

Dekubitusprophylaxe

**Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln)**

Erfassungsjahr 2025

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL. Dekubitusprophylaxe. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2025

Datum der Abgabe 23.02.2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit..... | 4 |
| 850359: Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) | 4 |
| Eigenschaften und Berechnung | 5 |
| 851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik | 7 |
| Eigenschaften und Berechnung | 8 |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit..... | 11 |
| 850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | 11 |
| Eigenschaften und Berechnung | 12 |
| 850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | 14 |
| Eigenschaften und Berechnung | 15 |
| 850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | 17 |
| Eigenschaften und Berechnung | 18 |
| 851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik..... | 20 |
| Eigenschaften und Berechnung | 21 |
| 851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik..... | 23 |
| Eigenschaften und Berechnung | 24 |
| Anhang I: Schlüssel (Spezifikation) | 26 |
| Anhang II: Listen | 28 |
| Anhang III: Vorberechnungen | 29 |
| Anhang IV: Funktionen | 30 |
| Impressum..... | 32 |

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

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

Datenbasis: Spezifikation 2024

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ◆ |
|--------|--|-----|---|-------------------|
| 13:DEK | Stadieneinteilung und Lokalisation des Dekubitus | M | ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.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 | <p>Relevanz</p> <p>Das Datenfeld „War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? (“Present on Admission”)“ ist entscheidend für den Einschluss in den Zähler aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation. Tatsächlich wurde dokumentiert, ob ein Dekubitus bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden oder nicht vorhanden war.</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | <p>52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)</p> <p>52326: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2</p> <p>521801: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3</p> <p>521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet</p> <p>52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4</p> |
| Datenquelle | QS-Daten |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2025 | ≤ x % (95. Perzentil) |
| Referenzbereich 2024 | ≤ x % (95. Perzentil) |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2025 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Fälle mit mindestens einer Angabe „Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation</p> |
| 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_DEKStadium_2 fn_DEKStadium_2bis4 fn_DEKStadium_3 fn_DEKStadium_4 fn_DEKStadium_nnb |
| Verwendete Listen | ICD_DekStadium_2 ICD_DekStadium_3 ICD_DekStadium_4 ICD_DekStadium_nnb |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | |

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

Datenbasis: Spezifikation 2024

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ◆ |
|------------|--|-----|---|-------------------|
| 13:DEK | Stadieneinteilung und Lokalisation des Dekubitus | M | ICD-10-GM SGB V: https://www.bfarm.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 Stadium 2 | M | - | RST_DEK2 |
| RST: 6:RST | Dekubitus Stadium 3 | M | - | RST_DEK3 |
| RST: 7:RST | Dekubitus Stadium 4 | M | - | RST_DEK4 |
| RST: 8:RST | Dekubitus Stadium nicht näher bezeichnet | M | - | RST_DEKnnb |
| RST: 9:RST | Alter in Jahren am Aufnahmetag | M | - | RST_PATALTER |

* Ersatzfeld im Exportformat

◆atenfelder 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 | <p>Relevanz</p> <p>Das AK zeigt, wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Stadium nicht näher bezeichnet“ mit der Risikostatistik geliefert wurden als mit der QS-Dokumentation. Die Risikostatistik ist für alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens relevant; sie bildet deren Grundgesamtheit.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | <p>52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)</p> <p>52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4</p> <p>52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2</p> <p>521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3</p> <p>521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet</p> |
| Datenquelle | QS-Daten, Risikostatistik |
| Berechnungsart | Quote |
| Referenzbereich 2025 | ≤ 20,00 % |
| Referenzbereich 2024 | ≤ 20,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2025 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025 | <p>Für auffällige Standorte sollten Stellungnahmen angefordert werden, um den Gründen für die Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik nachzugehen.</p> <p>Es wird empfohlen, sich zur Klärung an die Software-Anbieter zu wenden.</p> |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Differenz zwischen</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Anzahl der Fälle mit mindestens einem „Dekubitalulcus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Stadium nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation und - der Anzahl der Fälle mit „Dekubitalulcus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Stadium nicht näher bezeichnet“ aus der Risikostatistik <p>Nenner</p> <p>Anzahl der Fälle mit einem „Dekubitalulcus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Stadium nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation</p> |


