



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

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

## **Pflege: Dekubitusprophylaxe**

Erfassungsjahr 2020

Stand: 20.04.2021

---

# Impressum

**Thema:**

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL. Pflege: Dekubitusprophylaxe. Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2020

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

20.04.2021

**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

850359: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) .....	4
850361: Häufige Angabe „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“.....	7
851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik .....	10
851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik.....	13
850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation .....	15
851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik.....	17
850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) .....	19
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) .....	21
Anhang II: Listen .....	22
Anhang III: Vorberechnungen .....	23
Anhang IV: Funktionen .....	24
Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien .....	26

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

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ◆
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	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 QSDokumentation werden dem mit Präfix "QS" und Datenfelder aus der Risikostatistik mit dem Präfix "RST" gekennzeichnet.

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	850359
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2015
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>QI-relevant</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Fehldokumentation</p>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	<p>52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</p> <p>52326: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2</p> <p>521801: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3</p> <p>521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet</p> <p>52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</p>
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2020</b>	≤ 3,47 % (95. Perzentil)
<b>Referenzbereich 2019</b>	≤ 3,38 % (95. Perzentil)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2020</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“</p> <p><b>Nenner</b></p> <p>Alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	DEK:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	2
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	QS_POA %==% 9
<b>Nenner (Formel)</b>	fn_DEKDatensatzPlausibel
<b>Verwendete Funktionen</b>	<p>fn_DEKDatensatzPlausibel</p> <p>fn_DEKGrad_2</p> <p>fn_DEKGrad_2bis4</p> <p>fn_DEKGrad_3</p> <p>fn_DEKGrad_4</p> <p>fn_DEKGrad_nnb</p>
<b>Verwendete Listen</b>	<p>ICD_DekGrad_2</p> <p>ICD_DekGrad_3</p> <p>ICD_DekGrad_4</p> <p>ICD_DekGrad_nnb</p>

<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar
--	----------------------------

# 850361: Häufige Angabe „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ◆
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	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 Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLSDATUM)	QS_monatEntl

\* Ersatzfeld im Exportformat

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

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	850361
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2015
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Fehldokumentation
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2020</b>	≤ 1,90 % (95. Perzentil)
<b>Referenzbereich 2019</b>	≤ 1,97 % (95. Perzentil)
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2020</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020</b>	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.
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Patientinnen und Patienten mit Dekubitalulcus nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitalulcus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitalulcus bereits bei Aufnahme bestand <b>Nenner</b> Alle Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Teildatensatzbezug</b>	DEK:B
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	5
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Zähler (Formel)</b>	fn_DEKGrad_nnb & QS_POA %in% c(0,9)
<b>Nenner (Formel)</b>	fn_DEKDatensatzPlausibel
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb
<b>Verwendete Listen</b>	ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3



	ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar

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

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ◆
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	M	ICD-10-GM SGB V: <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	QS_HOECHSTGRADDEK
EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	QS_alter
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLSDATUM)	QS_monatEntl
RST: 6:RST	Dekubitus Grad 2	M	-	RST_DEK2
RST: 7:RST	Dekubitus Grad 3	M	-	RST_DEK3
RST: 8:RST	Dekubitus Grad 4	M	-	RST_DEK4
RST: 9:RST	Dekubitus Grad nicht näher bezeichnet	M	-	RST_DEKnnb
RST: 10:RST	Alter in Jahren am Aufnahmezeitpunkt	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

