



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung
Auffälligkeitskriterien:
Verstetigung und Vollzähligkeit 2015

Pflege: Dekubitusprophylaxe

Beschreibung der Kriterien

Stand: 20.05.2016

Inhaltsverzeichnis

850357: Fehlende Dokumentation von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation trotz Dokumentation von Fällen in der Risikostatistik	3
850358: Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik.....	5
850359: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1) ...	7
850360: Immer Angabe „POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)	9
850361: Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“	11
850362: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4	13
850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	15
850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	16
850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	17
Anhang I: Historie der Auffälligkeitskriterien	18

850357: Fehlende Dokumentation von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation trotz Dokumentation von Fällen in der Risikostatistik

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

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*	Geburtsjahr	-	jahreswert(GEBDATUM)	QS_gebjahr
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl
12:RST	Dekubitus Grad 2	M	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.1) UND DIAG KEINSIN (L89.2;L89.3;L89.9) 0 := DIAG KEINSIN (L89.1) ODER DIAG EINSIN (L89.2;L89.3;L89.9)	RST_DEK2
13:RST	Dekubitus Grad 3	M	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.2) UND DIAG KEINSIN (L89.3;L89.9) 0 := DIAG KEINSIN (L89.2) ODER DIAG EINSIN (L89.3;L89.9)	RST_DEK3
14:RST	Dekubitus Grad 4	M	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.3) 0 := DIAG KEINSIN (L89.3)	RST_DEK4
15:RST	Dekubitus Grad nicht näher bezeichnet	M	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.9) UND DIAG KEINSIN (L89.3) 0 := DIAG KEINSIN (L89.9) ODER DIAG EINSIN (L89.3)	RST_DEKnnb
34:RST	Anzahl Datensätze	M	-	RST_ANZAHLFAELLE

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Berechnung

AK-Präfix	AK 1
AK-ID	850357
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu anderen Indikatoren	52008, 52009: Indikatorengruppe: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52326: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 52327: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet 52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Bewertungsart	Anzahl
Referenzbereich 2015	> 0
Referenzbereich 2014	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Rechenregel	Zähler Anzahl der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation Nenner Anzahl der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der Risikostatistik (mindestens 1 Fall)
Erläuterung der Rechenregel	Der Referenzbereich bezieht sich auf die Anzahl im Zähler.
Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation) RST:RST (Risikostatistik)
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

850358: Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname**
13:DEK	Gradeinteilung und Lokalisation des	M	ICD-10-GM http://dimdi.de	QS_HOECHSTGRADDEK
EF*	Geburtsjahr	-	Jahreswert(GEBDATUM)	QS_gebjahr
EF*	Monat des Entlassungstages	-	Monat(ENTLDATUM)	QS_monatENTL
12:RST	Dekubitus Grad 2	M	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.1) UND DIAG KEINSIN (L89.2;L89.3;L89.9) 0 := DIAG KEINSIN (L89.1) ODER DIAG EINSIN (L89.2;L89.3;L89.9)	RST_DEK2
13:RST	Dekubitus Grad 3	M	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.2) UND DIAG KEINSIN (L89.3;L89.9) 0 := DIAG KEINSIN (L89.2) ODER DIAG EINSIN (L89.3;L89.9)	RST_DEK3
14:RST	Dekubitus Grad 4	M	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.3) 0 := DIAG KEINSIN (L89.3)	RST_DEK4
15:RST	Dekubitus Grad nicht näher bezeichnet	M	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.9) UND DIAG KEINSIN (L89.3) 0 := DIAG KEINSIN (L89.9) ODER DIAG EINSIN (L89.3)	RST_DEKnnb
34:RST	Anzahl Datensätze	M	-	RST_ANZAHLFAELLE

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Berechnung

AK-Präfix	AK 2
AK-ID	850358
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz QI-relevant</p> <p>Hypothese Fehldokumentation</p>
Bezug zu anderen Indikatoren	<p>52008, 52009: Indikatorengruppe: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</p> <p>52326: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2</p> <p>52327: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet</p> <p>52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</p>
Bewertungsart	Anzahl
Referenzbereich 2015	= 0
Referenzbereich 2014	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Rechenregel	<p>Zähler Angabe, ob QS-Dokumentation und Risikostatistik in mehr als 10 Fällen in mindestens einer Kategorie der Dekubitusgradeinteilung voneinander abweichen.</p> <p>Nenner Die Betrachtung des Nenners ist für die Auswertung des AK nicht relevant. Der Nenner kann auf 1 gesetzt werden.</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Der Referenzbereich bezieht sich auf die Anzahl im Zähler.</p> <p>Wird die Bedingung des Zählers erfüllt, wird dieser auf Standortebene auf 1 gesetzt. Falls nicht, erfolgt die Zuordnung 0.</p>
Teildatensatzbezug	<p>DEK:B (QS-Dokumentation)</p> <p>RST:RST (Risikostatistik)</p>
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

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*	Geburtsjahr	-	jahreswert(GEBDATUM)	QS_gebjahr
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Berechnung

AK-Präfix	AK 3
AK-ID	850359
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu anderen Indikatoren	52008, 52009: Indikatorengruppe: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52326: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 52327: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet 52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	<= 5,43 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2014	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Rechenregel	Zähler Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ in der QS-Dokumentation Nenner Alle Patienten ab 20 Jahren
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation)
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

850360: Immer Angabe „POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

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*	Geburtsjahr	-	jahreswert(GEBDATUM)	QS_gebjahr
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Berechnung

AK-Präfix	AK 4
AK-ID	850360
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu anderen Indikatoren	52008, 52009: Indikatorengruppe: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52326: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 52327: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet 52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	< 100,00 %
Referenzbereich 2014	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Rechenregel	Zähler Patienten mit der Angabe „POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ bei allen dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/Kategorie in der QS-Dokumentation Nenner Alle Patienten ab 20 Jahren
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation)
Mindestanzahl Zähler	10
Mindestanzahl Nenner	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

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

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

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*	Geburtsjahr	-	jahreswert(GEBDATUM)	QS_gebjahr
EF*	Monat des Entlassungstages	-	monat(ENTLDATUM)	QS_monatEntl

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Berechnung

AK-Präfix	AK 5
AK-ID	850361
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu anderen Indikatoren	52008, 52009: Indikatorengruppe: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52327: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	<=10,38 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2014	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Rechenregel	Zähler Patienten mit mindestens einer Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ in der QS-Dokumentation Nenner Alle Patienten ab 20 Jahren
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation)
Mindestanzahl Zähler	5
Mindestanzahl Nenner	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

850362: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

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
16:DEK	War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge")	M	0 = Nein: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	QS_POD
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	QS_vwDauer
EF*	Geburtsjahr	-	Jahreswert(GEBDATUM)	QS_gebjahr
EF*	Monat des Entlassungstages	-	Monat(ENTLDATUM)	QS_monatENTL

* Ersatzfeld im Exportformat

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

Berechnung

AK-Präfix	AK 6
AK-ID	850362
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehldokumentation
Bezug zu anderen Indikatoren	52008, 52009: Indikatorengruppe: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52327: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet 52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Bewertungsart	Anzahl
Referenzbereich 2015	<= 4
Referenzbereich 2014	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Rechenregel	Zähler Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen Nenner Alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 in der QS-Dokumentation, der weder bei Aufnahme noch bei Entlassung vorlag
Erläuterung der Rechenregel	Der Referenzbereich bezieht sich auf die Anzahl im Zähler.
Teildatensatzbezug	DEK:B (QS-Dokumentation)
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Berechnung

AK-Präfix	AK V1
AK-ID	850095
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	>= 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner 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 Unterdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 40 dokumentationspflichtige Fälle (berechnet über alle Leistungsbereiche) und mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.

850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Berechnung

AK-Präfix	AK V2
AK-ID	850096
Jahr der Erstanwendung	2010
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz 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 Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	<= 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner 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	-
Mindestanzahl Nenner	Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 20 dokumentationspflichtige Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.

850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Berechnung

AK-Präfix	AK MDS
AK-ID	850230
Jahr der Erstanwendung	2011
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz 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 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.</p>
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	<= 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Rechenregel	<p>Zähler Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner 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	Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik in einem Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.

Anhang I: Historie der Auffälligkeitskriterien

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2015

Auffälligkeitskriterium		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
AK-ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850357 (NEU)	Fehlende Dokumentation von Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation trotz Dokumentation von Fällen in der Risikostatistik	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850358 (NEU)	Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850359 (NEU)	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850360 (NEU)	Immer Angabe „POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850361 (NEU)	Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850362 (NEU)	Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4	-	-	AK im Vorjahr nicht berechnet	-
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2014 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien: keine