| | | |
|------------------------------------|--|---|
| Erläuterung der Rechenregel | <p>Wenn keine Risikostatistik geliefert wurde, wird die Anzahl der Fälle mit Dekubitalulcus aus der Risikostatistik auf 0 gesetzt.</p> <p>Negative Ergebnisse des Auffälligkeitskriteriums (d. h. mehr Fälle mit Dekubitalulcus in der Risikostatistik als in der QS-Dokumentation) führen nicht zur rechnerischen Auffälligkeit.</p> | |
| Teildatensatzbezug | DEK:B (QS-Dokumentation); RST:RST (Risikostatistik) | |
| Mindestanzahl Zähler | - | |
| Mindestanzahl Nenner | 10 | |
| Formel | <pre> dekubitus_qs <- evaluate(fn_DEKDatensatzPlausibel & fn_DEKStadium_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") </pre> | |
| 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_DEKStadium_2 fn_DEKStadium_2bis4 fn_DEKStadium_3 fn_DEKStadium_4 fn_DEKStadium_nnb RST: fn_RSTDatensatzPlausibel |
| Verwendete Listen | ICD_DekStadium_2 ICD_DekStadium_3 ICD_DekStadium_4 ICD_DekStadium_nnb |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | |


Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit


850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Datenbasis: Spezifikation 2024

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname  |
|----------|------------------------------|-----|---------------------|--|
| EF* | Monat des Entlassungstages | - | monat(ENTLDATEUM) | QS_monatEntl |
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | ZUQSMODUL |
| MDS: EF* | Quartal des Entlassungstages | - | quartal(ENTLDATEUM) | entlquartal |

* Ersatzfeld im Exportformat

 Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

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


Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|--|
| ID | 850095 |
| Jahr der Erstanwendung | 2010 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen |
| Datenquelle | QS-Daten, Sollstatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2025 | ≥ 95,00 % |
| Referenzbereich 2024 | ≥ 95,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2025 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Dokumentationsrate zu ermitteln. |
| Teildatensatzbezug | DEK:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.) |


| | |
|--|--|
| Formel | <pre> year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, to_year(QS_monatEntl) %==% erf_jahr) }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'DEK' & to_year(entlquartal) %==% erf_jahr) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, modul %==% 'DEK' & datensaetze_modul %!=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre> |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | |


850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Datenbasis: Spezifikation 2024

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname  |
|----------|------------------------------|-----|--------------------|--|
| EF* | Monat des Entlassungstages | - | monat(ENTLDATUM) | QS_monatEntl |
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | ZUQSMODUL |
| MDS: EF* | Quartal des Entlassungstages | - | quartal(ENTLDATUM) | entlquartal |

* Ersatzfeld im Exportformat

 Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

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

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 850096 |
| Jahr der Erstanwendung | 2010 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen |
| Datenquelle | QS-Daten, Sollstatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2025 | ≤ 110,00 % |
| Referenzbereich 2024 | ≤ 110,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2025 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen zu den entlassenen Fällen (IST-Fälle beziehen sich auf den entlassenden Standort) in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Dokumentationsrate zu ermitteln. |
| Teildatensatzbezug | DEK:B |
| Mindestanzahl Zähler | 20 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Formel | year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak{ |

| | |
|--|---|
| | <pre> specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, to_year(QS_monatEntl) %==% erf_jahr) }, filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'DEK' & to_year(entlquartal) %==% erf_jahr) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, modul %==% 'DEK' & datensaetze_modul %!=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre> |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | |

850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Datenbasis: Spezifikation 2024

| Item | Bezeichnung | M/K | Schlüssel/Formel | Feldname ▲ |
|----------|------------------------------|-----|--------------------|-------------|
| MDS: 1:B | zugehöriges QS-Modul | M | s. Anhang: Modul | ZUQSMODUL |
| MDS: EF* | Quartal des Entlassungstages | - | quartal(ENTLDATUM) | entlquartal |

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 850230 |
| 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 begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen |
| Datenquelle | QS-Daten, Sollstatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2025 | ≤ 5,00 % |
| Referenzbereich 2024 | ≤ 5,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2025 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl Minimaldatensätze</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_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. |
| Teildatensatzbezug | DEK:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.) |
| Formel | <pre>year <- VB\$Erfassungsjahr[[1]] compute_ak(specification_year = year, filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, FALSE) },</pre> |

| | |
|--|--|
| | <pre> filter_function_mds = function(data){ dplyr::filter(data, ZUQSMODUL %==% 'DEK' & to_year(entlquartal) %==% erf_jahr) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, modul %==% 'DEK' & datensaetze_modul %!=% 0) }, erf_jahr = year, LST = LST) </pre> |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | |

851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

Datenbasis: Spezifikation 2024

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

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 851806 |
| Jahr der Erstanwendung | 2018 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>QI-relevant</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation in der Risikostatistik oder fehlerhafte Risikostatistik</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen |
| Datenquelle | Risikostatistik, Sollstatistik zur Risikostatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2025 | ≥ 95,00 % |
| Referenzbereich 2024 | ≥ 95,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2025 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE_GEPRUEFT_RS)</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | DEK:B |
| Mindestanzahl Zähler | - |
| Mindestanzahl Nenner | 5 |
| Formel | <pre>compute_rst_ak(specification_year = VB\$Erfassungsjahr[[1]], filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, FAELLE_GEPRUEFT %>% 0) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, FAELLE_GEPRUEFT_RS %>% 0) })</pre> |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |

Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL

DEK - Dekubitusprophylaxe

ID: 851806

| | |
|--|--|
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | |
|--|--|

851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

Datenbasis: Spezifikation 2024

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

Eigenschaften und Berechnung

| | |
|---|---|
| ID | 851808 |
| Jahr der Erstanwendung | 2018 |
| Begründung für die Auswahl | <p>Relevanz</p> <p>QI-relevant</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlerhafte Risikostatistik oder fehlende/fehlerhafte Sollstatistik zur Risikostatistik</p> |
| Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen |
| Datenquelle | Risikostatistik, Sollstatistik zur Risikostatistik |
| Berechnungsart | Ratenbasiert |
| Referenzbereich 2025 | ≤ 110,00 % |
| Referenzbereich 2024 | ≤ 110,00 % |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2025 | - |
| Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2025 | - |
| Rechenregeln | <p>Zähler</p> <p>Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE_GEPRUEFT_RS)</p> |
| Erläuterung der Rechenregel | - |
| Teildatensatzbezug | DEK:B |
| Mindestanzahl Zähler | 20 |
| Mindestanzahl Nenner | - |
| Formel | <pre>compute_rst_ak(specification_year = VB\$Erfassungsjahr[[1]], filter_function_module_data = function(data){ dplyr::filter(data, FAELLE_GEPRUEFT %>% 0) }, filter_function_soll = function(data){ dplyr::filter(data, FAELLE_GEPRUEFT_RS %>% 0) })</pre> |
| Verwendete Funktionen | - |
| Verwendete Listen | - |

Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL

DEK - Dekubitusprophylaxe

ID: 851808

| | |
|--|--|
| Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | |
|--|--|

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

| Schlüssel: Modul | |
|------------------|--|
| 01/1 | Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom |
| 01/2 | Dekompression bei Sulcus-ulnaris-Syndrom |
| 03/1 | Kataraktoperation |
| 05/1 | Nasenscheidewandkorrektur |
| 07/1 | Tonsillektomie |
| 09/1 | Herzschrittmacher-Implantation |
| 09/2 | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel |
| 09/3 | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| 09/4 | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation |
| 09/5 | Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel |
| 09/6 | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
| 10/1 | Varizenchirurgie |
| 10/2 | Karotis-Rekonstruktion |
| 12/1 | Cholezystektomie |
| 12/2 | Appendektomie |
| 12/3 | Leistenhernie |
| 14/1 | Prostataresektion |
| 15/1 | Gynäkologische Operationen |
| 16/1 | Geburtshilfe |
| 17/1 | Hüftgelenknahe Femurfraktur |
| 17/6 | Knie-Schlittenprothesen-Erstimplantation |
| 18/1 | Mammachirurgie |
| CHE | Cholezystektomie |
| CHE_HE | Cholezystektomie (nur Hessen) |
| DEK | Dekubitusprophylaxe |
| DIAL | Dialyse |
| HCH | Herzchirurgie |
| HEP | Hüftendoprothesenversorgung |
| HTXM | Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen |
| KEP | Knieendoprothesenversorgung |

Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach DeQS-RL

DEK - Dekubitusprophylaxe

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

| Schlüssel: Modul | |
|-------------------------|--|
| LLS | Leberlebendspende |
| LTX | Lebertransplantation |
| LUTX | Lungen- und Herz-Lungentransplantation |
| NEO | Neonatologie |
| NLS | Nierenlebendspende |
| NNH | Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe |
| PCI | Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |
| PNEU | Ambulant erworbene Pneumonie |
| PNTX | Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation |
| PPCI | Patientenbefragung für die Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie |

Anhang II: Listen

| Listenname | Typ | Beschreibung | Werte |
|--------------------|-----|--|--------|
| ICD_DekStadium_2 | ICD | Dekubitalulcus, Stadium/Kategorie 2 | L89.1% |
| ICD_DekStadium_3 | ICD | Dekubitalulcus, Stadium/Kategorie 3 | L89.2% |
| ICD_DekStadium_4 | ICD | Dekubitalulcus, Stadium/Kategorie 4 | L89.3% |
| ICD_DekStadium_nnb | ICD | Dekubitalulcus, Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet | L89.9% |

Anhang III: Vorberechnungen

| Vorberechnung | Dimension | Beschreibung | Wert |
|----------------|-----------|--|------|
| Erfassungsjahr | 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. | 2025 |

Anhang IV: Funktionen

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|--------------------------|---------|--|---|
| fn_DEKDatensatzPlausibel | boolean | Der DEK-Datensatz ist plausibel: 1. Das Entlassungsjahr stimmt mit dem Erfassungsjahr 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\$Erfassungsjahr & QS_alter %>=% 20 & QS_alter %<=% 120 & fn_DEKStadium_2bis4 |
| fn_DEKStadium_2 | boolean | Patientinnen und Patienten mit Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.1* | QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekStadium_2 |
| fn_DEKStadium_2bis4 | boolean | Patientinnen und Patienten mit Dekubitalulcus Stadium/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_DEKStadium_2 fn_DEKStadium_3 fn_DEKStadium_4 fn_DEKStadium_nnb |
| fn_DEKStadium_3 | boolean | Patientinnen und Patienten mit Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.2* | QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekStadium_3 |
| fn_DEKStadium_4 | boolean | Patientinnen und Patienten mit Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK entspricht den ICD-Kodes L89.3* | QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekStadium_4 |

| Funktion | FeldTyp | Beschreibung | Script |
|-------------------------------|---------|---|--|
| fn_DEKStadium_nnb | boolean | Patientinnen und Patienten mit Deku- bitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet - die Angabe zu HOECHSTGRADDEK ent- spricht den ICD-Kodes L89.9* | QS_HOECHSTGRADDEK %any_like% LST\$ICD_DekStadium_nnb |
| RST: fn_RSTDatensatzPlausibel | boolean | Der RST-Datensatz ist plausibel, wenn das Patientenalter am Aufnahmetag ≥ 20 und \leq 120 Jahre ist | RST_PATALTER ≥ 20 & RST_PATALTER ≤ 120 |

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org