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

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

Inhaltsverzeichnis

[850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten 4](#_Toc39045514)

[850224: Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess 6](#_Toc39045515)

[850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation 10](#_Toc39045516)

[850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) 12](#_Toc39045517)

[Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) 14](#_Toc39045518)

[Anhang II: Listen 16](#_Toc39045519)

[Anhang III: Vorberechnungen 17](#_Toc39045520)

[Anhang IV: Funktionen 18](#_Toc39045521)

[Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien 19](#_Toc39045522)

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

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

\* Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850224 |
| Jahr der Erstanwendung | 2016 |
| Begründung für die Auswahl | **Relevanz**  QI-relevant  **Hypothese**  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. |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2019 | ≤ 2,65 % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2018 | ≤ 3,14 % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2019 | - |
| Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019 | - |
| Rechenregeln | **Zähler**  Kinder mit fehlender Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlender Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlender Angabe des Base Excess  **Nenner**  **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** |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | 16/1:K |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 10 |
| Zähler (Formel) | is.na(APGAR5) |  (is.na(BGNABELPH) & is.na(BGNABELBEXC)) |
| Nenner (Formel) | TOTGEBURT %==% 0 & fn\_Gestalter %between% c(259,293) & !(AUFNAHMEART %==% 3 | ENTBINDMODUS %any\_like% LST$OPS\_GEB\_Entbindmodus) |
| Verwendete Funktionen | fn\_Gestalter |
| Verwendete Listen | OPS\_GEB\_Entbindmodus |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Eingeschränkt vergleichbar |



850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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

Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850082 |
| 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 |

850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

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



Eigenschaften und Berechnung

|  |  |
| --- | --- |
| ID | 850226 |
| 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)

| 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 |
| 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 | 9­263% |

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
| --- | --- | --- | --- |
| fn\_Gestalter | integer | Gestationsalter in Tagen | nTragzeitkliWo <- TRAGZEITKLIN \* 7  nAbstGebterm <- 280 + round(  as.numeric(difftime(GEBDATUMK, GEBTERMIN, unit="days", tz = "Europe/Berlin"))  )    f1 <- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, NA\_integer\_)  f2 <- ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), nTragzeitkliWo, abstGebterm + 280)  f3 <- ifelse(abs(nTragzeitkliWo-nAbstGebterm)%<%14, nAbstGebterm, nTragzeitkliWo)    result <- ifelse(!is.na(GEBTERMIN),   ifelse(SSBEFUND %any\_in% 38, f1,   ifelse(!is.na(TRAGZEITKLIN), f3, nAbstGebterm)), f2)  result |

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 Patienten-Grundgesamtheit 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 ≥ 95% ist daher nicht sinnvoll. |