



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

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

Ambulant erworbene Pneumonie

Erfassungsjahr 2020

Stand: 20.04.2021

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL. Ambulant erworbene Pneumonie. 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

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	4
811825: Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	6
811826: Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	8
851900: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	10
850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	13
850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	15
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	17
Anhang II: Listen	18
Anhang III: Vorberechnungen	19
Anhang IV: Funktionen	20
Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien	21

811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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 Berechnung

ID	811822
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Überdokumentation/Fehldokumentation
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2013: Frühmobilisation nach Aufnahme 50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2020	≤ 16,18 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2019	≤ 16,79 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass rechnerische Auffälligkeiten nicht wegen Fehldokumentation, sondern wegen klinischer Besonderheiten im Patientenkollektiv von COVID-19-Fällen auftreten, sollte im SD 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).
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“ Nenner Alle Patientinnen und Patienten ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	CHRONBETTLAEG %==% 1
Nenner (Formel)	AUFNVONSTATPFLEGE %==% 0 & AUFNINVBATM %==% 0
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

811825: Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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	AUFNINVBATM
15.1:B	spontane Atemfrequenz	K	in Atemzüge/min	AUFNATEMFREQ

Eigenschaften und Berechnung

ID	811825
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Überdokumentation/Fehldokumentation
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2020	≤ 31,14 % (97. Perzentil)
Referenzbereich 2019	≤ 29,77 % (97. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Rechenregeln	Zähler Alle Patientinnen und Patienten, deren Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme dem am häufigsten an diesem Krankenhausstandort angegebenen Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme entspricht Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	AUFNATEMFREQ %==% VB\$HaeufigsteAngabeAtemfrequenz
Nenner (Formel)	!is.na(AUFNATEMFREQ) & AUFNINVBATEM %==% 0
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

811826: Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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 Berechnung

ID	811826
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	50778: Sterblichkeit im Krankenhaus
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2020	$\leq 20,17$ % (97. Perzentil)
Referenzbereich 2019	$\leq 21,14$ % (97. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass rechnerische Auffälligkeiten nicht wegen Fehldokumentation, sondern wegen klinischer Besonderheiten im Patientenkollektiv von COVID-19-Fällen auftreten, sollte im SD 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).
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	<code>AUFNATEMFREQ %>=% 30</code>
Nenner (Formel)	<code>!is.na(AUFNATEMFREQ) & AUFNINVBATM %==% 0</code>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

851900: Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
22:B	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	M	0 = nein 1 = ja	DOKUTHERAPIEVERZICHT
26:B	Entlassungsgrund	M	s. Anhang: EntlGrund	ENTLGRUND
EF*	Abstand Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte bis Entlassungsdatum	-	ENTLDATUM - EINTRAGDATUM	abstEntlEintrPall
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	vwDauer

* Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	851900
Jahr der Erstanwendung	2019
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Fälle von Patienten mit dokumentiertem Therapieverzicht werden aus drei Prozessindikatoren (2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus), 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2), 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung) und dem Sterblichkeitsindikator (50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen) ausgeschlossen. Fehldokumentationen können entsprechend eine große Auswirkung auf Einrichtungsergebnisse haben.</p> <p>Hypothese</p> <p>Wenn sehr häufig ein Therapieverzicht im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert wird, kann dies auf Fehldokumentationen hinweisen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>2009: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme</p> <p>2013: Frühmobilisation nach Aufnahme</p> <p>2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</p> <p>50778: Sterblichkeit im Krankenhaus</p>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2020	≤ 50,00 %
Referenzbereich 2019	≤ 50,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass rechnerische Auffälligkeiten nicht wegen Fehldokumentation, sondern wegen klinischer Besonderheiten im Patientenkollektiv von COVID-19-Fällen auftreten, sollte im SD 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).
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Dokumentation des Therapieverzichts am Entlassungsdatum</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Therapieverzicht, die verstorben sind und deren Verweildauer mind. 4 Tage war</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	PNEU:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	4
Zähler (Formel)	abstEntlEintrPall %<=% 0
Nenner (Formel)	ENTLGRUND %==% "07" & DOKUTHERAPIEVERZICHT %==% 1 & vwDauer %>=% 4
Verwendete Funktionen	-

Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

850102: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	850102
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>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</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2020	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2019	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner</p> <p>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	20
Mindestanzahl Nenner	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

850229: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2020

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

Eigenschaften und Berechnung

ID	850229
Jahr der Erstanwendung	2011
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>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</p> <p>Das Ausfüllen von Minimaldatensätzen in einem Leistungsbereich kann einen Hinweis auf Mängel des QS-Filters liefern.</p>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2020	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2019	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2020	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2020	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner</p> <p>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	5 (Die Klinik muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: EntlGrund	
01	Behandlung regulär beendet
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07	Tod
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11	Entlassung in ein Hospiz
13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
28	Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29	Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anhang II: Listen

Keine Listen in Verwendung.

Anhang III: Vorberechnungen

Vorbereitung	Dimension	Beschreibung	Wert
HaeufigsteAngabeAtemfrequenz	Standort	Für jeden Standort der am häufigsten angegebene Wert der Atemfrequenz. Wurden an einem Standort mehrere Werte am häufigsten angegeben, wird der größere gewählt.	

Anhang IV: Funktionen

Keine Funktionen in Verwendung.

Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Da Fälle mit einer Aufnahme in 2019 und einer Entlassung in 2020 in den Datensatz 2020 eingehen (d. h. Überliegerfälle sind im Datensatz 2020 enthalten), gehen für das Erfassungsjahr 2020 tendenziell etwas mehr Fälle in die Auswertung ein als im EJ 2019. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patientengrundgesamtheit die Auffälligkeitskriterien im Vergleich zu 2019 relevant beeinflusst, sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien des EJ 2020 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

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
811822	Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	-

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
811825	Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	-
811826	Häufige Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	-
851900	Häufig dokumentierter Therapieverzicht kurz vor Versterben	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	-
850102	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	-
850229	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	-

2019 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine