassungstages | - | monat(ENTLDATUM) | QS\_monatEntl |

\* Ersatzfeld im Exportformat

◆ Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850359 |
| Jahr der Erstanwendung | 2015 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  QI-relevant  **Hypothese**  Fehldokumentation |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)  52326: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2  521801: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3  521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet  52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 3,38 % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 3,39 % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“  **Nenner**  **Alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | DEK:B |
| Mindestanzahl Zähler | 2 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Zähler (Formel) | QS\_POA %==% 9 |
| Nenner (Formel) | fn\_DEKDatensatzPlausibel |
| Verwendete Funktionen | fn\_DEKDatensatzPlausibel fn\_DEKGrad\_2 fn\_DEKGrad\_2bis4 fn\_DEKGrad\_3 fn\_DEKGrad\_4 fn\_DEKGrad\_nnb |
| Verwendete Listen | ICD\_DekGrad\_2 ICD\_DekGrad\_3 ICD\_DekGrad\_4 ICD\_DekGrad\_nnb |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

850361: Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ◆ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 13:DEK | Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | QS\_HOECHSTGRADDEK |
| 15:DEK | War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission") | M | 0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden  1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden  9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation | QS\_POA |
| EF\* | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | QS\_alter |
| EF\* | Monat des Entlassungstages | - | monat(ENTLDATUM) | QS\_monatEntl |

\* Ersatzfeld im Exportformat

◆ Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850361 |
| Jahr der Erstanwendung | 2015 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  QI-relevant  **Hypothese**  Fehldokumentation |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)  521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 1,97 % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 7,69 % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | Zum Erfassungsjahr 2019 wurde der Zähler modifiziert, somit werden nur noch inzidente Dekubitalulcera betrachtet. Hierdurch sinkt die Anzahl der betrachteten Fälle, weshalb der Referenzbereich im 95. Perzentil für EJ 2019 deutlich kleiner ausfällt. |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“, die nicht mit den Abrechnungsdaten übereinstimmen. Somit kann es vorkommen, dass diese über einen Dekubitus nicht näher bezeichnet abgerechnet werden. Zur Bewertung des AKs im SD soll für so einen Fall die H = 99 gewählt werden und dem IQTIG mitgeteilt welche NPUAP/EPUAP Kategorie vorlag. |
| Rechenregeln | **Zähler**  Patientinnen und Patienten mit Dekubitus nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand  **Nenner**  **Alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | DEK:B |
| Mindestanzahl Zähler | 5 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Zähler (Formel) | fn\_DEKGrad\_nnb & QS\_POA %in% c(0,9) |
| Nenner (Formel) | fn\_DEKDatensatzPlausibel |
| Verwendete Funktionen | fn\_DEKDatensatzPlausibel fn\_DEKGrad\_2 fn\_DEKGrad\_2bis4 fn\_DEKGrad\_3 fn\_DEKGrad\_4 fn\_DEKGrad\_nnb |
| Verwendete Listen | ICD\_DekGrad\_2 ICD\_DekGrad\_3 ICD\_DekGrad\_4 ICD\_DekGrad\_nnb |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Nicht vergleichbar |

851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ◆ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 13:DEK | Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus | M | ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de | QS\_HOECHSTGRADDEK |
| EF\* | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren | - | alter(GEBDATUM;AUFNDATUM) | QS\_alter |
| EF\* | Monat des Entlassungstages | - | monat(ENTLDATUM) | QS\_monatEntl |
| RST: 5:RST | Dekubitus Grad 2 | M | - | RST\_DEK2 |
| RST: 6:RST | Dekubitus Grad 3 | M | - | RST\_DEK3 |
| RST: 7:RST | Dekubitus Grad 4 | M | - | RST\_DEK4 |
| RST: 8:RST | Dekubitus Grad nicht näher bezeichnet | M | - | RST\_DEKnnb |
| RST: 9:RST | Alter in Jahren am Aufnahmetag | M | - | RST\_PATALTER |

\* Ersatzfeld im Exportformat

◆ Datenfelder aus der QS-Dokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 851805 |
| Jahr der Erstanwendung | 2018 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  QI-relevant  **Hypothese**  Fehldokumentation |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)  52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 |
| Berechnungsart | Quote |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 20,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 20,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | AK zeigt wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ mit der Risikostatistik geliefert wurden, als mit der QS-Dokumentation. |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | Auffällige Standorte sollen auch im zweiten Anwenderjahr nur einen Hinweis erhalten und keine Bewertung. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten sollten die Standorte den Gründen für die Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik nachgehen und den auf Landesebene beauftragten Stellen mögliche Erklärungen und Gründe zurückmelden.  Es wird empfohlen, sich zur Klärung an die Software-Anbieter zu wenden. |
| Rechenregeln | **Zähler**  Differenz zwischen  - der Anzahl der Fälle mit mindestens einem „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation  und  - der Anzahl der Fälle mit „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der Risikostatistik  **Nenner**  **Anzahl der Fälle mit einem „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation** |
| Erläuterung der Rechenregel | Wenn keine Risikostatistik geliefert wurde, wird die Anzahl der Fälle mit Dekubitus aus der Risikostatistik auf 0 gesetzt.    Negative Ergebnisse des Auffälligkeitskriteriums (d. h. mehr Fälle mit Dekubitus in der Risikostatistik als in der QS-Dokumentation) führen nicht zur rechnerischen Auffälligkeit. |
| Teildatensatzbezug | DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik) |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 10 |
| Formel | dekubitus\_qs <- evaluate(   fn\_DEKDatensatzPlausibel & fn\_DEKGrad\_2bis4  )    dekubitus\_rst\_negativ <- import\_results(module = "RST", id = "321800\_851805")    quotient\_indicator(   numerator = sum\_results(   dekubitus\_qs,   dekubitus\_rst\_negativ   ),   denominator = dekubitus\_qs,   units\_from = "denominator"  ) |
| Kalkulatorische Kennzahlen | |  |  | | --- | --- | |  | | | Art des Wertes | Kalkulatorische Kennzahl | | ID | 321800\_851805 | | Bezug zu QS-Ergebnissen | 851805 | | Bezug zum Verfahren | DeQS | | Sortierung | - | | Rechenregel | - | | Operator | Summe | | Teildatensatzbezug | RST:RST (Risikostatistik) | | Zähler | -1 WENN  RST\_DEK2 %==% 1 | RST\_DEK3 %==% 1 | RST\_DEK4 %==% 1 | RST\_DEKnnb %==% 1 | | Nenner | fn\_RSTDatensatzPlausibel | | Darstellung | - | | Grafik | - | |
| Verwendete Funktionen | fn\_DEKDatensatzPlausibel fn\_DEKGrad\_2 fn\_DEKGrad\_2bis4 fn\_DEKGrad\_3 fn\_DEKGrad\_4 fn\_DEKGrad\_nnb RST: fn\_RSTDatensatzPlausibel |
| Verwendete Listen | ICD\_DekGrad\_2 ICD\_DekGrad\_3 ICD\_DekGrad\_4 ICD\_DekGrad\_nnb |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 851806 |
| Jahr der Erstanwendung | 2018 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  QI-relevant  **Hypothese**  Unterdokumentation in der Risikostatistik oder fehlerhafte Risikostatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≥ 95,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≥ 95,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle  **Nenner**  **Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE\_GEPRUEFT\_RS)** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 5 |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850096 |
| Jahr der Erstanwendung | 2010 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Organisatorische Probleme in den Dokumentationsprozessen einzelner Leistungsbereiche, die eine Überdokumentation bedingen, werden durch die in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen nicht erfasst.  **Hypothese**  Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation. |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 110,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 110,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul  **Nenner**  **Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) für das jeweilige Modul** |
| 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 |

851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 851808 |
| Jahr der Erstanwendung | 2018 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  QI-relevant  **Hypothese**  Fehlerhafte Risikostatistik oder fehlende/fehlerhafte Sollstatistik zur Risi-kostatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 110,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 110,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle  **Nenner**  **Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE\_GEPRUEFT\_RS)** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Mindestanzahl Zähler | 20 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850230 |
| Jahr der Erstanwendung | 2011 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.  **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. |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 5,00 % |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 5,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul  **Nenner**  **Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE\_MODUL) für das jeweilige Modul** |
| 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.) |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Vergleichbar |

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Keine Schlüssel in Verwendung.

Anhang II: Listen

| Listenname | Typ | Beschreibung | Werte |
| --- | --- | --- | --- |
| ICD\_DekGrad\_2 | ICD | Dekubitus, Grad / Kategorie 2 | L89.1% |
| ICD\_DekGrad\_3 | ICD | Dekubitus, Grad / Kategorie 3 | L89.2% |
| ICD\_DekGrad\_4 | ICD | Dekubitus, Grad / Kategorie 4 | L89.3% |
| ICD\_DekGrad\_nnb | ICD | Dekubitus, Grad / Kategorie nicht näher bezeichnet | L89.9% |

Anhang III: Vorberechnungen

| Vorberechnung | Dimension | Beschreibung | Wert |
| --- | --- | --- | --- |
| Auswertungsjahr | Gesamt | Hilfsvariable zur Bestimmung des Jahres, dem ein Datensatz in der Auswertung zugeordnet wird. Dies dient der Abgrenzung der Datensätze des Vorjahres zum ausgewerteten Jahr. | 2019 |

Anhang IV: Funktionen

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
| --- | --- | --- | --- |
| fn\_DEKDatensatzPlausibel | boolean | Der DEK-Datensatz ist plausibel:  1. Das Entlassungsjahr stimmt mit dem Auswertungsjahr überein  2. QS\_alter ≥ 20 UND QS\_alter≤ 120  3. HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1\*, L89.2\*, L89.3\* oder L89.9\* | substr(   QS\_monatEntl,   nchar(QS\_monatEntl) - 3,   nchar(QS\_monatEntl)   ) %==% VB$Auswertungsjahr &  QS\_alter %>=% 20 &  QS\_alter %<=% 120 &  fn\_DEKGrad\_2bis4 |
| fn\_DEKGrad\_2 | boolean | Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2  - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1\* | QS\_HOECHSTGRADDEK %any\_like% LST$ICD\_DekGrad\_2 |
| fn\_DEKGrad\_2bis4 | boolean | Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet  - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1\*, L89.2\*, L89.3\* oder L89.9\* | fn\_DEKGrad\_2 |  fn\_DEKGrad\_3 |  fn\_DEKGrad\_4 |  fn\_DEKGrad\_nnb |
| fn\_DEKGrad\_3 | boolean | Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 3  - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.2\* | QS\_HOECHSTGRADDEK %any\_like% LST$ICD\_DekGrad\_3 |
| fn\_DEKGrad\_4 | boolean | Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 4  - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.3\* | QS\_HOECHSTGRADDEK %any\_like% LST$ICD\_DekGrad\_4 |
| fn\_DEKGrad\_nnb | boolean | Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet  - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.9\* | QS\_HOECHSTGRADDEK %any\_like% LST$ICD\_DekGrad\_nnb |
| RST: fn\_RSTDatensatzPlausibel | boolean | Der RST-Datensatz ist plausibel, wenn das Patientenalter am Aufnahmetag ≥ 20 und ≤ 120 Jahre ist | RST\_PATALTER %>=% 20 & RST\_PATALTER %<=% 120 |

Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2019

| Auffälligkeitskriterium | | Anpassung im Vergleich zum Vorjahr | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ID | AK-Bezeichnung | Referenzbereich | Rechenregel | Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Erläuterung |
| 850359 | Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1) | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850361 | Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ | Nein | Ja | Nicht vergleichbar | Zum Erfassungsjahr 2019 wurde der Zähler modifiziert, somit werden nur noch inzidente Dekubitalulcera betrachtet. Hierdurch sinkt die Anzahl der betrachteten Fälle, weshalb der Referenzbereich im 95. Perzentil für EJ 2019 deutlich kleiner ausfällt. |
| 851805 | Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitus in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 851806 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850096 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 851808 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik | Nein | Nein | Vergleichbar | - |
| 850230 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | Nein | Nein | Vergleichbar | - |

2018 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien

| ID | AK-Bezeichnung | Begründung für Streichung |
| --- | --- | --- |
| 850095 | 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 ≥ 95% ist daher nicht sinnvoll. |
| 850362 | Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme und Entlassung | Streichung, da der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten bei ~ 2 Prozent liegt und zum EJ 2018 auf unter 1 Prozent gesunken ist. |