<b>ID</b>	851805
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2018
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b></p> <p>QI-relevant</p> <p><b>Hypothese</b></p> <p>Fehldokumentation</p>
<b>Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen</b>	<p>52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</p> <p>52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</p>
<b>Berechnungsart</b>	Quote
<b>Referenzbereich 2020</b>	≤ 20,00 %
<b>Referenzbereich 2019</b>	≤ 20,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2020</b>	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.
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020</b>	Für auffällige Standorte sollten im dritten Anwenderjahr Stellungnahmen angefordert werden, um den Gründen für die Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik nachzugehen. Es wird empfohlen, sich zur Klärung an die Software-Anbieter zu wenden.
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b></p> <p>Differenz zwischen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Anzahl der Fälle mit mindestens einem „Dekubitalulcus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation</li> <li>und</li> <li>- der Anzahl der Fälle mit „Dekubitalulcus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der Risikostatistik</li> </ul> <p><b>Nenner</b></p> <p>Anzahl der Fälle mit einem „Dekubitalulcus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation</p>
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	<p>Wenn keine Risikostatistik geliefert wurde, wird die Anzahl der Fälle mit Dekubitus aus der Risikostatistik auf 0 gesetzt.</p> <p>Negative Ergebnisse des Auffälligkeitskriteriums (d. h. mehr Fälle mit Dekubitus in der Risikostatistik als in der QS-Dokumentation) führen nicht zur rechnerischen Auffälligkeit.</p>
<b>Teildatensatzbezug</b>	DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	10
<b>Formel</b>	<pre>dekubitus_qs &lt;- evaluate(   fn_DEKDatensatzPlausibel &amp; fn_DEKGrad_2bis4 )  dekubitus_rst_negativ &lt;- import_results(module =   "RST", id = "321800_851805")  quotient_indikator(</pre>

	<pre> numerator = sum_results(     dekubitus_qs,     dekubitus_rst_negativ ), denominator = dekubitus_qs, units_from = "denominator" ) </pre>	
<b>Kalkulatorische Kennzahlen</b>		
	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	-
<b>Verwendete Funktionen</b>	fn_DEKDatensatzPlausibel fn_DEKGrad_2 fn_DEKGrad_2bis4 fn_DEKGrad_3 fn_DEKGrad_4 fn_DEKGrad_nnb RST: fn_RSTDatensatzPlausibel	
<b>Verwendete Listen</b>	ICD_DekGrad_2 ICD_DekGrad_3 ICD_DekGrad_4 ICD_DekGrad_nnb	
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar	

# 851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	851806
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2018
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Unterdokumentation in der Risikostatistik oder fehlerhafte Risikostatistik
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2020</b>	≥ 95,00 %
<b>Referenzbereich 2019</b>	≥ 95,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2020</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle <b>Nenner</b> Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FA-ELLE_GEPRUEFT_RS)
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar

## 850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

### Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	850096
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2010
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b>          Organisatorische Probleme in den Dokumentationsprozessen einzelner Leistungsbereiche, die eine Überdokumentation bedingen, werden durch die in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen nicht erfasst.</p> <p><b>Hypothese</b>          Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2020</b>	≤ 110,00 %
<b>Referenzbereich 2019</b>	≤ 110,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2020</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b>          Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b>          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>	Eingeschränkt vergleichbar



# 851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	851808
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2018
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Fehlerhafte Risikostatistik oder fehlende/fehlerhafte Sollstatistik zur Risikostatistik
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2020</b>	≤ 110,00 %
<b>Referenzbereich 2019</b>	≤ 110,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2020</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<b>Zähler</b> Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle <b>Nenner</b> Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE_GEPRUEFT_RS)
<b>Erläuterung der Rechenregel</b>	-
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	20
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar

# 850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

## Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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

## Eigenschaften und Berechnung

<b>ID</b>	850230
<b>Jahr der Erstanwendung</b>	2011
<b>Begründung für die Auswahl</b>	<p><b>Relevanz</b>                      Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p><b>Hypothese</b>                      Das Ausfüllen von Minimaldatensätzen in einem Leistungsbereich kann einen Hinweis auf Mängel des QS-Filters liefern.</p>
<b>Berechnungsart</b>	Ratenbasiert
<b>Referenzbereich 2020</b>	≤ 5,00 %
<b>Referenzbereich 2019</b>	≤ 5,00 %
<b>Erläuterung zum Referenzbereich 2020</b>	-
<b>Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	<p><b>Zähler</b>                      Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p><b>Nenner</b>                      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 (Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
<b>Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</b>	Eingeschränkt vergleichbar

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

Keine Schlüssel in Verwendung.

## Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_DekGrad_2	ICD	Dekubitalulcus, Grad / Kategorie 2	1.89 . 1%
ICD_DekGrad_3	ICD	Dekubitalulcus, Grad / Kategorie 3	1.89 . 2%
ICD_DekGrad_4	ICD	Dekubitalulcus, Grad / Kategorie 4	1.89 . 3%
ICD_DekGrad_nnb	ICD	Dekubitalulcus, Grad / Kategorie nicht näher bezeichnet	1.89 . 9%

## Anhang III: Vorberechnungen

Vorbereitung	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.	2020

## 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 Dekubitalulcus 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 Dekubitalulcus 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 Dekubitalulcus 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 Dekubitalulcus 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 Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.9*	QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekGrad_nnb



Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
RST: fn_RSTDatensatzPlausibel	boolean	Der RST-Datensatz ist plausibel, wenn das Patientenalter am Aufnahmetag $\geq 20$ und $\leq 120$ Jahre ist	RST_PATALTER $\geq$ 20 & RST_PATALTER $\leq$ 120

## Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Da die Soll-Statistik ab EJ 2020 auf Krankenhausebene (IKNR) und nicht mehr auf Standortebene erstellt wird, sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Über- und Unterdokumentation sowie zum Minimaldatensatz (MDS) des EJ 2020 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

Aufgrund des ab 2020 geltenden bundesweiten Verzeichnisses der Standorte nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen kann es für das Erfassungsjahr 2020 leider zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit bei den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien mit den Vorjahresergebnissen kommen. Soweit möglich wurden die Standorte aus dem Jahr 2019 in Zusammenarbeit mit den Datenannahmestellen auf die Standorte 2020 gemappt. Die sich dabei ergebenden Herausforderungen wurden bereits seit 2019 in den G-BA-Gremien und in den regelmäßigen Verfahrensteilnehmerveranstaltungen vom IQTIG dargestellt. Nach Abschluss der Überführung der alten auf die neuen Standortnummern muss entsprechend darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Standorte der Leistungserbringer aus den Vorjahren gemappt werden konnten.

Liegen bei einem Auffälligkeitskriterium weitere Gründe für die Einschränkung der Vergleichbarkeit vor, sind diese in der Spalte „Erläuterung“ erwähnt.

### Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2020

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Aufgrund einer Spezifikationsänderung (Anpassung des Risikostatistik-Filters) zum Erfassungsjahr 2020 werden die Überlieger bei den Berechnungen nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse für das Jahr 2020 sind mit den Ergebnissen für das Jahr 2019 eingeschränkt vergleichbar.
850361	Häufige Angabe „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Aufgrund einer Spezifikationsänderung (Anpassung des Risikostatistik-Filters) zum Erfassungsjahr 2020 werden die Überlieger bei den Berechnungen nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse für das Jahr 2020 sind mit den Ergebnissen für das Jahr 2019 eingeschränkt vergleichbar.

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalucera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Aufgrund einer Spezifikationsänderung (Anpassung des Risikostatistik-Filters) zum Erfassungsjahr 2020 werden die Überlieger bei den Berechnungen nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse für das Jahr 2020 sind mit den Ergebnissen für das Jahr 2019 eingeschränkt vergleichbar.
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Aufgrund einer Spezifikationsänderung (Anpassung des Risikostatistik-Filters) zum Erfassungsjahr 2020 werden die Überlieger bei den Berechnungen nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse für das Jahr 2020 sind mit den Ergebnissen für das Jahr 2019 eingeschränkt vergleichbar.
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Aufgrund einer Spezifikationsänderung (Anpassung des Risikostatistik-Filters) zum Erfassungsjahr 2020 werden die Überlieger bei den Berechnungen nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse für das Jahr 2020 sind mit den Ergebnissen für das Jahr 2019 eingeschränkt vergleichbar.
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Aufgrund einer Spezifikationsänderung (Anpassung des Risikostatistik-Filters) zum Erfassungsjahr 2020 werden die Überlieger bei den Berechnungen nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse für das Jahr 2020 sind mit den Ergebnissen für das Jahr 2019 eingeschränkt vergleichbar.
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Aufgrund einer Spezifikationsänderung (Anpassung des Risikostatistik-Filters) zum Erfassungsjahr 2020 werden die Überlieger bei den Berechnungen nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse für das Jahr 2020 sind mit den Ergebnissen für das Jahr 2019 eingeschränkt vergleichbar.

**2019 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine**