Beschluss

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Unterausschusses Qualitätssicherung über die Freigabe zur Veröffentlichung der Abschlussberichte 2013 zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung jeweils zum Erfassungsjahr 2012

Vom 3. September 2014

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat in seiner Sitzung am 3. September 2014 die Freigabe der Abschlussberichte 2013 zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung jeweils zum Erfassungsjahr 2012 gemäß **Anlage 1** sowie **2** für die Veröffentlichung auf der Homepage der Institution nach § 137a SGB V beschlossen.

Dieser Beschluss wird auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 3. September 2014

Unterausschuss Qualitätssicherung des
Gemeinsamen Bundesausschusses
gem. § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Klakow-Franck

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Abschlussbericht gemäß §15 Abs.2 QSKH-RL

Bericht zum Strukturierten Dialog 2013

Erfassungsjahr 2012

Stand: 25. August 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Impressum

Herausgeber:
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:
Gemeinsamer Bericht zum Strukturierten Dialog 2013 - Erfassungsjahr 2012

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
jährlich

Datum der Abgabe:
15. Mai 2014, redaktionell überarbeitete Version vom 25. August 2014

Signatur:
14-SQG-006

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ... 5
Abbildungsverzeichnis ... 6
Abkürzungsverzeichnis ... 8
Leistungsbereiche in der externen QS ... 9
Zusammenfassung ... 11
1. Einleitung ... 15
2. Hintergrund und Methodik ... 16
2.1. Zuständigkeiten ... 17
2.2. Referenzbereiche und rechnerische Auffälligkeiten ... 18
2.3. Umgang mit Krankenhausergebnissen ... 19
3. Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten ... 20
3.1. Fachgruppenarbeit auf Bundes- und Landesebene ... 20
3.2. Bewertungskategorien ... 20
4. Maßnahmen und Ergebnisse ... 23
4.1. Rechnerische Auffälligkeiten ... 23
4.2. Durchgeführte Maßnahmen ... 24
4.3. Abschließende Einstufung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten ... 29
4.4. Begründungen zu den Bewertungskategorien ... 36
4.4.1. Hinweise ... 36
4.4.2. Unauffällige Bewertungen und ihre Begründungen ... 36
4.4.3. Auffällige Bewertungen und ihre Begründungen ... 37
4.4.4. Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation ... 37
4.4.5. Sonstiges ... 38
4.5. Weiterführende Maßnahmen ... 39
4.5.1. Kollegiale Gespräche und Begehungen ... 39
4.5.2. Zielvereinbarungen und deren Nachverfolgung ... 39
4.5.3. Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen ... 39
5. Betrachtung der Ergebnisse ... 41
5.1. Empfehlungen der Bundesebene, Besonderheiten und Ergebnisse ... 41
5.1.1. Cholezystektomie (12/1) ... 41
5.1.2. Karotis-Revaskularisation (10/2) ... 42
5.1.3. Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) ... 43
5.1.4. Herzschrittmacher-Implantation, -Aggregatwechsel ,-Revision/-Systemwechsel/ -Explantation (09/1 – 09/3) ... 45
5.1.5. Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, Aggregatwechsel, Revision/Systemwechsel/Explantation (09/4 – 09/6) ... 47

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5.1.6. Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (21/3) ... 48
5.1.7. Herzchirurgie (HCH) ... 50
5.1.8. Herztransplantation, Lungen- und Herz-Lungentransplantation (HTX/LUTX) ... 52
5.1.9. Lebertransplantation, Leberlebendspende (LTX/LLS) ... 52
5.1.10. Nierentransplantation, Nierenlebendspende, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (NTX/NLS/PNTX) ... 54
5.1.11. Geburtshilfe (16/1) ... 55
5.1.12. Neonatologie (NEO) ... 56
5.1.13. Gynäkologische Operationen (15/1) ... 57
5.1.14. Mammachirurgie (18/1) ... 58
5.1.15. Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/1 – 17/3) ... 60
5.1.16. Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation, Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/5, 17/7) ... 61
5.1.17. Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK) ... 62
5.2. Fallbeispiele ... 64
5.2.1. Geburtshilfe ... 64
5.2.2. Lungen- und Herz-Lungentransplantation ... 65
5.3. Landesspezifika ... 66
5.4. Empfehlungen aus den Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung ... 67
5.5. Auswirkung der geänderten Bewertungssystematik ... 68
5.6. Bewertungen bei ausgewählten Indikatoren ... 69
6. Schlussfolgerung und Ausblick ... 73
Glossar ... 74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs 2013 ... 11

Tabelle 2: Maßnahmen und Ergebnisse der Datenvalidierung (Stat. Basisprüfung: Plausibilität u. Vollständigkeit) EJ 2013 ... 13

Tabelle 3: Einstufungskategorien zum Erfassungsjahr 2012 ... 21

Tabelle 4: Gegenüberstellung der Bewertungssystematiken ... 22

Tabelle 5: Rechnerische Auffälligkeiten pro Leistungsbereich (EJ 2012, EJ 2011) ... 23

Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich ... 25

Tabelle 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2012) ... 27

Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechn. Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Leistungsbereich ... 30

Tabelle 9: Ergebniseinstufungen der rechn. Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland ... 33

Tabelle 10: Gegenüberstellung der Bewertungssystematiken ... 34

Tabelle 11: Verstärkter Hinweisversand pro Qualitätsindikator ... 69

Tabelle 12: Anteil qualitativer Auffälligkeiten an rechnerischen Auffälligkeiten pro ausgewählter QI ... 70

Tabelle 13: Anteil von ausgewählten QI, die wg. fehlerhafter Dokumentation nicht bewertbar waren ... 72

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf des Strukturierten Dialogs 2013 ... 14

Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs ... 16

Abbildung 3: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure ... 17

Abbildung 4: Ablaufdiagramm – Prüfschritte zur Bewertungseinstufung ... 19

Abbildung 5: Maßnahmen im Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL ... 20

Abbildung 6: Maßnahmen gemäß §11 und 12 QSKH-RL (Erfassungsjahre 2012 und 2011) ... 24

Abbildung 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2012, EJ 2011) ... 28

Abbildung 8: Darstellung der Hinweise und der abschließenden Ergebniseinstufung der Stellungnahmen zu den rechnerischen Auffälligkeiten des Erfassungsjahres 2012 ... 29

Abbildung 9: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Leistungsbereichen ... 32

Abbildung 10: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland ... 35

Abbildung 11: Von Krankenhäusern bekanntgegebene Verbesserungsmaßnahmen ... 40

Abbildung 12: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 12/1 (EJ 2012, EJ 2011) ... 42

Abbildung 13: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 10/2 (EJ 2012, EJ 2011) ... 43

Abbildung 14: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für PNEU (EJ 2012, EJ 2011) ... 44

Abbildung 15: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 09/1-09/3 (EJ 2012, EJ 2011) ... 46

Abbildung 16: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 09/4-09/6 (EJ 2012, EJ 2011) ... 48

Abbildung 17: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 21/3 (EJ 2012, EJ 2011) ... 50

Abbildung 18: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für HCH (EJ 2012, EJ 2011) ... 51

Abbildung 19: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für HTX und LUTX (EJ 2011, EJ 2012) ... 52

Abbildung 20: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für LTX und LLS (EJ 2011; EJ 2012) ... 53

Abbildung 21: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für NTX, PNTX und NLS (EJ 2011, EJ 2012) ... 55

Abbildung 22: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 16/1 (EJ 2011, EJ 2012) ... 56

Abbildung 23: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für NEO (EJ 2011, EJ 2012) ... 57

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Abbildung 24: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 15/1 (EJ 2012, EJ 2011) 58

Abbildung 25: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 18/1 (EJ 2012, EJ 2011) 60

Abbildung 26: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 17/1-17/3 (EJ 2011; EJ 2012) 61

Abbildung 27: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 17/5 und 17/7 (EJ 2011; EJ 2012) 62

Abbildung 28: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für DEK (EJ 2011; EJ 2012) 63

Abbildung 29: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des SD (gesamt) des EJ 2012 und des EJ 2011 68

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
AG	Arbeitsgruppe
ASA	American Society of Anesthesiologists
BFG	Bundesfachgruppe
EJ	Erfassungsjahr
ECST	European Carotid Surgery Trial
HCH	Herzchirurgie
HSM	Herzschrittmacher
ICD	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator
ID	Identifikationsnummer
G-BA	Gemeinsamer Bundesauschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
LQS	Landesgeschäftsstelle(n) für Qualitätssicherung
NASCET	North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial
PCI	Perkutane Koronarintervention
PG	Projektgruppe
O/E	Observed to Expected Ratio
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie (des G-BA) gemäß §137 Abs. 1 SGB V i.V.m. §135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
SD	Strukturierter Dialog
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedure (Standard Vorgehensweise)
TAVI	Interventionelle, kathetergestützte Aortenklappenimplantation
TEP	Totale Endoprothese

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Leistungsbereiche in der externen QS

Name des Leistungsbereichs	Beschreibung
Cholezystektomie	Chirurgische Entfernung der Gallenblase
Karotis-Rekonstruktion (seit 2013 Karotis-Revaskularisation)	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Koronarangiographie: Spezielle Form der Röntgenuntersuchung zur Untersuchung der Herzkranzgefäße Perkutane Koronarintervention (PCI): Behandlungsmethode, bei der verengte Herzkranzgefäße mittels eines speziellen Eingriffs behandelt werden
Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)
Aortenklappenchirurgie, isoliert	Konventionelle Methode: Der Ersatz der Aortenklappe erfolgt durch eine „offene“ Operation am stillstehenden Herzen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine. Der Zugang zum Herzen erfolgt über das Brustbein. Kathetergestützte Methode: Die Aortenklappe wird kathetergestützt ersetzt. Der Zugang während des Eingriffs erfolgt entweder „transapikal“ (Hautschnitt über der Herzspitze) oder „transvaskulär“ (Punktion der Leistenarterie).
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und an der Aortenklappe
Herztransplantation	Übertragen eines Herzens von einem verstorbenen Organspender zu einem Empfänger
Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Übertragen einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem verstorbenen Organspender zu einem Empfänger
Lebertransplantation	Übertragen einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
Leberlebendspende	Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger
Nierentransplantation	Übertragen einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger
Nierenlebendspende	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Name des Leistungsbereichs	Beschreibung
Pankreas- und Pankreas-Nieren-transplantation	Übertragung der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Übertragung einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere von einem Spender zu einem Empfänger
Geburtshilfe	Die Geburtshilfe umfasst den Bereich kurz vor und nach der Entbindung (Betreuung der Schwangeren, Geburtsverlauf und Komplikationen).
Neonatologie	Die Neonatologie beschäftigt sich mit der medizinischen Versorgung von Neu- und Frühgeborenen.
Gynäkologische Operationen	Operationen in der Frauenheilkunde
Mammachirurgie	Operation an der Brust
Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Austausch einer Prothese (Ersatz) oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte bei Komplikationen oder Verschleiß
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Austausch einer Prothese (Ersatz) oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies bei Komplikationen oder Verschleiß
Pflege: Dekubitusprophylaxe	Maßnahmen zur Vorbeugung eines Druckgeschwürs während eines stationären Aufenthalts

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht enthält zahlreiche Informationen zu allen Ergebnissen, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs 2013 – zu den Daten des Erfassungsjahres 2012 – ermittelt worden sind. Detaillierte Angaben zu den Qualitätsindikatoren der einzelnen Leistungsbereiche, zu den eingeleiteten Maßnahmen und zu den Ergebnisbewertungen sind im Anhang zu diesem Bericht zu finden.

An die beauftragten Stellen wurden im Erfassungsjahr 2012 von den 1.658 nach §108 zugelassenen Krankenhäusern 4.188.762 Datensätze, die im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung erhoben worden sind, geliefert.

Von den durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eingesetzten und zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren wurden 274 Indikatoren durch die beauftragten Stellen (LQS und AQUA-Institut) geprüft. Es wurden insgesamt 17.686 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Davon fielen ca. 98 % (n = 17.405) auf die 20 indirekten Leistungsbereiche und 2 % (n = 281) auf die 10 direkten Leistungsbereiche. Weitere Strukturierte Dialoge fanden zu landesspezifischen Qualitätsindikatoren bzw. zu nicht veröffentlichungspflichtigen Indikatoren statt, die jedoch in diesem Bericht nicht berücksichtigt werden, da sie nicht Bestandteil der gesetzlichen Qualitätssicherung sind.

Nach Analyse der 10.168 übermittelten Stellungnahmen wurden mit 115 Einrichtungen zusätzliche Maßnahmen wie Kollegiale Gespräche und/oder Vor-Ort-Begehungen durchgeführt.

In diesem Jahr kam erstmalig eine neue Bewertungssystematik zum Einsatz, weswegen eine Vergleichbarkeit der abschließenden Bewertungen von Krankenhausergebnissen nur bedingt möglich ist.

Die nachstehende Tabelle zeigt, wie viele und welche Maßnahmen im Strukturierten Dialog eingesetzt worden sind und welche Einstufungen vergeben wurden.

Tabelle 1: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs 2013

Strukturierter Dialog 2013 (EJ 2012)	**Anzahl**	**Anteil**
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	17.686	100 %
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	12	0,1 %
Hinweise	7.459	42,2 %
Stellungnahmen	10.168	57,5 %
Sonstiges	47	0,3 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)		
Anlass für Besprechung	278	1,6 %
Anlass für Begehung	43	0,2 %
Zielvereinbarung	714	4,0 %
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten		
Hinweise [H20/H99]	7.245	41,0 %
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U99]	6.401	36,2 %
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.805	10,2 %

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Strukturierter Dialog 2013 (EJ 2012)	Anzahl	Anteil
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.838	10,4 %
Sonstiges [S90/S91/S99]	397	2,2 %
Begründungen zu den Einstufungen		
Qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation [U31]	828	4,7 %
Qualitativ unauffällig: Bedingt durch Einzelfälle [U32]	5.086	28,8 %
Qualitativ unauffällig: Sonstiger Kommentar [U99]	487	2,8 %
Qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur-oder Prozessmängel [A41]	1.357	7,7 %
Qualitativ auffällig: Keine ausreichend erklärenden Gründe [A42]	269	1,5 %
Qualitativ auffällig: Sonstiger Kommentar [A99]	179	1,0 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation [D50]	1.766	10,0 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Bedingt durch Softwareprobleme [D51]	49	0,3 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Sonstiger Kommentar [D99]	23	0,1 %
Sonstiges : Strukt. Dialog noch nicht abgeschlossen [S91]	41	0,2 %
Sonstiges: Mit Kommentar [S99]	329	1,9 %

Anmerkung: Die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ ist nicht gleichzusetzen mit der Summe aus „H20“ und „H99“. Es wurden zudem Hinweise versendet, die mit einer anderen Bewertungskategorie (U, A oder S) eingestuft worden sind.

Da die dokumentierten und übermittelten Daten die unverzichtbare Voraussetzung für die Beurteilung der Qualitätsindikatoren bzw. der Behandlungsqualität sind, findet sich nachstehend eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des parallel durchgeführten QS-Verfahrens Datenvalidierung.

Im Datenvalidierungsverfahren wird geprüft, ob die Dokumentation der Qualitätssicherungsdaten (QS-Daten) korrekt, vollständig und vollzählig ist. Die Ergebnisse werden dazu genutzt, Verbesserungen in den Dokumentationsprozessen anzuregen und die Aussagekraft der Qualitätsindikatoren zu untermauern. Die umfassende Datenvalidierung mit Stichprobenverfahren erfolgte für das Erfassungsjahr 2012 zu den Leistungsbereichen *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*, *Geburtshilfe*, *Herztransplantation* und *Lebertransplantation.*

In Tabelle 2 sind die Maßnahmen und Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung zur Plausibilität und zur Vollständigkeit dargestellt. Die ausführliche Darstellung zu allen Ergebnissen des Datenvalidierungsverfahrens findet sich in einem eigenen Bericht, der als notwendiger Bestandteil die sinnvolle Ergänzung zu diesem Bericht bildet.

Tabelle 2: Maßnahmen und Ergebnisse der Datenvalidierung (Stat. Basisprüfung: Plausibilität u. Vollständigkeit) EJ 2013

Datenvalidierung 2013 (EJ 2012)	**Anzahl**	**Anteil**
Rechnerischen Auffälligkeiten	1.272	100 %
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	1	0,1 %
Hinweise	174	13,7 %
Stellungnahmen	1.096	86,2 %
Sonstiges	1	0,1 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)		
Anlass für Besprechung	4	0,3%
Anlass für Begehung	0	0,0%
Zielvereinbarung	30	2,4%
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde		
Korrekte Dokumentation bestätigt	666	60,8 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	347	31,7 %
Keine erklärenden Gründe genannt	32	2,9 %
Sonstiges	51	4,7 %

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bezogen auf die Qualitätsindikatoren von 19.440 auf 17.686 gesunken. Gleichzeitig sind in den meisten Leistungsbereichen die Anteile der qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Erfassungsjahr 2011 angestiegen. Dies könnte mit der neu eingeführten Bewertungssystematik und der verbesserten Trennschärfe für qualitative bzw. nicht qualitative Auffälligkeiten zusammenhängen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

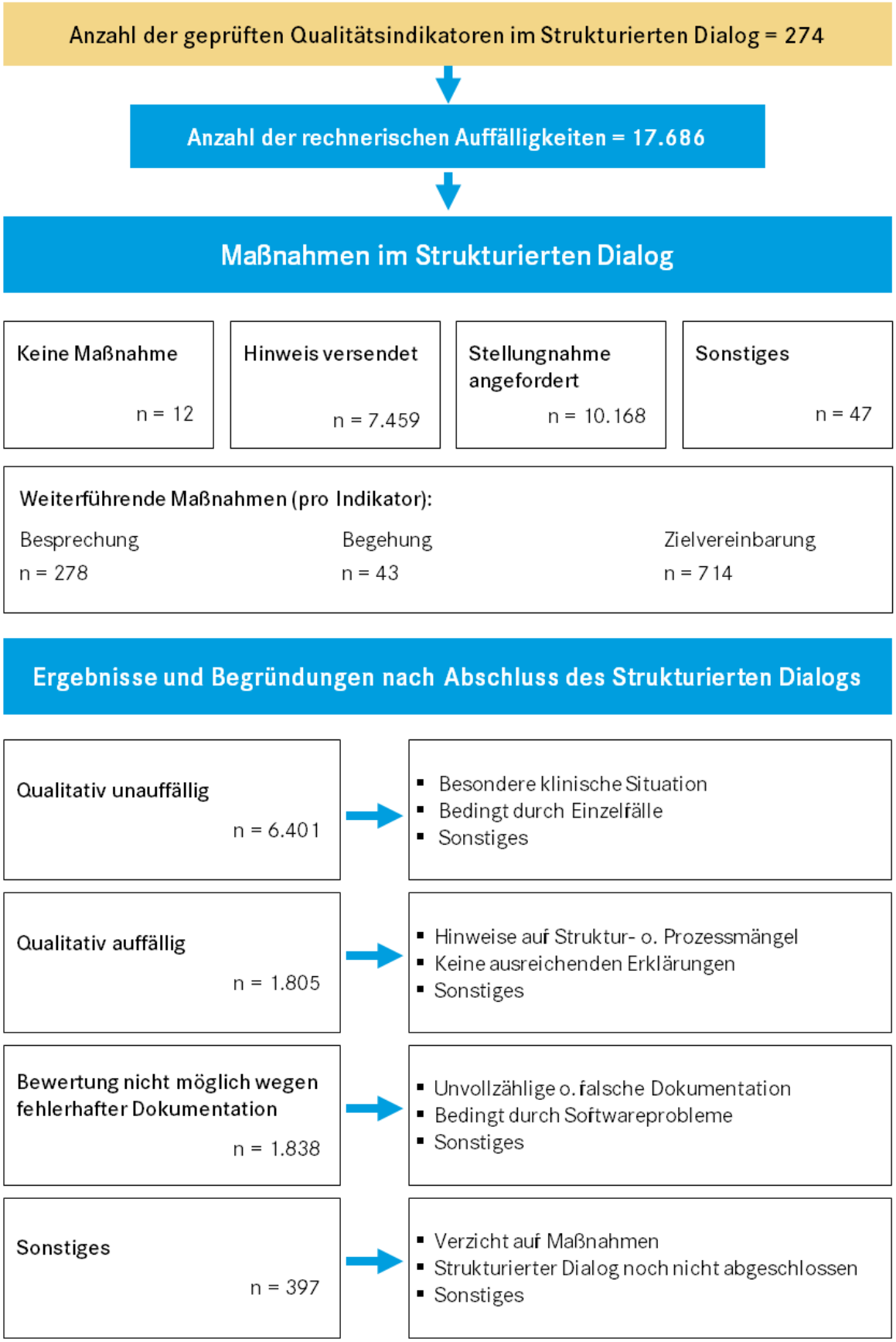


Abbildung 1: Verlauf des Strukturierten Dialogs 2013

1. Einleitung

Der vorliegende Bericht gemäß §15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) dient dazu, einen umfassenden Einblick in die Arbeit aller am externen Qualitätssicherungsverfahren nach §137 SGB V beteiligten Akteure zu geben sowie sämtliche Ergebnisse darzustellen. Da der Bericht inklusive des Anhangs im Lauf des Jahres auf der Homepage des AQUA-Instituts eingesehen werden kann, ist er sowohl für die fachlich versierte Leserschaft als auch für die interessierte Öffentlichkeit geschrieben. Die Berichte der Vorjahre sind unter nachstehendem Link zu finden:
www.sqg.de/themen/strukturierter-dialog/berichte-strukturierter-dialog

Die Ergebnisse aus dem parallel stattfindenden Datenvalidierungsverfahren, wie die statistische Basisprüfung und die Stichprobenprüfung vor Ort, werden in einem separaten Bericht inkl. Anhang dargestellt. In der vorstehenden Zusammenfassung des vorliegenden Berichts finden sich – zur besseren Übersicht – die wichtigsten Ergebnisse in Kurzform dazu.

Der diesjährige Abschlussbericht über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs 2013 ist geprägt von der geänderten Bewertungssystematik. Daher entfallen die Dreijahres-Vergleiche, die den Schwerpunkt des letztjährigen Berichts bildeten, in diesem Jahr. In verschiedenen Grafiken und Tabellen wird dennoch auf die Vorjahresergebnisse hingewiesen und versucht einen annähernden Vergleich herzustellen. Eine vollständige Übertragung des bisherigen Bewertungsschemas auf die neue Bewertungssystematik ist nur bedingt möglich, einige Bewertungskategorien jedoch lassen sich denen des Vorjahres zuordnen. Wie das für diesen Bericht umgesetzt wurde, zeigt die Tabelle 4 in Abschnitt 3.2. Die von den Landesgeschäftsstellen und dem AQUA-Institut überarbeitete Bewertungssystematik wurde für die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2012 erstmalig angewendet. Nähere Erläuterungen zu den Bewertungsziffern und Begründungen sind in Abschnitt 4.4 zu finden.

Weiterhin finden sich in Kapitel 4 sämtliche aggregierte Darstellungen zu allen durchgeführten Maßnahmen und Ergebnissen. Auf die Ergebnisse der einzelnen Leistungsbereiche wird in Kapitel 5 ausführlich eingegangen. Eine Gegenüberstellung der Bewertungen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs des Erfassungsjahres 2011 zum EJ 2012 findet sich in Abschnitt 5.5. Zunächst werden jedoch die Methodik und die Abläufe des Verfahrens näher beschrieben.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2. Hintergrund und Methodik

Der Strukturierte Dialog dient dem Ziel, durch signifikante, valide und vergleichbare Erkenntnisse die Qualität von Krankenhausleistungen zu sichern und bei Bedarf zu verbessern. Die Grundlagen dazu sind in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern des Gemeinsamen Bundesausschusses (QSKH-RL gemäß §137 Abs. 1 SGB V i.V.m. §135 SGB V) verankert.

Durch Fragestellungen und Prüfmaßnahmen wie

- Erfolgte eine angemessene Indikationsstellung für die Leistungserbringung?
- Ist die Leistung angemessen?
- Sind die strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen erfüllt?
- Wie ist die Ergebnisqualität?

können Qualitätsmängel identifiziert werden. Sind nach den vorgegeben Prüfmaßnahmen tatsächlich Qualitätsdefizite festgestellt worden, so ist es außerdem Aufgabe des Strukturierten Dialogs die betroffenen Krankenhäuser bei geeigneten Optimierungsmaßnahmen zu unterstützen sowie ggf. Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten, die letztlich dem übergeordneten Ziel – Nutzen und Wohl der Patienten – dienen.

Um Verbesserungen zu erreichen, werden mit Einverständnis der medizinisch oder pflegerisch tätigen Einrichtungen – zumeist in kollegialen Besprechungen und/oder Vor-Ort Begehungen – konkrete Zielvereinbarungen geschlossen, die einer längerfristigen Beobachtung und Unterstützung durch die zuständigen Stellen unterliegen. Weitere Erkenntnisse, die aus dem Strukturierten Dialog gewonnen werden, dienen der Entwicklung von Indikatoren sowie der Weiterentwicklung des Verfahrens selbst.

Der zeitliche Rahmen für die Durchführung des Strukturierten Dialogs ist in der QSKH-RL geregelt. Dementsprechend wird der Strukturierte Dialog jeweils im Mai/Juni des auf die Datenerfassung folgenden Jahres eröffnet. Für die im Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren muss der Strukturierte Dialog bis zum 31. Oktober des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen werden; für die übrigen Indikatoren endet die Frist am 31. Dezember. Der Strukturierte Dialog ist also ein Verfahren, das sich insgesamt über einen Drei-Jahres-Zeitraum erstreckt.

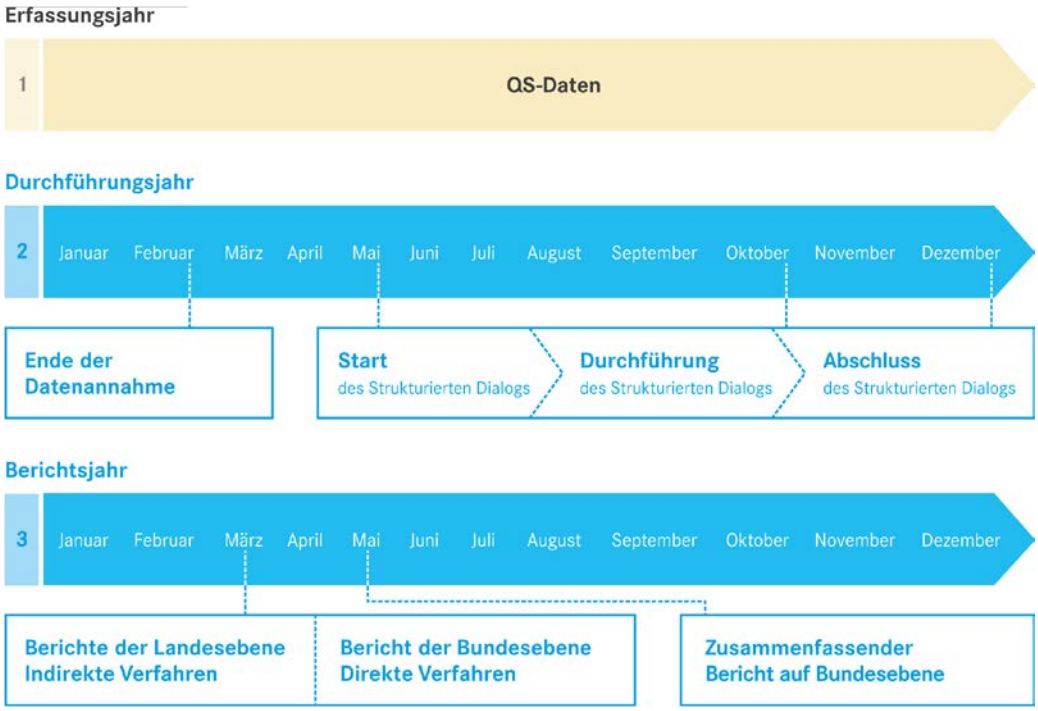


Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs

2.1. Zuständigkeiten

In enger Kooperation mit den Einrichtungen sorgen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) und die beauftragte Einrichtung auf Bundesebene (AQUA-Institut) dafür, dass die Ursachen der als auffällig identifizierten Ergebnisse geklärt und etwaige Qualitätsmängel behoben werden.

In der Qualitätssicherung werden grundsätzlich direkte und indirekte Verfahren unterschieden. Die direkten Verfahren umfassen Leistungsbereiche mit vergleichsweise niedrigen Fallzahlen (derzeit Transplantationen und Herzchirurgie), die unmittelbar von der Institution nach §137a SGB V (AQUA-Institut) betreut werden. Die indirekten Verfahren decken Leistungsbereiche mit vergleichsweise höheren Fallzahlen ab und werden von den LQS auf Landesebene betreut. Die Gesamtverantwortung für den Strukturierten Dialog liegt für die Leistungsbereiche der direkten Verfahren beim Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA. Für die Leistungsbereiche der indirekten Verfahren sind die Lenkungsgremien der Bundesländer (QSKH-RL, §14) verantwortlich. Die Durchführung des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen obliegt den Projektstellen für Qualitätssicherung (LQS) auf Landes- und dem AQUA-Institut auf Bundesebene. Entsprechend erhalten die beauftragten Stellen die dokumentierten QS-Daten der Einrichtungen. Zur Vorbereitung und Umsetzung der Maßnahmen des Strukturierten Dialogs sind jeweils Fach- und Arbeitsgruppen mit unabhängigen Experten für jeden Leistungsbereich etabliert.

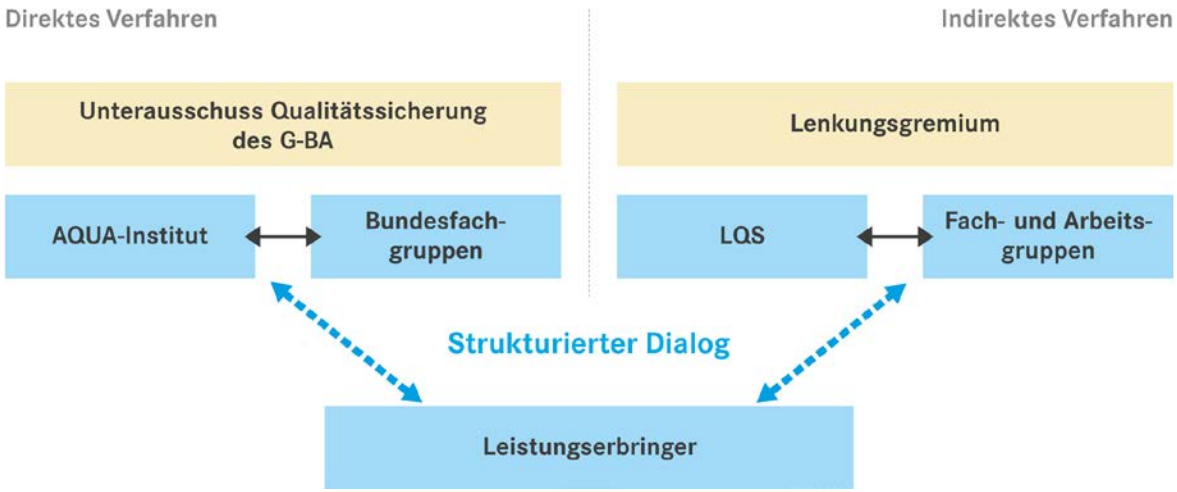


Abbildung 3: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure

2.2. Referenzbereiche und rechnerische Auffälligkeiten

Für die meisten Qualitätsindikatoren der bestehenden und in Anwendung befindlichen Leistungsbereiche sind Referenzbereiche definiert. Als Auslösekriterium des Strukturierten Dialogs ist ein rechnerisch auffälliges Ergebnis bei einem Qualitätsindikator verantwortlich. Das heißt, das ausgewertete Ergebnis eines Krankenhauses für einen Qualitätsindikator liegt entweder innerhalb des definierten Referenzbereichs – und ist damit „unauffällig" – oder außerhalb und gilt damit als „rechnerisch auffällig".

Bei den Referenzbereichen wird noch zwischen Zielbereichen und Toleranzbereichen unterschieden.

Zielbereich: Gestützt auf wissenschaftliche Untersuchungen wird definiert, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt.

Toleranzbereich: Für einige Indikatoren lässt sich keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität beschreibt. Hier wird der Referenzbereich so festgelegt, dass er besonders auffällige Ergebnisse abgrenzt. Dies kann sowohl über einen festen Wert als auch über ein Perzentil erfolgen (Perzentil-Referenzbereich).

Die Lage eines Qualitätsindikatorwerts inner- oder außerhalb eines Referenzbereichs ist daher das erste Beurteilungskriterium, anhand dessen festgestellt wird, ob ein Behandlungsergebnis einem festgelegten Qualitätsziel entspricht. Es gibt verschiedene Arten von Indikatoren: Je nachdem welches Qualitätsziel im Fokus steht, misst der Indikator entweder die Prozess- oder die Ergebnisqualität.

Eine Sonderstellung nehmen die sogenannten Sentinel-Event-Indikatoren ein. Diese erfassen sehr seltene, dafür aber schwerwiegende Ereignisse. Diese Ereignisse werden grundsätzlich bei jedem einzelnen Auftreten als rechnerisch auffällig eingestuft. Insofern erfordert jeder aufgetretene Fall eine Stellungnahme des Krankenhauses und eine intensive Prüfung.

Die Auswahl, welche Qualitätsindikatoren eingesetzt werden, obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss, der sich in der Regel den Empfehlungen der eingesetzten Fachexperten anschließt.

Für einige Qualitätsindikatoren sind aus unterschiedlichen Gründen keine Referenzbereiche definiert. Anhand der Krankenhausergebnisse für diese Indikatoren kann zwar vergleichend die Behandlungsqualität einer Einrichtung beurteilt werden, es ist aber mangels Bezugsgröße nicht möglich, Krankenhausergebnisse als „auffällig" oder „unauffällig" einzustufen. Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich finden im Strukturierten Dialog deshalb keine unmittelbare Berücksichtigung. Sie können allerdings als Hintergrundinformation bei der Interpretation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse einer Einrichtung von Interesse sein.

In der QSKH-RL (§10 Satz 1) heißt es: „die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als negativ oder positiv auffällig, wenn entweder ein Verdacht auf relevante Mängel in der Versorgungsqualität eines Krankenhauses besteht oder wenn die Versorgungsqualität eines Krankenhauses außergewöhnlich gut erscheint."

Insofern sind auch gute Krankenhausergebnisse im Strukturierten Dialog zu berücksichtigen und ggf. zu hinterfragen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2.3. Umgang mit Krankenhausergebnissen

Die nachfolgende Grafik stellt dar, wie das Ergebnis eines Qualitätsindikators oder eines Auffälligkeitskriteriums geprüft wird.

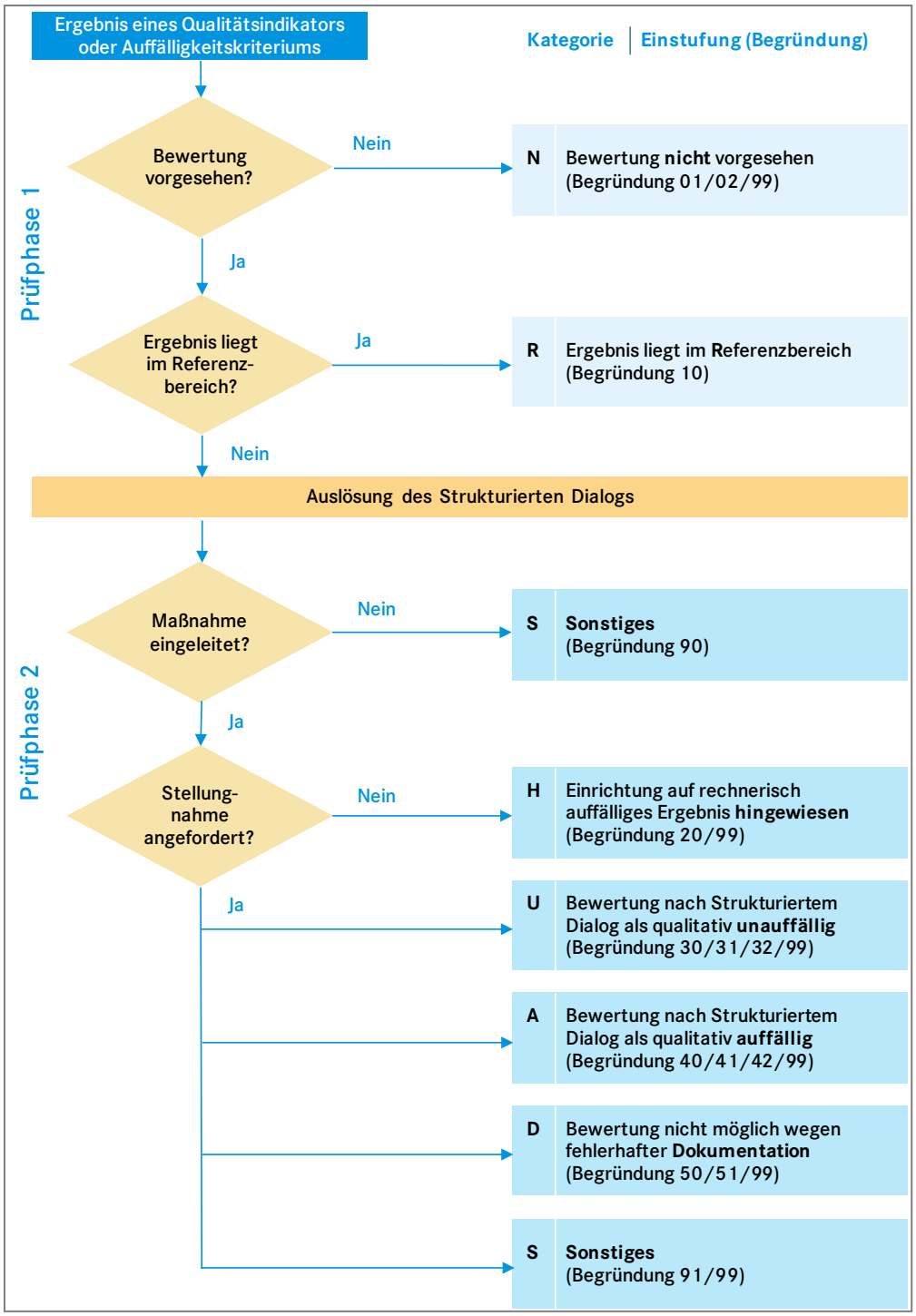


Abbildung 4: Ablaufdiagramm – Prüfschritte zur Bewertungseinstufung

3. Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten

3.1. Fachgruppenarbeit auf Bundes- und Landesebene

Die Entscheidung ob bei einem rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnis eine Maßnahme eingeleitet wird, ein Hinweis an das Krankenhaus verschickt wird oder ob eine Stellungnahme angefordert wird, liegt im Ermessen der Landesgeschäftsstellen bzw. der Institution nach §137a SGB V. In der Regel erfolgt die Entscheidung in Abstimmung mit den Arbeits- bzw. Bundesfachgruppenmitgliedern.

Die übermittelten, anonymisierten Stellungnahmen der Krankenhäuser werden durch die Expertengruppen geprüft und abschließend bewertet.

Die folgende Abbildung zeigt die Maßnahmen im Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL im Überblick.

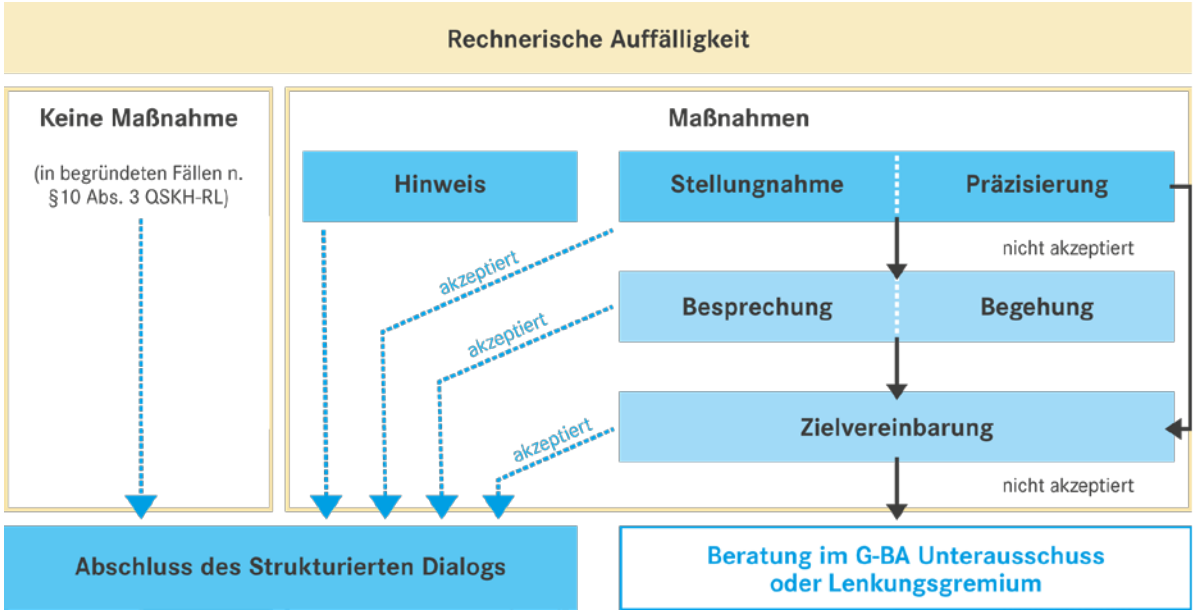


Abbildung 5: Maßnahmen im Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL

3.2. Bewertungskategorien

Die von den Landesgeschäftsstellen und dem AQUA-Institut überarbeitete Bewertungssystematik wurde für die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2012 erstmalig angewendet. Anstatt der bislang verwendeten Schlüsselnummern (von 1–14) erfolgt die Einstufung eines Ergebnisses nach dem Strukturierten Dialog nun durch die Wahl und Kennzeichnung mittels eines Buchstabens. Eine dahinterstehende Ziffer dient der Zuordnung zu Unterkategorien, die eine konkrete Begründung für die gewählte Einstufung liefern. Die Begründungen sind jeweils fest der vorstehenden Kategorie zugeordnet und dürfen nicht beliebig miteinander kombiniert werden.

Die nachstehende Tabelle zeigt die neu eingeführten bzw. überarbeiteten Bewertungskategorien mit ihren dazugehörigen Begründungstexten. Die Kategorien „N“ und“ R“ inkl. Begründungstexte sind lediglich für den Strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser von Bedeutung. Sie sind für den Strukturierten Dialog nicht relevant, von daher wird in diesem Bericht nicht weiter auf diese Kategorien eingegangen. Die Begründungsziffern „U30“ und „A40“ (grau hinterlegt) dienen ausschließlich der Bewertung der Auffälligkeitskriterien im Rahmen der Datenvalidierung. Im Strukturierten Dialog kommen sie für die Bewertung der Qualitätsindikatoren nicht zur Anwendung.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 3: Einstufungskategorien zum Erfassungsjahr 2012

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eine eindeutige Überleitung vom bisherigen Bewertungsschema zu den neuen Bewertungskategorien ist nicht möglich. In der aktuell angewendeten Bewertungssystematik wurde bezüglich des Hinweisversandes eine neue Bewertungskategorie mit zwei Begründungstexten eingeführt (H20 bzw. H99). Zu dieser Bewertungskategorie findet sich kein Pendant in der alten Bewertungssystematik. In der Vergangenheit wurden rechnerisch auffällige Ergebnisse zu denen ein Hinweis versandt wurde in der Regel mit den Schlüsselnummern „1“ oder „2“ bewertet. In der überarbeiteten Bewertungssystematik ist der Bewertungsschlüssel 2 „unauffällig mit Verlaufskontrolle“ gestrichen worden. Auch bei der Einstufung wegen Dokumentationsmängeln findet sich eine veränderte Aussage. Die im Bericht dargestellten „Vergleiche“ von Bewertungseinstufungen in Grafiken und/oder Tabellen beziehen sich auf die in der untenstehenden Tabelle ersichtlichen, gegenübergestellten Bewertungsziffern.

Tabelle 4: Gegenüberstellung der Bewertungssystematiken

Bewertungskategorien ab EJ 2012		**Bewertungsschlüssel bis EJ 2011**	
Hinweise	[H20/H99]	-	-
Qualitativ unauffällig	[U31/U32/U99]	Qualitativ unauffällig	[1]
-	-	Qualitativ unauffällig mit Verlaufskontrolle	[2]
Qualitativ auffällig	[A41/A42/A99]	Qualitativ auffällig	[3, 4, 5]
-	-	Qualitativ auffällig wg. fehlerhafter Dokumentation	[13 u. 14]
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	[D50/D51/D99]	-	-
Sonstiges	[S90/S99]	Sonstiges	[9]
Sonstiges	[S91]	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen	[0]

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4. Maßnahmen und Ergebnisse

4.1. Rechnerische Auffälligkeiten

Die Tabelle zeigt die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich des Erfassungsjahres 2012 im Vergleich zum Erfassungsjahr 2011.

Tabelle 5: Rechnerische Auffälligkeiten pro Leistungsbereich (EJ 2012, EJ 2011)

Leistungsbereich	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	
	Erfassungsjahr2012	Erfassungsjahr2011
Cholezystektomie	840	907
Karotis-Revaskularisation	125	153
Ambulant erworbene Pneumonie	3.302	3.563
Herzschrittmacher-Implantation	849	966
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	814	906
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	748	780
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	770	934
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	313	375
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation	263	279
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1.074	943
Koronarchirurgie, isoliert	15	20
Aortenklappenchirurgie, isoliert	26	25
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	17	13
Herztransplantation	22	14
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	14	8
Lebertransplantation	32	22
Leberlebendspende	28	3
Nierentransplantation	29	22
Nierenlebendspende	77	10
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	21	-*
Geburtshilfe	826	997
Neonatologie	360	478
Gynäkologische Operationen	1.200	1.114
Mammachirurgie	1.140	1.689
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.108	1.264
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.180	1.299
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.226	1.265
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	524	743
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	484	398
Pflege: Dekubitusprophylaxe	259	250
Gesamt	**17.686**	**19.440**

* Im Bereich Pankreas-und Pankreas-Nierentransplantation finden sich im Erfassungsjahr 2011 keine Zahlen, da aufgrund der kleinen Fallzahlen eine kumulierte Auswertung über zwei Erfassungsjahre stattfand

4.2. Durchgeführte Maßnahmen

Alle rechnerischen Auffälligkeiten haben eine Maßnahme der jeweils betreuenden Stelle bzw. der entsprechenden Fachgruppe des Leistungsbereichs zur Folge. Einleitend wird das Krankenhaus entweder auf das rechnerisch auffällige Ergebnis hingewiesen oder zur Stellungnahme aufgefordert. Der Verzicht auf Maßnahmen soll nur in Ausnahmefällen erfolgen und ist mit einem Kommentar zu begründen. Dies wurde für das Erfassungsjahr 2012 zwölfmal wahrgenommen. Als Grund wurde einerseits angegeben, dass die betroffenen Abteilungen zwischenzeitlich geschlossen worden sind, andererseits wurde das Indikatorergebnis bereits bei einem anderen in Abhängigkeit dazu stehenden Indikator geprüft.

Neben den einleitenden Maßnahmen besteht die Möglichkeit weiterführende Maßnahmen wie Besprechungen oder Begehungen mit abschließenden Zielvereinbarungen durchzuführen.

Abbildung 6 zeigt die eingeleiteten Maßnahmen insgesamt im Vergleich zum Vorjahr. In Tabelle 6 ist eine Übersicht der durchgeführten Maßnahmen pro Leistungsbereich dargestellt. Die gleiche Darstellung, bezogen auf die durchgeführten Maßnahmen pro Bundesland, findet sich in Tabelle 7 und Abbildung 7 stellt die Maßnahmen pro Bundesland im Vergleich zum Vorjahr dar.

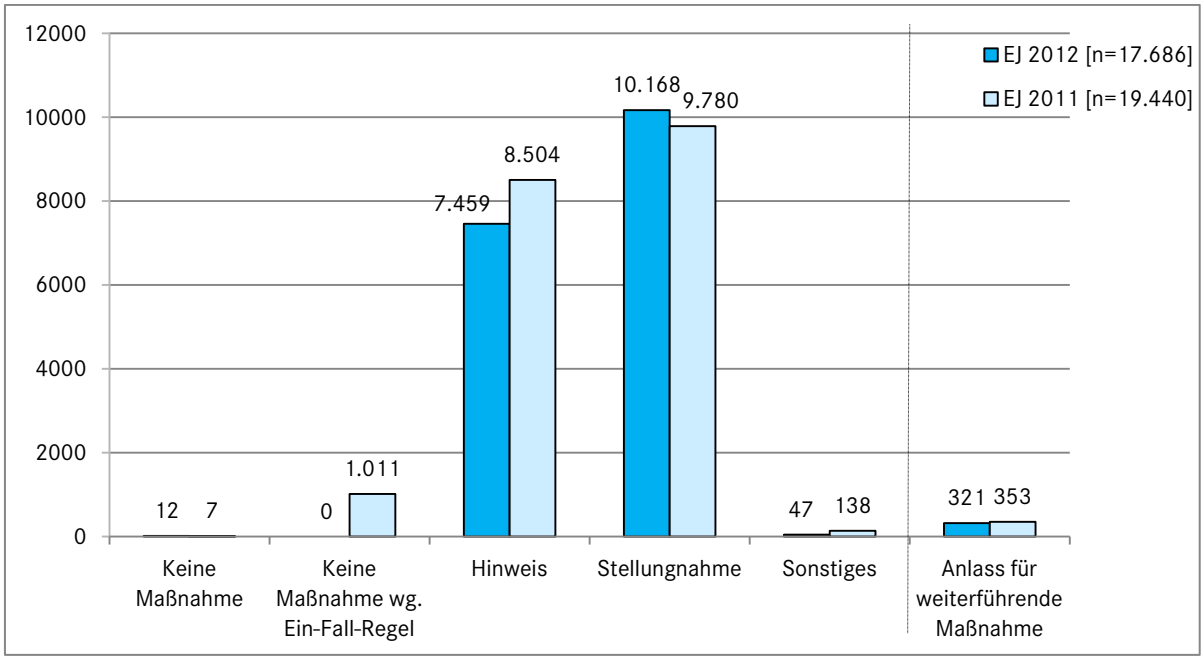


Abbildung 6: Maßnahmen gemäß §11 und 12 QSKH-RL (Erfassungsjahre 2012 und 2011)

.

Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Leistungsbereich	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Cholezystektomie	840	4,7	0	0,0	271	32,3	567	67,5	2	0,2	4	0,7	0	0,0	19	3,4
Karotis-Revaskularisation	125	0,7	0	0,0	43	34,4	82	65,6	0	0,0	6	7,3	0	0,0	7	8,5
Ambulant erworbene Pneumonie	3.302	18,7	2	0,1	1.387	42,0	1.900	57,5	13	0,4	43	2,3	0	0,0	235	12,4
Herzschrittmacher-Implantation	849	4,8	0	0,0	402	47,3	447	52,7	0	0,0	24	5,4	0	0,0	32	7,2
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	814	4,6	0	0,0	450	55,3	364	44,7	0	0,0	12	3,3	0	0,0	26	7,1
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	748	4,2	0	0,0	343	45,9	405	54,1	0	0,0	19	4,7	1	0,2	27	6,7
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	770	4,4	0	0,0	348	45,2	422	54,8	0	0,0	8	1,9	0	0,0	20	4,7
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	313	1,8	0	0,0	126	40,3	187	59,7	0	0,0	1	0,5	0	0,0	4	2,1
Implantierbare Defibrillatoren – Revison/Systemwechsel/Explantation	263	1,5	0	0,0	102	38,8	161	61,2	0	0,0	3	1,9	0	0,0	1	0,6
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1.074	6,1	0	0,0	428	39,9	646	60,1	0	0,0	30	4,6	0	0,0	50	7,7
Koronarchirurgie, isoliert	15	0,1	0	0,0	1	6,7	14	93,3	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	7,1
Aortenklappenchirurgie, isoliert	26	0,1	0	0,0	2	7,7	24	92,3	0	0,0	2	8,3	0	0,0	2	8,3
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	17	0,1	0	0,0	2	11,8	15	88,2	0	0,0	1	6,7	0	0,0	1	6,7
Herztransplantation	22	0,1	0	0,0	0	0,0	22	100,0	0	0,0	4	18,2	0	0,0	6	27,3
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	14	0,1	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	7,1
Leberlebendspende	28	0,2	0	0,0	0	0,0	28	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lebertransplantation	32	0,2	0	0,0	0	0,0	32	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierenlebendspende	77	0,4	0	0,0	0	0,0	77	100,0	0	0,0	3	3,9	0	0,0	3	3,9
Nierentransplantation	29	0,2	0	0,0	0	0,0	29	100,0	0	0,0	3	10,3	0	0,0	3	10,3
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	21	0,1	0	0,0	0	0,0	21	100,0	0	0,0	2	9,5	0	0,0	2	9,5
Geburtshilfe	826	4,7	4	0,5	206	24,9	616	74,6	0	0,0	20	3,2	22	3,6	49	8,0
Neonatologie	360	2,0	0	0,0	126	35,0	231	64,2	3	0,8	3	1,3	0	0,0	12	5,2

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gynäkologische Operationen	1.200	6,8	2	0,2	544	45,3	652	54,3	2	0,2	9	1,4	2	0,3	14	2,1
Mammachirurgie	1.140	6,4	0	0,0	630	55,3	483	42,4	27	2,4	29	6,0	18	3,7	55	11,4
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.108	6,3	0	0,0	432	39,0	676	61,0	0	0,0	10	1,5	0	0,0	27	4,0
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.180	6,7	0	0,0	472	40,0	708	60,0	0	0,0	15	2,1	0	0,0	63	8,9
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.226	6,9	0	0,0	615	50,2	611	49,8	0	0,0	13	2,1	0	0,0	17	2,8
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	524	3,0	0	0,0	187	35,7	337	64,3	0	0,0	6	1,8	0	0,0	25	7,4
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	484	2,7	0	0,0	286	59,1	198	40,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	3,0
Pflege: Dekubitusprophylaxe	259	1,5	4	1,5	56	21,6	199	76,8	0	0,0	6	3,0	0	0,0	6	3,0
Gesamt	**17.686**	**100**	**12**	**0,1**	**7.459**	**42,2**	**10.168**	**57,5**	**47**	**0,3**	**278**	**2,7**	**43**	**0,4**	**714**	**7,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2012)

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	3.189	18,0	0	0,0	2.250	70,6	939	29,4	0	0,0	10	1,1	34	3,6	13	1,4
Brandenburg	517	2,9	0	0,0	44	8,5	473	91,5	0	0,0	10	2,1	0	0,0	0	0,0
Berlin	630	3,6	0	0,0	199	31,6	431	68,4	0	0,0	9	2,1	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	1.987	11,2	0	0,0	911	45,8	1.033	52,0	43	2,2	24	2,3	0	0,0	148	14,3
Bremen	140	0,8	5	3,6	16	11,4	119	85,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	970	5,5	0	0,0	250	25,8	718	74,0	2	0,2	53	7,4	8	1,1	53	7,4
Hamburg	259	1,5	0	0,0	115	44,4	144	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	324	1,8	5	1,5	32	9,9	287	88,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	1.883	10,6	0	0,0	800	42,5	1.083	57,5	0	0,0	52	4,8	0	0,0	45	4,2
Nordrhein-Westfalen	3.671	20,8	0	0,0	1.400	38,1	2.271	61,9	0	0,0	60	2,6	0	0,0	360	15,9
Rheinland-Pfalz	984	5,6	0	0,0	462	47,0	522	53,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	45	8,6
Schleswig-Holstein	478	2,7	2	0,4	136	28,5	340	71,1	0	0,0	8	2,4	0	0,0	0	0,0
Saarland	252	1,4	0	0,0	11	4,4	239	94,8	2	0,8	1	0,4	1	0,4	1	0,4
Sachsen	1.100	6,2	0	0,0	271	24,6	829	75,4	0	0,0	23	2,8	0	0,0	23	2,8
Sachsen-Anhalt	604	3,4	0	0,0	326	54,0	278	46,0	0	0,0	2	0,7	0	0,0	1	0,4
Thüringen	417	2,4	0	0,0	231	55,4	186	44,6	0	0,0	8	4,3	0	0,0	6	3,2
AQUA-Institut	281	1,6	0	0,0	5	1,8	276	98,2	0	0,0	17	6,2	0	0,0	19	6,9
Gesamt	**17.686**	**100**	**12**	**0,1**	**7.459**	**42,2**	**10.168**	**57,5**	**47**	**0,3**	**278**	**2,7**	**43**	**0,4**	**714**	**7,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

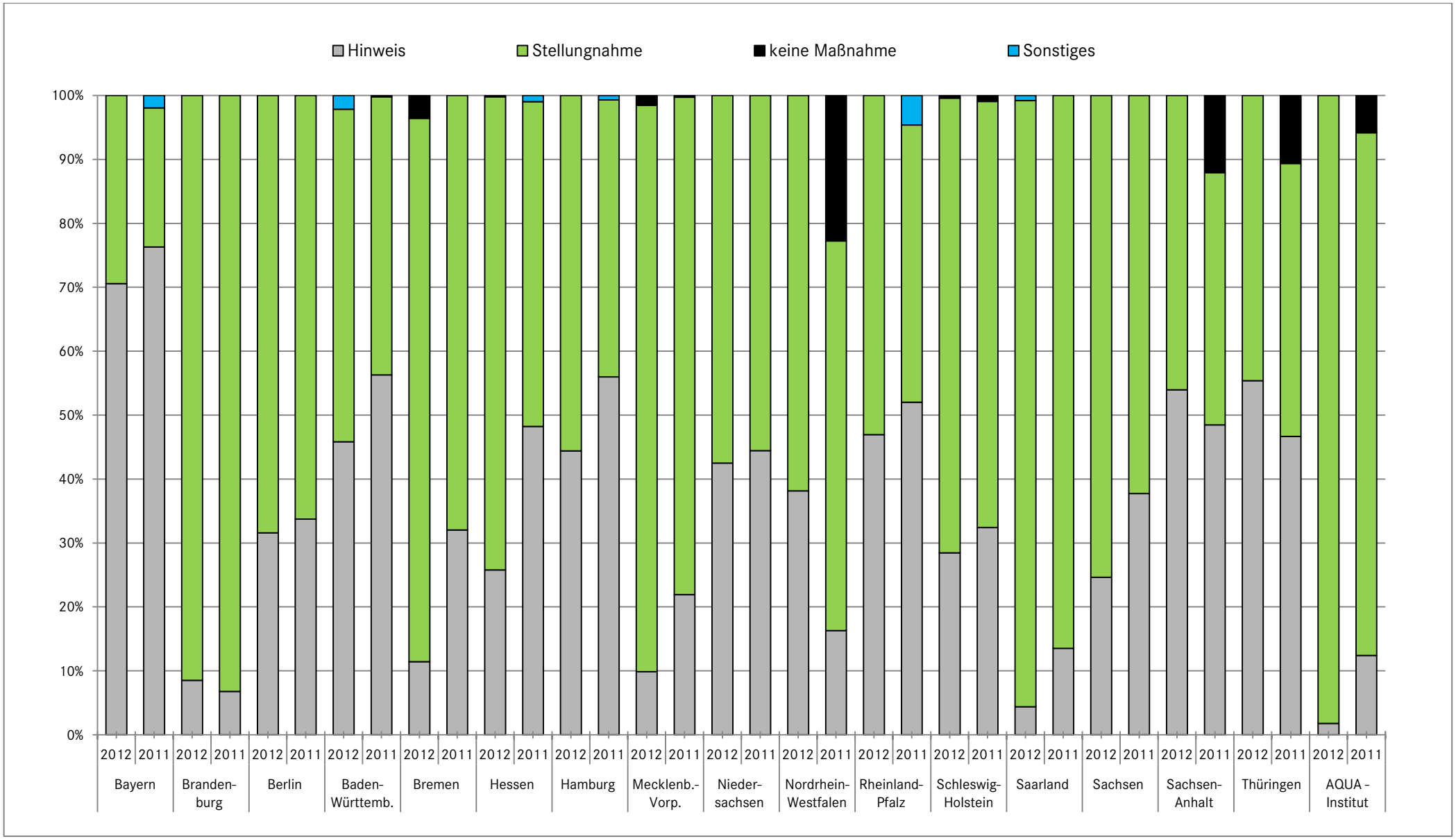


Abbildung 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2012, EJ 2011)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.3. Abschließende Einstufung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten

Die rechnerischen Auffälligkeiten wurden von den jeweils betreuenden Stellen bzw. Fachgruppen anhand der in Abschnitt 3.2 erläuterten Bewertungssystematik eingestuft.

In Abbildung 8 sind die relativen Anteile der Bewertungen aller 17.686 rechnerischen Auffälligkeiten aus dem Erfassungsjahr 2012 dargestellt. Eine weitere grafische Darstellung zu den Vorjahresergebnissen findet sich in Abschnitt 5.5 (Abbildung 29).

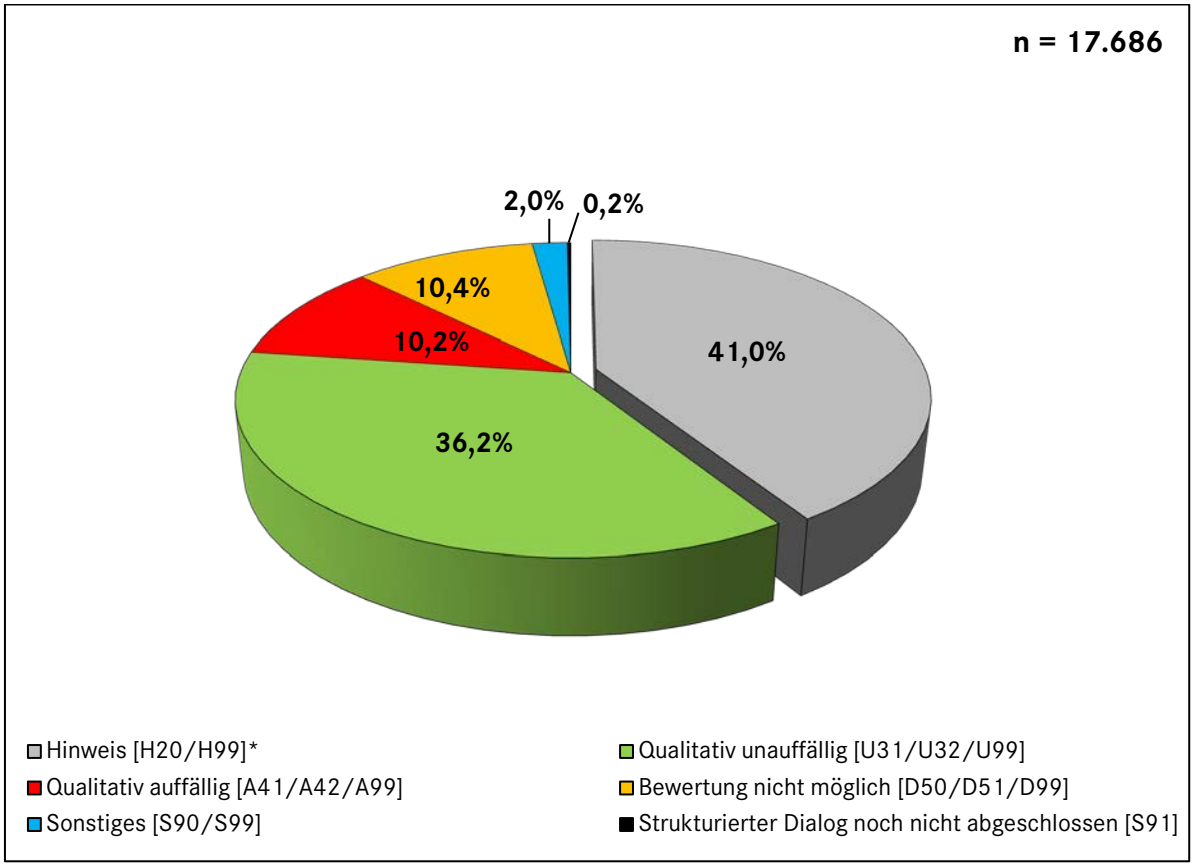


Abbildung 8: Darstellung der Hinweise und der abschließenden Ergebniseinstufung der Stellungnahmen zu den rechnerischen Auffälligkeiten des Erfassungsjahres 2012

*neue Bewertungskategorien gültig ab dem Erfassungsjahr 2012

In Tabelle 8 sind die gewählten Bewertungen aggregiert pro Leistungsbereich dargestellt. Die gleiche Darstellung pro Bundesland findet sich in Tabelle 9. Die Begründungen für die erteilten Bewertungen werden in Abschnitt 4.4 näher erläutert.

Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechn. Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20 + H99	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cholezystektomie	840	32	3,8	453	53,9	31	3,7	19	2,3	4	0,5	5	0,6	25	3,0	3	0,4	3	0,4	0	0,0	0	0,0	6	0,7	259	30,8
Karotis-Revaskularisation	125	7	5,6	58	46,4	3	2,4	6	4,8	0	0,0	4	3,2	4	3,2	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	42	33,6
Ambulant erworbene Pneumonie	3.302	209	6,3	493	14,9	114	3,5	507	15,4	32	1,0	41	1,2	461	14,0	1	0,0	2	0,1	9	0,3	2	0,1	76	2,3	1.355	41,0
Herzschrittmacher-Implantation	849	17	2,0	294	34,6	14	1,6	69	8,1	12	1,4	10	1,2	25	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,4	13	1,5	392	46,2
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	814	19	2,3	140	17,2	17	2,1	80	9,8	7	0,9	12	1,5	75	9,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1	17	2,1	445	54,7
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	748	17	2,3	281	37,6	4	0,5	65	8,7	12	1,6	4	0,5	27	3,6	3	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,1	4	0,5	330	44,1
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	770	20	2,6	214	27,8	27	3,5	20	2,6	15	1,9	2	0,3	97	12,6	6	0,8	2	0,3	0	0,0	3	0,4	25	3,2	339	44,0
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	313	4	1,3	90	28,8	2	0,6	29	9,3	4	1,3	3	1,0	46	14,7	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	9	2,9	125	39,9
Implantierbare Defibrillatoren – Revison/ Systemwechsel/ Explantation	263	6	2,3	97	36,9	9	3,4	4	1,5	3	1,1	0	0,0	30	11,4	5	1,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4	10	3,8	98	37,3
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1.074	163	15,2	238	22,2	28	2,6	68	6,3	14	1,3	3	0,3	114	10,6	9	0,8	5	0,5	0	0,0	0	0,0	24	2,2	408	38,0
Koronarchirurgie, isoliert	15	0	0,0	7	46,7	0	0,0	5	33,3	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
Aortenklappenchirurgie, isoliert	26	0	0,0	12	46,2	0	0,0	11	42,3	1	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,7
Kombinierte Koronar- u. Aortenklappenchirurgie	17	0	0,0	8	47,1	0	0,0	6	35,3	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,8
Herztransplantation	22	0	0,0	13	59,1	3	13,6	6	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lungen- u. Herz-Lungentransplantation	14	1	7,1	7	50,0	2	14,3	1	7,1	0	0,0	0	0,0	3	21,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Leberlebendspende	28	0	0,0	5	17,9	8	28,6	3	10,7	0	0,0	0	0,0	12	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20 + H99	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lebertransplantation	32	0	0,0	12	37,5	0	0,0	13	40,6	0	0,0	0	0,0	6	18,8	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierenlebendspende	77	0	0,0	8	10,4	6	7,8	4	5,2	0	0,0	46	59,7	13	16,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierentransplantation	29	1	3,4	10	34,5	0	0,0	8	27,6	0	0,0	7	24,1	3	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pankreas- u. Pankreas-Nierentransplantation	21	0	0,0	12	57,1	1	4,8	4	19,0	0	0,0	0	0,0	4	19,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geburtshilfe	826	39	4,7	245	29,7	30	3,6	129	15,6	36	4,4	5	0,6	96	11,6	4	0,5	0	0,0	4	0,5	11	1,3	26	3,1	201	24,3
Neonatologie	360	34	9,4	109	30,3	16	4,4	25	6,9	5	1,4	4	1,1	35	9,7	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2	0,6	7	1,9	122	33,9
Gynäkologische Operationen	1.200	48	4,0	400	33,3	52	4,3	33	2,8	13	1,1	4	0,3	87	7,3	0	0,0	1	0,1	5	0,4	1	0,1	16	1,3	540	45,0
Mammachirurgie	1.140	32	2,8	206	18,1	24	2,1	58	5,1	18	1,6	3	0,3	146	12,8	7	0,6	1	0,1	0	0,0	2	0,2	38	3,3	605	53,1
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.108	28	2,5	446	40,3	31	2,8	66	6,0	16	1,4	8	0,7	63	5,7	2	0,2	1	0,1	5	0,5	3	0,3	21	1,9	418	37,7
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.180	58	4,9	373	31,6	25	2,1	42	3,6	23	1,9	3	0,3	172	14,6	2	0,2	2	0,2	0	0,0	3	0,3	17	1,4	460	39,0
Hüft-Endoprothesen-wechsel und -komponentenwechsel	1.226	37	3,0	477	38,9	3	0,2	21	1,7	22	1,8	8	0,7	47	3,8	3	0,2	0	0,0	0	0,0	7	0,6	8	0,7	593	48,4
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	524	33	6,3	145	27,7	16	3,1	16	3,1	13	2,5	2	0,4	107	20,4	1	0,2	2	0,4	0	0,0	0	0,0	8	1,5	181	34,5
Knie-Endoprothesen-wechsel und -komponentenwechsel	484	7	1,4	156	32,2	2	0,4	3	0,6	10	2,1	3	0,6	23	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	3	0,6	276	57,0
Pflege: Dekubitusprophylaxe	259	16	6,2	77	29,7	19	7,3	36	13,9	6	2,3	2	0,8	45	17,4	1	0,4	1	0,4	4	1,5	0	0,0	1	0,4	51	19,7
Gesamt	17.686	828	4,7	5.086	28,8	487	2,8	1.357	7,7	269	1,5	179	1,0	1766	10,0	49	0,3	23	0,1	27	0,2	41	0,2	329	1,9	7.245	41,0

© 2014 AQUA-Institut GmbH

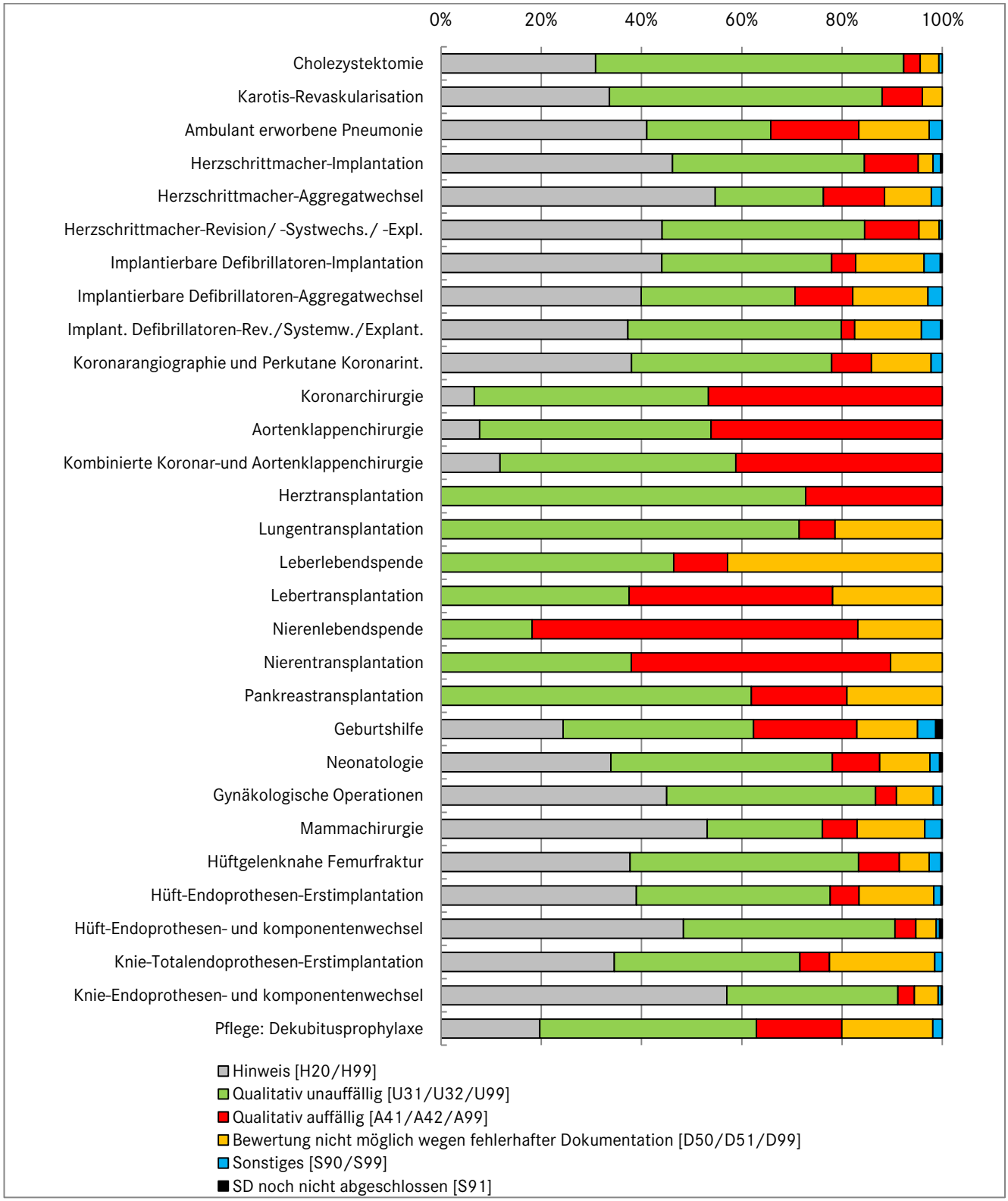


Abbildung 9: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Leistungsbereichen

Tabelle 9: Ergebniseinstufungen der rechn. Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20 + H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	3.189	105	3,3	366	11,5	0	0,0	95	3,0	54	1,7	1	0,0	298	9,3	14	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,1	4	0,1	2.250	70,6
Brandenburg	517	15	2,9	274	53,0	17	3,3	62	12,0	22	4,3	8	1,5	74	14,3	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	44	8,5
Berlin	630	90	14,3	226	35,9	0	0,0	24	3,8	12	1,9	0	0,0	69	11,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	9	1,4	0	0,0	199	31,6
Baden-Württemberg	1.987	41	2,1	537	27,0	108	5,4	174	8,8	55	2,8	21	1,1	98	4,9	0	0,0	6	0,3	0	0,0	6	0,3	59	3,0	882	44,4
Bremen	140	9	6,4	97	69,3	5	3,6	4	2,9	1	0,7	0	0,0	5	3,6	2	1,4	0	0,0	5	3,6	0	0,0	0	0,0	12	8,6
Hessen	970	6	0,6	417	43,0	10	1,0	104	10,7	15	1,5	13	1,3	160	16,5	1	0,1	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0	242	24,9
Hamburg	259	239	92,3	6	2,3	7	2,7	7	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vor-pommern	324	9	2,8	149	46,0	12	3,7	53	16,4	0	0,0	6	1,9	54	16,7	0	0,0	3	0,9	5	1,5	0	0,0	1	0,3	32	9,9
Niedersachsen	1.883	32	1,7	575	30,5	82	4,4	200	10,6	8	0,4	2	0,1	168	8,9	6	0,3	1	0,1	0	0,0	0	0,0	9	0,5	800	42,5
Nordrhein-Westfalen	3.671	187	5,1	1057	28,8	66	1,8	259	7,1	41	1,1	19	0,5	535	14,6	15	0,4	11	0,3	11	0,3	2	0,1	72	2,0	1.396	38,0
Rheinland-Pfalz	984	4	0,4	259	26,3	23	2,3	82	8,3	29	2,9	0	0,0	121	12,3	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	461	46,8
Schleswig-Holstein	478	37	7,7	173	36,2	57	11,9	8	1,7	0	0,0	15	3,1	38	7,9	2	0,4	0	0,0	2	0,4	0	0,0	10	2,1	136	28,5
Saarland	252	0	0,0	167	66,3	6	2,4	34	13,5	12	4,8	0	0,0	17	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	2,4	10	4,0
Sachsen	1.100	19	1,7	381	34,6	35	3,2	120	10,9	15	1,4	36	3,3	51	4,6	3	0,3	0	0,0	0	0,0	12	1,1	157	14,3	271	24,6
Sachsen-Anhalt	604	22	3,6	199	32,9	24	4,0	45	7,5	1	0,2	5	0,8	11	1,8	0	0,0	2	0,3	2	0,3	10	1,7	9	1,5	274	45,4
Thüringen	417	11	2,6	109	26,1	15	3,6	25	6,0	0	0,0	0	0,0	26	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	231	55,4
AQUA-Institut	281	2	0,7	94	33,5	20	7,1	61	21,7	4	1,4	53	18,9	41	14,6	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,8
Gesamt	17.686	828	4,7	5086	28,8	487	2,8	1357	7,7	269	1,5	179	1,0	1.766	10,0	49	0,3	23	0,1	27	0,2	41	0,2	329	1,9	7.245	41,0

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Abbildung 10 stellt die Bewertungen pro Bundesland der Erfassungsjahre 2011 und 2012 gegenüber. Dabei ist zu beachten, dass den Erfassungsjahren unterschiedliche Bewertungssystematiken zu Grunde lagen. War eine Bewertungskategorie nur für eines der Erfassungsjahre möglich, ist dies in Klammern hinter den Einträgen vermerkt. Bezüglich der Einstufung zum Hinweisversand ist anzumerken, dass diese erstmalig eine eigene Bewertungskategorie bekommen haben. In den Vorjahren wurden die Hinweise in der Regel entweder mit den Schlüsselnummern „1“ oder „2“ bewertet.

Folgende Tabelle verdeutlicht die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Bewertungssystematiken. Dabei wird sichtbar welche Kategorien in Abbildung 10 für beide Erfassungsjahre dargestellt werden können (qualitativ unauffällig, qualitativ auffällig und Sonstiges). Die übrigen Bewertungskategorien sind in Abbildung 10 jeweils nur für eines der Erfassungsjahre dargestellt.

Tabelle 10: Gegenüberstellung der Bewertungssystematiken

Bewertungskategorien ab EJ 2012		**Bewertungsschlüssel bis EJ 2011**	
Hinweise	[H20/H99]	-	-
Qualitativ unauffällig	[U31/U32/U99]	Qualitativ unauffällig	[1]
-	-	Qualitativ unauffällig mit Verlaufskontrolle	[2]
Qualitativ auffällig	[A41/A42/A99]	Qualitativ auffällig	[3, 4, 5]
-	-	Qualitativ auffällig wg. fehlerhafter Dokumentation	[13 u. 14]
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	[D50/D51/D99]	-	-
Sonstiges	[S90/S99]	Sonstiges	[9]
Sonstiges	[S91]	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen	[0]

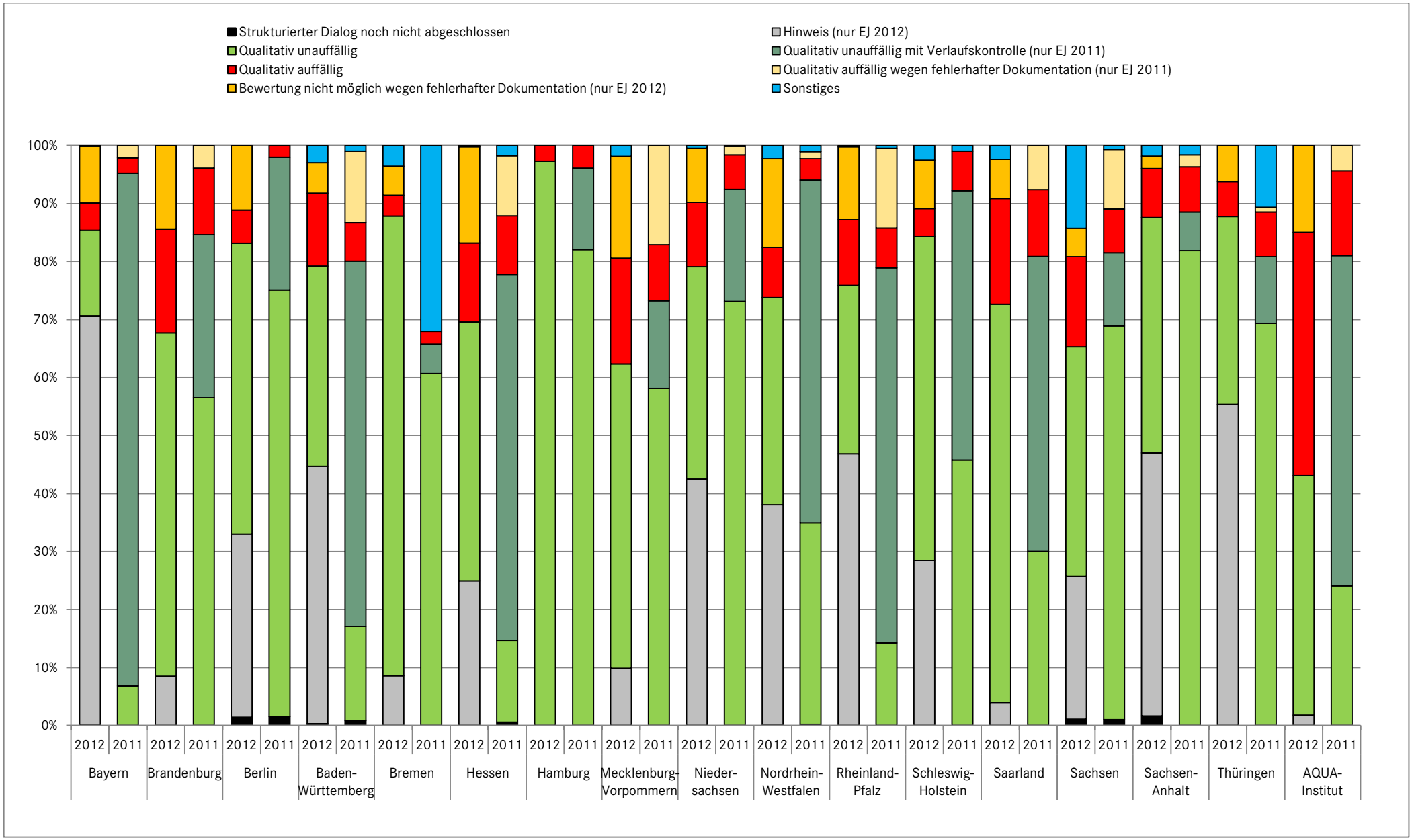


Abbildung 10: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.4. Begründungen zu den Bewertungskategorien

4.4.1. Hinweise

H20 – Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen. Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Für den Hinweisversand gibt es seit dem EJ 2012 zwei eigene Einstufungskategorien. Ein Hinweis kann versendet werden, wenn es sich bei der rechnerischen Auffälligkeit um einen einzelnen Fall (Ein-Fall-Regel) handelt, der die rechnerische Abweichung bedingte. Oder wenn das Krankenhaus im Vorjahr bereits mit einer zusätzlichen Maßnahme, wie z.B. ein Kollegiales Gespräch oder eine Vor-Ort-Begehung im Strukturierten Dialog gewesen ist und im Rahmen der vereinbarten Ziele mittlerweile verbesserte Ergebnisse aufzuweisen hat, aber dennoch eine rechnerische Auffälligkeit zu verzeichnen war, die jedoch nach abgeschlossenen Umsetzungsmaßnahmen behoben sein sollte. Die Einrichtungen erhalten in den erwähnten Fällen ein Hinweisschreiben mit der Aufforderung, die rechnerische Auffälligkeit im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu analysieren. Insgesamt wurde bei 6.190 rechnerischen Auffälligkeiten auf diese Art des Hinweisversandes zurückgegriffen.

H99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Wenn Hinweise aus einem anderen Grund als den unter H20 aufgeführten Gründen versendet werden, so ist dies mit einem eigenen Kommentar näher zu erläutern. Insgesamt wurde 1.055-mal diese Begründungskategorie gewählt. Beispielhaft sind nachstehend die in diesem Jahr verwendeten Begründungskommentare aufgeführt:

- Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden[1].
- Gemäß der Empfehlung der Bundesfachgruppe beim AQUA-Institut wurde der formelle Strukturierte Dialog zu o.g. Indikator in diesem Jahr ausgesetzt, da eine Weiterentwicklung, u.a. des Referenzbereichs, vorgesehen ist. Aus diesem Grund ist eine Bewertung des rechnerischen Ergebnisses des Erfassungsjahrs 2012 nicht zielführend. Ihre Einrichtung erhält somit lediglich einen Hinweis.

Obwohl die Bewertungssystematik dies nicht vorsieht, erfolgte in wenigen Fällen nach Versand eines Hinweises die Einstufung in eine andere Kategorie (U, A oder S)als die dafür vorgesehenen H20 oder H99. Insofern ist die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ nicht gleichzusetzen mit der Summe aus H20 und H99.

4.4.2. Unauffällige Bewertungen und ihre Begründungen

U31 – Besondere klinische Situation

Diese Begründung zur Einstufung wird in der Regel vergeben, wenn es sich um ein Krankenhaus handelt, dass eine spezielle Behandlungsmethodik anbietet und dadurch eine besondere Patientenklientel vorhanden ist, z.B. eine Einrichtung, die spezielle Lungenerkrankungen behandelt. Sollte diese Einrichtung in ihren Ergebnissen auffällig geworden sein, so kann es sein, dass nach erfolgter Überprüfung der übermittelten Stellungnahmen letztlich von den Fachexperten diese Begründungsziffer zur Bewertung ausgewählt worden ist. Insgesamt kam dies 828-mal vor.

U32 – Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Diese Bewertungskategorie wird vergeben, wenn anhand der Stellungnahmen von schicksalhaften Behandlungsverläufen auszugehen ist. Bundesweit wurde diese Einstufungsbegründung für 5.086 rechnerisch auffällige Ergebnisse vergeben.

U99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Wenn im Rahmen des Strukturierten Dialogs das rechnerisch auffällige Ergebnis abschließend als qualitativ unauffällig eingestuft wird, aber die Kategorien U31 oder U32 nicht zutreffen, wird die Kategorie U99 vergeben. Hierbei ist es notwendig, die Angabe „Sonstiges“ in einem Kommentar zu erläutern. Insgesamt wurde diese Einstufungsoption 487-mal gewählt.

[1] Projektgruppe Leitfaden: bestehend aus Mitgliedern der LQS und des AQUA-Instituts, die sich mit der Weiterentwicklung und Umsetzung der Maßnahmen des Strukturierten Dialogs beschäftigt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Beispielhaft finden sich im Folgenden verschiedene Kommentare, die verwendet worden sind:

- Nach Strukturiertem Dialog kein Hinweis auf Mängel bei der fachlich gebotenen Qualität. Die rechnerische Abweichung wurde durch fehlerhafte QS-Dokumentation verursacht.
- Einzelfall als Erfassungsfehler, ohne Hinweis auf grundsätzliche Dokumentationsmängel, welche die Bewertbarkeit des Indikators beeinträchtigen.
- Intensive Beobachtung der Ergebnisse im nächsten Jahr.
- Die fehlende Nachsorgeinformation liegt nicht im Verschulden des Krankenhauses.
- Die Indikationen sind plausibel begründet.
- Aufgrund interner Fehleranalyse der Einrichtung sind sofort nachweisbar erfolgversprechende Maßnahmen umgesetzt worden.
- Der Referenzbereich wurde knapp verfehlt. Maßnahmen zur Behebung des Problems wurden bereits eingeleitet.

4.4.3. Auffällige Bewertungen und ihre Begründungen

A41 – Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel

Diese Bewertungskategorie wird vergeben, wenn die Stellungnahme Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel vermuten lässt. Teilweise wurden von den Vertretern der Krankenhäuser, die die Stellungnahmen erarbeitet haben, selbst Struktur- und Prozessmängel erkannt und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Für 1.357 Indikatorergebnisse wurde der qualitative Mangel bestätigt.

A42 – Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt

Diese Bewertungskategorie kann vergeben werden, wenn keine oder eine unzureichende Stellungnahme abgegeben wird. Diese Bewertung wurde bundesweit 269-mal vergeben.

A99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Passt die Ursache für die Auffälligkeit nicht in die vorstehenden zwei Begründungskategorien (A41 oder A42), kann unter A99 jede Art eines auffälligen Ergebnisses individuell begründet werden. Nachstehend sind einige Kommentare aufgeführt, die im diesjährigen Strukturierten Dialog zu 179 Indikatorergebnissen verfasst worden sind:

- Die Einzelfälle wurden aus Sicht der Fachgruppe ausreichend begründet. Aufgrund der Häufung der Fälle, sowie der aufgetretenen Dokumentationsfehler, wird dies von der Fachgruppe zum Anlass genommen, die Ergebnisse im kommenden Jahr unter besonderer Berücksichtigung der diesjährigen Auswertung zu betrachten.
- Die Indikationsstellung zur Operation erfolgte ohne Berücksichtigung des Befundes.
- 12x D50 + 12x A41
- Sowohl Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität haben das auffällige Ergebnis verursacht.
- Der zuständige Arzt wurde nicht rechtzeitig hinzugezogen.
- Hohe Rate bei geringer Fallzahl, auch im Vorjahr.
- Die Fachgruppe sieht aufgrund der Ausführungen in der Stellungnahme einen medizinischen Dissens und bittet, die Rationale des Indikators zu beachten.

4.4.4. Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation

D50 – Unvollzählige oder falsche Dokumentation

Um die Qualität der Behandlung beurteilen zu können, muss seitens des Krankenhauses eine ausreichende und korrekte Dokumentation der erbrachten Leistung erfolgen. Ist dies nicht der Fall, wird diese Begründungseinstufung ausgewählt. Diese Begründung wurde für 1.766 Indikatorergebnisse angegeben.

D51 – Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht

Immer wieder kommt es vor, dass eingesetzte Softwareprogramme Probleme bzgl. der Dokumentation verursachen, sei es durch inkompatible Schnittstellen oder durch falsche Konfiguration der verwendeten Tools. In diesen und ähnlichen Fällen kann für das Indikatorergebnis diese Begründung vergeben werden. Für das Erfassungsjahr 2012 wurde diese Einstufung bei 49 Indikatorergebnissen vergeben.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

D99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Individuelle Begründungen für Dokumentationsmängel können unter Anwendung der Begründung D99 beschrieben werden. Insgesamt 23 Indikatorergebnisse erhielten diese Begründung. Folgende Kommentare wurden angegeben:

- Fälschlicherweise dokumentierter Sentinel-Event.
- Die rechnerische Abweichung wurde durch fehlerhafte QS-Dokumentation verursacht.
- Die Fachgruppe bestätigt die Leitlinienkonformität, es wurde aber falsch dokumentiert.
- Bei Patienten, die unter der Diagnose „Ambulant erworbene Pneumonie“ (siehe Einschlusskriterien QS-Filter) aufgenommen werden, muss die vorgegebene Bestimmung der klinischen Stabilitätskriterien erfolgen.

Teilweise wurden Dokumentationsfehler allerdings auch den Kategorien H99, U99, A99 und S99 zugeordnet. Dies ist aus den jeweiligen Kommentaren zur Einstufung ersichtlich und war bei ca. 300 rechnerischen Auffälligkeiten der Fall.

4.4.5. Sonstiges

S90 – Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
Diese Bewertungskategorie wird vergeben, wenn im Strukturierten Dialog auf Maßnahmen verzichtet wird. Insgesamt erfolgte diese Einstufung bei 27 rechnerischen Auffälligkeiten. Folgende Gründe für den Verzicht auf Maßnahmen wurden angegeben:

- Abteilung wurde unterjährig geschlossen.
- Stellungnahme zur anderen Kennzahl angefordert. Fälle dort sind impliziert.
- Zu geringe Fallzahl.
- Ergebnis weicht nicht signifikant vom Referenzwert ab.

S91 – Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
Für den Fall, dass der Strukturierte Dialog zu einer rechnerischen Auffälligkeit nicht rechtzeitig abgeschlossen werden kann, wird diese Einstufung vergeben. Dieser Fall tritt z.B. ein, wenn ein Termin für ein Kollegiales Gespräch oder für eine Vor-Ort-Begehung noch aussteht (nach dem 30.10. eines jeden Jahres) und somit die Ursache für das abweichende Indikatorergebnis erst nach Durchführung der zusätzlichen Maßnahme bewertet werden kann. Insgesamt wurde diese Einstufungskategorie 41-mal vergeben

S99 – Sonstiges mit Kommentar
Wird ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis aus anderen, als die bereits zur Verfügung stehenden Gründen, als „Sonstiges“ eingestuft, wird die Bewertungskategorie S99 mit einem erläuternden Kommentar vergeben. Dies kam insgesamt 329-mal zur Anwendung. Folgende Kommentare wurden am häufigsten verwendet:

- Dokumentationsfehler haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Klinik/Abteilung geschlossen.
- Leistung eingestellt.
- Die Klinik hat die Leistungserbringung zunächst ausgesetzt, bis die in der Zielvereinbarung besprochenen Maßnahmen umgesetzt worden sind.
- Personalwechsel Ende 2012, neue Leitung hat Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.
- Die Ergebnisse haben sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich gebessert.
- Sowohl Dokumentationsfehler als auch begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Der Referenzbereich wurde von der Bundesfachgruppe beim AQUA-Institut rückwirkend infrage gestellt. Für den Indikator ist eine Weiterentwicklung vorgesehen. Aus diesem Grund ist eine Bewertung des rechnerischen Ergebnisses des Erfassungsjahres 2012 nicht zielführend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.5. Weiterführende Maßnahmen

Entsprechend der Ursache, die die rechnerische Auffälligkeit bedingte, kann im Rahmen des Strukturierten Dialogs ein Kollegiales Gespräch, eine Vor-Ort-Begehung, eine schriftlich fixierte Zielvereinbarung oder eine sonstige Verbesserungsmaßnahme notwendig sein.

4.5.1. Kollegiale Gespräche und Begehungen

Das Kollegiale Gespräch und die Vor-Ort-Begehung sind die effektivsten Instrumente des Strukturierten Dialogs, um nachhaltig Veränderungen in den Abteilungen zu bewirken. Durch das persönliche Gespräch wird zudem die Akzeptanz des Verfahrens gestärkt. Wie aus den Auswertungen der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs hervorgeht, wurden in 12 Krankenhäusern Vor-Ort-Begehungen (zu 43 Qualitätsindikatoren) durchgeführt. Zu weiteren 278 Qualitätsindikatoren (als Auslösekriterium) wurden mit den Vertretern der 103 Krankenhäusern Kollegiale Gespräche geführt. Dies entspricht ungefähr der Anzahl des Vorjahres. Im Vorjahr lösten 290 Qualitätsindikatoren in insgesamt 129 Einrichtungen Kollegiale Gespräche und Vor-Ort-Begehungen aus.

4.5.2. Zielvereinbarungen und deren Nachverfolgung

Die am häufigsten vereinbarten Ziele und Verbesserungsmaßnahmen der zu 714 Indikatorergebnissen verfassten Vereinbarungen im Durchführungsjahr betrafen die Optimierung des Dokumentationswesens, die Mitarbeiterschulungen zu diversen Themenbereichen (z.B. externe Qualitätssicherung, Bedienung technischer Apparaturen etc.) sowie die Förderung der interdisziplinären kollegialen Zusammenarbeit. Weitere eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen wurden der jeweils vorherrschenden Problematik angepasst (siehe oben).

Die Nachweise zu den Zielvereinbarungen sind zumeist in schriftlicher Form z.B. als Work-Flow, Protokoll zu bestimmten Themenbereichen und/oder Konzepten an die betreuenden Stellen zu übermitteln. Die eingereichten Unterlagen werden in der Regel erneut von den Vertretern der Arbeits- und Bundesfachgruppen überprüft. Ebenso wird die Wirksamkeit der vereinbarten Maßnahmen über einen längerfristigen Zeitraum anhand der Daten beobachtet. Sind eingeleitete Maßnahmen nicht erfolgversprechend, so wird wiederholt geprüft, was verbessert werden kann, bis die Zielvorgabe erreicht ist. Dieser Prozess kann durchaus mehrere Monate andauern.

4.5.3. Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen

Mit Abgabe der Stellungnahme werden die betroffenen Einrichtungen in der Regel dazu aufgefordert, ebenfalls den Status und gegebenenfalls Nachweise zu den bereits eingeleiteten Verbesserungs- oder Korrekturmaßnahmen mitzuteilen.

Folgende Verbesserungsmaßnahmen wurden angegeben:

- Mitarbeiterschulung zu (Dokumentationszweck); Mitarbeiterschulung (fachlich/medizinisch/pflegerisch), sonstige Fortbildungen
- Teambesprechungen, Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Einzelfallanalysen (z.B. M&M Konferenzen)
- Anpassung oder Umstellung des Behandlungskonzepts (SOP), Überarbeitung des Nachsorgekonzeptes
- Wechsel von Medikamenten/Medizinprodukten
- Kommunikationswege intern (z.B. EDV), Kommunikationswege extern (Zuweiser/Patienten)
- Veränderung Personalwesen (z.B. Wechsel, Aufstockung)
- Anpassung räumliche Strukturen (z.B. OP, Abteilung, Bettenzahl), Anpassung technisches Equipment

Abbildung 11 zeigt den Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten, die zu Verbesserungsmaßnahmen geführt haben.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

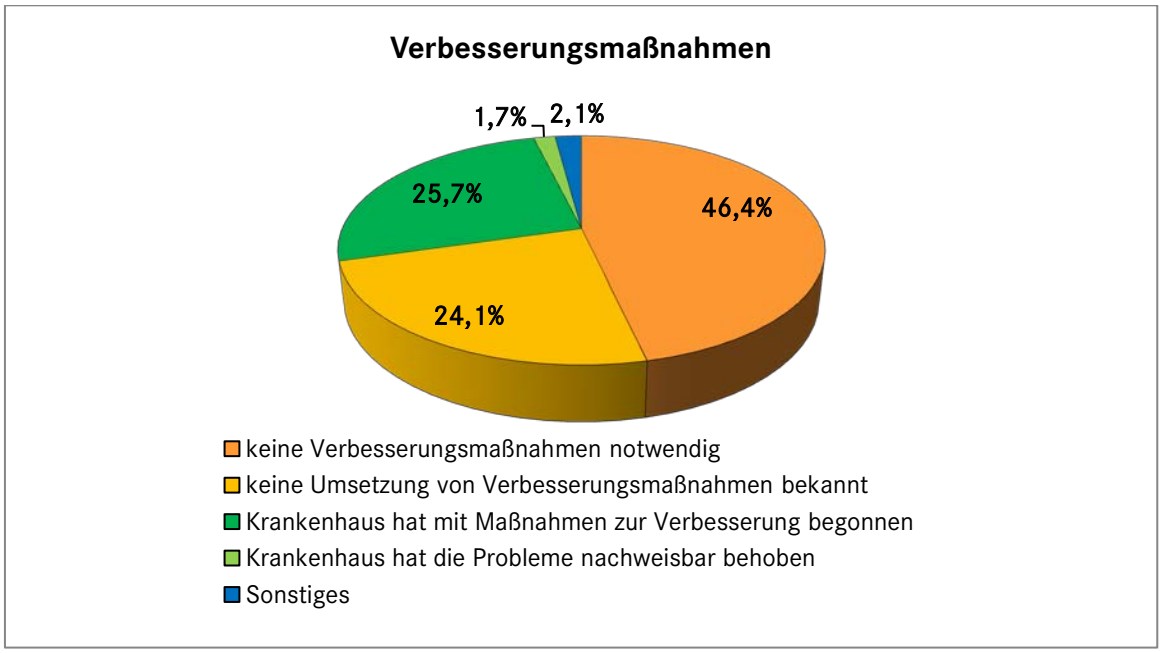


Abbildung 11: Von Krankenhäusern bekanntgegebene Verbesserungsmaßnahmen

Als Grund unter „Sonstiges“ wurde ausschließlich folgender Kommentar einer Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung abgegeben: „Krankenhaus zum Ergreifen geeigneter Maßnahmen aufgefordert.“

5. Betrachtung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die aus dem Strukturierten Dialog des Erfassungsjahres 2012 gewonnenen Erkenntnisse näher beschrieben bzw. Besonderheiten dargestellt sowie Ergebnisse pro Leistungsbereich beurteilt.
So finden sich, neben den - nach Vorlage der Ergebnisse der Bundesauswertungen und des Strukturierten Dialogs im Frühjahr- verfassten Empfehlungen von der Bundesebene zu einigen Qualitätsindikatoren auch verfahrensspezifische Besonderheiten für verschiedene Leistungsbereiche. Außerdem zeigt eine grafische Gegenüberstellung in Form von Kreisdiagrammen die erteilten Bewertungseinstufungen zu den Leistungsbereichen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs des EJ 2012 und zu denen des Vorjahres (EJ 2011). Hierbei ist zu beachten, dass die Vergleichbarkeit eingeschränkt ist. Denn so wurde beispielsweise der Hinweisversand, der bei rechnerischen Auffälligkeiten mit z.B. geringfügiger Abweichung vom Referenzbereich oder bei Einzelfällen zur Anwendung kam, in den Jahren zuvor nicht näher kategorisiert, sondern er wurde in der Regel mit den vorher bestehenden Schlüsselnummern „1“ oder „2“ bewertet. Insofern kam erstmalig eine neue Bewertungs-/Einstufungskategorie zur Anwendung.
Fallbeispiele in Abschnitt 5.2 veranschaulichen die praktische Anwendung und die Wirkweise des Strukturierten Dialogs. Die bekannten landesspezifischen Projekte werden in Abschnitt 5.3 aufgeführt. In Abschnitt 5.4 sind die Empfehlungen der Landesebene zusammengefasst dargestellt und abschließend werden in Abschnitt 5.5 die Auswirkungen der geänderten Bewertungssystematik betrachtet.

5.1. Empfehlungen der Bundesebene, Besonderheiten und Ergebnisse

5.1.1. Cholezystektomie (12/1)

Insgesamt wurden 840 rechnerische Auffälligkeiten im Leistungsbereich *Cholezystektomie* für das Erfassungsjahr 2012 festgestellt. Bei 271 rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Hinweis versendet und bei 567 rechnerischen Auffälligkeiten wurde der Strukturierte Dialog eröffnet. Nach Analyse der Stellungnahmen wurden 61,4 % (n = 516) rechnerische Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig bewertet. In 3,3 % (n = 28) der rechnerischen Auffälligkeiten wurden qualitative Mängel, die im Wesentlichen auf Struktur- und Prozessprobleme zurückzuführen waren, festgestellt. Zu 23 rechnerischen Auffälligkeiten wurden weiterführende Maßnahmen durchgeführt (Anlass für Kollegiale Gespräche n = 4; Anlass für Zielvereinbarungen n = 19). Die Ergebnisse werden im laufenden Jahr besonders kontrolliert.

Eine Landesfachgruppe empfahl die Implementierung eines neuen Datenfeldes „präoperative Antibiotikagabe bis zur OP (in Tagen)“. Hierdurch könne der Entscheidungspunkt zur Operation bei zunächst mehrtägiger konservativer Therapie (Antibiotikagabe) dargestellt werden. Dieser Vorschlag wird im Rahmen der Systempflege mit den Experten der Bundesfachgruppe diskutiert werden.
In einem Bundesland wurden nicht nur die auffälligen Ergebnisse betrachtet sondern auch unauffällige Ergebnisse. Es wurden hierzu ebenso Stellungnahmen angefordert mit dem Ziel, gut gehende Praktiken kennenzulernen und die Erkenntnisse anderen Beteiligten zur Verfügung zu stellen, im Sinne des „best practice“. Ein Peer-Review-Verfahren-Galle und weitere Prüfroutinen in diesem Zusammenhang sind als Pilotprojekt geplant.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

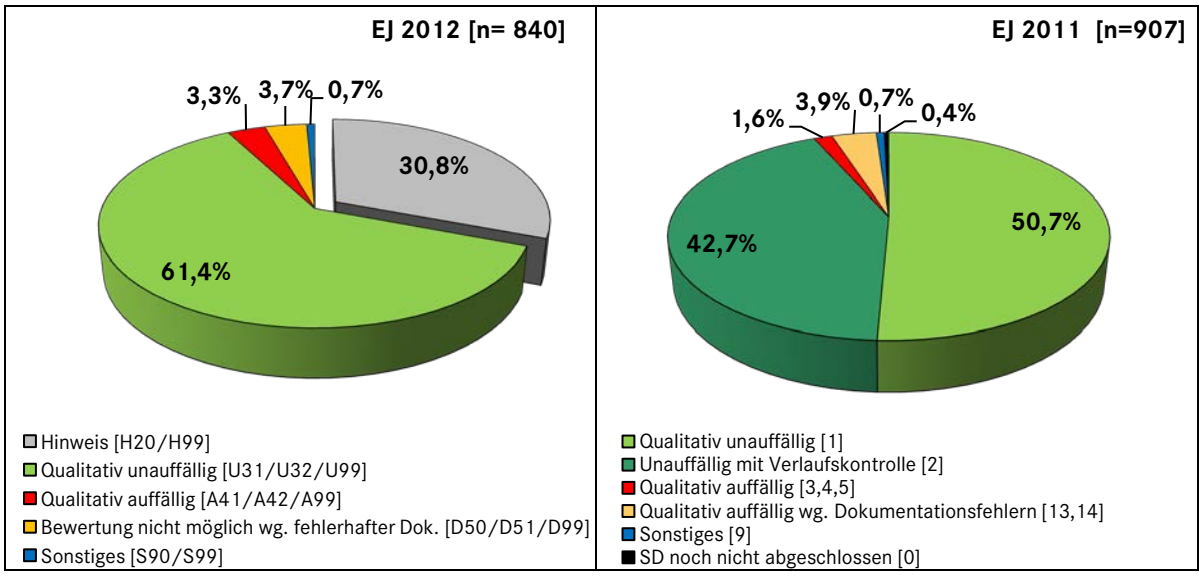


Abbildung 12: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 12/1 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.2. Karotis-Revaskularisation (10/2)

Im Leistungsbereich *Karotis-Revaskularisation* (ehemals Karotis-Rekonstruktion) wurden im Erfassungsjahr 2012 erstmals die kathetergestützten Karotiseingriffe erfasst. Da diese jedoch ohne Referenzbereiche ausgewertet wurden, war eine Auswertung seitens der Bundesebene für das Erfassungsjahr noch nicht vorgesehen. Dennoch haben einige Landesarbeitsgruppen sich entschieden, diesen Bereich mit zu betrachten und haben dazu ebenfalls Stellungnahmen angefordert. Um Erfahrungen im Umgang mit den neuen Indikatoren in den unterschiedlichen Krankenhäusern zu sammeln, wurden in einem Bundesland alle betroffenen Einrichtungen gebeten, ihre Entscheidung für/gegen ein kathetergestütztes Vorgehen zu erläutern.

Bei der offen-chirurgischen Revaskularisation wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs insgesamt 125 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Zu 43 Auffälligkeiten wurde ein Hinweis verschickt, da sich die abweichenden Ergebnisse überwiegend durch Einzelfälle erklärten. Eine Stellungnahme wurde zu jeweils 82 rechnerischen Auffälligkeiten angefordert. Nach Durchsicht der Stellungnahmen wurden 54,4 % der rechnerischen Auffälligkeiten daraufhin als qualitativ unauffällig bewertet. Für 5 rechnerische Auffälligkeiten (4,0 %) war eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten ist mit 8 % eher gering und ist auf Struktur- und Prozessmängel (es fehlten den Einrichtungen sowohl geeignete Behandlungskonzepte als auch Fachpersonal) zurückzuführen. Neben den 82 Stellungnahmen wurden zu 13 rechnerischen Auffälligkeiten weiterführende Maßnahmen durchgeführt (Anlass für Kollegiale Gespräche n = 6; Anlass für Zielvereinbarungen n = 7).

Die Indikatoren, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs 2013 berücksichtigt wurden, sind mit denen des Vorjahres vergleichbar. Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten im Erfassungsjahrjahr 2011 betrug 153, wobei im Strukturierten Dialog jedoch in einigen Ländern Indikatoren ohne Referenzbereich auf Bundesebene mit einem landesspezifischen Referenzbereich versehen wurden.

Die Bundesfachgruppe hatte die Landesgeschäftsstellen gebeten, im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2012 die Einhaltung der Kriterien nach dem North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) für die Dokumentation des Stenosegrades zu überprüfen. Die Fachausschüsse, die diese Überprüfung im Rahmen von Stellungnahmen oder Kollegialen Gesprächen bzw. Begehungen aus anderem Anlass durchgeführt hatten, berichteten von einer weitgehend korrekten Anwendung der NASCET-Kriterien. Einzelne Fachausschüsse entschieden sich dazu, den Krankenhäusern durch die Landesgeschäftsstellen erneut Fachinformationen zur Verfügung zu stellen, um den Grad der Karotisstenosen von den Kriterien des European Carotid Surgery Trial (ECST) zu NASCET korrekt umrechnen zu können.

Der Bundesfachgruppe war in den Erfassungsjahren 2011 und 2012 aufgefallen, dass entgegen den Leitlinienempfehlungen bei einem relativ hohen Anteil an Patienten zum Verschluss der Karotis kein Patch (Gewebestück) sondern eine Direktnaht angewandt wurde. Daher bat die Bundesfachgruppe die Landesgeschäftsstellen, eine Befragung bezüglich der korrekten Dokumentation und den Gründen für die Anwendung dieser Technik durchzuführen, sofern in einem Krankenhaus mehr als 5 dieser Fälle dokumentiert wurden. Die Rückmeldungen der Landesgeschäftsstellen aus dem Strukturierten Dialog zeigten, dass 47 % der Krankenhäuser Fehldokumentationen sowie jeweils 16 % die fälschliche Kodierung bei V-Y-Plastik und anderen Techniken als Ursache benannt hatten. 65 % der Krankenhäuser gaben an, dass in begründeten Einzelfällen eine Direktnaht erfolgt war, um bei einer Gefäßektasie ein Aneurysma durch Einnähen eines Patches zu vermeiden. 14 % der Krankenhäuser erklärten, dass nach Veröffentlichung der S3-Leitlinie zur *Karotis-Revaskularisation* keine Direktnaht mehr eingesetzt wurde. Mehrfachangaben waren dabei möglich.

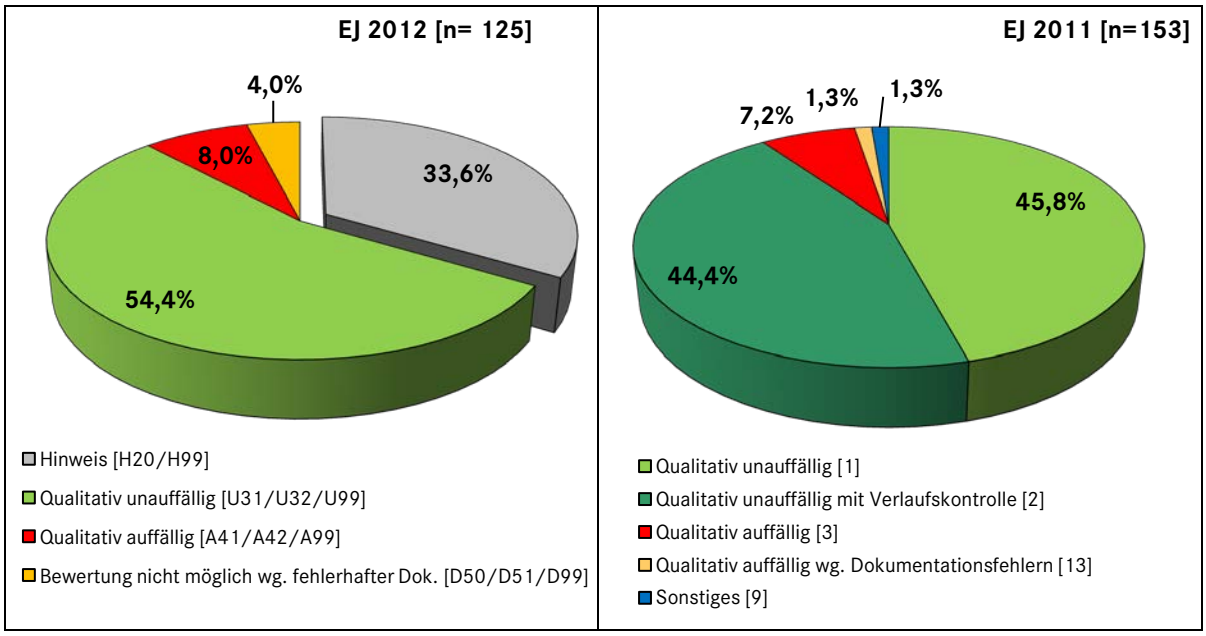


Abbildung 13: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 10/2 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.3. Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Im Erfassungsjahr 2012 wurden insgesamt 3.302 rechnerische Auffälligkeiten für den Leistungsbereich *Ambulant erworbene Pneumonie* gegenüber 3.563 des Vorjahres festgestellt. 17,6 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurden als qualitativ auffällig und ca. ein Viertel (24,7 %) als qualitativ unauffällig bewertet. Bei 14,1 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurde die Einstufung „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ vergeben. Auffällig in diesem Leistungsbereich ist, dass zu 41 % der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse nur Hinweise verschickt wurden. Ein valider Vergleich mit den Werten aus dem Vorjahr ist aufgrund der umgestellten Bewertungssystematik nicht möglich. Ferner ist der Anteil, der als qualitativ auffällig bewerteten Indikatorergebnisse deutlich größer als im Vorjahr (17,6 % vs. 9,0 %).

An den nach Analyse der Stellungnahmen ermittelten qualitativen Auffälligkeiten haben die beiden Indikatoren QI-ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ und QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ mit 149, respektive 241 Bewertungen als qualitativ auffällig den überwiegenden Anteil (68 %) an allen als qualitativ auffällig bewerteten Indikatoren. Der hohe Anteil von qualitativen Auffälligkeiten des QI-ID 50722 kann unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass für diesen Indikator nach der Einführung im Jahr 2010 für das Erfassungsjahr 2012 im Gegensatz zum Vorjahr viel mehr Stellungnahmen angefordert wurden. Im Jahr zuvor wurden hauptsächlich Hinweise versendet.

Als ursächliche Probleme für eine Bewertung als „qualitativ auffällig“ im Indikator QI-ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ wurden von zwei Bundesländern fehlende Unter-

suchungsstandards bezüglich der Atemfrequenz und der Sauerstoffsättigung angegeben. Dokumentationsfehler traten nach Informationen der Länder unter anderem aufgrund falscher Interpretation der Datenfelder mit der Formulierung „mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung“ auf. Die Messung der Atemfrequenz wird von den Landesarbeitsgruppen unterschiedlich eingeschätzt. Eine Arbeitsgruppe weist darauf hin, dass sie der durchgehenden Messung der Atemfrequenz kritisch gegenübersteht. Aus den anderen Bundesländern wurden keine Bedenken bezüglich dieser Messung geäußert. Ein Bundesland berichtet, dass der Indikator von den betroffenen Krankenhäusern akzeptiert wird und es Bemühungen hin zu strukturellen Verbesserungen gäbe. 4 Länder berichten, zu diesem Indikator explizit Zielvereinbarungen abgeschlossen zu haben.

Für den Indikator QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz“ wurden von den Bundesländern sowohl für eine Bewertung als „qualitativ auffällig“ als auch für eine nicht erfolgte Bewertung aufgrund von fehlerhaften Dokumentationen unterschiedliche Gründe genannt. Genannt wurden z.B. die mangelnde Einbindung von Pflegekräften in die Befunderhebung und Dokumentationsprozesse, Prozessprobleme aufgrund einer hohen Fluktuation des Personals oder die Problematik, dass die Atemfrequenzmessung zwar in der inneren Medizin als Standard etabliert ist, aber nicht notwendigerweise in anderen Fachabteilungen. Ebenfalls nicht durchgängig standardisiert ist die Atemfrequenzmessung bei klinikinternen Verlegungen. Von mehreren Bundesländern wurde die Problematik von Pneumonien erwähnt, die erst im Verlauf des klinischen Aufenthalts diagnostiziert wurden. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Indikatorengruppe „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme“ verwiesen. Eine Landesgruppe empfiehlt den Krankenhäusern daher, die Atemfrequenzmessung als Standarduntersuchung bei Aufnahme (wie die Blutdruck- und Pulsmessungen) zu implementieren.

Für den Strukturierten Dialog 2013 wurde von der Bundesebene empfohlen, die Dokumentation des Feldes zum dokumentierten Therapieverzicht genauer zu betrachten, da es im Vorjahr aufgrund einer Neudefinition deutlich häufiger ausgewählt wurde als noch im Erfassungsjahr zuvor (EJ 2010). In einigen Bundesländern wurde der Therapieverzicht durchschnittlich in über 40 % der Fälle dokumentiert. Zwei Bundesländer sind dieser Empfehlung gefolgt. Sie haben auf Basis eigener Referenzwerte Strukturierte Dialoge mit den auffällig gewordenen Kliniken geführt. Das Ergebnis war, dass das größte Problem die Verständlichkeit des Feldes ist und es daher zu Fehldokumentationen kam. Auch 2 weitere Bundesländer weisen auf die Problematik hin. Ein Bundesland plant zukünftig Datenvalidierungen für dieses Feld. Die Fachgruppe eines anderen Bundeslandes empfiehlt, dass diejenigen Patienten, bei denen ein Therapieverzicht dokumentiert ist und die nicht versterben, aus der Berechnung der Qualitätsindikatoren nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Das AQUA-Institut hat diesen Hinweis aufgenommen und wird ihn in der nächsten Bundesfachgruppensitzung besprechen.

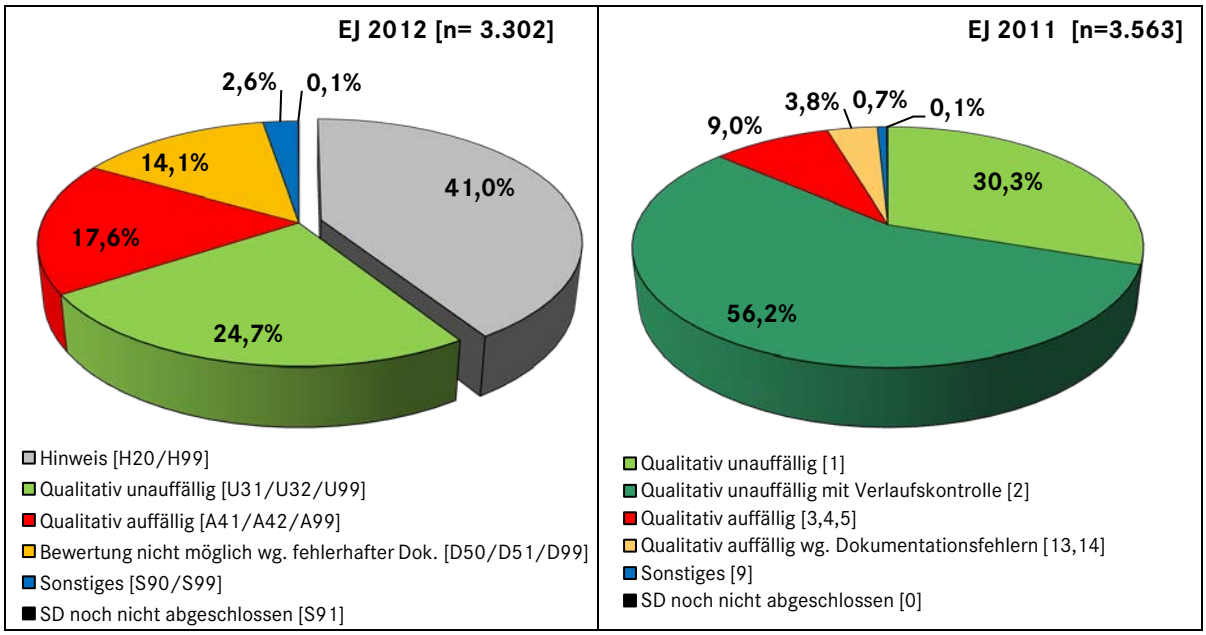


Abbildung 14: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für PNEU (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.4. Herzschrittmacher-Implantation, -Aggregatwechsel ,-Revision/-Systemwechsel/ -Explantation (09/1 – 09/3)

Für das Erfassungsjahr 2012 waren insgesamt für die drei Leistungsbereiche 2.411 rechnerische Auffälligkeiten zu bearbeiten. Dies sind etwas weniger als im vorhergehenden Jahr. Etwa ein Drittel der rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2012 wurde nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig" bewertet (dieser Anteil entspricht dem des Vorjahres). 11,2 % der rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2012 wurden als „qualitativ auffällig" bewertet. Für weitere 5,4 % der rechnerischen Auffälligkeiten war eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Im Vorjahr wurden (bei Verwendung eines anderen Bewertungsschemas) auch Dokumentationsfehler als „qualitativ auffällig gewertet. Wegen des ab 2012 geänderten Bewertungssystems sind die Bewertungskategorien „qualitativ unauffällig mit Verlaufskontrolle" (2011) und „Hinweis" (2012), denen jeweils etwa die Hälfte der rechnerischen Auffälligkeiten zugeordnet wurde, nicht direkt vergleichbar.

Herzschrittmacher-Implantation

Qualitativ auffällige Ergebnisse fanden sich vor allem in den Bereichen „Perioperative Komplikationen (Chirurgische Komplikationen und Sondendislokationen)" und „Eingriffsdauer".

Zum Indikator „Chirurgische Komplikationen" lag eine Empfehlung der Bundesebene vor, wegen der hohen Zahl rechnerischer Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog ggf. von der Möglichkeit Kollegialer Gespräche Gebrauch zu machen. In den Berichten der Bundesländer wird über eine intensive Kommunikation mit den Einrichtungen berichtet, die auch die Maßnahme „Besprechung" einschloss. Den Länderberichten ist zu entnehmen, dass chirurgische Komplikationen mit (fehlender) Erfahrung der Operateure, vor allem in kleineren Einrichtungen, zusammenhängen könnten. Eine häufige chirurgische Komplikation ist der Pneumothorax, der durch die Wahl der Vena cephalica[2] als Zugangsweg bei der Implantation von Sonden ggf. vermieden werden könnte. Es kam entsprechend zu Zielvereinbarungen, welche u.a. die häufigere Verwendung der Vena cephalica betreffen.

Wie die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für das Erfassungsjahr 2012 zeigen, kann eine (zu) hohe Eingriffsdauer ein Hinweis auf prozedurale Probleme der Schrittmacher-Implantation sein. Die Indikatoren für diesen Bereich wurden deshalb (ab dem Erfassungsjahr 2013) optimiert, indem die Zeitvorgaben für Herzschrittmacher-Eingriffe aktualisiert und die Einzelindikatoren zu einem Index zusammengefasst wurden. Durch die Indexbildung wird das Problem (zu) kleiner Fallzahlen reduziert (kleine Einrichtungen werden seltener zufallsbedingt rechnerisch auffällig).

Für den Qualitätsindikator „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen" ergab der Strukturierte Dialog, dass ein relativ gesehen hoher Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten (9/53 bzw. 17 %) auf fehlerhafte Dokumentation zurückzuführen ist. Eine faire Bewertung der Indikationsstellung zur Schrittmachertherapie kommt ohne ausreichende Informationsbasis nicht aus, daher ist die Zahl ausgewerteter Datenfelder im Vergleich zu anderen Indikatoren hoch. Wegen der zentralen Bedeutung einer korrekten Indikation ist eine sorgfältige Dokumentation der für die Indikation relevanten Befunde unabdingbar.

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Qualitative Auffälligkeiten bei Aggregatwechseln waren vor allem für die Prozessindikatoren zur Amplituden- und Reizschwellenbestimmung bei Vorhof- und Ventrikelsonden zu verzeichnen. Die Wahrnehmung elektrischer Eigenaktivität des Herzens und die Abgabe elektrischer Stimulationsimpulse sind die elementaren Funktionen eines Herzschrittmachers. Die intraoperative Amplituden- und Reizschwellenbestimmung der Sonden hat somit zentrale Bedeutung für die einwandfreie Funktion des Schrittmachersystems.

Eine hohe Zahl qualitativer Auffälligkeiten wurde auch für die Dokumentation der Laufzeit des ausgetauschten Herzschrittmacher-Aggregats[3] ermittelt. Die Aggregatlaufzeit ist das Bewertungskriterium für weitere Indikatoren des Leistungsbereichs. Eine Reduktion der Dokumentationsdefizite ist wünschenswert; daher sind die getroffenen Zielvereinbarungen mit 11 Einrichtungen, deren Ergebnisse auffällig waren, zu begrüßen.

[2] Große Vene an der Außenseite des Oberarms.
[3] Zu dokumentieren ist das Jahr der Implantation des ausgetauschten Aggregats (aus dem die Laufzeit zum Zeitpunkt des Aggregatwechsels berechnet wird).

Erfahrungsgemäß treten bei isolierten Aggregatwechseln nur sehr wenige Todesfälle auf (EJ 2012: 33 Todesfälle bei Schrittmacher-Aggregatwechseln und 16 Todesfälle bei ICD-Aggregatwechseln). Des Weiteren ist zu vermuten, dass sich nur selten ein Zusammenhang dieser Sterbefälle mit dem operativen Eingriff nachweisen lässt. Daher sollte überprüft werden, ob eine Fortführung des Indikators weiterhin sinnvoll ist. Die LQS wurden daher gebeten, eingehende Stellungnahmen bzw. Epikrisen in anonymisierter Form für eine zentrale Auswertung zur Verfügung zu stellen. Die Ergebnisse dieser Auswertung liegen inzwischen vor – die Auswerter kommen zu der Schlussfolgerung, dass die Krankenhaus-Sterblichkeit bei Herzschrittmacher- oder ICD-Batteriewechseln „im Wesentlichen nicht durch den Eingriff selbst bestimmt“ ist. Die Auswertung erbrachte ein weiteres interessantes Ergebnis: 23 % der während des durch den Aggregatwechsel bedingten stationären Aufenthalts verstorbenen Schrittmacherpatienten verstarben infolge von gravierenden Verschlechterungen des Gesundheitszustandes, welche durch einen vorangehenden Ausfall des Schrittmachers verursacht worden waren (ICD-Patienten: 38 %). Die betroffenen Schrittmacher waren nach völliger Erschöpfung (End of Life) der Batterie nicht mehr funktionsfähig; d.h. der Aggregatwechsel konnte nicht rechtzeitig durchgeführt werden. Als mögliche Ursachen dieser Entwicklungen kommen mangelnde Compliance des Patienten (Kontrolltermin versäumt) oder Defizite der Nachsorge in Frage. Die zweite Möglichkeit verweist auf die Notwendigkeit einer Qualitätssicherung auch im ambulanten Bereich. Die Ergebnisse werden der Bundesfachgruppe vorgelegt, die eine Empfehlung zur Weiterführung oder Einstellung des Indikators geben wird.

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Ein bekanntes Problemfeld in diesem Leistungsbereich sind Sondenkomplikationen als Anlass eines Revisionseingriffs. Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs: Der Indikator „Sondenproblem als Indikation zum Eingriff innerhalb eines Jahres“ führte zur Ermittlung von 166 rechnerischen Auffälligkeiten. Etwa ein Drittel dieser rechnerischen Auffälligkeiten wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ auffällig“ bewertet. Es kam zu zahlreichen weiterführenden Maßnahmen (19 Anlässe für Kollegiale Gespräche, 1 Vor-Ort-Begehung, 27 Anlässe für Zielvereinbarungen).

Interessante Ergebnisse erbrachten zusätzliche Klinikgespräche einer LQS bei Einrichtungen mit hohem Implantationsvolumen und niedriger Komplikationsrate. Im Gespräch konnten die guten Ergebnisse dieser Krankenhäuser belegt werden. Die zuständigen Mitarbeiter (Operateure) dieser Kliniken zeichneten sich durch ein hohes Engagement bei der kritischen Auswahl verwendeter Sonden und umfangreiche Detailkenntnisse der technischen Merkmale von Schrittmachersonden aus.

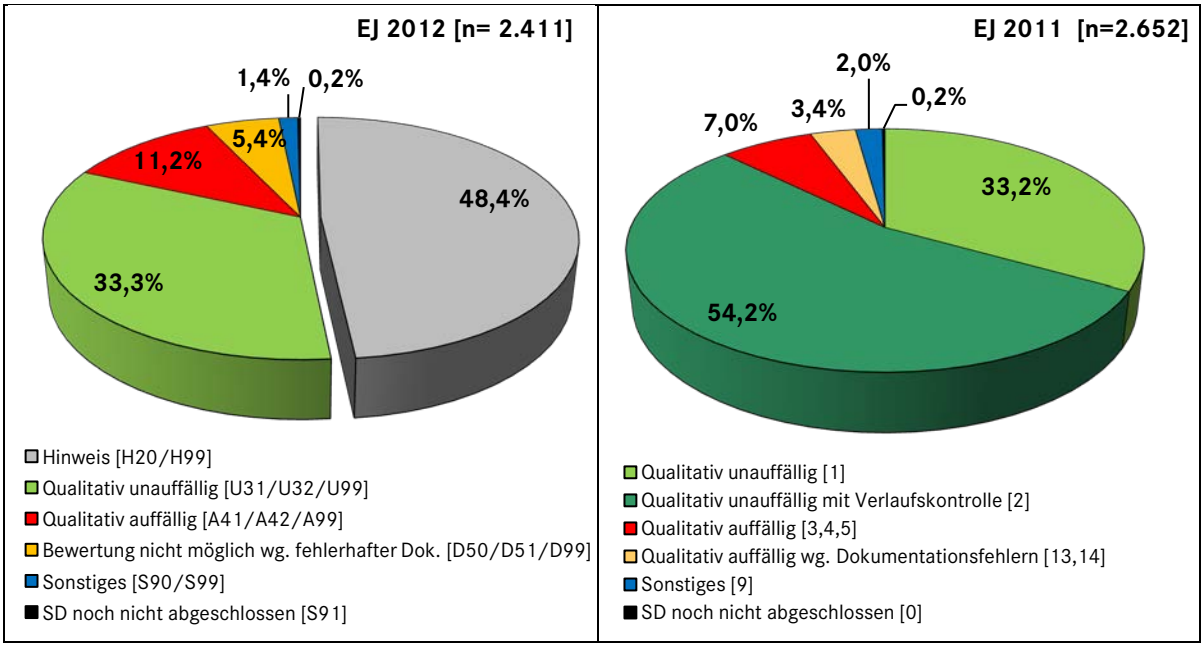


Abbildung 15: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 09/1-09/3 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.5. Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, Aggregatwechsel, Revision/Systemwechsel/Explantation (09/4 – 09/6)

Für die Leistungsbereiche der implantierbaren Defibrillatoren wurden für das Erfassungsjahr 2012 insgesamt 1.346 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Davon wurden zu 770 rechnerischen Auffälligkeiten Stellungnahmen erbeten. Für die übrigen 576 rechnerischen Auffälligkeiten erhielten die Krankenhäuser lediglich ein Hinweisschreiben. Nach Analyse der eingereichten Stellungnahmen durch die jeweiligen Landesarbeitsgruppen wurden 34,8 % der rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig bewertet. 13,9 % (n = 187) rechnerische Auffälligkeiten konnten aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht bewertet werden. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden letztlich 5,9 % (n = 80) rechnerische Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig" eingestuft. 12 rechnerische Auffälligkeiten boten einen Anlass für ein Kollegiales Gespräch, und zu 25 rechnerischen Auffälligkeiten wurden jeweils Zielvereinbarungen geschlossen. Auch wenn aufgrund der neuen Bewertungssystematik kein direkter Vergleich mit den Vorjahresergebnissen zulässig ist, so bleibt doch festzustellen, dass der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten leicht angestiegen ist.

Im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* bildeten die Qualitätsindikatoren zur leitlinienkonformen Indikation (QI-ID 50004) und Systemwahl (QI-ID 50005) aufgrund zahlreicher rechnerischer Auffälligkeiten den Schwerpunkt des Strukturierten Dialoges. Die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten ist zwar im Vergleich zum EJ 2011 zurückgegangen, aber mit 145 bzw. 241 Fällen weiterhin relativ hoch. Zumindest bezüglich des Indikators „Leitlinienkonforme Indikation" werden positive Entwicklungen von einigen Landesgeschäftsstellen berichtet, die auf die Effektivität eines intensiv geführten Strukturierten Dialogs in den letzten Jahren zurückgeführt wird. Bei beiden Indikatoren, zu deren Berechnung zahlreiche Datenfelder Verwendung finden, war ungefähr ein Viertel der rechnerisch auffälligen Fälle aufgrund fehlerhafter Dokumentation (z.B. Probleme bei der Angabe der linksventrikulären Ejektionsfraktion) nicht bewertbar, sodass eine Verbesserung der Dokumentationsqualität in diesem Leistungsbereich anzustreben ist

Verbesserungs- bzw. Vereinfachungsvorschläge aus den Landesgeschäftsstellen bzw. -fachausschüssen, insbesondere für den Indikator „Leitlinienkonforme Systemwahl", wurden aufgegriffen und die Spezifikation bzw. die Rechenregeln entsprechend angepasst. Des Weiteren wurden die Algorithmen auf Basis der neuen europäischen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie überarbeitet. Die vom AQUA-Institut erarbeitete Anleitung zur Überprüfung rechnerischer Auffälligkeiten, die den Landesgeschäftsstellen erstmals zur Verfügung gestellt wurde, konnte die Durchführung des Strukturierten Dialogs erleichtern, während die in den Indikatorenbeschreibungen enthaltenen ausführlichen Hintergrundtexte den Leistungserbringern halfen, die jeweiligen Einstufungen hinsichtlich der Leitlinienkonformität nachzuvollziehen. Aufgrund der positiven Entwicklung der beiden Indikatoren seit Einführung des Verfahrens kann davon ausgegangen werden, dass die Qualitätssicherung und die im Rahmen des Strukturierten Dialogs erfolgten Maßnahmen zu einer stärkeren Verbreitung der Leitlinien in der klinischen Praxis beitragen. In einem Bundesland wurden beispielsweise Leitlinienschulungen mit einigen Krankenhäusern vereinbart.

Wie auch bei den Herzschrittmacher-Aggregatwechseln wurden im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* vor allem bei den Qualitätsindikatoren zur intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung qualitativ auffällige Ergebnisse identifiziert, wobei der Indikator „Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden" (QI-ID 50029) sowohl bezüglich der rechnerischen als auch der qualitativen Auffälligkeiten hervorsticht. Dieser Indikator umfasst jedoch auch linksventrikuläre Sonden, für die eine Amplitudenmessung nicht möglich ist – an seiner Stelle wird deshalb ab EJ 2013 der Indikator „Intraoperative Amplitudenbestimmung der Pace/Sense-Sonde" (1. oder 2. Ventrikelsonde) (QI-ID 52003) eingeführt, für den eine geringere Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten zu erwarten ist. Die betroffenen Krankenhäuser wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs auf die Notwendigkeit einer intraoperativen Messung hingewiesen. Bei Bedarf wurden geeignete Zielvereinbarungen getroffen, wie z.B. die Erarbeitung von detaillierten Vorgaben zur Prozessoptimierung mit Nennung von Zuständigkeiten.

Aus den Stellungnahmen zu Todesfällen, die sich in Zusammenhang mit einem ICD-Aggregatwechsel ereigneten, ging hervor, dass diese ausnahmslos nicht als prozedurbedingt anzusehen sind. Weitere Ergebnisse der Auswertung zur Krankenhaus-Sterblichkeit bei Aggregatwechseln kann dem Abschnitt zu Herzschrittmachern entnommen werden.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* wurde der Strukturierte Dialog – auf Empfehlung der Bundesfachgruppe hin – schwerpunktmäßig zum Indikator „Sondenproblem als Indikation zum Eingriff“ (QI-ID 50034) geführt, da die Anzahl an Sondenrevisionen von der Bundesfachgruppe als unakzeptabel hoch angesehen wird. So mussten 5 % der Krankenhäuser – bezogen auf ihr geschätztes Implantationsvolumen – bei mindestens einem Viertel ihrer Behandlungsfälle eine Revision aufgrund eines Sondenproblems vornehmen Die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten war dagegen aufgrund des perzentilbasierten Referenzbereichs überschaubar. Nach Ansicht der eingegangenen Stellungnahmen wurden letztlich 8,6 % der rechnerisch auffälligen Fälle auch als qualitativ auffällig eingestuft. Dokumentationsprobleme wurden bei diesem Qualitätsindikator nicht festgestellt. Als qualitativ unauffällig wurden Behandlungsfälle z.B. aufgrund bekannter Produktmängel eingestuft oder weil das Sondenproblem später als ein Jahr nach Implantation der Sonde auftrat und somit nicht mehr kausal auf diese zurückzuführen ist. Ab EJ 2013 werden deshalb nur noch Frühkomplikationen (Auftreten innerhalb eines Jahres nach der Implantation) berücksichtigt, was dazu beitragen sollte, dass vermehrt jene Krankenhäuser durch rechnerisch auffällige Ergebnisse identifiziert werden, die tatsächlich Defizite in der Behandlungsqualität aufweisen. Ein neuer Zuschnitt der verschiedenen Komplikationen zu den einzelnen Indikatoren, was u.a. die Einführung des Qualitätsindikators „Prozedurassoziiertes Problem“ (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff (QI-ID 52001) bedingt, und die Einführung eines fixen Referenzbereichs von ≤ 6,0 % (Toleranzbereich) stellen weitere Anpassungen für die Auswertung zum EJ 2013 dar.

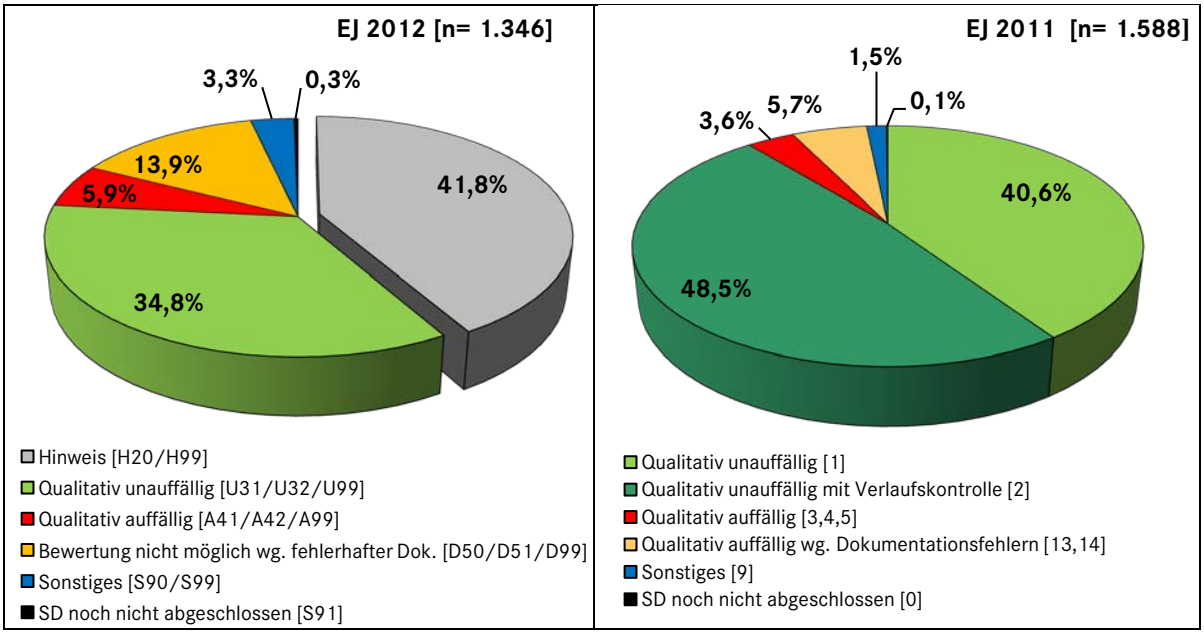


Abbildung 16: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 09/4-09/6 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.6. Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (21/3)

Für den Leistungsbereich *Koronarangiopraphie und Perkutane Koronarintervention (PCI)* wurden für das Erfassungsjahr 2012 insgesamt 1.074 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Für 646 rechnerische Auffälligkeiten wurden von den Einrichtungen Stellungnahmen erbeten. Für die übrigen 428 rechnerischen Auffälligkeiten erhielten die Krankenhäuser lediglich ein Hinweisschreiben. Nach Analyse der eingereichten Stellungnahmen durch die jeweiligen Landesarbeitsgruppen wurden 39,9 % der rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig bewertet. 11, 9 % (n = 128) rechnerische Auffälligkeiten konnten aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht bewertet werden. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden letztlich 7,9 % (n = 85) rechnerische Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ eingestuft. 30 rechnerische Auffälligkeiten boten einen Anlass für ein Kollegiales Gespräch und zu 50 rechnerischen Auffälligkeiten wurden jeweils Zielvereinbarungen geschlossen. Auch wenn die neue Bewertungssystematik keinen direkten Vergleich der Bewertungsoptionen zulässt, bleibt doch festzustellen, dass der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten angestiegen ist. Allerdings wurden im Erfas-

sungsjahr 2011 nur zu 517 rechnerischen Auffälligkeiten Stellungnahmen angefordert und schlussendlich wurden 5,4 % der Ergebnisse als qualitativ auffällig konstatiert.

Da die risikoadjustierte Sterblichkeit nach *PCI* im Bundesdurchschnitt des EJ 2012 im Vergleich zum Vorjahr moderat, jedoch erstmals signifikant zugenommen hatte, bat die Bundesfachgruppe die beauftragten Institutionen der Bundesländer, mögliche Ursachen für diese Entwicklung im Rahmen des Strukturierten Dialogs besonders zu prüfen. Der Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei PCI“ (QI-ID 11863) wird wesentlich durch die Sterblichkeit bei Herzinfarkt bestimmt. Bei diesen Patienten sollte im Strukturierten Dialog daher nicht nur die Behandlung im Herzkatheterlabor hinterfragt werden, sondern auch Hinweisen auf lokale Verbesserungspotenziale in der prästationären Behandlung oder der Behandlung auf der Coronary Care Unit (Intensivstation) nachgegangen werden. Diese Informationen können wichtige Ansatzpunkte für eine Trendumkehr und für die Entwicklung weiterer sinnvoller Prozessindikatoren geben. Als einen wichtigen ersten Schritt in diese Richtung bewertet die Bundesfachgruppe die geplante Einführung der neuen Qualitätsindikatoren „Door-to-balloon-Zeit[4]“ und „Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI bei Herzinfarkt (TIMI-Fluss)“ für das aktuelle Jahr 2014.

Für den besonders zu beachtenden Indikator QI-ID11863 wurden bundesweit 33 rechnerische Auffälligkeiten verzeichnet. Im Erfassungsjahr 2011 waren es 39 rechnerische Auffälligkeiten. Da erfreulicherweise nicht in allen Ländern rechnerische Auffälligkeiten auftraten, konnten jedoch nur wenige Bundesländer der Bitte der Bundesfachgruppe nachgekommen und die Kliniken im Rahmen der Stellungnahmeanforderung zu den gewünschten Aspekten befragen. Die Bundesländer, bei denen eine Abfrage stattfand, schilderten, dass es sich hierbei häufiger um Leistungserbinger mit Verbringungsleistungen handelte. Da Verbringungsleistungen dann erforderlich werden, wenn die Einrichtung über kein eigenes Herzkatheterlabor verfügt, handelt es sich stets um Einrichtungen mit geringer Fallzahl an abgerechneten Herzkatheterleistungen. Strukturelle Probleme wurden in den betroffenen Einrichtungen nicht beschrieben. Nur bei 3 Einrichtungen wurden qualitative Mängel erkannt. Aus den von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung an das AQUA-Institut weitergeleiteten Informationen lassen sich keine medizinischen Details entnehmen, die diese qualitativen Auffälligkeiten erklären. Gleiches gilt für die Inhalte der geschlossenen Zielvereinbarungen. Eine leistungserbringerübergreifende Analyse ist somit auf Bundesebene leider nicht möglich.

Wie den Länderberichten und Daten zu entnehmen ist, wurden die meisten Auffälligkeiten bundesweit im Leistungsbereich *Koronarangiopraphie und Perkutane Koronarintervention* zum Indikator QI-ID 12773: „ Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts“ (n = 118) verzeichnet. Den größten Anteil an qualitativen Auffälligkeiten in Bezug auf die rechnerische Auffälligkeiten wies jedoch der Indikator QI-ID 50749: „Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²“ auf. Von 34 rechnerischen Auffälligkeiten sind letztlich14 als qualitativ auffällig eingestuft worden, dies entspricht einem Anteil von 41,2 %. Allerdings ist zu vermerken, dass die Gesamtanzahl an rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr (n = 46) gesunken ist. Da die Indikatoren zum Flächendosisprodukt sich in den Bundesmittelwerten seit der Einführung der neuen Schwellenwerte und der Umstellung von median- auf ratenbasierte Indikatoren stetig verbessert haben, wird der konsequente Strukturierte Dialog bei diesen Indikatoren als besonders zielführend und effektiv bewertet.

Ein Bundesland berichtet, dass an der Arbeitsgruppe ebenso Vertreter des vertragsärztlichen Sektors als Gäste an den Beratungssitzungen teilgenommen haben.

[4] Zeit zwischen Ankunft in der Klinik und Eröffnung eines verschlossenen Herzkranzgefäßes (Infarkt).

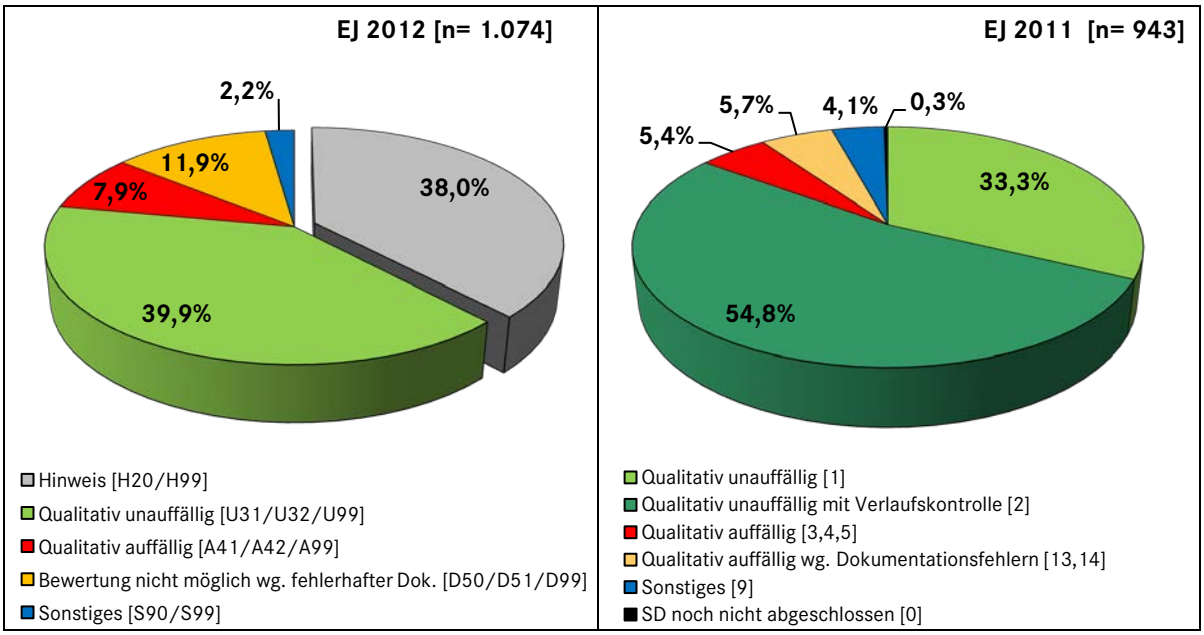


Abbildung 17: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 21/3 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.7. Herzchirurgie (HCH)

Insgesamt verlief der Strukturierte Dialog zufriedenstellend und konnte fristgerecht beendet werden. Die überwiegende Anzahl der übermittelten Stellungnahmen war ausführlich und wurde als nachvollziehbar angesehen. Vertreter von zwei Krankenhäusern wurden zum Kollegialen Gespräch eingeladen. In einem Fall erfolgte die Einladung aufgrund rechnerisch auffälliger Ergebnisse im Indikator „risikoadjustierte Sterblichkeit“ in allen 3 herzchirurgischen Leistungsbereichen, im anderen Fall erfolgte die Einladung aufgrund langjährig bestehender Dokumentationsprobleme. Beide Gespräche verliefen konstruktiv und wurden mit Zielvereinbarungen zur Verringerung der Sterblichkeit bzw. zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen.

Im Leistungsbereich *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt* lag das Hauptaugenmerk auf dem Qualitätsindikator „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem Euroscore“. Die Ergebnisse zu diesem Indikator lagen, wie auch im Vorjahr, in einem unerwartet niedrigen Bereich. Die beachtlich große Spannweite der Ergebnisse von 8,7 % bis 80,6 % hat die unterschiedliche Umsetzung der Empfehlungen zur Indikationsstellung hinsichtlich der kathetergestützten Aortenklappenimplantation (TAVI-Verfahren) in den Krankenhäusern gezeigt. Für das Erfassungsjahr 2012 wurde erstmalig ein Referenzbereich (10. Perzentil) festgelegt, sodass im Rahmen des Strukturierten Dialogs bei 10 % der Krankenhäuser mit den niedrigsten Raten erfüllter Indikationskriterien die Gründe analysiert werden konnten.

Ein Krankenhaus hatte nur einen Hinweis erhalten, da es sich hier um einen Einzelfall handelte. 9 Krankenhäuser sind um eine Stellungnahme gebeten worden. Darüber hinaus ist an alle Krankenhäuser mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis ein eigens von der Bundesfachgruppe entwickelter Fragebogen verschickt worden. Auf diese Weise konnte die Bundesfachgruppe einen Eindruck gewinnen, wie die Qualitätsanforderungen der Leitlinien umgesetzt wurden und welche weiteren Gründe neben Alter und Hochrisiko als Indikationskriterien von den Krankenhäusern akzeptiert wurden.

Die Umfrage ergab, dass in den angeschriebenen Krankenhäusern ein spezielles Team für TAVIs gebildet worden war. Allerdings war die Zusammensetzung der Teams und insbesondere die Besprechungsfrequenz (z.B. „täglich“ versus „einmal im Monat“) sehr unterschiedlich. Die Hälfte der befragten Krankenhäuser hatte angegeben, über alle Patienten mit Aortenklappenstenose in diesem Team zwecks Indikationsabstimmung zu sprechen, nur 2 Krankenhäuser gaben an, dass Besprechungsprotokolle zu den Sitzungen erstellt wurden. Als weitere Indikationskriterien neben Alter und Euroscore wurden häufig die gemäß Leitlinien akzeptierten Gründe wie Porzellanaorta oder Frailty (Gebrechlichkeit) genannt. Darüber hinaus wurden als Indikationskriterien aber

auch Gründe wie Herzinsuffizienz, Dialyse oder Demenz genannt. Für das Erfassungsjahr 2013 wurde der Indikator um die gemäß Leitlinien akzeptierten Indikationskriterien erweitert. Zu den Kriterien gehören die Porzellanaorta, ein Malignom, eine prognoselimitierende Zweiterkrankung, der Patientenwunsch und Frailty. Das Frailty-Syndrom ist ein sehr komplexes Syndrom. In der Literatur finden sich zum Teil sehr unterschiedliche Angaben, welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit vom Frailty-Syndrom gesprochen werden kann. Die Analyse der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2013 wird zeigen, wie häufig die verschiedenen Indikationskriterien angegeben wurden. Aufgrund der Angaben im vergangenen Strukturierten Dialog wurde von der Bundesfachgruppe bereits die Definition für Frailty in den Ausfüllhinweisen für die Spezifikation 2015 präzisiert. Der kommende Strukturierte Dialog wird weitere Ergebnisse liefern und darüber hinaus zeigen, wie häufig „sonstige“ Gründe für eine TAVI angegeben wurden und was sich hinter der Angabe „sonstige“ verbirgt.

Um bundesweit die Qualität der stetig zunehmenden Anzahl der TAVI-Eingriffe besser beurteilen zu können, fasste die Bundesfachgruppe zudem den Entschluss, auch die Krankenhäuser, die über keine herzchirurgische Abteilung im Haus verfügen, nach ihren Strukturen und Prozessen zu befragen. Insgesamt wurden 16 Einrichtungen um eine konkrete Darstellung ihrer Umsetzung der Leitlinienempfehlungen gebeten. Zwei der angeschriebenen Einrichtungen legten dar, dass aktuell keine Eingriffe dieser Art mehr durchgeführt werden. Die anderen Einrichtungen gaben an, dass Kooperationsverträge mit Krankenhäusern mit einer herzchirurgischen Abteilung bestehen und ein herzchirurgisches Team für den Notfall zur Verfügung steht. 7 Antwortschreiben ist explizit zu entnehmen gewesen, dass ein Herzchirurg während der Eingriffe im Raum anwesend war.

Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse bezogen auf die Qualitätsindikatoren der herzchirurgischen Leistungsbereiche des Erfassungsjahres 2012 ist unverändert zum Vorjahr. Vergleicht man die abschließenden Bewertungen mit den Vorjahresergebnissen, fällt auf, dass die Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs häufiger als qualitativ auffällig eingestuft worden sind. Wurden im Vorjahr ca. 25 % der Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft, so wurden für das Erfassungsjahr 2012 ca. 45 % als qualitativ auffällig eingestuft. Dieser Anstieg der qualitativ auffälligen Ergebnisse sollte aber nicht automatisch mit einer Verschlechterung der Behandlungsqualität gleichgesetzt werden. Vielmehr ist dies auf die geänderte Bewertungssystematik und die stringente Anwendung derselben zurückzuführen.

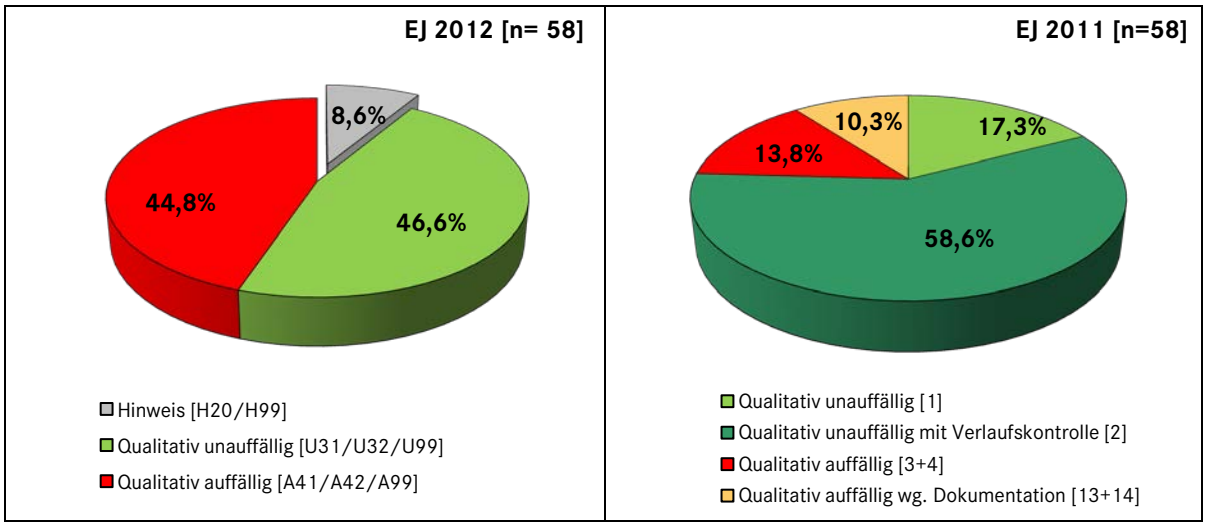


Abbildung 18: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für HCH (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.8. Herztransplantation, Lungen- und Herz-Lungentransplantation (HTX/LUTX)

Im Vergleich zum letzten Jahr konnte in den Leistungsbereichen *Herztransplantation* und *Herz-Lungentransplantation* ein geringfügiger Anstieg an rechnerischen Auffälligkeiten festgestellt werden (2011 n = 22, 2012 n = 36). Dies ist unter anderem auf die Einführung der Worst-Case-Indikatoren[5] zurückzuführen.

Insgesamt wurden Vertreter von 4 Krankenhäusern zu einem Kollegialen Gespräch eingeladen. 3 Einrichtungen wurden für den Leistungsbereich *Herztransplantation* zu einem Gespräch gebeten und ein weiteres Krankenhaus war im Leistungsbereich *Lungen-und Herz-Lungentransplantation* eingeladen. In den Gesprächen wurde seitens der Vertreter der Transplantationszentren Schwierigkeiten bei den Behandlungen durch eine verschlechterte Organqualität beschrieben, die u.a. für eine erhöhte Sterblichkeitsrate als ursächlich angesehen wurde. Eine kritische Evaluierung der Todesfälle erfolgte. Außerdem wurde deutlich, dass die strukturellen Anforderungen, die an ein gut funktionierendes Transplantationszentrum zu stellen sind, nicht in allen Zentren erfüllt werden bzw. es auf Dauer schwierig ist, diese kontinuierlich beizubehalten (z.B. durch Personalmangel, Mitarbeiterwechsel, andere Kooperationspartner etc.). Einen besonderen Schwerpunkt stellte in diesem Zusammenhang auch die Überprüfung der Nachsorgequalität dar. In den konstruktiven Kollegialen Gesprächen konnten die Experten der Fachgruppe den betroffenen Einrichtungen einige Verbesserungsvorschläge für zu etablierende Prozesse und/oder Strukturen unterbreiten. Anhand von Zielvereinbarungen und zu übermittelnder Nachweise werden die Umsetzungsmaßnahmen weiterverfolgt.

Die neu eingeführten Worst-Case-Indikatoren als Auslöser des Strukturierten Dialogs haben sich bewährt. Durch gezielte Nachforderung aller unklaren Follow-up-Fälle konnte, zumindest nachträglich, die Vollzähligkeit der Datenerfassung verbessert werden. Durch die umfangreiche Anforderung von Stellungnahmen wurde den Zentren deutlich gemacht, dass es Ziel der Qualitätssicherung sein muss, auch im Follow-up eine hundertprozentige Vollzähligkeit zu erreichen.

Die Ergebnisse des Stichprobenverfahrens im Leistungsbereich *Herztransplantation* mit Datenabgleich (Datenvalidierung) sind im Bericht zu den Ergebnissen der Datenvalidierung einzusehen.

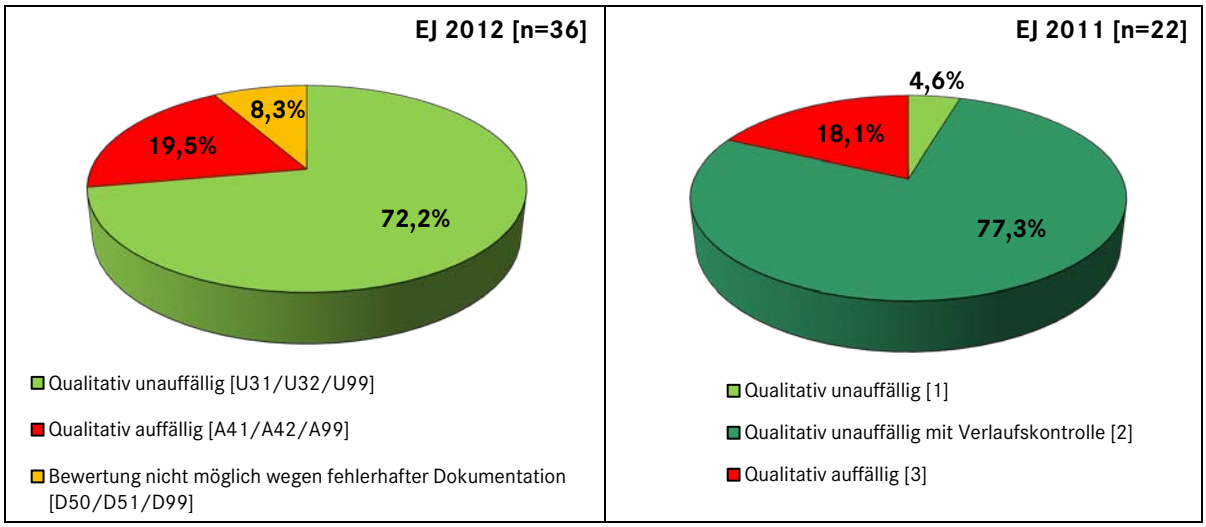


Abbildung 19: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für HTX und LUTX (EJ 2011, EJ 2012)

5.1.9. Lebertransplantation, Leberlebendspende (LTX/LLS)

Insgesamt waren in den Leistungsbereichen *Lebertransplantation* und *Leberlebendspende* 60 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren zu verzeichnen. Davon wurden 16 (26,7 %) als „qualitativ auffällig" bewertet. Im Vorjahr waren deutlich weniger Ergebnisse qualitativ auffällig (16,0 %). Dieser Anstieg beruht fast ausschließlich auf der Einführung der Worst-Case-Indikatoren zum Überleben. Über beide Leistungsbereiche hinweg machten allein diese neu angewendeten Indikatoren 60 % der rechnerischen Auffälligkeiten aus. Der

[5] Bei den Worst-Case-Indikatoren zum Überleben werden fehlende Datensätze als Todesfall gewertet.

Strukturierte Dialog machte deutlich, dass der Anteil an Patienten, zu denen die Krankenhäuser tatsächlich keine Follow-up Informationen einholen konnten, eher gering ist. In den angeforderten Stellungnahmen legten die meisten Krankenhäuser glaubhaft dar, dass die Informationen zum Überlebensstatus der Patienten doch sehr häufig im Krankenhaus vorlagen. Die rechnerischen Auffälligkeiten beruhten vielmehr auf Versäumnissen bei der vollzähligen und fristgerechten Dokumentation dieser Fälle.

Da der Strukturierte Dialog zu fehlenden Follow-up Informationen durch die Worst-Case-Analyse im Rahmen der Qualitätsindikatoren geführt wird, kommt dem Thema der vollzähligen Follow-up-Dokumentation eine höhere Bedeutung zu. So ist auch der Anstieg an qualitativen Auffälligkeiten zwischen den Jahren 2011 und 2012 zu erklären. Die Bundesfachgruppe Lebertransplantation wertete eine erhebliche Unterdokumentation im Follow-up als Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel und bewertete einige Qualitätsindikator-Ergebnisse aus diesem Grund als qualitativ auffällig. Aber auch qualitative Defizite aus medizinischer Sicht führten im Leistungsbereich *Lebertransplantation* zu dieser Bewertung.

Insgesamt betrachtet ist es bedauerlich, dass die Bundesergebnisse durch die Ergebnisse einzelner Krankenhäuser aufgrund von Versäumnissen bei der Follow-up-Dokumentation verzerrt werden. Insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass sich im Strukturierten Dialog herausstellte, dass die Follow-up-Informationen zu den meisten Patienten im Krankenhaus vorlagen. Unabhängig von der unvollzähligen Follow-up Dokumentation zeugen die Ergebnisse im Leistungsbereich *Lebertransplantation* nach Ansicht der Bundesfachgruppe von einer Behandlungsqualität, die im erwarteten Bereich liegt. Grundlegende Qualitätsdefizite bezüglich der medizinischen Versorgung wurden nicht identifiziert. Dennoch konnten bei einzelnen Krankenhäusern Qualitätsmängel festgestellt werden. So erhielten 3 Krankenhäuser die Bewertung qualitativ auffällig aufgrund einer erhöhten Sterblichkeit im Krankenhaus (QI-ID 2096). Hier waren Struktur- und Prozessmängel festgestellt worden.

Im Leistungsbereich *Leberlebendspende* wurde lediglich aus oben genannten Dokumentationsproblemen die Bewertung qualitativ auffällig vergeben. In keinem Fall konnten Qualitätsdefizite aus medizinischer Sicht festgestellt werden.

Der Leistungsbereich *Lebertransplantation* wurde im Erfassungsjahr 2012 einer umfassenden Datenvalidierung unterzogen. Detaillierte Ergebnisse sind im dazugehörigen Bericht zur Datenvalidierung zu finden.

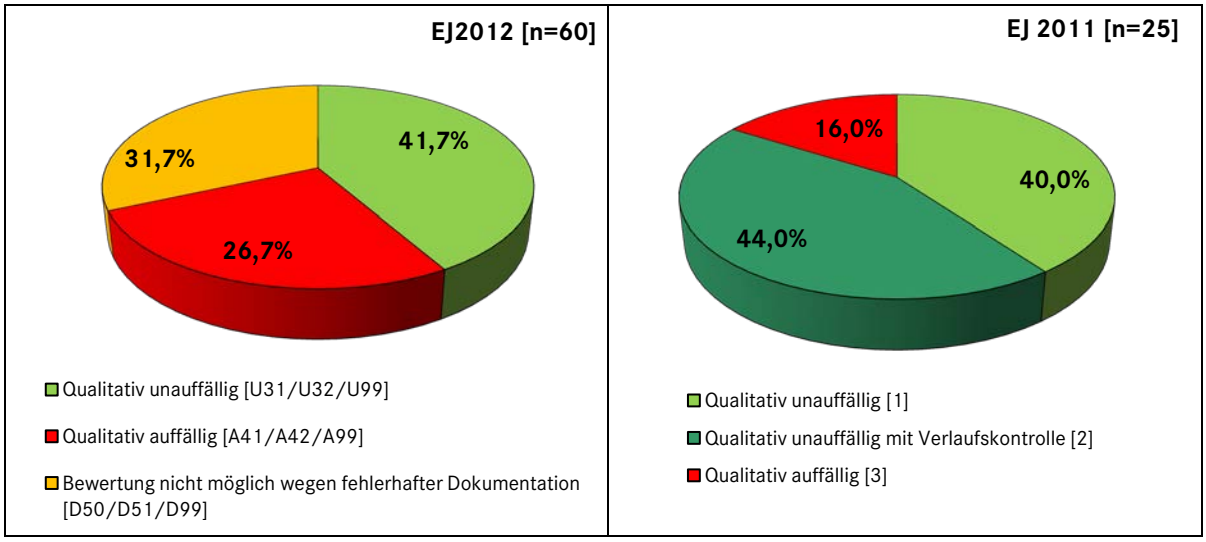


Abbildung 20: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für LTX und LLS (EJ 2011; EJ 2012)

5.1.10. Nierentransplantation, Nierenlebendspende, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (NTX/NLS/PNTX)

In den Leistungsbereichen *Nierentransplantation, Nierenlebendspende* sowie *Pankreas-und Pankreas-Nierentransplantation* gab es im Erfassungsjahr 2012 insgesamt 127 rechnerische Auffälligkeiten in Bezug auf die Qualitätsindikatoren. Davon wurden 69 identifizierte Abweichungen (54,3 %) als qualitativ auffällig bewertet, davon 50 Abweichungen (39,4 %) im Leistungsbereich *Nierenlebendspende*. Der Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr beruht überwiegend auf der Einführung der Worst-Case-Indikatoren zum Überleben. Darüber hinaus konnte der Strukturierte Dialog im Leistungsbereich *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* aufgrund der über zwei Erfassungsjahre (EJ 2011 und EJ 2012) kumulierten Auswertung und der erstmalig mit Referenzbereichen versehenen Qualitätsindikatoren zum ersten Mal zur Anwendung kommen.

Die schriftlichen Stellungnahmen der Krankenhäuser stellen mehrheitlich eine angemessene Grundlage zur Bewertung der Ergebnisse dar. Präzisierungen mussten überwiegend zu fehlenden Follow-up-Informationen bei den Worst-Case-Indikatoren angefordert werden. Hauptsächlich erfolgte dies im Leistungsbereich der *Nierenlebendspende*, da es sich um einen hochsensiblen Bereich handelt, in welchem die Nachsorge und deren Dokumentation einen besonderen Stellenwert einnehmen. Durch die Stellungnahmen wurde deutlich, dass zu vielen Patienten die Information zum Überlebensstatus im Krankenhaus vorlag aber letztlich Struktur- bzw. Prozessmängel bei der Dokumentation zu dem rechnerisch auffälligen Ergebnis geführt haben. Einigen Einrichtungen war überdies nicht bewusst, dass auch Untersuchungsergebnisse von anderen an der Nachsorge beteiligten Einrichtungen und Ärzten verwendet werden dürfen. Die Dokumentation konnte somit aufgrund von fehlenden Informationen nicht abschlossen und übermittelt werden. Vereinzelte Krankenhäuser sehen die Einführung der Worst-Case-Indikatoren im Leistungsbereich der *Nierenlebendspende* und vor allem deren Bewertung im Rahmen des Strukturierten Dialogs kritisch, da Spender gesetzlich nicht dazu verpflichtet sind an der Nachsorge teilzunehmen und Krankenhäuser keine entsprechenden Sanktionsmöglichkeiten besitzen. Hinzu kommt, dass viele Spender im Ausland leben und die Bereitschaft zur Nachsorge aus verschiedenen Gründen sowohl seitens der Patienten als auch seitens der betreuenden Ärzte oftmals sehr gering ist.

In den Leistungsbereichen *Nierentransplantation* und *Pankreas-und Pankreas-Nierentransplantation* haben die Worst-Case-Analysen allerdings gezeigt, dass im Rahmen des Strukturierten Dialogs tatsächlich nicht bekanntgegebene Todesfälle identifiziert werden konnten, die nachfolgend einer kritischen Prüfung unterzogen worden sind. Unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Argumente einzelner Krankenhäuser und dem besonderen Stellenwert der Nachsorge in der Transplantationsmedizin hat sich die Bundesfachgruppe bewusst dazu entschlossen die Worst-Case-Indikatoren sehr einheitlich und stringent zu bewerten. Den Krankenhäusern soll dadurch eindeutig signalisiert werden, dass sie ihre Prozesse und Kontaktmöglichkeiten zur Verbesserung der Follow-up-Dokumentation weiter verfolgen und ausbauen sollen. Es bleibt abzuwarten, ob sich dadurch bereits im nächsten Strukturierten Dialog eine Verbesserung der Vollzähligkeit der Follow-up-Dokumentation abzeichnet.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

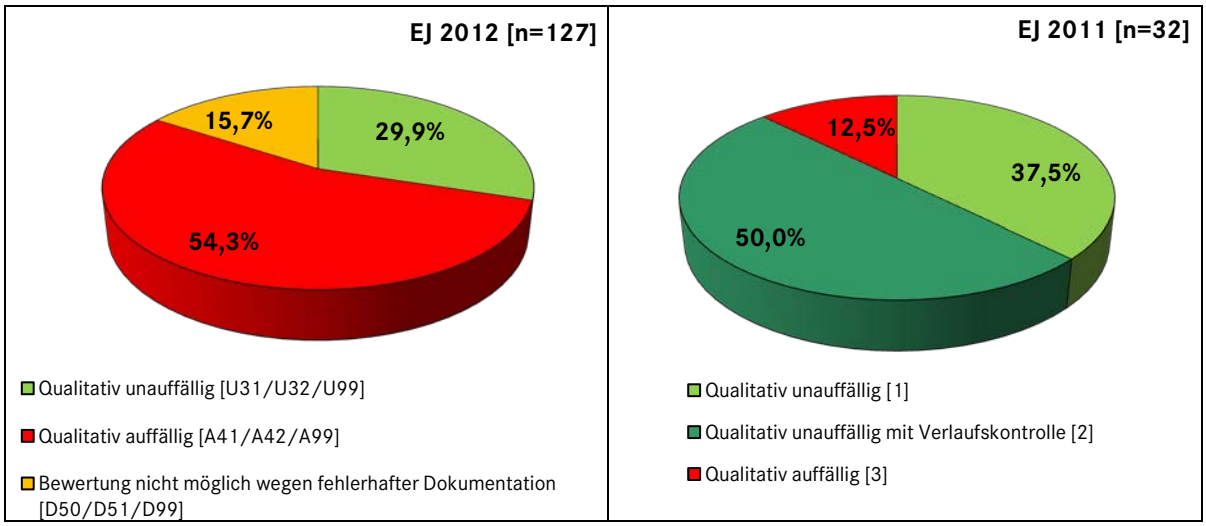


Abbildung 21: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für NTX, PNTX und NLS (EJ 2011, EJ 2012)

5.1.11. Geburtshilfe (16/1)

Insgesamt wurden im Leistungsbereich *Geburtshilfe* im EJ 2012 weniger rechnerische Auffälligkeiten ermittelt (826) als noch im Vorjahr (997). Es wurden 206 Hinweise versendet und 616 Stellungnahmen angefordert. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs ist die Anzahl an ermittelten qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr jedoch angestiegen. Wurden im Vorjahr 15,7 % der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ bewertet, sind es im Erfassungsjahr 2012 20,6 %. Aufgrund fehlerhafter Dokumentationen konnten 12,1 % der rechnerischen Auffälligkeiten nicht bewertet werden.

Im Leistungsbereich *Geburtshilfe* wurde der Strukturierte Dialog vor allem intensiv zu den Sentinel-Event-Indikatoren QI-ID 1059: „Kritisches Outcome bei Reifgeborenen“ und QI-ID 1058: „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ durchgeführt. Bei letzterem zeigte sich, dass der Indikator besonders anfällig für Dokumentationsfehler ist. Die Hälfte der rechnerischen Auffälligkeiten war daher aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht zu bewerten. Die Differenzierung zwischen einer Notfall-Sectio und einer eiligen Sectio ist die häufigste Ursache für dieses Ergebnis. Auch die zeitliche Einordnung der Entschlusszeit ist vermutlich fehleranfällig. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, wird die Bundesfachgruppe in der kommenden Sitzung über eine präzisierte Abbildung der E-E-Zeit z.B. durch die exakte Dokumentation des Zeitpunkts des Eintrittes bzw. der Erkennung des Notfalls beraten.

Beim Indikator „Kritisches Outcome bei Reifgeborenen“ konnten nach Überprüfung neben Dokumentationsproblemen vor allem ebenso qualitative Mängel durch unzureichende Prozessoptimierungen festgestellt werden. Hier wurden durch die Arbeitsgruppender Länder zumeist notwendige Schulungen zur Beurteilung pathologischer CTG-Befunde angeregt.

Insgesamt wurden zu 42 rechnerischen Auffälligkeiten Kollegiale Gespräche und/oder Vor-Ort-Begehungen durchgeführt. 49 Zielvereinbarungen wurden geschlossen. Dies betraf insbesondere den Indikator QI-ID 50045: „Perioperative Antibiotikaprophylaxe“ (siehe Fallbeispiel in Abschnitt 5.2.1). sowie den QI-ID 51397: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen[6] bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung“. Ein Bundesland berichtet, dass zudem ein Krankenhaus entanonymisiert werden musste, da sich schwerwiegende Struktur-und Prozessmängel ergaben. Bei dem Indikator QI-ID 319: „Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen“ waren von 11 rechnerischen Auffälligkeiten nach Überprüfung im Strukturierten Dialog 5 als qualitativ auffällig bewertet worden, das entspricht einem Anteil von 45,5 %.

[6] Übersäuerung.

Der Leistungsbereich *Geburtshilfe* wurde für das Erfassungsjahr 2012 einem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (Datenvalidierung) unterzogen. Die Ergebnisse dazu sind im Bericht zu den Ergebnissen der Datenvalidierung einzusehen.

In einigen Bundesländern werden neben den gesetzlichen Vorgaben zusätzliche Projekte für den Bereich der Geburtshilfe und der Neonatologie durchgeführt. Außerdem gibt eine Projektgruppe „Mütterliche Todesfälle" des AQUA-Instituts, die in Abstimmung mit Landesvertretern, alle Todesfälle bundesweit aufarbeitet.

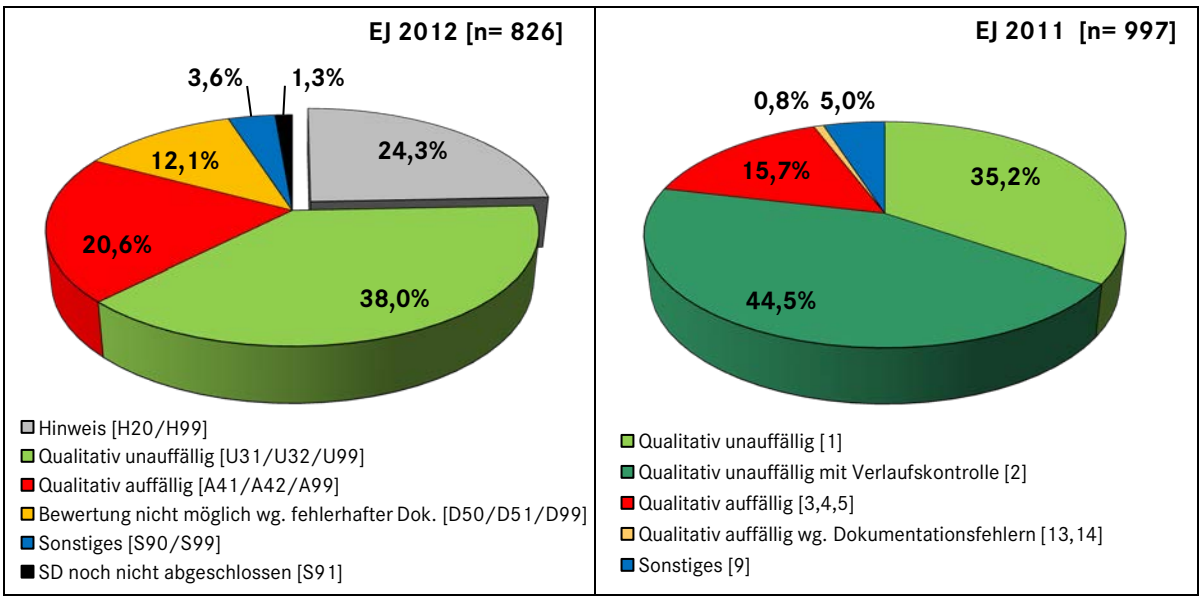


Abbildung 22: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 16/1 (EJ 2011, EJ 2012)

5.1.12. Neonatologie (NEO)

Insgesamt wurden im Leistungsbereich *Neonatologie* im Erfassungsjahr 2012 weniger rechnerische Auffälligkeiten ermittelt (360) als noch im Vorjahr (478). Zu diesen rechnerischen Auffälligkeiten wurden insgesamt 231 Stellungahmen anfordert sowie 126 Hinweise versendet. Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten, die nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig bewertet wurden, hat sich mit 9,4 % mehr als verdoppelt. Darüber hinaus wird deutlich, dass die Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ unauffällig" (44,2 %) zum Vorjahr (47,1 %) leicht abgenommen hat. Insgesamt 12 Zielvereinbarungen wurden geschlossen.

Im Leistungsbereich *Neonatologie* wurde der Strukturierte Dialog vor allem zu den Indikatoren „Durchführung eines Hörtest", „Bronchopulmonale Dysplasie[7]" sowie zu den Indikatoren zur Sterblichkeit durchgeführt. Bei dem Indikator „Durchführung eines Hörtest" waren hauptsächlich Dokumentationsfehler der Grund für die rechnerische Auffälligkeit. Beim Indikator „Bronchopulmonale Dysplasie" traten ebenfalls häufig Dokumentationsfehler auf, die allerdings zum Teil auf einer nicht einheitlichen Definition von Bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) beruhen. Die Bundesfachgruppe hat sich dieser Thematik bereits angenommen, um eine einheitliche Auswertungsgrundlage zu gewährleisten. Bei den Sterblichkeitsindikatoren kam es insgesamt zu 71 rechnerischen Auffälligkeiten, wovon nur eine als qualitativ auffällig aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln bewertet wurde. Es fällt auf, dass zu 60 % der rechnerischen Auffälligkeiten bei den Sterblichkeitsindikatoren keine Stellungnahme angefordert, sondern lediglich Hinweise versendet worden sind. Bei den anderen Indikatoren des Leistungsbereichs *Neonatologie* liegt diese Rate niedriger.

Die meisten qualitativen Auffälligkeiten für den Leistungsbereich *Neonatologie* wurden bei den Indikatoren „Aufnahmetemperatur unter 36.0 Grad" und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) bei beat-

[7] Erkrankung der Lunge des Frühgeborenen (durch künstliche Beatmung).

meten Kindern mit Pneumothorax“ festgestellt. Hier wurden von der Landesebene jeweils 8 Krankenhäuser zumeist aufgrund von Struktur- oder Prozessmängeln als qualitativ auffällig bewertet.

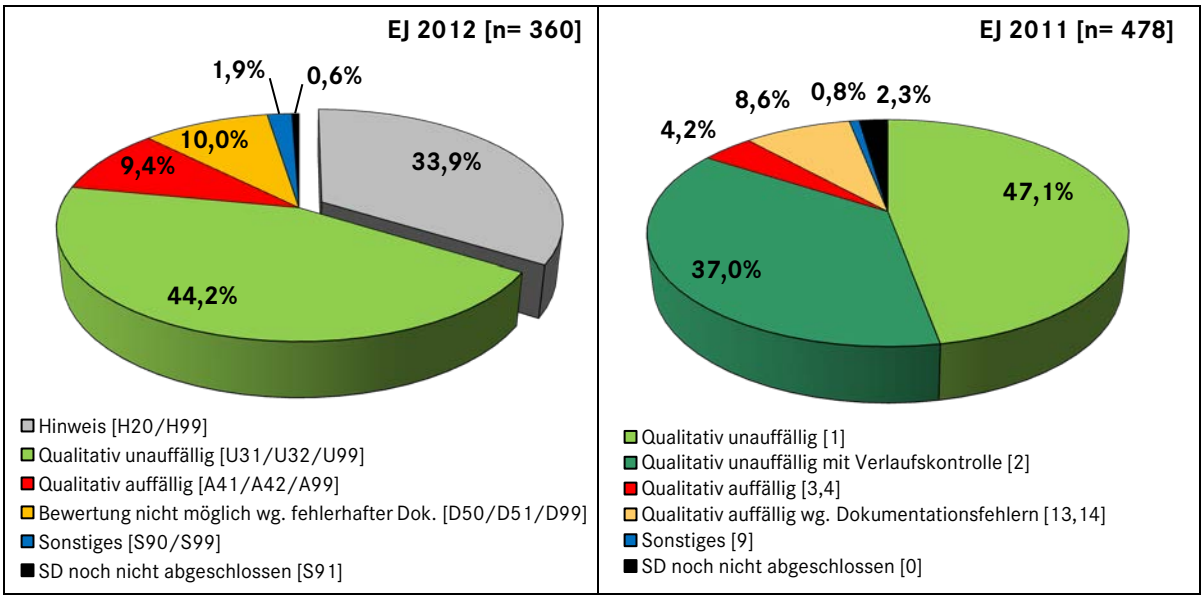


Abbildung 23: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für NEO (EJ 2011, EJ 2012)

5.1.13. Gynäkologische Operationen (15/1)

Im Strukturierten Dialog 2013 zum Erfassungsjahr 2012 wurden insgesamt 1.200 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Es wurden 544 Hinweise versendet sowie 652 Stellungnahmen angefordert.

Im Vergleich zum Strukturierten Dialog des Vorjahres ist die Anzahl der versendeten Hinweise sowie der angeforderten Stellungnahmen angestiegen (EJ 2011: 475 Hinweise, 548 Stellungnahmen). Als Konsequenz der Überprüfung der Stellungnahmen wurden zu 9 Qualitätsindikatoren Kollegiale Gespräche sowie zu 2 rechnerischen Abweichungen Begehungen durchgeführt. Darüber hinaus wurden 14 Zielvereinbarungen zu rechnerischen Auffälligkeiten mit den betroffenen Krankenhäusern geschlossen.
Bei dem Großteil der eingereichten Stellungnahmen konnten die Erläuterungen der Leistungserbringer nachvollzogen bzw. die besondere klinische Situation glaubhaft dargelegt werden. Die Fachgremien auf Landesebenen sahen für 41,7 % (n = 500) rechnerische Auffälligkeiten keinen Anhaltspunkt für einen qualitativen Mangel und vergaben somit die Einstufung „qualitativ unauffällig“.
Wegen fehlerhafter Dokumentationen konnten 7,3 % der rechnerischen Abweichungen nicht bewertet werden. Nach Abschluss des Strukturierten Dialoges 2013 wurden letztlich 50 rechnerische Auffälligkeiten (4,2 %) als qualitativ auffällig bewertet. Dies bedeutet im Vergleich zum Strukturierten Dialog 2012 einen leichten Anstieg.

Als Gründe für die Einschätzung als „qualitativ auffällig“ wurde für 33 Auffälligkeiten ein Hinweis auf Struktur- oder Prozessmängel identifiziert. Die Ursachen für die Qualitätsmängel waren z.B. unzureichende und fragwürdige OP-Indikationen, Probleme bei belegärztlicher Leistungserbringung, häufiger Personalwechsel und teilweise Unzulänglichkeiten im Sprachverständnis des nicht-muttersprachlichen Personals, insbesondere bei den Dokumentationsprozessen.

In einigen Bundesländern wurde für das Erfassungsjahr 2012 auf die Durchführung des Strukturierten Dialogs zu den Indikatoren zur Hysterektomie verzichtet. Aufgrund der Aussetzung der Erfassung der Hysterektomien ab dem Erfassungsjahr 2013 entschieden sich einige Länder frühzeitig, hier ausschließlich mit Hinweisen zu arbeiten. Einige Landesarbeitsgruppen wiesen zudem auf Schwierigkeiten im Strukturierten Dialog zu dem Sentinel-Event-Indikator QI-ID 51418: „Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation“ hin. Durch die Erweiterung der Grundgesamtheit im Indikator wurde im Erfassungsjahr 2012 ein Anstieg an rechnerischen Auffälligkeiten aufgrund einer Organverletzung festgestellt. Im Strukturierten Dialog stellte sich heraus, dass in einigen Fällen die Organverletzung nicht Folge,

sondern Anlass der Laparoskopie war und dementsprechend nicht als Organverletzungen hätte dokumentiert werden dürfen. Die Bundesebene entschied sich daraufhin, den Ausfüllhinweis zum entsprechenden Datenfeld zu präzisieren sowie die Bezeichnung des Datenfeldes zu ergänzen, um so eine zielgenauere Abbildung der Organverletzung bei laparoskopischen Operationen zu erreichen.

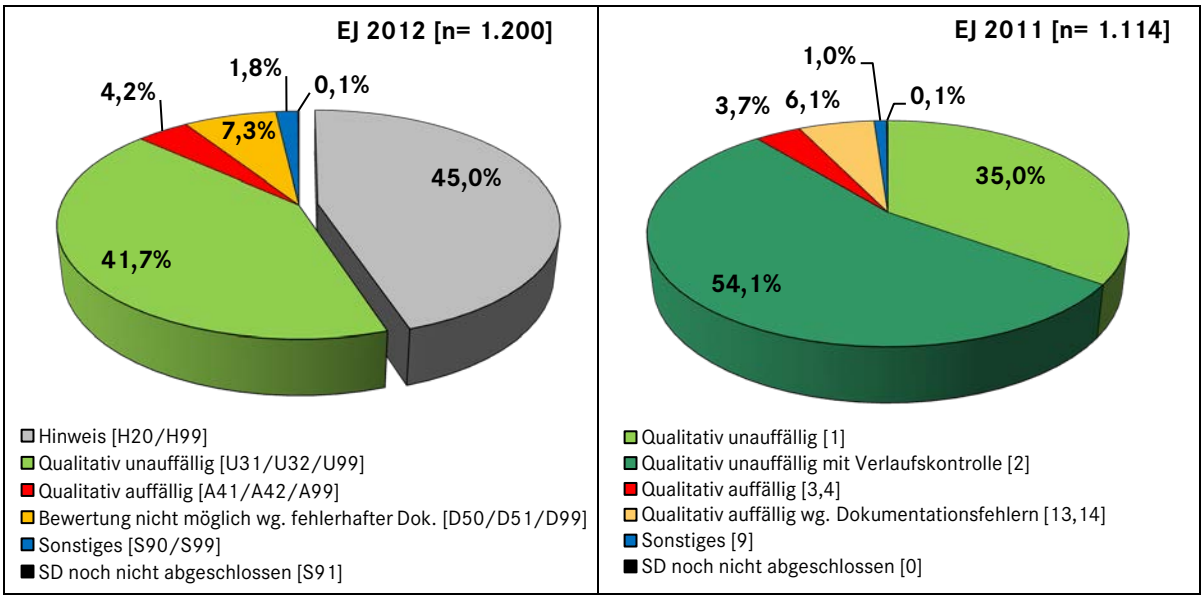


Abbildung 24: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 15/1 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.14. Mammachirurgie (18/1)

Mit einer Anzahl von 1.140 rechnerischen Auffälligkeiten im Leistungsbereich *Mammachirurgie* im Erfassungsjahr 2012 ist ein Rückgang um mehr als 30 % im Vergleich zum Erfassungsjahr 2011 zu verzeichnen. Diese Entwicklung liegt vorwiegend in verschiedenen Änderungen bzgl. der Indikatoren begründet: Die Indikatoren der Gruppe „Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse“ (ID 2261 und ID 2135) sowie der Indikator „Meldung an Krebsregister“ (ID 11992) werden seit dem Erfassungsjahr 2012 nicht mehr erhoben. Unter anderem auf Grundlage der Erkenntnisse aus den Strukturierten Dialogen wird aktuell kein Qualitätsverbesserungspotenzial durch eine Anwendung dieser Indikatoren erwartet. Für die Indikatoren „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei pT1 ohne Lymphknotenbefall“ (ID 2262) und „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ (ID 2163) wurde der Referenzbereich wegen fraglicher Datenvalidität und der daraus folgenden Notwendigkeit der Überarbeitung eines Datenfeldes vorübergehend ausgesetzt, sodass auch diese Indikatoren kein Bestandteil des Strukturierten Dialogs waren. Der im Vorjahr neu eingeführte Indikator „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (ID 50719) wurde im Erfassungsjahr 2012 hingegen erstmals mit Referenzbereich angewendet.

Hinweise wurden zu 605 rechnerischen Auffälligkeiten (53,1 %) versendet. Herauszustellen ist, dass für den Indikator zur brusterhaltenden Therapie bei pT1 (ID 2167) auf Empfehlung der Bundesebene vorwiegend mit Hinweisen gearbeitet wurde. Die Strukturierten Dialoge der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass sich vermutete Qualitätsdefizite in Bezug auf die Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie mit dem Indikator nur sehr eingeschränkt identifizieren lassen. Für das Erfassungsjahr 2013 wird der Indikator komplett ausgesetzt. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Leistungsbereichs soll angestrebt werden, die entsprechenden Qualitätsziele künftig konkreter erfassen zu können.

Aufgrund von Abweichungen vom Referenzbereich forderten die zuständigen Stellen auf Landesebene 483 (42,2 %) Stellungnahmen von betroffenen Krankenhäusern an. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurde 79-mal die Bewertung „qualitativ auffällig“ (6,9 %) vergeben. In den überwiegenden Fällen erfolgte diese Einstufung aufgrund von Hinweisen auf Struktur- oder Prozessmängel. Hervorzuheben ist der Indikator zur

prätherapeutischen Diagnosesicherung bei tastbarer maligner Neoplasie[8] (ID50080), für den 21-mal diese Einstufung vergeben wurde. Insgesamt ist der Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen im Vergleich zum Vorjahr etwa konstant geblieben. Neben der Veränderung des Bewertungsschemas ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse allerdings auch dadurch eingeschränkt, dass dem Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2012 z.T. nicht die gleichen Indikatoren zugrundelagen wie dem Strukturierten Dialog des Vorjahres (s.o.).

Zu einem auffallend hohen Anteil von 13,5 % aller rechnerischen Auffälligkeiten war die Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Wie in den Vorjahren betraf dies insbesondere die Indikatoren der Gruppe zur metrischen Angabe des Sicherheitsabstandes (ID 2131 und ID 2162) sowie den Indikator „Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung“ (ID 303). Unter anderem als Reaktion auf die Rückmeldungen aus den Bundesländern, nach denen bei dem weitaus größten Teil aller rechnerischen Auffälligkeiten in den Indikatoren zum metrischen Sicherheitsabstand keine Versorgungsdefizite vorliegen, werden diese Indikatoren mit Wirkung zum Erfassungsjahr 2013 ausgesetzt. Unterstützt wird die Entscheidung durch die Einschätzung der Bundesfachgruppe, nach der sich die Angabe des metrischen Sicherheitsabstandes im Pathologiebericht mittlerweile flächendeckend durchgesetzt habe. Bezüglich des Indikators zum intraoperativen Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung wurde – auch vor dem Hintergrund des Indikators zur sonografischen Drahtmarkierung (s.u.) – für die Erfassungsjahre 2014 und 2015 eine sukzessive Überarbeitung der verwendeten Datenfelder vorgenommen. Hierdurch soll eine fehlerfreie Dokumentation künftig erleichtert werden.

In den Stellungnahmen ließ sich ein weiterer wesentlicher Anteil der abweichenden Ergebnisse durch Einzelfälle erklären. Die entsprechende Bewertungskategorie U32 wurde für 18 % aller Abweichungen vergeben. Insgesamt wurden 23 % der Abweichungen vom Referenzbereich als qualitativ unauffällig eingestuft.

In Bezug auf die Indikatoren „Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung“ (ID 51369) und „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (ID 50719) bat die Bundesfachgruppe die Landesgeschäftsstellen um die Durchführung zusätzlicher Dialoge mit ausgewählten Krankenhäusern, um Erkenntnisse für eine sinnvolle Weiterentwicklung und Anwendung der Indikatoren zu gewinnen:

- Der Indikator „Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung“ wurde für das Erfassungsjahr 2012 erstmalig und zunächst ohne Referenzbereich angewendet. Die Bundesfachgruppe bewertete die Krankenhausergebnisse als deutlich zu niedrig; Unsicherheit bestand allerdings hinsichtlich der möglichen Hintergründe dieser Ergebnisse. Die Landesgeschäftsstellen wurden deshalb gebeten, mit Krankenhäusern, die besonders niedrige Raten aufweisen, einen Strukturierten Dialog zu führen, um mögliche Ursachen zu ermitteln. Die Rückmeldungen der Krankenhäuser wiesen auf einen Überarbeitungsbedarf hinsichtlich Qualitätsziel und Rechenregel des Indikators hin. Beides wurde in der Bundesfachgruppe eingehend diskutiert. Als Ergebnis dieses Prozesses ist nun vorgesehen, im Zähler des Indikators zusätzlich auch Fälle mit intraoperativem Präparatröntgen zu berücksichtigen. Laut Einschätzung der Bundesfachgruppe ist ein intraoperatives Präparatröntgen nach sonografischer Drahtmarkierung ebenso korrekt wie die intraoperative Präparatsonografie. In der Spezifikation 2014 wurden die benötigten Datenfelder modifiziert, um den Indikator mit neuer Rechenregel im Jahr 2014 erstmalig berechnen zu können.
- Für den Indikator „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ liegt die im Jahr 2012 ermittelte bundesweite Gesamtrate von 20,2 % im Hinblick auf die Sollvorgabe der S3-Leitlinie (< 5 %) extrem hoch. Unter anderem aufgrund der statistischen „Problematik kleiner Fallzahlen in der Grundgesamtheit“ wurde für das Erfassungsjahr 2012 zunächst jedoch ein sehr großzügiger Referenzwert festgelegt (≤ 90. Perzentil: 38,4 %). Vor dem Hintergrund von Überlegungen zur Weiterentwicklung des Indikators bat die Bundesfachgruppe die Landesgeschäftsstellen, bei einzelnen Krankenhäusern mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit auch dann einen Strukturierten Dialog zu führen, wenn zwar der Referenzwert nicht überschritten ist, aber dennoch eine vergleichsweise hohe Rate vorliegt. Die Rückmeldungen ergaben, dass in einigen Fällen primär ein invasives Karzinom vorlag, dass sich erst nach neoadjuvanter Therapie als DCIS darstellen lies. In diesen Fällen wurde die vorgenommene Lymphknotenentfernung demnach auf Grundlage der Primärhistologie leitliniengereicht durchgeführt. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse wurde die Rechenregel des Indikators für das Erfassungsjahr 2013 angepasst: Fälle, in denen im prätherapeutischen Be-

[8] Bösartige Neubildung.

fund ein invasives Karzinom vorlag sowie Fälle mit neoadjuvanter Therapie werden künftig aus dem Indikator ausgeschlossen.

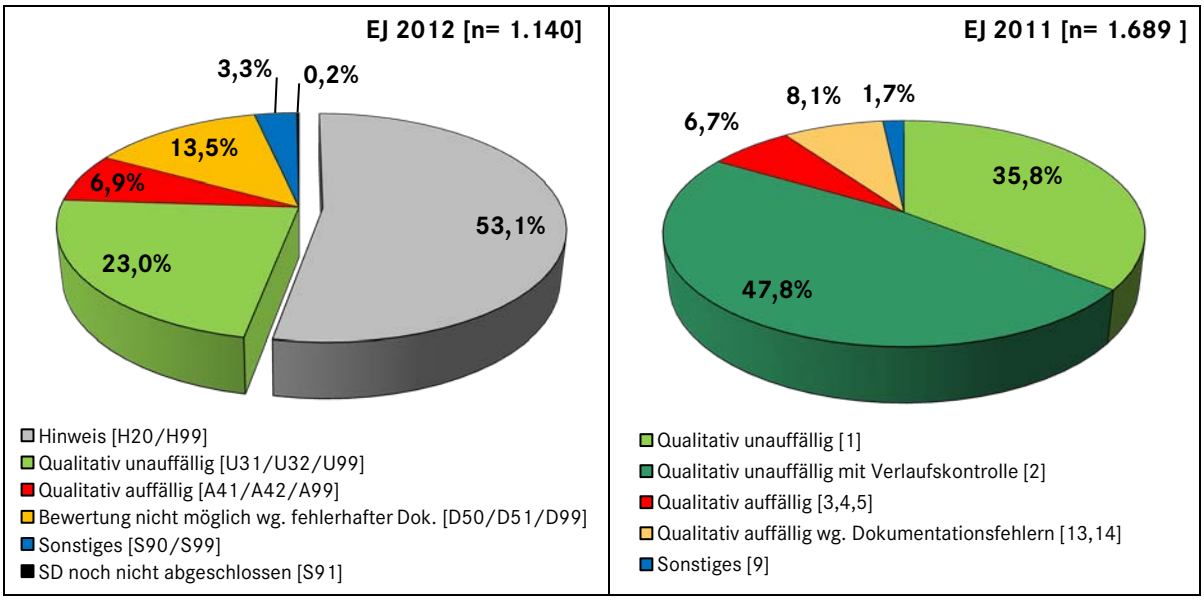


Abbildung 25: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 18/1 (EJ 2012, EJ 2011)

5.1.15. Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/1 – 17/3)

In den Leistungsbereichen *Hüftgelenknahe Femurfraktur*, *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* und *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* kam es insgesamt zu 3.514 rechnerischen Auffälligkeiten. Zu 1.519 der rechnerischen Auffälligkeiten wurden ausschließlich Hinweise an das entsprechende Krankenhaus versandt. Zu 1.995 der rechnerischen Auffälligkeiten wurden Stellungnahmen angefordert. Darüber hinaus wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zu 107 rechnerischen Auffälligkeiten Zielvereinbarungen geschlossen und zu 38 Auffälligkeiten Kollegiale Gespräche geführt. Begehungen fanden für die Leistungsbereiche zur Hüftgelenkversorgung nicht statt. Nach Abschluss des Strukturierten Dialoges wurden insgesamt 209 (5,9 %) Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft.

Die qualitativen Auffälligkeiten für die 3 Leistungsbereiche sind hauptsächlich durch Struktur- und Prozessmängel zu erklären, wie z.B. verspätete Versorgung an Wochenenddiensten, Fehler bei der Dokumentation des Kellgren & Lawrence Score sowie Akzeptanz des Score, ungenügende OP-Erfahrung etc.. Die Mehrzahl der betroffenen Krankenhäuser hatten jedoch bereits Verbesserungsmaßnahmen ergriffen.

Die meisten qualitativen Auffälligkeiten im Leistungsbereich *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* wurden bei der Indikationsstellung (QI-ID 1082) festgestellt. Hier bewerteten die Landesgeschäftsstellen insgesamt 18 Krankenhäuser als qualitativ auffällig – vornehmlich aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln. Im Leistungsbereich *Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* wurden beim risikoadjustierten Indikator zu Reoperationen (QI-ID 50989) die meisten qualitativen Mängel identifiziert (bei insgesamt 17 Krankenhäusern). Im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur* ist für den Indikator „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus“ (QI-ID 2266) eine Reduzierung der rechnerischen Auffälligkeiten (von 250 im EJ 2011 auf 224 im EJ 2012) bei gleichzeitiger Erhöhung der qualitativ auffälligen Ergebnisse von 28 auf 38 zu konstatieren.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog fällt auf, dass bei dem Indikator „Perioperative Antibiotikaprophylaxe“ (QI-ID 270) zu 24 ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten 21 Hinweise versendet worden sind. Ähnliches wurde auch für die beiden entsprechenden Indikatoren in den Leistungsbereichen *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* und *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* festgestellt. Ferner fällt auf, dass nicht zu allen Sentinel-Event-Indikatoren Stellungnahmen angefordert worden sind. Aller-

dings zeigen die Informationen aus den Ländern auch, dass bei den Fällen, die überprüft worden sind oft die Begleiterkrankung der Patienten zu den tragischen Verläufen beitrugen.

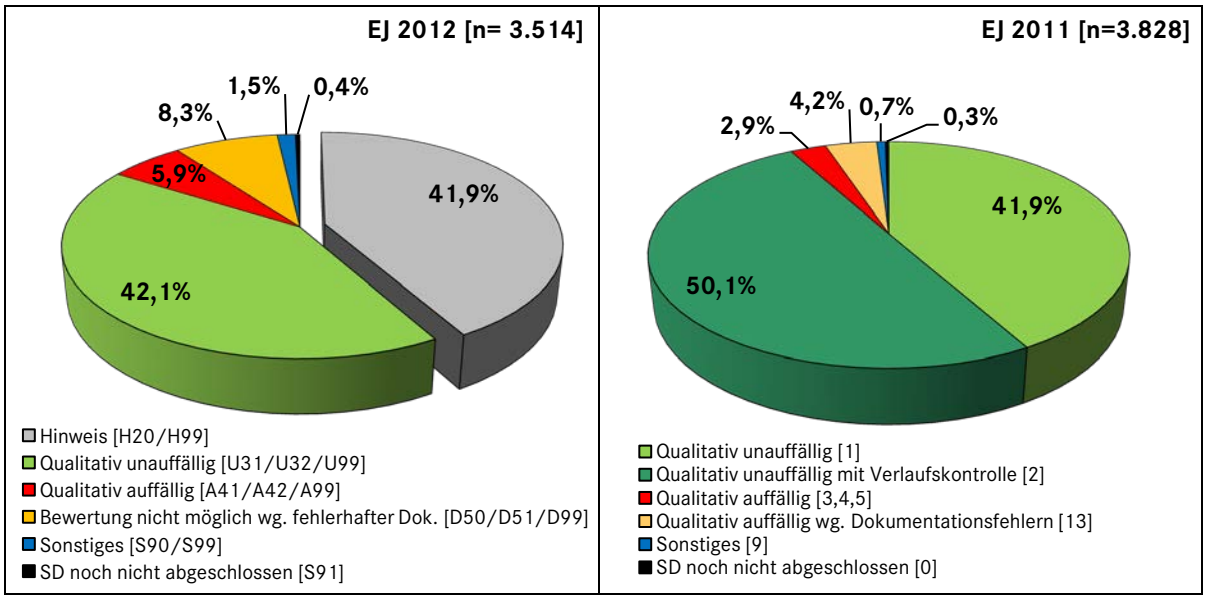


Abbildung 26: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 17/1-17/3 (EJ 2011; EJ 2012)

5.1.16. Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation, Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/5, 17/7)

In den Leistungsbereichen *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* und *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* konnten 1.008 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt werden. Zu 473 der rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise versendet. Zu den anderen 535 wurden Stellungnahmen angefordert. Weiterführend wurden zu 6 rechnerischen Auffälligkeiten Kollegiale Gespräche geführt und insgesamt zu 31 Auffälligkeiten Zielvereinbarungen getroffen. 4,7 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurden abschließend als qualitativ auffällig eingestuft, womit sich dieser Anteil im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdoppelt hat (Abbildung 27). Die absolute Anzahl qualitativer Auffälligkeit im Vergleich zum Vorjahr hat sich ebenfalls nahezu verdoppelt. Für rund ein Viertel aller zugesandten Stellungnahmen war die Bewertung aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht möglich. Des Weiteren hat der Anteil an Dokumentationsfehlern bezogen auf alle rechnerischen Auffälligkeiten auch im Vergleich zum Vorjahr zugenommen. Die überwiegende Zahl an Dokumentationsfehlern lag in einer unvollzähligen oder falschen Dokumentation begründet.

In dem Indikator „Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode“ im Leistungsbereich *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* waren insgesamt 129 von 1.033 Krankenhäuser rechnerisch auffällig. 90,4 % aller erfassten Patienten erreichten bei Entlassung aus dem Akutkrankenhaus eine Beweglichkeit im Kniegelenk von 0/0/90 Grad und erlangten somit eine gute Rehabilitationsfähigkeit. In rund 80 % der insgesamt 129 rechnerisch auffälligen Krankenhäuser wurden detaillierte Stellungnahmen angefordert. Weiterführend wurden zwei Kollegiale Gespräche geführt und 11 Zielvereinbarungen getroffen. Mit Abschluss des Strukturierten Dialoges wurden die Ergebnisse von 15 Krankenhäusern als qualitativ auffällig bewertet. Damit wurden im Leistungsbereich *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* bei diesem Indikator die meisten qualitativen Auffälligkeiten identifiziert.

Die Aufarbeitung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zeigen zudem, dass die unzureichende Dokumentationsqualität für die Leistungsbereiche der Knie-Endoprothesenversorgung zum Großteil durch den Indikator „Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode“ im Leistungsbereich *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* verursacht wird. Die Ursachen für die mangelnde Dokumentationsqualität sind anhand der Berichte der Länder zum Strukturierten Dialog nicht ersichtlich. Einigen Länderberichten ist eine eingeschränkte Akzeptanz des Indikators zu entnehmen. Statt der Messung der Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode empfehlen einige Landesgeschäftsstellen den Einbezug funktioneller Parameter, wie

beispielsweise die selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene. Auch im Rahmen verschiedener Sitzungen der Bundesfachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie wurde die Angemessenheit des Bewegungsausmaßes 0/0/90 bei Entlassung aus der Akutklinik wiederholt diskutiert. Abschließend kamen die Fachexperten zu der Empfehlung das Bewegungsausmaß von 0/0/90 Grad beizubehalten.

Für die orthopädischen Leistungsbereiche sind auf Länderebene neben den gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung zudem eigene Projekte und Initiativen gebildet worden.

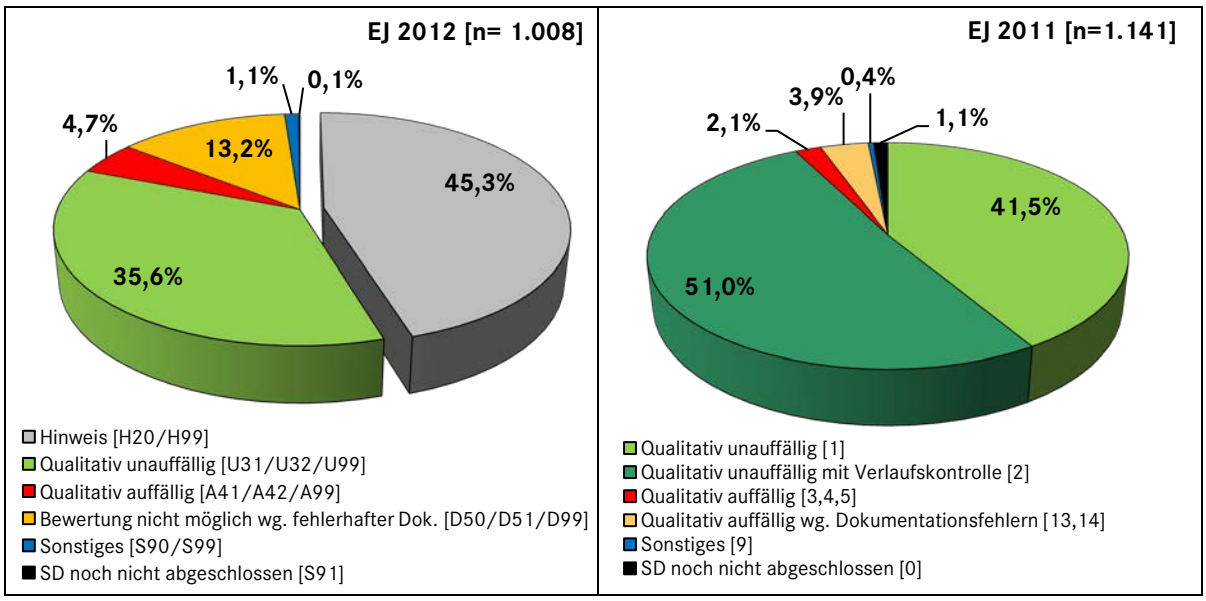


Abbildung 27: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für 17/5 und 17/7 (EJ 2011; EJ 2012)

5.1.17. Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)

Der Strukturierte Dialog konnte im Leistungsbereich *Pflege: Dekubitusprophylaxe* von allen Landesfachgruppen fristgerecht beendet werden. Insgesamt wurden bei den 3 zu prüfenden Indikatoren insgesamt 259 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, wovon nach Abschluss des Strukturierten Dialogs 44 (16,6 %) als qualitativ auffällig bewertet wurden. Zu 36 rechnerischen Auffälligkeiten gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, für 6 Abweichungen konnten keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten ausgemacht werden und zu 2 Abweichungen erfolgte die Einstufung als qualitativ auffällig aus sonstigen Gründen („Einzelner Dokumentationsfehler“ bzw. „Sowohl Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität haben zum rechnerisch auffälligen Ergebnis geführt“).

Besonders hervorzuheben sind im Leistungsbereich *Pflege: Dekubitusprophylaxe* die etlichen Initiativen und Maßnahmen, die auf Landesebene durchgeführt wurden. So hat zum Beispiel die Fachgruppe eines Bundeslandes wiederholt Befragungen zum Umsetzungsgrad des Expertenstandards in allen bundeseigenen Krankenhäusern vorgenommen. In nahezu der Hälfte der Bundesländer wird zusätzlich zum Sentinel-Event QI- ID 2118: „Neu aufgetretene Dekubitualulcera Grad 4“ bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme auch der Grad 3 mit einbezogen. Strukturierte Fragebögen zur Anfrage an Krankenhäuser (Stellungnahmen) wurden erarbeitet und in vielen Ländern genutzt. Des Weiteren hat eine Fachgruppe in den vergangenen Jahren erhebliche Anstrengungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität unternommen. Zwei weitere Länder erheben auf Landesebene zusätzliche Indikatoren oder erstellen Auswertungen auf das gesamte Jahr bezogen und geben Rückmeldungen auch auf Fachbereichsebene an die Krankenhäuser zurück.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der qualitativ auffälligen Ergebnisse leicht gestiegen: Für das Erfassungsjahr 2011 wurden 37 von 250 rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ auffällig eingestuft (15,6 %). Allerdings ist ein direkter Vergleich mit den Vorjahresergebnissen nur eingeschränkt möglich, da einerseits das Bewertungsschema des Strukturierten Dialogs grundlegend überarbeitet wurde und andererseits für andere Qualitätsindikatoren als im Vorjahr ein Strukturierter Dialog geführt wurde.

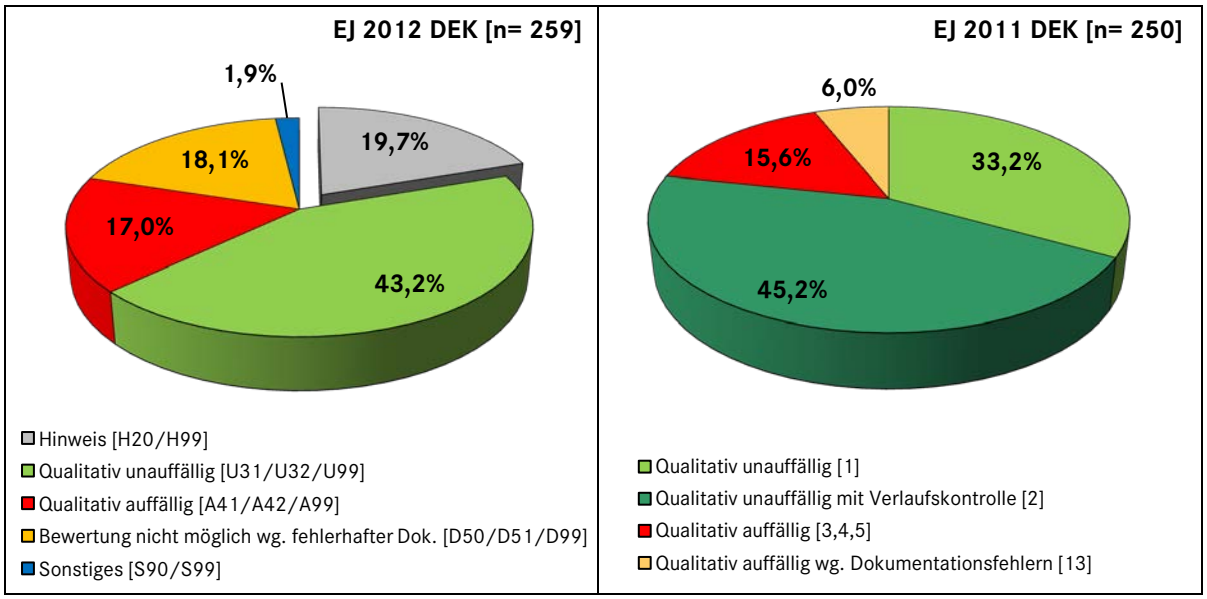


Abbildung 28: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufung der Stellungnahmen nach Abschluss des SD für DEK (EJ 2011; EJ 2012)

5.2. Fallbeispiele

Anhand der folgenden Beispiele kann überzeugend die Wirksamkeit des Qualitätsinstrumentes „Strukturierter Dialog“ nachvollzogen werden. Es handelt sich um ein Beispiel zu einem indirekten Verfahren aus dem Leistungsbereich *Geburtshilfe,* welches freundlicherweise von einer LQS zur Verfügung gestellt worden ist sowie im weiteren um Beispiel zu einem direkten Verfahren aus dem Bereich der Transplantationsmedizin.

5.2.1. Geburtshilfe

Geburtshilfe			
Indikator	QI-ID 50045: „Perioperative Antibiotokaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“		
Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung.		
Referenzbereich	≤ 90,0 % (Zielbereich)		(2010 nicht definiert)
Erfassungsjahr	**2012**	**2011**	**2010**
Ergebnis Krankenhaus (Bundesergebnis)	Ca. 50 % (95,5 %)	Ca. 50 %	Ca. 50 %
Maßnahmen	Klinikgespräch, Zielvereinbarung	Stellungnahme	Hinweis im Rahmen der Landesinitiative
Bewertung	erfolgt	erfolgt	Nicht vorgesehen

Ausgangssituation
Bei einer Kaiserschnittentbindung wird aufgrund der aktuellen Literatur und internationaler Leitlinien die Durchführung einer geeigneten perioperativen Antibiotikaprophylaxe empfohlen, um der Entstehung von postpartalen (nach der Geburt des Kindes) mütterlichen Infektionen wie Endometritiden[9], Wund- und Harnwegsinfektionen vorzubeugen. Die Indikation zum Kaiserschnitt ist hierbei nicht Gegenstand der Betrachtung. Die Klinik in dem hier angesprochenen Beispiel hatte bisher auf eine allgemeine Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindungen verzichtet und Antibiotika nur bei Kaiserschnittentbindungen mit erhöhtem Infektionsrisiko verabreicht. Die Infektionsrate auch bei den Patientinnen ohne Antibiotikaprophylaxe wurde als extrem niedrig beschrieben. Nicht in allen Fällen, in denen nach Einschätzung der Klinik eine Antibiotikaprophylaxe indiziert war, wurde eine solche in den QS-Unterlagen dokumentiert.

Maßnahmen
Im Jahr der Einführung im Erfassungsjahr 2010 wurde für den Indikator kein bundesweiter Referenzwert festgelegt. Die medizinische Arbeitsgruppe Gynäkologie/Geburtshilfe auf Landesebene entschloss sich, Kliniken mit einer Prophylaxerate von weniger als 95 % mit einem Hinweis für das Thema zu sensibilisieren.

Weitere Maßnahmen nach wiederholter rechnerischer Auffälligkeit
Zum Erfassungsjahr 2011 wurde ein Bundesreferenzwert von 90 % eingeführt. Die hier beschriebene Klinik gab aufgrund der ermittelten Abweichung vom Referenzwert im Rahmen des Strukturierten Dialogs eine Stellungnahme ab. Bei nicht wesentlich verändertem rechnerischem Ergebnis im Erfassungsjahr 2012 wurde ein Kollegiales Gespräch mit dem Chefarzt der Klinik geführt. Im Vorfeld des Gesprächs wurde durch die medizinische Arbeitsgruppe eine Literaturrecherche zum Thema durchgeführt und der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse kritisch diskutiert. Während des Kollegialen Gesprächs wurden das bisherige Vorgehen der Klinik einschließlich der praktischen Umsetzung und die möglichen nachteiligen Folgen einer Antibiotikaprophylaxe ausführlich besprochen. Auch der Zeitpunkt der Antibiotikagabe wurde differenziert betrachtet. Die Aussage der Klinik, das bisherige Vorgehen habe zu sehr guten Ergebnissen geführt, wurde vor dem Hintergrund der begrenzten Follow-up Möglichkeiten im Verlauf des Gesprächs gemeinsam kritisch hinterfragt.

[9] Entzündungen der Gebärmutterschleimhaut.

Nach ausführlichem Gespräch unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus den verfügbaren aktuellen Publikationen wurde in einer Zielvereinbarung mit der Klinik festgehalten, dass die Gabe einer perioperativen Antibiotikaprophylaxe unter Beachtung der üblichen Kontraindikationen und des Patientenwillens künftig Standard bei Kaiserschnittentbindungen sein wird. Das vorläufige Ergebnis für 2013 zeigt eine deutliche Annäherung an den Referenzwert!

Fazit
Der Strukturierte Dialog unterstützt die Umsetzung von konsentierten Leitlinienempfehlungen und fördert die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen aktueller wissenschaftlicher Studien. Insbesondere zu Fragestellungen mit medizinischem Dissens sind Kollegiale Gespräche unbedingt empfehlenswert. Im hier geschilderten Beispiel setzte sich die Klinik mit der bisherigen Vorgehensweise kritisch auseinander und stellte das eigene Vorgehen in den Zusammenhang der berichteten Studienergebnisse. Nach Abwägung aller Sachverhalte wurde festgestellt, dass ein leitliniengerechtes Vorgehen nach heutigem Stand des Wissens das bestmögliche Maß an Sicherheit für die eigenen Patientinnen und ihre Kinder bietet.

5.2.2. Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Ein positives Beispiel für eine gelungene Reorganisation eines Transplantationszentrums konnte im Rahmen einer diesjährigen Begehung, die noch aus den Zielvereinbarungsmaßnahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2010 für den Leistungsbereich *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* resultierte, verzeichnet werden.

Lungen- und Herz-Lungentransplantation			
Indikator	QI-ID 2155 „Sterblichkeit im Krankenhaus“		
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus		
Referenzbereich	≤ 20,0 % (Toleranzbereich) (2010 u. 2011: ≤ 25,0 % (Toleranzbereich))		
Erfassungsjahr	**2012**	**2011**	**2010**
Ergebnis Krankenhaus (Bundesergebnis)	14,3 % (9,1 %)	42,9 % (9,1 %)	39,29 % (15,4 %)
Maßnahmen	Abschlussbericht, Vor-Ort-Begehung	Stellungnahme angefordert, Zwischenbericht	Stellungnahme angefordert, Kollegiales Gespräch, Zielvereinbarung
Bewertung	Ergebnis liegt im Referenzbereich	Erneut qualitativ auffällig	Qualitativ auffällig

Ausgangssituation
Das Transplantationszentrum und das Nachsorgekrankenhaus waren in den Jahren 2010 und 2011 in den Sterblichkeitsraten qualitativ auffällig. Die Sterblichkeit (Letalität) im zeitlichen Verlauf ist das relevanteste Kriterium für die Ergebnisqualität der Lungen- und Herz-Lungentransplantation. Sie ist innerhalb des ersten Jahres nach Transplantation am höchsten.

Maßnahmen
Es wurde zwischen den Vertretern der beteiligten Einrichtungen und der Bundesfachgruppe während eines Kollegialen Gespräches eine gemeinsame Zielvereinbarung erstellt, die folgende umfangreiche Maßnahmen vorsah:

- Vorlage eines Konzeptes zu den personellen Strukturen im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich, welches den Anforderungen eines Transplantationszentrums und den voraussichtlichen Fallzahlen in diesem Bereich Rechnung trägt.
- In dem Konzept (inkl. Organigramm) sollte sichtbar werden, dass die Personalstruktur, insbesondere in den Fachbereichen Chirurgie, Pneumologie, Physiotherapie, Intensivmedizin und Pflege, den Anforderungen an

beiden Standorten in angemessener Weise entspricht. Das Konzept sollte auch zu den Fragen der Umsetzung und Perspektive Stellung nehmen.

- Durch bedarfsgerechte personelle und technische Gegebenheiten sollte darüber hinaus sichergestellt werden, dass die Effektivität und Effizienz im Bereich der Organisation des Transplantationsbüros gesteigert wird.
- Die Implementierung erforderlicher Kommunikationsstrukturen, die eine gemeinsame Versorgung und insbesondere den Informationsaustausch zwischen den beiden Standorten der Klinik gewährleisten, war sicherzustellen.

Als Zeitrahmen für die Umsetzung der Optimierungsmaßnahmen war ca. ein Jahr vorgesehen. Die beiden Krankenhäuser lieferten der Bundesfachgruppe, wie vereinbart zwei Zwischenberichte im Jahr 2012 (Frühjahr und Herbst), um jeweils den aktuellen Stand der bereits umgesetzten Maßnahmen mitzuteilen.

Da die vereinbarten Maßnahmen nach den schriftlichen Auskünften der Krankenhäuser im September 2013 komplett umgesetzt worden waren, sahen die Vertreter der Bundesfachgruppe vor – im Rahmen einer abschließenden Vor-Ort-Begehung gegen Endes des Jahres – die Umsetzung persönlich in Augenschein zu nehmen.

In dem Besuch an beiden Standorten konnten sich die Vertreter der Bundesfachgruppe von den tatsächlich implementieren Umstrukturierungsmaßnahmen überzeugen. Es wurden sowohl neue Räumlichkeiten mit voll funktionstüchtiger technischer Ausstattung geschaffen als auch das Personal entsprechend aufgestockt und weitergebildet. Die Kommunikationsstrukturen sind u.a. durch EDV-gestützte Verwaltungs-und Informationssysteme effizient ausgeweitet worden. Das Transplantationskonzept wurde komplett überarbeitet und die daraus resultierenden Verbesserungen konnten vor Ort nachvollzogen werden.

Fazit
Die beiden Krankenhäuser haben in gemeinsamer enger Abstimmung vorbildlich alle vereinbarten Maßnahmen umgesetzt und sind dabei das angestrebte Ziel, nämlich das einer guten medizinischen Behandlung auf hohem Qualitätsniveau mit niedrigerer Sterblichkeitsrate, zu erfüllen. Dieses sehr erfreuliche Ergebnis zeigt beispielhaft die positive Wirkweise des bestehenden QS-Verfahrens Strukturierter Dialog.

5.3. Landesspezifika

Neben den verpflichtenden Leistungsbereichen zur Qualitätssicherung auf Bundesebene finden in einigen Bundesländern zusätzliche QS-Projekte statt. Diese basieren vielfach auf modifizierten Indikatoren der Bundesebene und werden in den Strukturierten Dialog mit einbezogen. Darüber hinaus haben einige Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung zusätzliche Leistungsbereiche inklusive der zugehörigen Datenerhebungen unabhängig von den Bundesvorgaben etabliert. Weitere Strukturierte Dialoge, die auf Initiative der Landesebene geführt worden sind, die aber keinen unmittelbaren Bezug zu den Bundesvorgaben haben, werden nicht in diesem Bericht dargestellt. Diese betreffen beispielsweise die Bereiche Schlaganfallversorgung, Anästhesie, im Krankenhaus erworbene Infektionen (MRSA), Radiologie, Neugeborenen-Hörscreening, Pflege (Dekubitusprophylaxe) und Patientensicherheit.

In den meisten Bundesländern werden die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs auf sogenannten Ergebniskonferenzen präsentiert, um auch das Lernen von den Besten im Sinne von „best practice“ zu etablieren und zu fördern. Oft werden dazu Schwerpunktthemen zu einem Leistungsbereich gebildet. Diese Konferenzen werden von den jeweiligen Landesgeschäftsstellen und deren Kooperationspartnern ausgerichtet, als teilnehmende Gäste sind die beteiligten Akteure Ärzte als Leistungserbringer, weitere Fachexperten, Klinikpersonal, Patientenvertreter und Vertreter anderer Landesgeschäftsstellen zu nennen. Die dort vorgestellten Ergebnisse werden z.T. in Fachzeitschriften oder in QS-Rundschreiben/Newslettern publiziert. Eine Zusammenfassung der gewonnenen Ergebnisse – nach Abschluss des Strukturierten Dialogs – wird ebenfalls jährlich von den einzelnen Landesgeschäftsstellen in einem schriftlichen Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss übermittelt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Weitere Landesspezifika betreffen das Vorgehen im Strukturierten Dialog. Beispielsweise verzichtet eine Landesgeschäftsstelle auf die Anonymisierung der Krankenhäuser vor den Mitgliedern der Fachgruppen, um deren Kenntnisse der Gegebenheiten vor Ort zu nutzen. In einem anderen Bundesland werden jährlich Qualitätsinitiativen gebildet, in denen Schwerpunktindikatoren ausgewählt werden, zu denen dann wiederum verstärkt Begehungen und Besprechungen mit Krankenhäusern zu rechnerischen Auffälligkeiten durchgeführt werden. Dieses Bundesland setzt weiterhin für die ausgewählten Schwerpunktthemen interne Zielvorgaben. Als ein Beispiel kann folgendes zum Leistungsbereich „Ambulant erworbene Pneumonie“ genannt werden: Es wird ein leitlinienkonformes Vorgehen > 90 % in allen Kliniken innerhalb von 3 Jahren angestrebt.

Ganz neue Impulse setzt ein Bundesland bezüglich der rechnerisch unauffälligen Ergebnisse im Leistungsbereich *Cholezystektomie*. Die positiven Ergebnisse wurden im Strukturierten Dialog hinsichtlich ihrer Tauglichkeit auf gute Behandlungsmethoden zur Weiterverwendung für andere Krankenhäuser geprüft, um dann im nächsten Jahr als Grundlage für ein neues Peer Review-Konzept zu dienen, das für diesen Leistungsbereich eingeführt werden soll. Einrichtungen mit auffälligen Ergebnissen würden dann davon profitieren können.

Eine andere Landesgeschäftsstelle misst die Qualität z.T. über gebildete Indikatorensets und bietet zudem den Krankenhäusern ein unterjähriges Feedback zu den laufenden Ergebnissen an.

Diese und andere landesspezifischen Maßnahmen, Vorgehensweisen und sonstige qualitätsfördernde Modelle können Weiterentwicklungen auf Bundesebene initiieren. Insbesondere landesspezifische Qualitätsindikatoren werden in den Bundesfachgruppen – in denen auch jeweils Vertreter der Landesebene sitzen – diskutiert und gegebenenfalls bundesweit umgesetzt. Detaillierte Angaben zu den Ergebnissen von landesspezifischen Kennzahlen finden sich in eigenen Berichten der entsprechenden Landesgeschäftsstellen.

5.4. Empfehlungen aus den Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung

Von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und aus deren Arbeits-/ Fachgruppen werden kontinuierlich Veränderungs- und Verbesserungsvorschläge, sowohl für das QS-Verfahren als auch für die einzelnen Leistungsbereiche, an das AQUA-Institut übermittelt. Die eingereichten Änderungsvorschläge werden in der Regel eingehend in den entsprechenden Bundesfachgruppen (des AQUA-Instituts) bzw. von deren Projektleitern auf sinnvolle Umsetzbarkeit hin überprüft und realisiert. Einige Empfehlungen und Verbesserungsvorschläge wurden bereits in dem vorstehenden Abschnitt 5.1. direkt bei den jeweiligen Leistungsbereichen erwähnt.

In jeder Bundesfachgruppe der indirekten Verfahren sind mindestens zwei LQS-Projektstellenleiter vertreten, sodass aktuelle Erkenntnisse und Rückmeldungen aus den Krankenhäusern bzw. aus den Strukturierten Dialogen direkt in die Bundesfachgruppensitzungen transportiert und bei Bedarf beraten werden können. Eine weitere Möglichkeit, Empfehlungen für Verbesserungsvorschläge auszugeben, findet sich in den Berichten aus den Landesgeschäftsstellen, die in der Hauptsache an den G-BA adressiert sind. Nachstehend sind exemplarisch zusammengefasst einige Empfehlungen, Wünsche, Anregungen und Kommentare aufgeführt:

- Hinweise zu Algorithmen, Definitionen und Ausfüllhinweisen in den Dokumentationsbögen
- Vorschläge zur Aussetzung von Qualitätsindikatoren, z.B. im LB Orthopädie/Unfallchirurgie
- Überarbeitung von einzelnen Indikatoren (Referenzwerte, Risikoadjustierungsmodell)
- Ausschluss von mangelhaften Medizinprodukt; bzw. bei Auswertung des Indikators beachten
- Gemeinsame Abstimmung zu Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf durch Fachgruppen der Bundes- und der Landesebene wäre sinnvoll
- Bundesweit gleichartig strukturierte Stellungnahmeanforderung für einzelne QI gewünscht
- Anpassungsbedarf hinsichtlich der Bewertungsbegründungen bzgl. der Kombination qualitativ unauffällig und unvollzählige oder falsche Dokumentation.

Die übermittelten Anregungen und Empfehlungen werden wie oben beschrieben entsprechend Berücksichtigung finden.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5.5. Auswirkung der geänderten Bewertungssystematik

Im letzten Jahr wurde in gemeinsamer Abstimmung zwischen den beauftragten Stellen auf Bundes- und Landesebene die bis dahin gültige Bewertungssystematik geändert. Vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs und in Erwartung einer verbesserten fairen Bewertung von Krankenhausergebnissen, die für das gesamte Bundesgebiet und alle Leistungsbereiche gilt, hatte man sich zu diesem Schritt entschlossen.

Mit Anwendung der neuen Bewertungskategorien in diesem Jahr hat sich über alle Leistungsbereiche der Anteil der qualitativ auffälligen Ergebnisse nahezu verdoppelt. Am ehesten ist diese Zunahme darauf zurück zu führen, dass in der neuen Bewertungssystematik nicht mehr die Schlüsselnummer 2 = „Ergebnis nach Strukturierten Dialog rechnerisch unauffällig mit Verlaufskontrolle“ enthalten ist. In der Vergangenheit wurde der Bewertungsschlüssel 2 häufig für nicht eindeutig zuzuordnende Fälle verwendet. Wenn zum Beispiel ein Indikatorergebnis eines Krankenhauses erstmalig nur geringfügig vom Referenzwert abgewichen ist, dann wurde seitens der Fachgruppenexperten häufig dieser abschließende Bewertungsschlüssel 2 mit Fokus auf die nächstjährigen Ergebnisse (Verlaufskontrolle) oder bei einzelnen schicksalhaften Behandlungsverläufen gewählt. Die überarbeiteten Bewertungskategorien lassen generell Grenzfälle dieser Art nicht mehr zu, und die Experten, die die Stellungnahmen überprüfen, müssen nun konkreter beurteilen. Bei Betrachtung der untenstehenden Grafiken ist zu beachten, dass die Vergleichbarkeit eingeschränkt ist. Denn so wurde z.B. der Hinweisversand, der bei rechnerischen Auffälligkeiten mit geringfügiger Abweichung vom Referenzbereich oder bei Einzelfällen zur Anwendung kam, in den Jahren zuvor nicht näher kategorisiert, sondern er wurde in der Regel mit den vorher bestehenden Schlüsselnummern „1“ oder „2“ bewertet. Insofern kam erstmalig eine Bewertungs-/Einstufungskategorie zur Anwendung. Potenzieller Verbesserungsbedarf bzgl. der Differenzierungsmöglichkeiten zur geänderten Bewertungssystematik wird in der Projektgruppe Leitfaden besprochen werden.

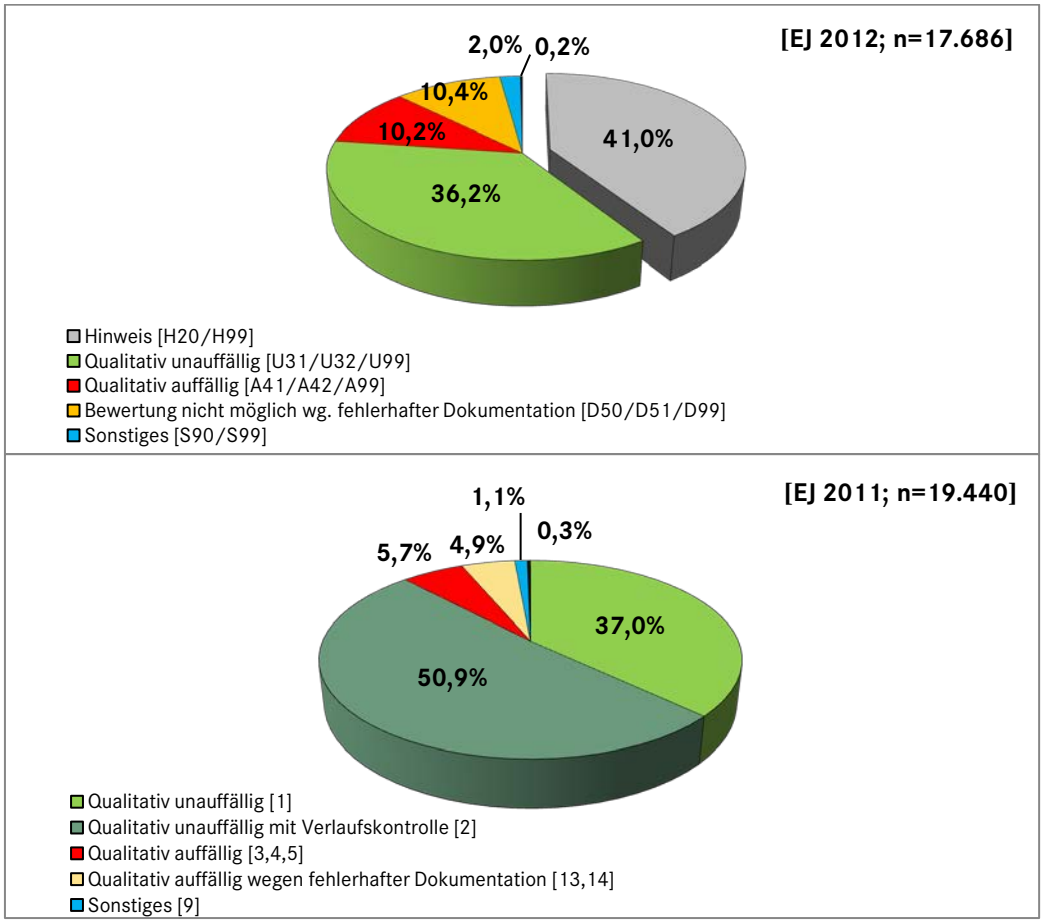


Abbildung 29: Darstellung der Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des SD (gesamt) des EJ 2012 und des EJ 2011

5.6. Bewertungen bei ausgewählten Indikatoren

Wie aus Abbildung 29 deutlich wird, erfolgte zu ca. 40 % der rechnerischen Auffälligkeiten im Erfassungsjahr 2012 die Einstufung in die Kategorien H20 und H99 (Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen). Ferner fällt auf, dass es verschiedene Indikatoren gibt, bei denen der Anteil der versendeten Hinweise vergleichsweise hoch ausgefallen ist. In den Bundesfachgruppensitzungen der betroffenen Leistungsbereiche wird es notwendig sein, zu analysieren ob bei den Indikatoren mit relativ hohem Anteil an Hinweisversand ggf. eine methodische Weiterentwicklung sinnvoll ist. In Tabelle 11 sind die Indikatoren aufgeführt, bei denen zu mindestens 70 % der rechnerischen Auffälligkeiten eine Einstufung als H20 oder H99 erfolgte.

Tabelle 11: Verstärkter Hinweisversand pro Qualitätsindikator

Leistungsbereich	Qualitätsindikator	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl der versendeten Hinweise	Anteil in %
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	QI-ID 210: Eingriffsdauer bis 60 Minuten	27	22	81,5
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	QI-ID 480: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)	66	54	81,8
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	QI-ID 481: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	27	22	81,5
Herzschrittmacher-Rev./ -Systemw./-Expl.	QI-ID 585: Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV	30	25	83,3
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	QI-ID 50007: Eingriffsdauer bis 75 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	33	28	84,8
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	QI-ID 50008: Eingriffsdauer bis 105 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)	28	21	75
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	QI-ID 50009: Eingriffsdauer bis 240 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems	22	16	72,7
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	QI-ID 50010: Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	32	23	71,9
Implantierbare Defibrillatoren – Rev./Systemw./Expl.	QI-ID 50037: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	19	14	73,7
Hüftgelenknahe Femurfraktur	QI-ID 50853: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	17	12	70,6
Hüft-Endoprothesenw. und -komponentenw.	QI-ID 270: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	24	21	87,5
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	QI-ID 277: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	10	7	70,0
Knie-Endoprothesenw. und -komponentenw.	QI-ID 292: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	24	18	75,0
Knie-Endoprothesenw. und -komponentenw.	QI-ID 51044: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung	42	31	73,8
Knie-Endoprothesenw. und -komponentenw.	QI-ID 51049: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Frakturen	34	25	73,5
Mammachirurgie	QI-ID 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	76	69	90,8
Mammachirurgie	QI-ID 51371: Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation	41	31	75,6
Ambulant erworbene Pneumonie	QI-ID 2012: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	158	121	76,6
Ambulant erworbene Pneumonie	QI-ID 2019: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	32	24	75,0

© 2014 AQUA-Institut GmbH

In Tabelle 12 sind die Indikatoren dargestellt, deren rechnerische Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs den höchsten Anteil an qualitativen Auffälligkeiten aufweisen (bis zu einer Rate von 25 %).

Tabelle 12: Anteil qualitativer Auffälligkeiten an rechnerischen Auffälligkeiten pro ausgewählter QI

Leistungsbereich	Qualitätsindikator	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl der festgestellten qualitativen Auffälligkeiten	Anteil in %
Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt	QI-ID 12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	2	2	100
Herztransplantation	QI-ID 12539: Unbekannter Überlebensstatus 30 Tage postoperativ	1	1	100
Lebertransplantation	QI-ID 51598: 2-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	3	3	100
Lebertransplantation	QI-ID 51601: 3-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. oder 2. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	2	2	100
Nierenlebendspende	QI-ID 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen	2	2	100
Nierentransplantation	QI-ID 2184: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	1	1	100
Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt	QI-ID 51088: Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem Euroscore	10	9	90
Koronarchirurgie	QI-ID 11617: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	7	6	85,7
Nierenlebendspende	QI-ID 51569: Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 2 Jahren	24	18	75
Nierentransplantation	QI-ID 2188: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende	4	3	75
Nierentransplantation	QI-ID 51559: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	10	7	70
Nierenlebendspende	QI-ID 51570: Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 3 Jahren	25	17	68
Lebertransplantation	QI-ID 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus	5	3	60
Nierentransplantation	QI-ID 51557: Intra- oder postoperative Komplikationen	5	3	60
Nierenlebendspende	QI-ID 51568: Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 1 Jahr	22	13	59,1
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	QI-ID 12193: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	9	5	55,6
Koronarchirurgie, isoliert	QI-ID 2257: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	2	1	50
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	QI-ID 2286: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	4	2	50
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	QI-ID 51637: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	2	1	50
Geburtshilfe	QI-ID 319: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen	11	5	45,5

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Leistungsbereich	Qualitätsindikator	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl der festgestellten qualitativen Auffälligkeiten	Anteil in %
Neonatologie	QI-ID 50064: Aufnahmetemperatur unter 36.0 Grad	18	8	44,4
Lebertransplantation	QI-ID 51595: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	12	5	41,7
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	QI-ID 50749: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²	34	14	41,2
Herztransplantation	QI-ID 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	9	3	33,3
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	QI-ID 2146: Entfernung des Pankreastransplantats	6	2	33,3
Geburtshilfe	QI-ID 51397: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	154	51	33,1
Ambulant erworbene Pneumonie	QI-ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	774	241	31,1
Herzschrittmacher-Rev./ -Systemw./-Expl.	QI-ID 694: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff innerhalb eines Jahres	165	50	30,3
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	QI-ID 12774: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²	53	16	30,2
Ambulant erworbene Pneumonie	QI-ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	502	149	29,7
Geburtshilfe	QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	60	17	28,3
Geburtshilfe	QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	103	28	27,2
Herzschrittmacher – Implantation	QI-ID 10178: Eingriffsdauer bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)	37	10	27
Neonatologie	QI-ID 50062: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) bei beatmeten Kindern mit Pneumothorax (ohne zuverlegte Kinder)	30	8	26,7
Geburtshilfe	QI-ID 1059: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	164	42	25,6
Herztransplantation	QI-ID 51647: 2-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	4	1	25

In den vorangegangenen Kapiteln wurde bereits der relativ hohe Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten thematisiert, die aufgrund von Dokumentationsmängeln nicht bewertet werden konnten (Kategorie D). Hier zeigen sich ebenfalls große Unterschiede zwischen den Indikatoren. Tabelle 13 führt alle Indikatoren auf, deren rechnerischen Auffälligkeiten zu mindestens 35 % nicht bewertet werden konnten.

Tabelle 13: Anteil von ausgewählten QI, die wg. fehlerhafter Dokumentation nicht bewertbar waren

Leistungsbereich	Qualitätsindikator	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	Anzahl der nicht bewertbaren Auffälligkeiten wg. Dokumentationsfehlern	Anteil in %
Leberlebendspende	QI-ID 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	1	1	100
Leberlebendspende	QI-ID 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	2	2	100
Lebertransplantation	QI-ID 51595: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	12	7	58,3
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	QI-ID 2218: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	47	24	51,1
Leberlebendspende	QI-ID 51604: Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 2 Jahren	6	3	50
Leberlebendspende	QI-ID 51605: Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 3 Jahren	8	4	50
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	QI-ID 51637: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	2	1	50
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	QI-ID 2062: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nicht-invasiver Ischämiezeichen	58	28	48,3
Geburtshilfe	QI-ID 319: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen	11	5	45,5
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	QI-ID 265: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	9	4	44,4
Implantierbare Defibrillatoren – Rev./Systemw./Expl.	QI-ID 50039: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	10	4	40
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	QI-ID 51525: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	5	2	40
Implantierbare Defibrillatoren – Rev./Systemw./Expl.	QI-ID 50035: Infektion als Indikation zum Eingriff	34	13	38,2
Geburtshilfe	QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	79	30	38
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	QI-ID 50016: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	8	3	37,5
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	QI-ID 50015: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	11	4	36,4
Mammachirurgie	QI-ID 2131: Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei brusterhaltender Therapie	107	39	36,4
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	QI-ID 1082: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	220	78	35,5

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6. Schlussfolgerung und Ausblick

Der neu gestalteten Bewertungssystematik kam für den durchgeführten Strukturierten Dialog des Erfassungsjahrs 2012 eine große Bedeutung zu. Die Zunahme an identifizierten Dokumentationsmängeln und qualitativen Auffälligkeiten spricht für eine stringentere Bewertung. Wenn auch die neue Systematik von allen Anwendern insgesamt als gut praktikabel eingeschätzt wird, hat sich gezeigt, dass noch unterschiedlich mit der neuen Bewertungssystematik umgegangen wurde Einige Landesarbeitsgruppen beurteilten die neuen Einstufungskategorien als positiv, andere äußerten den Wunsch nach zusätzlichen Kategorien, insbesondere zur Bewertung von Dokumentationsfehlern. Da die ursprüngliche Bewertungssystematik über 10 Jahre Bestand hatte, ist hier sicherlich noch von einer Eingewöhnungsphase auszugehen. Dennoch wird zu prüfen sein, ob ggf. Anpassungen notwendig sind.

Ähnlich wie in den Vorjahren fällt auf, dass trotz einer vergleichsweise hohen Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten in einigen Leistungsbereichen nur wenig bis gar keine Maßnahmen sowie Verbesserungsmaßnahmen initiiert worden sind. Ferner ist festzustellen, dass zu ca. 40 % der rechnerischen Auffälligkeiten lediglich ein Hinweis versendet wurde. Hier ist mit den Bundesfachgruppen und den Landesgeschäftsstellen zu prüfen, aus welchen Gründen sich für diese Art der Maßnahme entschieden wurde.

Positiv hervorzuheben ist, dass zu 714 rechnerischen Auffälligkeiten mit den betroffenen Krankenhäusern Zielvereinbarungen geschlossen wurden. Dies betrifft 261 Indikatorergebnisse mehr als im Vorjahr, und somit 7 % an allen angeforderten Stellungnahmen (n = 10.168).

Im Bereich der Transplantationen führte insbesondere die Worst-Case-Analyse zu einem Anstieg an rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten. Der Strukturierte Dialog hat gezeigt, dass bei fristgerechter Dokumentation eine deutlich bessere Vollzähligkeit im Follow-up der transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche hätte erreicht werden können. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Vollzähligkeit in Folge der Worst-Case-Analyse bereits für das Erfassungsjahr 2013 verbessert.

In jedem Jahr stellt der Strukturierte Dialog eine neue Herausforderung dar. Alle beteiligten Akteure investieren viel Zeit und Engagement in die sorgfältige Überprüfung der zur Verfügung gestellten Daten sowie in die abschließende Bewertung. Besondere Aufmerksamkeit gebührt vor allem dem Personal in den Krankenhäusern, das durch seine zumeist kooperative Mitwirkung den Strukturierten Dialog und somit die Überprüfung seiner täglichen Arbeit erst möglich machen. Neben den vorgegebenen gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen engagieren sich verschiedene Landesgeschäftsstellen zudem für eigene qualitätssichernde Projekte.

Des Weiteren existiert seit einigen Jahren die Projektgruppe „Leitfaden“ die aus Vertretern der beauftragten Landes-und Bundesebene besteht und die sich in regelmäßigen Treffen zu auftretenden Fragen bzgl. des Strukturierten Dialogs austauscht, um letztlich eine einheitlichere Umsetzung der jeweiligen Prozessschritte zu fördern und zu schaffen.

Da der gemeinsame Bericht der Bundes- und Landesebene über die Ergebnisse der Qualitätssicherungsverfahren ferner ein Forum für eine gemeinsame Weiterentwicklung der methodischen Ansätze darstellt, wurden auch in diesem Jahr von den beteiligten Akteuren wiederholt und verstärkt zahlreiche Schritte unternommen, um die Erkenntnisse des Verfahrens „Strukturierter Dialog“ einer intensiven Prüfung zu unterziehen und letztlich Verbesserungspotenziale auf allen Ebenen zu eruieren. In themenspezifischen Projektgruppen wurden unter anderem die Auslösemechanismen einer erneuten Diskussion unterzogen, die einzelnen Prozess-und Durchführungsschritte überprüft sowie die Darstellungsform der Berichterstattung beleuchtet. Die festgestellten Optimierungspotenziale werden gegenwärtig in der AG zur externen Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses überprüft.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Glossar

Begriff	Beschreibung
Algorithmus	Beruht auf mathematischen Strukturen. Eine exakt beschriebene Vorgehensweise zum Lösen eines Problems in endlich vielen und eindeutig beschriebenen Schritten.
ASA-Klassifikation	In der Medizin weit verbreitetes Schema der American Society of Anesthesiologists (ASA) zur Einteilung von Patienten nach ihrem allgemeinen Gesundheitszustand (ASA 1 bis 6). Anwendung findet das Schema vor allem zur Einschätzung von individuellen Operationsrisiken.
Auffälligkeit, rechnerische	Das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs und/oder weicht im Verhältnis zu den gemessenen Ergebnissen anderer Krankenhäuser signifikant ab.
Ausfüllhinweis	Beschreibt welche Informationen zu den einzelnen Datenfeldern vorliegen müssen bzw. dürfen.
Bundesfachgruppen	Beratende Expertengruppen für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.
Datenfeld	Kleinste Einheit eines Dokumentationsbogens.
Datensatz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugordnet wird.
Datenvalidierungsverfahren	Verfahren zur Überprüfung von QS-Daten einerseits auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität (statistische Basisprüfung), andererseits ihre Übereinstimmung (Konkordanz) mit einer Referenzquelle wie bspw. der Krankenakte (Stichprobenverfahren mit Datenabgleich).
Dokumentation	siehe: QS-Dokumentation
Ductus hepatocholedochus	Der Ductus hepatocholedochus ist ein großer Gallenweg außerhalb der Leber. Man spricht auch vom Hauptgallengang.
Ein-Fall-Regel	Bei rechnerischen Auffälligkeiten, die sich nur durch einen Fall pro Qualitätsindikator ergeben, kann ohne Begründung auf Maßnahmen im SD verzichtet werden. (§10 QSKH-RL)
Erfassungsjahr	Jahr in dem die Daten erhoben wurden, auf deren Grundlage der Strukturierte Dialog im Folgejahr (Verfahrensjahr) geführt wird.
Fallzahl	Anzahl von behandelten Patienten, z.B. für einen Leistungsbereich in einem Krankenhaus.
Follow-up	auch: Mehrpunktmessung, Mehrzeitpunktmessung. Versorgungsleistungen, deren Qualität (z.B. ein Behandlungserfolg) nicht einmalig, sondern zu unterschiedlichen weiteren Zeitpunkten gemessen wird. Die Messungen können in einem bestimmten oder auch in unterschiedlichen Sektoren (vgl. QSKH-RL) stattfinden.
Gemeinsamer Bundesausschuss	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Begriff	Beschreibung
Indikator	„Anzeiger“. Auch: Qualitätsindikator. Quantitatives Maß zur Bewertung der Qualität einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung, die sich auf das Behandlungsergebnis von Patienten auswirkt. Qualitätsindikatoren bilden Qualität indirekt, d.h. in Zahlen bzw. als Zahlenverhältnis ab. Ein Qualitätsindikator ermöglicht es also, ein Qualitätsziel in eine Zahl zu „übersetzen“.
Kellgren & Lawrence-Score	Allgemeine Klassifikation der Arthrose (Gelenkabnutzung) im Röntgenbild.
Kennzahl	s. Indikator
Leistungsbereich	hier: Leistungsbereich der gesetzlichen Qualitätssicherung (auch: QS-Verfahren). Medizinischer Themen- oder Behandlungsbereich, der im Rahmen der bundesweiten Qualitätssicherung dokumentationspflichtig ist.
Leitlinie, medizinische	Systematisch entwickelte, aber unverbindliche Orientierungs- bzw. Entscheidungshilfe v.a. für Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer bezüglich einer angemessenen medizinischen Versorgung. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat mittlerweile ein weithin anerkanntes 3-stufiges Klassifikationssystem (S1 bis S3) zur Bewertung des Entwicklungsstandes und damit der Güte von Leitlinien erstellt.
Letalität	Tödlichkeit (einer Krankheit). Verhältnis der durch eine bestimmte Erkrankung verursachten Todesfälle zur Gesamtanzahl der hieran Erkrankten.
Observed to Expected Ratio (O/E)	Das Verhältnis aus der beobachteten (O = observed) und der erwarteten (E = expected) Rate ist ein für die Risikoadjustierung wichtiger Wert. Der Wert O ist die Rate (Quotient) aus den tatsächlich beobachteten Ereignissen („roh“, d.h. ohne Risikoadjustierung) und der Grundgesamtheit der Fälle im betreffenden Erfassungsjahr. Der Wert für die erwartete Rate E ergibt sich als Verhältnis der erwarteten Ereignisse und der Grundgesamtheit der Fälle des Erfassungsjahres. Zur Berechnung des Risikoprofils werden Regressionsmodelle herangezogen, die auf Daten des Vorjahres zurückgreifen. Ein O/E-Wert von 1,20 bedeutet, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 20 % größer ist als die erwartete Rate. Umgekehrt bedeutet ein O/E-Wert von 0,90, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 10 % kleiner ist als die erwartete. Der O/E-Wert ist dimensionslos und wird mit zwei Nachkommastellen angegeben.
Patientensicherheit	Abwesenheit/Vermeidung unerwünschter Ereignisse im Zusammenhang mit einer medizinisch-pflegerischen Behandlung.
Perzentile	„Hundertstelwerte“. Statistische Aus- und Bewertungsgröße: Perzentile zerlegen eine statistische Verteilung (von Fällen) in 100 gleich große Teile (1 %-Segmente). Das 95. Perzentil besagt bspw., dass 95 % aller Fälle unterhalb bzw. 5 % oberhalb des Wertes liegen.
Plausibilitätsprüfung	Statistisches Verfahren, mit dem die Dokumentationsdaten auf erlaubte und/oder fehlende Werte, Widerspruchsfreiheit, Werteverteilung und bekannte Korrelationen geprüft werden.
Qualität	Bezogen auf die Gesundheitsversorgung: Grad, in dem versorgungsrelevante Ergebnisse, Prozesse und Strukturen bestimmte Anforderungen erfüllen.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten für die Qualitätssicherung. Die QS-Dokumentationen durch die Leistungserbringer ist das derzeit wichtigste Erhebungsinstrument der Qualitätssicherung.
Qualitätsindikator	siehe: Indikator

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Begriff	Beschreibung
Qualitätssicherung	Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen bzw. zur Erreichung bestimmter Qualitätsziele. Hier: Gesetzliche Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §§135–139 SGB V.
externe stationäre~	Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung für medizinisch-pflegerische Leistungen, die ausschließlich im stationären Sektor erbracht werden.
interne~	Maßnahmen, die einrichtungsintern durchgeführt werden, um die eigene Leistung nach definierten Kriterien zu überprüfen, Verbesserungspotenziale aufzudecken und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einleiten zu können.
Qualitätsziel	Definition konkreter Anforderungen an den Inhalt, die Ausführung oder das Ergebnis einer medizinisch-pflegerischen Leistung. Anhand der Indikatorwerte bzw. unter Anlegung der Referenzbereiche lässt sich ermitteln, ob und in welchem Umfang Einrichtungen des Gesundheitswesens die definierten Qualitätsziele erreichen.
QS-Filter	Der QS-Filter ist eine Software, die auf Grundlage festgelegter Kriterien (zumeist Abrechnungsdaten, z.B. §301 Daten) die für die Qualitätssicherung zu dokumentierenden Patienten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.
Rechenregeln	Definierte Regeln zur Berechnung von Indikatoren.
Referenzbereich	Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Indikators für erreichbar gute Qualität an. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Der Referenzbereich kann auch als „Unauffälligkeitsbereich“ bezeichnet werden. Derzeit werden Ziel- und Toleranzbereiche unterschieden.
Risikoadjustierung	Methode zur Ermittlung und Gewichtung wesentlicher Einflussfaktoren (individueller Risiken) auf die Ausprägung einer Messgröße. Eine Risikoadjustierung ist vor allem bei Qualitätsindikatoren erforderlich, die sich auf Behandlungsergebnisse und einen Einrichtungsvergleich beziehen. Um hier einen fairen Vergleich zu erhalten, dürfen nur in gleichem Umfang erkrankte Patienten in Einrichtungen mit einer vergleichbaren Klientel miteinander verglichen werden.
Routinedaten	hier: Daten, die wesentlich zur Abwicklung von Geschäfts- und Verwaltungsabläufen erhoben werden (z.B. Abrechungsdaten, personenbezogene administrative Daten). Abseits des uneinheitlichen Sprachgebrauchs stehen die Sozialdaten der Gesetzlichen Krankenkassen (auch: GKV-Routinedaten) im Vordergrund des Interesses, da sie gem. §299 SGB V zu Zwecken der Qualitätssicherung verwendet werden dürfen. Diese beinhalten insbesondere die abrechnungsrelevanten Daten für ambulante und stationäre Versorgungsleistungen (§§295 und 301 SGB V), für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (§§300 und 302 SGB V) sowie die Versichertenstammdaten (§290 SGB V). Das AQUA-Institut verwendet den Begriff derzeit für Sozialdaten bei den Krankenkassen und die Abrechnungsdaten nach §21 KHEntgG (Abrechnungsdaten des stationären Sektors).
Sektor	Institutionell, d.h. durch unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten getrennte Bereiche der medizinisch-therapeutischen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (z.B. ambulant/stationär).
Sentinel-Event-Indikator	Sehr seltene und schwerwiegende medizinische Ereignisse (z.B. Todesfälle während eines Routineeingriffs). In der Qualitätssicherung zeigt ein Sentinel-Event-Indikator Vorkommnisse an, denen in jedem Einzelfall nachgegangen wird.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Begriff	Beschreibung
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Datenfelder der QS-Dokumentation wie erhoben werden, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen (z.B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die Dokumentationspflicht ausgelöst wird. Im Rahmen der Neuentwicklung von QS-Verfahren ist die Spezifikation als das Ergebnis der informationstechnischen Aufbereitung zu betrachten.
Systempflege	Routinemäßige und kontinuierliche Evaluation und Anpassung der Qualitätsindikatoren, der Softwarespezifikation usw.
Toleranzbereich	Für einige Indikatoren lässt sich kein Referenzbereich auf wissenschaftlicher Basis festlegen, der eine erreichbar gute Qualität beschreibt. Hier wird der Referenzbereich so festgelegt, dass er besonders auffällige Ergebnisse abgrenzt. Dies kann sowohl über einen festen Wert als auch über ein Perzentil erfolgen (Perzentil-Referenzbereich).
Validität	Übereinstimmung von Aussagen, Daten, Messwerten usw. mit der „Realität“.
Verweildauer	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.
postoperative ~	Abstand zwischen dem Operationstag und dem Entlassungstag.
präoperative ~	Abstand zwischen dem Aufnahmetag und dem Operationstag.
Vollzähligkeit	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.
Worst-Case-Analyse/-Indikator	In der Ergebnisdarstellung für die Überlebensraten im Follow-up ist zu berücksichtigen, dass zusätzlich zu den bisherigen Indikatoren, die die 1-, 2- oder 3-Jahres-Überlebensraten bei bekanntem Überlebensstatus abbilden, das Indikatorergebnis als Worst-Case-Analyse ausgewiesen wird. Das bedeutet, dass alle Patienten, zu denen keine Informationen zum Überlebensstatus vorliegen, als verstorben betrachtet werden. Der Indikator misst demnach tatsächliche und aufgrund mangelhafter Dokumentation vermutete Todesfälle. Somit treffen die Worst-Case-Indikatoren eine Aussage über die Dokumentations- bzw. Nachsorgequalität der Einrichtungen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Abschlussbericht gemäß §15 Abs. 2 QSKH-Richtlinie

Bericht zum Strukturierten Dialog 2013

Anhang

Stand: 15. Mai 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Impressum

Herausgeber:
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:
Bericht zum Strukturierten Dialog 2013

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
jährlich

Datum der Abgabe:
15. Mai 2014

Signatur:
14-SQG-006

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Inhaltsverzeichnis

Redaktionelle Hinweise ... 7
1. Cholezystektomie ... 8
1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 8
1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 9
1.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 10
1.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 11
2. Karotis-Revaskularisation ... 12
2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 12
2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 13
2.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 14
2.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 15
3. Ambulant erworbene Pneumonie ... 16
3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 16
3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 17
3.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 18
3.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 20
4. Herzschrittmacher-Implantation ... 21
4.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 21
4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 22
4.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 23
4.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 25
5. Herzschrittmacher-Aggregatwechsel ... 26
5.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 26
5.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 27
5.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 28
5.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 30
6. Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation ... 31
6.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 31
6.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 32
6.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 33
6.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 35
7. Implantierbare Defibrillatoren – Implantation ... 36
7.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 36
7.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 37

© 2014 AQUA-Institut GmbH

7.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 38
7.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 40
8. Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel ... 41
8.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 41
8.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 42
8.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 43
8.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 44
9. Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation ... 45
9.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 45
9.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 46
9.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 47
9.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 48
10. Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) ... 49
10.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 49
10.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 50
10.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 51
10.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 53
11. Koronarchirurgie, isoliert ... 54
11.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 54
11.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 55
12. Aortenklappenchirurgie, isoliert ... 56
12.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 56
12.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 57
13. Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie ... 58
13.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 58
13.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 58
14. Herztransplantation ... 59
14.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 59
14.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 60
15. Lungen- und Herz-Lungentransplantation ... 61
15.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 61
15.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 62
16. Lebertransplantation ... 63
16.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 63
16.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 64
17. Leberlebendspende ... 65
17.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 65

© 2014 AQUA-Institut GmbH

17.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 66
18. Nierentransplantation ... 67
18.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 67
18.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 68
19. Nierenlebendspende ... 69
19.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 69
19.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 70
20. Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation ... 71
20.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 71
20.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 71
21. Geburtshilfe ... 72
21.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 72
21.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 73
21.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 74
21.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 75
22. Neonatologie ... 76
22.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 76
22.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 77
22.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 78
22.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 81
23. Gynäkologische Operationen ... 82
23.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 82
23.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 83
23.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 84
23.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 86
24. Mammachirurgie ... 87
24.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 87
24.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 88
24.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 89
24.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 90
25. Hüftgelenknahe Femurfraktur ... 91
25.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 91
25.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 92
25.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 93
25.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 95
26. Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation ... 96
26.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 96

© 2014 AQUA-Institut GmbH

26.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 97
26.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 98
26.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 100
27. Hüft-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel ... 101
27.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 101
27.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 102
27.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 103
27.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 105
28. Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation ... 106
28.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 106
28.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 107
28.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 108
28.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 109
29. Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel ... 110
29.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 110
29.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 111
29.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 112
29.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 113
30. Pflege: Dekubitusprophylaxe ... 114
30.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 114
30.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 115
30.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 116
30.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 117
31. Auszüge aus der QSKH-Richtlinie ... 118

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Redaktionelle Hinweise

Im vorliegenden Anhang dieses Berichtes werden sämtliche Ergebnisse des Strukturierten Dialogs des Erfassungsjahres 2012 dargestellt. Für die Leistungsbereiche der indirekten Verfahren werden jeweils vier Tabellen ausgewiesen:

- Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator
- Ergebnisse pro Qualitätsindikator
- Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland
- Ergebnisse pro Bundesland

Für die Leistungsbereiche der direkten Verfahren werden jeweils zwei Tabellen dargestellt, da der Strukturierte Dialog nur auf Bundesebene geführt wird und nicht in den einzelnen Bundesländern:

- Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator
- Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Die Anzahl der datenliefernden Krankenhäuser und die Anzahl der Datensätze finden sich jeweils zu Beginn des Leistungsbereichs (rechtsseitig, obenstehend aufgeführt).

Die zusätzliche Bezeichnung der Qualitätsindikatoren erfuhr eine redaktionelle Änderung. Während im vergangenen Jahr die Indikatoren mit ihren numerischen Kürzeln, z.B. „QI 1“ aufgeführt worden sind, befinden sich ab diesem Jahr die Identifikationsnummern vor dem entsprechenden Indikatornamen.

Die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ ist nicht gleichzusetzen mit der Summe aus „H20“ und „H99“. Es wurden zudem Hinweise versendet, die mit einer anderen Bewertungskategorie eingestuft worden sind.
Bei kleinen Zahlen kann es bei den Anteilen z.B. 0,012% aufgrund der automatisierten Rundung vorkommen, dass die Berechnung eine „0,0“ ausweist. Allerdings sind die Anzahl und die Ergebnisse in der Spalte abschließend korrekt ermittelt und dargestellt.

Tabelle 1: Bewertungsschema für die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs ab EJ 2012

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1. Cholezystektomie

Anzahl Datensätze: 172.072
Anzahl Krankenhäuser: 1.098

1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 220: Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus	183	1,0	0	0,0	17	9,3	166	90,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	4,2
QI-ID 224: Allgemeine postoperative Komplikationen	67	0,4	0	0,0	26	38,8	41	61,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,9
QI-ID 225: Allgemeine postoperative Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	61	0,3	0	0,0	41	67,2	19	31,1	1	1,6	1	5,3	0	0,0	3	15,8
QI-ID 226: Allgemeine postoperative Komplikationen nach offen-chirurgischer Operation	166	0,9	0	0,0	104	62,7	61	36,7	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	1,6
QI-ID 613: Behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	63	0,4	0	0,0	21	33,3	42	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4
QI-ID 50791: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen	75	0,4	0	0,0	22	29,3	53	70,7	0	0,0	1	1,9	0	0,0	3	5,7
QI-ID 50824: Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko	164	0,9	0	0,0	18	11,0	146	89,0	0	0,0	2	1,4	0	0,0	2	1,4
QI-ID 51391: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	61	0,3	0	0,0	22	36,1	39	63,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**840**	**4,7**	**0**	**0,0**	**271**	**32,3**	**567**	**67,5**	**2**	**0,2**	**4**	**0,7**	**0**	**0,0**	**19**	**3,4**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	93	0,5	0	0,0	13	14,0	80	86,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,8
Bayern	111	0,6	0	0,0	98	88,3	13	11,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	40	0,2	0	0,0	21	52,5	19	47,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	21	0,1	0	0,0	0	0,0	21	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	16	0,1	0	0,0	4	25,0	12	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	55	0,3	0	0,0	18	32,7	37	67,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	14	0,1	0	0,0	0	0,0	14	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	80	0,5	0	0,0	0	0,0	80	100	0	0,0	4	5,0	0	0,0	4	5,0
Nordrhein-Westfalen	218	1,2	0	0,0	58	26,6	160	73,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	7,5
Rheinland-Pfalz	50	0,3	0	0,0	22	44,0	28	56,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	12	0,1	0	0,0	0	0,0	10	83,3	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	55	0,3	0	0,0	10	18,2	45	81,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	21	0,1	0	0,0	9	42,9	12	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	26	0,1	0	0,0	7	26,9	19	73,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	24	0,1	0	0,0	10	41,7	14	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**840**	**4,7**	**0**	**0,0**	**271**	**32,3**	**567**	**67,5**	**2**	**0,2**	**4**	**0,7**	**0**	**0,0**	**19**	**3,4**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 220: Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus	183	10	5,5	126	68,9	11	6,0	10	5,5	0	0,0	2	1,1	6	3,3	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	9,3
QI-ID 224: Allgemeine postoperative Komplikationen	67	2	3,0	30	44,8	1	1,5	0	0,0	1	1,5	1	1,5	2	3,0	1	1,5	1	1,5	0	0,0	0	0,0	2	3,0	26	38,8
QI-ID 225: Allgemeine postoperative Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	61	1	1,6	12	19,7	3	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3	39	63,9
QI-ID 226: Allgemeine postoperative Komplikationen nach offen-chirurgischer Operation	166	2	1,2	51	30,7	6	3,6	2	1,2	1	0,6	0	0,0	1	0,6	1	0,6	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,6	100	60,2
QI-ID 613: Behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	63	1	1,6	35	55,6	2	3,2	2	3,2	0	0,0	1	1,6	3	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	30,2
QI-ID 50791: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen	75	3	4,0	37	49,3	1	1,3	3	4,0	1	1,3	1	1,3	7	9,3	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	28,0
QI-ID 50824: Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko	164	9	5,5	128	78,0	4	2,4	2	1,2	1	0,6	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	18	11,0
QI-ID 51391: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	61	4	6,6	34	55,7	3	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	31,1
Gesamt	**840**	**32**	**3,8**	**453**	**53,9**	**31**	**3,7**	**19**	**2,3**	**4**	**0,5**	**5**	**0,6**	**25**	**3,0**	**3**	**0,4**	**3**	**0,4**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**6**	**0,7**	**259**	**30,8**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	93	0	0,0	64	68,8	7	7,5	4	4,3	0	0,0	0	0,0	3	3,2	0	0,0	2	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	14,0
Bayern	111	1	0,9	10	9,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	98	88,3
Berlin	40	1	2,5	18	45,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	52,5
Brandenburg	21	0	0,0	19	90,5	1	4,8	0	0,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	16	16	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	55	0	0,0	33	60,0	3	5,5	2	3,6	0	0,0	0	0,0	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	27,3
Mecklenburg-Vorpommern	14	2	14,3	8	57,1	3	21,4	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	80	1	1,3	62	77,5	11	13,8	1	1,3	0	0,0	0	0,0	3	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,5	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	218	7	3,2	132	60,6	1	0,5	6	2,8	2	0,9	1	0,5	8	3,7	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,9	58	26,6
Rheinland-Pfalz	50	1	2,0	21	42,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	5	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	44,0
Saarland	12	0	0,0	4	33,3	0	0,0	4	33,3	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0
Sachsen	55	1	1,8	35	63,6	1	1,8	0	0,0	0	0,0	2	3,6	3	5,5	3	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	18,2
Sachsen-Anhalt	21	0	0,0	16	76,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	23,8
Schleswig-Holstein	26	0	0,0	19	73,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	26,9
Thüringen	24	2	8,3	8	33,3	4	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	41,7
Gesamt	**840**	**32**	**3,8**	**453**	**53,9**	**31**	**3,7**	**19**	**2,3**	**4**	**0,5**	**5**	**0,6**	**25**	**3,0**	**3**	**0,4**	**3**	**0,4**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**6**	**0,7**	**259**	**30,8**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2. Karotis-Revaskularisation

Anzahl Datensätze: 32.320
Anzahl Krankenhäuser: 599

2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	12	0,1	0	0,0	6	50,0	6	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
QI-ID 604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	21	0,1	0	0,0	10	47,6	11	52,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
QI-ID 11704: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch	51	0,3	0	0,0	13	25,5	38	74,5	0	0,0	4	10,5	0	0,0	2	5,3
QI-ID 11724: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch	41	0,2	0	0,0	14	34,1	27	65,9	0	0,0	2	7,4	0	0,0	3	11,1
Gesamt	**125**	**0,7**	**0**	**0,0**	**43**	**34,4**	**82**	**65,6**	**0**	**0,0**	**6**	**7,3**	**0**	**0,0**	**7**	**8,5**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	21	0,1	0	0,0	4	19,0	17	81,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	22	0,1	0	0,0	19	86,4	3	13,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	5	0,0	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	5	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	2	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	3	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	10	0,1	0	0,0	0	0,0	10	100	0	0,0	4	40,0	0	0,0	4	40,0
Nordrhein-Westfalen	20	0,1	0	0,0	9	45,0	11	55,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	27,3
Rheinland-Pfalz	4	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	13	0,1	0	0,0	4	30,8	9	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	7	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	6	0,0	0	0,0	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**125**	**0,7**	**0**	**0,0**	**43**	**34,4**	**82**	**65,6**	**0**	**0,0**	**6**	**7,3**	**0**	**0,0**	**7**	**8,5**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 603: Indikation bei asymptomatischer Karotis-stenose - offen-chirurgisch	12	1	8,3	2	16,7	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	50,0
QI-ID 604: Indikation bei symptomatischer Karotis-stenose - offen-chirurgisch	21	0	0,0	7	33,3	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,5	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	47,6
QI-ID 11704: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlag-anfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch	51	3	5,9	30	58,8	0	0,0	3	5,9	0	0,0	2	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	25,5
QI-ID 11724: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch	41	3	7,3	19	46,3	0	0,0	3	7,3	0	0,0	2	4,9	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	31,7
Gesamt	**125**	**7**	**5,6**	**58**	**46,4**	**3**	**2,4**	**6**	**4,8**	**0**	**0,0**	**4**	**3,2**	**4**	**3,2**	**1**	**0,8**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**42**	**33,6**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	21	0	0,0	14	66,7	3	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	19,0
Bayern	22	0	0,0	3	13,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	86,4
Berlin	5	1	20,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0
Brandenburg	5	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	2	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	6	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	3	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	10	0	0,0	8	80,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	20	1	5,0	7	35,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	45,0
Rheinland-Pfalz	4	1	25,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Sachsen	13	1	7,7	8	61,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	30,8
Sachsen-Anhalt	7	1	14,3	3	42,9	0	0,0	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	1	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	6	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	66,7
Gesamt	**125**	**7**	**5,6**	**58**	**46,4**	**3**	**2,4**	**6**	**4,8**	**0**	**0,0**	**4**	**3,2**	**4**	**3,2**	**1**	**0,8**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**42**	**33,6**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

3. Ambulant erworbene Pneumonie

Anzahl Datensätze: 242.881
Anzahl Krankenhäuser: 1.271

3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2005: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	271	1,5	0	0,0	89	32,8	178	65,7	4	1,5	5	2,8	0	0,0	22	12,4
QI-ID 2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	276	1,6	0	0,0	105	38,0	170	61,6	1	0,4	5	2,9	0	0,0	18	10,6
QI-ID 2012: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	158	0,9	0	0,0	123	77,8	35	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
QI-ID 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	149	0,8	0	0,0	69	46,3	79	53,0	1	0,7	2	2,5	0	0,0	12	15,2
QI-ID 2015: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme	136	0,8	0	0,0	51	37,5	84	61,8	1	0,7	3	3,6	0	0,0	6	7,1
QI-ID 2018: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	203	1,1	0	0,0	113	55,7	90	44,3	0	0,0	2	2,2	0	0,0	4	4,4
QI-ID 2019: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	32	0,2	0	0,0	24	75,0	8	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	502	2,8	0	0,0	149	29,7	347	69,1	6	1,2	10	2,9	0	0,0	59	17,0
QI-ID 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	159	0,9	2	1,3	80	50,3	77	48,4	0	0,0	2	2,6	0	0,0	16	20,8
QI-ID 11878: Sterblichkeit im Krankenhaus	130	0,7	0	0,0	44	33,8	86	66,2	0	0,0	1	1,2	0	0,0	5	5,8
QI-ID 11879: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	139	0,8	0	0,0	79	56,8	60	43,2	0	0,0	1	1,7	0	0,0	2	3,3
QI-ID 11880: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	135	0,8	0	0,0	67	49,6	68	50,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	10,3
QI-ID 11881: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	238	1,3	0	0,0	151	63,4	87	36,6	0	0,0	2	2,3	0	0,0	3	3,4
QI-ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	774	4,4	0	0,0	243	31,4	531	68,6	0	0,0	10	1,9	0	0,0	80	15,1
Gesamt	**3.302**	**18,7**	**2**	**0,1**	**1.387**	**42,0**	**1.900**	**57,5**	**13**	**0,4**	**43**	**2,3**	**0**	**0,0**	**235**	**12,4**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	410	2,3	0	0,0	205	50,0	193	47,1	12	2,9	14	7,3	0	0,0	63	32,6
Bayern	616	3,5	0	0,0	433	70,3	183	29,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	155	0,9	0	0,0	67	43,2	88	56,8	0	0,0	8	9,1	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	113	0,6	0	0,0	0	0,0	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	38	0,2	0	0,0	2	5,3	36	94,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	32	0,2	0	0,0	15	46,9	17	53,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	140	0,8	0	0,0	11	7,9	128	91,4	1	0,7	12	9,4	0	0,0	12	9,4
Mecklenburg-Vorpommern	88	0,5	0	0,0	15	17,0	73	83,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	390	2,2	0	0,0	211	54,1	179	45,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	604	3,4	0	0,0	144	23,8	460	76,2	0	0,0	4	0,9	0	0,0	136	29,6
Rheinland-Pfalz	163	0,9	0	0,0	77	47,2	86	52,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	22,1
Saarland	60	0,3	0	0,0	0	0,0	60	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	210	1,2	0	0,0	102	48,6	108	51,4	0	0,0	5	4,6	0	0,0	5	4,6
Sachsen-Anhalt	132	0,7	0	0,0	64	48,5	68	51,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	89	0,5	2	2,2	16	18,0	71	79,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	62	0,4	0	0,0	25	40,3	37	59,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**3.302**	**18,7**	**2**	**0,1**	**1.387**	**42,0**	**1.900**	**57,5**	**13**	**0,4**	**43**	**2,3**	**0**	**0,0**	**235**	**12,4**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

3.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2005: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	271	15	5,5	32	11,8	8	3,0	58	21,4	1	0,4	3	1,1	56	20,7	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	10	3,7	87	32,1
QI-ID 2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	276	28	10,1	56	20,3	4	1,4	48	17,4	1	0,4	3	1,1	24	8,7	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,4	7	2,5	103	37,3
QI-ID 2012: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	158	6	3,8	10	6,3	1	0,6	5	3,2	1	0,6	0	0,0	14	8,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	121	76,6
QI-ID 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	149	16	10,7	28	18,8	2	1,3	10	6,7	1	0,7	1	0,7	23	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3	66	44,3
QI-ID 2015: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme	136	12	8,8	17	12,5	3	2,2	19	14,0	4	2,9	1	0,7	22	16,2	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	6	4,4	51	37,5
QI-ID 2018: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	203	6	3,0	34	16,7	9	4,4	6	3,0	0	0,0	0	0,0	30	14,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	3,9	110	54,2

© 2014 AQUA-Institut GmbH

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2019: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	32	0	0,0	7	21,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	24	75,0
QI-ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	502	36	7,2	44	8,8	26	5,2	128	25,5	5	1,0	16	3,2	90	17,9	0	0,0	1	0,2	1	0,2	1	0,2	16	3,2	138	27,5
QI-ID 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	159	5	3,1	19	11,9	2	1,3	12	7,5	4	2,5	2	1,3	31	19,5	0	0,0	0	0,0	2	1,3	0	0,0	3	1,9	79	49,7
QI-ID 11878: Sterblichkeit im Krankenhaus	130	12	9,2	45	34,6	3	2,3	2	1,5	2	1,5	0	0,0	19	14,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,3	44	33,8
QI-ID 11879: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	139	8	5,8	38	27,3	1	0,7	1	0,7	2	1,4	0	0,0	12	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	77	55,4
QI-ID 11880: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	135	13	9,6	32	23,7	4	3,0	0	0,0	2	1,5	0	0,0	14	10,4	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	2	1,5	67	49,6
QI-ID 11881: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	238	9	3,8	67	28,2	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	8	3,4	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	2	0,8	150	63,0
QI-ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	774	43	5,6	64	8,3	51	6,6	218	28,2	8	1,0	15	1,9	118	15,2	1	0,1	0	0,0	2	0,3	0	0,0	16	2,1	238	30,7
Gesamt	**3.302**	**209**	**6,3**	**493**	**14,9**	**114**	**3,5**	**507**	**15,4**	**32**	**1,0**	**41**	**1,2**	**461**	**14,0**	**1**	**0,0**	**2**	**0,1**	**9**	**0,3**	**2**	**0,1**	**76**	**2,3**	**1.355**	**41,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

3.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	410	4	1,0	23	5,6	7	1,7	92	22,4	6	1,5	18	4,4	52	12,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	12	2,9	195	47,6
Bayern	616	25	4,1	66	10,7	0	0,0	30	4,9	6	1,0	0	0,0	55	8,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	433	70,3
Berlin	155	48	31,0	16	10,3	0	0,0	12	7,7	3	1,9	0	0,0	8	5,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	67	43,2
Brandenburg	113	5	4,4	71	62,8	4	3,5	12	10,6	3	2,7	2	1,8	16	14,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	38	4	10,5	29	76,3	0	0,0	3	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,3
Hamburg	32	26	81,3	0	0,0	0	0,0	6	18,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	140	2	1,4	34	24,3	0	0,0	31	22,1	4	2,9	9	6,4	50	35,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	7,1
Mecklenburg-Vorpommern	88	0	0,0	29	33,0	3	3,4	19	21,6	0	0,0	1	1,1	21	23,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	17,0
Niedersachsen	390	13	3,3	45	11,5	17	4,4	66	16,9	2	0,5	2	0,5	31	7,9	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	211	54,1
Nordrhein-Westfalen	604	40	6,6	74	12,3	16	2,6	133	22,0	2	0,3	1	0,2	172	28,5	0	0,0	1	0,2	5	0,8	0	0,0	16	2,6	144	23,8
Rheinland-Pfalz	163	0	0,0	15	9,2	21	12,9	30	18,4	2	1,2	0	0,0	18	11,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	77	47,2
Saarland	60	0	0,0	35	58,3	0	0,0	18	30,0	2	3,3	0	0,0	5	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	210	2	1,0	7	3,3	5	2,4	22	10,5	2	1,0	8	3,8	17	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	45	21,4	102	48,6
Sachsen-Anhalt	132	17	12,9	22	16,7	6	4,5	22	16,7	0	0,0	0	0,0	4	3,0	0	0,0	1	0,8	2	1,5	0	0,0	0	0,0	58	43,9
Schleswig-Holstein	89	22	24,7	13	14,6	35	39,3	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,2	0	0,0	0	0,0	16	18,0
Thüringen	62	1	1,6	14	22,6	0	0,0	10	16,1	0	0,0	0	0,0	12	19,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	40,3
Gesamt	**3.302**	**209**	**6,3**	**493**	**14,9**	**114**	**3,5**	**507**	**15,4**	**32**	**1,0**	**41**	**1,2**	**461**	**14,0**	**1**	**0,0**	**2**	**0,1**	**9**	**0,3**	**2**	**0,1**	**76**	**2,3**	**1.355**	**41,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4. Herzschrittmacher-Implantation

Anzahl Datensätze: 76.223
Anzahl Krankenhäuser: 988

4.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 209: Vorhofsondendislokation	137	0,8	0	0,0	75	54,7	62	45,3	0	0,0	3	4,8	0	0,0	5	8,1
QI-ID 581: Ventrikelsondendislokation	105	0,6	0	0,0	48	45,7	57	54,3	0	0,0	3	5,3	0	0,0	4	7,0
QI-ID 582: Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV	44	0,2	0	0,0	29	65,9	15	34,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
QI-ID 583: Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV	14	0,1	0	0,0	10	71,4	4	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 690: Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	53	0,3	0	0,0	22	41,5	31	58,5	0	0,0	2	6,5	0	0,0	1	3,2
QI-ID 1103: Chirurgische Komplikationen	199	1,1	0	0,0	86	43,2	113	56,8	0	0,0	5	4,4	0	0,0	6	5,3
QI-ID 2196: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	62	0,4	0	0,0	33	53,2	29	46,8	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0
QI-ID 10148: Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	81	0,5	0	0,0	39	48,1	42	51,9	0	0,0	4	9,5	0	0,0	8	19,0
QI-ID 10178: Eingriffsdauer bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)	37	0,2	0	0,0	17	45,9	20	54,1	0	0,0	4	20,0	0	0,0	5	25,0
QI-ID 10223: Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	39	0,2	0	0,0	19	48,7	20	51,3	0	0,0	1	5,0	0	0,0	2	10,0
QI-ID 10249: Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)	14	0,1	0	0,0	7	50,0	7	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51191: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	64	0,4	0	0,0	17	26,6	47	73,4	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**849**	**4,8**	**0**	**0,0**	**402**	**47,3**	**447**	**52,7**	**0**	**0,0**	**24**	**5,4**	**0**	**0,0**	**32**	**7,2**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	73	0,4	0	0,0	27	37,0	46	63,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,5
Bayern	165	0,9	0	0,0	138	83,6	27	16,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	27	0,2	0	0,0	17	63,0	10	37,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	17	0,1	0	0,0	10	58,8	7	41,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	6	0,0	0	0,0	2	33,3	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	4	0,0	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	54	0,3	0	0,0	6	11,1	48	88,9	0	0,0	6	12,5	0	0,0	6	12,5
Mecklenburg-Vorpommern	12	0,1	0	0,0	1	8,3	11	91,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	89	0,5	0	0,0	0	0,0	89	100	0	0,0	5	5,6	0	0,0	4	4,5
Nordrhein-Westfalen	233	1,3	0	0,0	113	48,5	120	51,5	0	0,0	13	10,8	0	0,0	18	15,0
Rheinland-Pfalz	62	0,4	0	0,0	39	62,9	23	37,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3
Saarland	15	0,1	0	0,0	0	0,0	15	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	39	0,2	0	0,0	12	30,8	27	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	33	0,2	0	0,0	21	63,6	12	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	10	0,1	0	0,0	3	30,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	10	0,1	0	0,0	9	90,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**849**	**4,8**	**0**	**0,0**	**402**	**47,3**	**447**	**52,7**	**0**	**0,0**	**24**	**5,4**	**0**	**0,0**	**32**	**7,2**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 209: Vorhofsondendislokation	137	3	2,2	41	29,9	2	1,5	9	6,6	2	1,5	3	2,2	3	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5	72	52,6
QI-ID 581: Ventrikelsondendislokation	105	3	2,9	41	39,0	0	0,0	8	7,6	3	2,9	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	47	44,8
QI-ID 582: Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV	44	0	0,0	7	15,9	0	0,0	3	6,8	0	0,0	0	0,0	4	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	0	0,0	29	65,9
QI-ID 583: Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV	14	0	0,0	1	7,1	2	14,3	1	7,1	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	64,3
QI-ID 690: Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	53	0	0,0	12	22,6	6	11,3	1	1,9	0	0,0	1	1,9	9	17,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8	22	41,5
QI-ID 1103: Chirurgische Komplikationen	199	1	0,5	87	43,7	2	1,0	19	9,5	1	0,5	0	0,0	3	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,0	84	42,2
QI-ID 2196: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	62	0	0,0	14	22,6	0	0,0	3	4,8	1	1,6	2	3,2	5	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,2	2	3,2	33	53,2
QI-ID 10148: Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	81	3	3,7	19	23,5	2	2,5	12	14,8	3	3,7	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,5	39	48,1
QI-ID 10178: Eingriffsdauer bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)	37	2	5,4	8	21,6	0	0,0	8	21,6	1	2,7	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	45,9
QI-ID 10223: Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	39	3	7,7	14	35,9	0	0,0	3	7,7	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	46,2

© 2014 AQUA-Institut GmbH

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 10249: Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)	14	1	7,1	5	35,7	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	6	42,9
QI-ID 51191: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	64	1	1,6	45	70,3	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	16	25,0
Gesamt	**849**	**17**	**2,0**	**294**	**34,6**	**14**	**1,6**	**69**	**8,1**	**12**	**1,4**	**10**	**1,2**	**25**	**2,9**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**3**	**0,4**	**13**	**1,5**	**392**	**46,2**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	73	2	2,7	29	39,7	2	2,7	7	9,6	4	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,7	27	37,0
Bayern	165	0	0,0	21	12,7	0	0,0	2	1,2	0	0,0	0	0,0	4	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	138	83,6
Berlin	27	2	7,4	5	18,5	0	0,0	2	7,4	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	63,0
Brandenburg	17	0	0,0	5	29,4	0	0,0	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	58,8
Bremen	6	0	0,0	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3
Hamburg	4	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	54	0	0,0	29	53,7	1	1,9	15	27,8	0	0,0	0	0,0	3	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	11,1
Mecklenburg-Vorpommern	12	0	0,0	6	50,0	1	8,3	1	8,3	0	0,0	1	8,3	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Niedersachsen	89	0	0,0	67	75,3	0	0,0	10	11,2	2	2,2	0	0,0	10	11,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	233	8	3,4	65	27,9	6	2,6	19	8,2	3	1,3	7	3,0	4	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	3,4	113	48,5
Rheinland-Pfalz	62	0	0,0	19	30,6	0	0,0	3	4,8	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	39	62,9
Saarland	15	0	0,0	13	86,7	1	6,7	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	39	1	2,6	13	33,3	3	7,7	8	20,5	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	12	30,8
Sachsen-Anhalt	33	0	0,0	11	33,3	0	0,0	0	0,0	1	3,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	9,1	2	6,1	15	45,5
Schleswig-Holstein	10	0	0,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0
Thüringen	10	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	90,0
Gesamt	**849**	**17**	**2,0**	**294**	**34,6**	**14**	**1,6**	**69**	**8,1**	**12**	**1,4**	**10**	**1,2**	**25**	**2,9**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**3**	**0,4**	**13**	**1,5**	**392**	**46,2**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5. Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Anzahl Datensätze: 17.229
Anzahl Krankenhäuser: 929

5.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 210: Eingriffsdauer bis 60 Minuten	27	0,2	0	0,0	22	81,5	5	18,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 480: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)	66	0,4	0	0,0	55	83,3	11	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 481: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	27	0,2	0	0,0	23	85,2	4	14,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 482: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	89	0,5	0	0,0	52	58,4	37	41,6	0	0,0	3	8,1	0	0,0	4	10,8
QI-ID 483: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	77	0,4	0	0,0	39	50,6	38	49,4	0	0,0	3	7,9	0	0,0	4	10,5
QI-ID 484: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	85	0,5	0	0,0	43	50,6	42	49,4	0	0,0	2	4,8	0	0,0	3	7,1
QI-ID 1092: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)	20	0,1	0	0,0	6	30,0	14	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 1093: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	83	0,5	0	0,0	23	27,7	60	72,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
QI-ID 1096: Chirurgische Komplikationen	40	0,2	0	0,0	27	67,5	13	32,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 1099: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	105	0,6	0	0,0	52	49,5	53	50,5	0	0,0	2	3,8	0	0,0	3	5,7
QI-ID 11484: Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats	162	0,9	0	0,0	108	66,7	54	33,3	0	0,0	2	3,7	0	0,0	11	20,4
QI-ID 51398: Sterblichkeit im Krankenhaus	33	0,2	0	0,0	0	0,0	33	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**814**	**4,6**	**0**	**0,0**	**450**	**55,3**	**364**	**44,7**	**0**	**0,0**	**12**	**3,3**	**0**	**0,0**	**26**	**7,1**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	84	0,5	0	0,0	35	41,7	49	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	186	1,1	0	0,0	162	87,1	24	12,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	30	0,2	0	0,0	13	43,3	17	56,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	18	0,1	0	0,0	2	11,1	16	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	15	0,1	0	0,0	3	20,0	12	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	44	0,2	0	0,0	15	34,1	29	65,9	0	0,0	5	17,2	0	0,0	5	17,2
Mecklenburg-Vorpommern	18	0,1	0	0,0	0	0,0	18	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	99	0,6	0	0,0	36	36,4	63	63,6	0	0,0	7	11,1	0	0,0	7	11,1
Nordrhein-Westfalen	140	0,8	0	0,0	108	77,1	32	22,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	25,0
Rheinland-Pfalz	59	0,3	0	0,0	33	55,9	26	44,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	23,1
Saarland	7	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	52	0,3	0	0,0	5	9,6	47	90,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	31	0,2	0	0,0	18	58,1	13	41,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	15	0,1	0	0,0	10	66,7	5	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	13	0,1	0	0,0	10	76,9	3	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**814**	**4,6**	**0**	**0,0**	**450**	**55,3**	**364**	**44,7**	**0**	**0,0**	**12**	**3,3**	**0**	**0,0**	**26**	**7,1**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 210: Eingriffsdauer bis 60 Minuten	27	1	3,7	3	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	81,5
QI-ID 480: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)	66	2	3,0	7	10,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	81,8
QI-ID 481: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	27	0	0,0	3	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	81,5
QI-ID 482: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	89	2	2,2	7	7,9	3	3,4	13	14,6	2	2,2	1	1,1	8	9,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,2	51	57,3
QI-ID 483: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	77	2	2,6	9	11,7	1	1,3	16	20,8	0	0,0	0	0,0	7	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,9	39	50,6
QI-ID 484: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	85	3	3,5	3	3,5	3	3,5	19	22,4	0	0,0	1	1,2	11	12,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	1,2	43	50,6
QI-ID 1092: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)	20	0	0,0	11	55,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	30,0
QI-ID 1093: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	83	4	4,8	38	45,8	3	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	15,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,4	23	27,7
QI-ID 1096: Chirurgische Komplikationen	40	2	5,0	13	32,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	62,5

© 2014 AQUA-Institut GmbH

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 1099: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	105	2	1,9	9	8,6	4	3,8	20	19,0	3	2,9	2	1,9	9	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,8	52	49,5
QI-ID 11484: Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats	162	1	0,6	5	3,1	1	0,6	12	7,4	2	1,2	8	4,9	20	12,3	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	4	2,5	108	66,7
QI-ID 51398: Sterblichkeit im Krankenhaus	33	0	0,0	32	97,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,0	0	0,0
Gesamt	**814**	**19**	**2,3**	**140**	**17,2**	**17**	**2,1**	**80**	**9,8**	**7**	**0,9**	**12**	**1,5**	**75**	**9,2**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**17**	**2,1**	**445**	**54,7**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	84	1	1,2	28	33,3	10	11,9	1	1,2	1	1,2	0	0,0	7	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	35	41,7
Bayern	186	0	0,0	17	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	162	87,1
Berlin	30	2	6,7	5	16,7	0	0,0	3	10,0	3	10,0	0	0,0	4	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	43,3
Brandenburg	18	0	0,0	2	11,1	1	5,6	6	33,3	0	0,0	0	0,0	7	38,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,1
Bremen	3	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	15	15	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	44	0	0,0	10	22,7	0	0,0	3	6,8	0	0,0	0	0,0	16	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	34,1
Mecklenburg-Vorpommern	18	0	0,0	3	16,7	0	0,0	13	72,2	0	0,0	0	0,0	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	99	0	0,0	14	14,1	0	0,0	32	32,3	0	0,0	0	0,0	17	17,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	36,4
Nordrhein-Westfalen	140	1	0,7	15	10,7	1	0,7	1	0,7	0	0,0	1	0,7	8	5,7	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	4	2,9	108	77,1
Rheinland-Pfalz	59	0	0,0	10	16,9	0	0,0	12	20,3	0	0,0	0	0,0	4	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	55,9
Saarland	7	0	0,0	4	57,1	1	14,3	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	52	0	0,0	13	25,0	1	1,9	7	13,5	1	1,9	10	19,2	3	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	23,1	5	9,6
Sachsen-Anhalt	31	0	0,0	10	32,3	1	3,2	2	6,5	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	16	51,6
Schleswig-Holstein	15	0	0,0	4	26,7	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	66,7
Thüringen	13	0	0,0	2	15,4	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	76,9
Gesamt	**814**	**19**	**2,3**	**140**	**17,2**	**17**	**2,1**	**80**	**9,8**	**7**	**0,9**	**12**	**1,5**	**75**	**9,2**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**17**	**2,1**	**445**	**54,7**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6. Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Anzahl Datensätze: 13.447
Anzahl Krankenhäuser: 907

6.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 494: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	30	0,2	0	0,0	14	46,7	16	53,3	0	0,0	1	6,3	0	0,0	1	6,3
QI-ID 495: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	25	0,1	0	0,0	10	40,0	15	60,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	2	13,3
QI-ID 496: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	22	0,1	0	0,0	16	72,7	6	27,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	2	33,3
QI-ID 497: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	25	0,1	0	0,0	12	48,0	13	52,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	2	15,4
QI-ID 584: Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV	70	0,4	0	0,0	41	58,6	29	41,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 585: Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV	30	0,2	0	0,0	25	83,3	5	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 693: Taschenproblem als Indikation zum Eingriff	50	0,3	0	0,0	19	38,0	31	62,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0
QI-ID 694: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff innerhalb eines Jahres	165	0,9	0	0,0	47	28,5	118	71,5	0	0,0	11	9,3	1	0,8	17	14,4
QI-ID 695: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Eingriff	117	0,7	0	0,0	52	44,4	65	55,6	0	0,0	1	1,5	0	0,0	2	3,1
QI-ID 1089: Chirurgische Komplikationen	116	0,7	0	0,0	67	57,8	49	42,2	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 10638: Dislokation revidierter Vorhofsonden bei Indikation Sondenproblem im Vorhof	24	0,1	0	0,0	14	58,3	10	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 10639: Dislokation revidierter Ventrikelsonden bei Indikation Sondenproblem im Ventrikel	30	0,2	0	0,0	16	53,3	14	46,7	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	7,1
QI-ID 51404: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	44	0,2	0	0,0	10	22,7	34	77,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**748**	**4,2**	**0**	**0,0**	**343**	**45,9**	**405**	**54,1**	**0**	**0,0**	**19**	**4,7**	**1**	**0,2**	**27**	**6,7**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	66	0,4	0	0,0	36	54,5	30	45,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7
Bayern	133	0,8	0	0,0	65	48,9	68	51,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	30	0,2	0	0,0	15	50,0	15	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	21	0,1	0	0,0	12	57,1	9	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	11	0,1	0	0,0	8	72,7	3	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	57	0,3	0	0,0	15	26,3	42	73,7	0	0,0	7	16,7	0	0,0	7	16,7
Mecklenburg-Vorpommern	16	0,1	0	0,0	0	0,0	16	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	73	0,4	0	0,0	0	0,0	73	100	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	178	1,0	0	0,0	101	56,7	77	43,3	0	0,0	10	13,0	0	0,0	14	18,2
Rheinland-Pfalz	51	0,3	0	0,0	34	66,7	17	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	17,6
Saarland	9	0,1	0	0,0	2	22,2	7	77,8	0	0,0	1	14,3	1	14,3	1	14,3
Sachsen	38	0,2	0	0,0	8	21,1	30	78,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	26	0,1	0	0,0	21	80,8	5	19,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	16	0,1	0	0,0	11	68,8	5	31,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	21	0,1	0	0,0	15	71,4	6	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**748**	**4,2**	**0**	**0,0**	**343**	**45,9**	**405**	**54,1**	**0**	**0,0**	**19**	**4,7**	**1**	**0,2**	**27**	**6,7**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 494: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	30	1	3,3	8	26,7	0	0,0	3	10,0	0	0,0	0	0,0	6	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	40,0
QI-ID 495: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	25	0	0,0	5	20,0	0	0,0	3	12,0	0	0,0	0	0,0	7	28,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	40,0
QI-ID 496: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	22	1	4,5	2	9,1	1	4,5	1	4,5	0	0,0	0	0,0	2	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	68,2
QI-ID 497: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	25	1	4,0	5	20,0	1	4,0	3	12,0	0	0,0	0	0,0	4	16,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	44,0
QI-ID 584: Revidierte Vorhofsonden mit intra-kardialer Signalamplitude ab 1,5 mV	70	3	4,3	23	32,9	0	0,0	1	1,4	3	4,3	0	0,0	2	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	37	52,9
QI-ID 585: Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalampli-tude ab 4 mV	30	0	0,0	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	83,3
QI-ID 693: Taschenprob-lem als Indikation zum Eingriff	50	2	4,0	26	52,0	0	0,0	2	4,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	36,0
QI-ID 694: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff innerhalb eines Jahres	165	1	0,6	63	38,2	1	0,6	38	23,0	8	4,8	4	2,4	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,2	47	28,5
QI-ID 695: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Eingriff	117	3	2,6	55	47,0	0	0,0	6	5,1	0	0,0	0	0,0	2	1,7	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	50	42,7
QI-ID 1089: Chirurgische Komplikationen	116	4	3,4	40	34,5	0	0,0	6	5,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	65	56,0

© 2014 AQUA-Institut GmbH

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 10638: Dislokation revidierter Vorhofsonden bei Indikation Sondenproblem im Vorhof	24	0	0,0	9	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	14	58,3
QI-ID 10639: Dislokation revidierter Ventrikelsonden bei Indikation Sondenproblem im Ventrikel	30	0	0,0	11	36,7	0	0,0	2	6,7	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	53,3
QI-ID 51404: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	44	1	2,3	33	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	22,7
Gesamt	**748**	**17**	**2,3**	**281**	**37,6**	**4**	**0,5**	**65**	**8,7**	**12**	**1,6**	**4**	**0,5**	**27**	**3,6**	**3**	**0,4**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**4**	**0,5**	**330**	**44,1**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	66	2	3,0	24	36,4	1	1,5	1	1,5	2	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	54,5
Bayern	133	0	0,0	47	35,3	0	0,0	11	8,3	0	0,0	0	0,0	10	7,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	65	48,9
Berlin	30	2	6,7	7	23,3	0	0,0	3	10,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	50,0
Brandenburg	21	0	0,0	7	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	57,1
Bremen	2	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	11	11	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	57	0	0,0	26	45,6	0	0,0	12	21,1	1	1,8	0	0,0	3	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	26,3
Mecklenburg-Vorpommern	16	0	0,0	12	75,0	0	0,0	2	12,5	0	0,0	0	0,0	2	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	73	0	0,0	59	80,8	0	0,0	9	12,3	1	1,4	0	0,0	1	1,4	3	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	178	0	0,0	45	25,3	2	1,1	20	11,2	2	1,1	4	2,2	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,7	101	56,7
Rheinland-Pfalz	51	0	0,0	13	25,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	9,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	64,7
Saarland	9	0	0,0	5	55,6	0	0,0	1	11,1	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1
Sachsen	38	2	5,3	19	50,0	0	0,0	3	7,9	4	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	2,6	8	21,1
Sachsen-Anhalt	26	0	0,0	6	23,1	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	69,2
Schleswig-Holstein	16	0	0,0	5	31,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	68,8
Thüringen	21	0	0,0	4	19,0	1	4,8	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	71,4
Gesamt	**748**	**17**	**2,3**	**281**	**37,6**	**4**	**0,5**	**65**	**8,7**	**12**	**1,6**	**4**	**0,5**	**27**	**3,6**	**3**	**0,4**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**4**	**0,5**	**330**	**44,1**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

7. Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Anzahl Datensätze: 25.574
Anzahl Krankenhäuser: 654

7.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50004: Leitlinienkonforme Indikation	145	0,8	0	0,0	56	38,6	89	61,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0	6	6,7
QI-ID 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl	241	1,4	0	0,0	58	24,1	183	75,9	0	0,0	3	1,6	0	0,0	8	4,4
QI-ID 50007: Eingriffsdauer bis 75 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	33	0,2	0	0,0	28	84,8	5	15,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50008: Eingriffsdauer bis 105 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)	28	0,2	0	0,0	21	75,0	7	25,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	14,3
QI-ID 50009: Eingriffsdauer bis 240 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems	22	0,1	0	0,0	16	72,7	6	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
QI-ID 50010: Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	32	0,2	0	0,0	23	71,9	9	28,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50011: Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)	56	0,3	0	0,0	38	67,9	18	32,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6
QI-ID 50012: Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems	58	0,3	0	0,0	37	63,8	21	36,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50015: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	11	0,1	0	0,0	6	54,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0
QI-ID 50016: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	8	0,0	0	0,0	4	50,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50017: Chirurgische Komplikationen	44	0,2	0	0,0	20	45,5	24	54,5	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50018: Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion	31	0,2	0	0,0	17	54,8	14	45,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50019: Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion	29	0,2	0	0,0	20	69,0	9	31,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51186: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	32	0,2	0	0,0	4	12,5	28	87,5	0	0,0	2	7,1	0	0,0	2	7,1
Gesamt	**770**	**4,4**	**0**	**0,0**	**348**	**45,2**	**422**	**54,8**	**0**	**0,0**	**8**	**1,9**	**0**	**0,0**	**20**	**4,7**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

7.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	95	0,5	0	0,0	47	49,5	48	50,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	165	0,9	0	0,0	96	58,2	69	41,8	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0
Berlin	29	0,2	0	0,0	18	62,1	11	37,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	19	0,1	0	0,0	5	26,3	14	73,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	5	0,0	0	0,0	2	40,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	8	0,0	0	0,0	3	37,5	5	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	48	0,3	0	0,0	12	25,0	36	75,0	0	0,0	2	5,6	0	0,0	2	5,6
Mecklenburg-Vorpommern	13	0,1	0	0,0	0	0,0	13	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	41	0,2	0	0,0	0	0,0	41	100	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	2,4
Nordrhein-Westfalen	165	0,9	0	0,0	80	48,5	85	51,5	0	0,0	3	3,5	0	0,0	15	17,6
Rheinland-Pfalz	52	0,3	0	0,0	33	63,5	19	36,5	0	0,0	1	5,3	0	0,0	2	10,5
Saarland	7	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	56	0,3	0	0,0	12	21,4	44	78,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	25	0,1	0	0,0	20	80,0	5	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	23	0,1	0	0,0	7	30,4	16	69,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	19	0,1	0	0,0	13	68,4	6	31,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**770**	**4,4**	**0**	**0,0**	**348**	**45,2**	**422**	**54,8**	**0**	**0,0**	**8**	**1,9**	**0**	**0,0**	**20**	**4,7**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

7.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50004: Leitlinienkonforme Indikation	145	1	0,7	24	16,6	7	4,8	10	6,9	3	2,1	1	0,7	30	20,7	4	2,8	1	0,7	0	0,0	1	0,7	8	5,5	55	37,9
QI-ID 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl	241	13	5,4	64	26,6	16	6,6	6	2,5	11	4,6	1	0,4	54	22,4	2	0,8	1	0,4	0	0,0	2	0,8	15	6,2	56	23,2
QI-ID 50007: Eingriffsdauer bis 75 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	33	0	0,0	5	15,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	84,8
QI-ID 50008: Eingriffsdauer bis 105 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)	28	1	3,6	4	14,3	0	0,0	1	3,6	0	0,0	0	0,0	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	75,0
QI-ID 50009: Eingriffsdauer bis 240 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems	22	0	0,0	5	22,7	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	72,7
QI-ID 50010: Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	32	0	0,0	9	28,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	71,9
QI-ID 50011: Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)	56	0	0,0	12	21,4	3	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,6	38	67,9
QI-ID 50012: Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems	58	0	0,0	20	34,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	63,8
QI-ID 50015: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	11	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	4	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	45,5

© 2014 AQUA-Institut GmbH

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50016: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	8	1	12,5	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	37,5
QI-ID 50017: Chirurgische Komplikationen	44	2	4,5	20	45,5	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	45,5
QI-ID 50018: Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion	31	0	0,0	15	48,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	51,6
QI-ID 50019: Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion	29	1	3,4	10	34,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	62,1
QI-ID 51186: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	32	1	3,1	25	78,1	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	2	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	9,4
Gesamt	**770**	**20**	**2,6**	**214**	**27,8**	**27**	**3,5**	**20**	**2,6**	**15**	**1,9**	**2**	**0,3**	**97**	**12,6**	**6**	**0,8**	**2**	**0,3**	**0**	**0,0**	**3**	**0,4**	**25**	**3,2**	**339**	**44,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

7.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	95	1	1,1	30	31,6	10	10,5	4	4,2	2	2,1	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	49,5
Bayern	165	0	0,0	33	20,0	0	0,0	2	1,2	3	1,8	0	0,0	26	15,8	5	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	96	58,2
Berlin	29	1	3,4	7	24,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	62,1
Brandenburg	19	0	0,0	14	73,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	26,3
Bremen	5	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0
Hamburg	8	8	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	48	0	0,0	24	50,0	0	0,0	1	2,1	3	6,3	0	0,0	8	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	25,0
Mecklenburg-Vorpommern	13	0	0,0	3	23,1	0	0,0	4	30,8	0	0,0	1	7,7	3	23,1	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	41	0	0,0	28	68,3	0	0,0	2	4,9	0	0,0	0	0,0	11	26,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	165	9	5,5	31	18,8	8	4,8	2	1,2	4	2,4	1	0,6	29	17,6	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	80	48,5
Rheinland-Pfalz	52	1	1,9	6	11,5	0	0,0	1	1,9	2	3,8	0	0,0	9	17,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	63,5
Saarland	7	0	0,0	6	85,7	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	56	0	0,0	10	17,9	2	3,6	3	5,4	0	0,0	0	0,0	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,6	25	44,6	12	21,4
Sachsen-Anhalt	25	0	0,0	10	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	14	56,0
Schleswig-Holstein	23	0	0,0	5	21,7	7	30,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	17,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	30,4
Thüringen	19	0	0,0	5	26,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	68,4
Gesamt	**770**	**20**	**2,6**	**214**	**27,8**	**27**	**3,5**	**20**	**2,6**	**15**	**1,9**	**2**	**0,3**	**97**	**12,6**	**6**	**0,8**	**2**	**0,3**	**0**	**0,0**	**3**	**0,4**	**25**	**3,2**	**339**	**44,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

8. Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

Anzahl Datensätze: 7.059
Anzahl Krankenhäuser: 570

8.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50025: Eingriffsdauer bis 75 Minuten	43	0,2	0	0,0	20	46,5	23	53,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50026: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	31	0,2	0	0,0	19	61,3	12	38,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50027: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	44	0,2	0	0,0	22	50,0	22	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5
QI-ID 50028: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	27	0,2	0	0,0	18	66,7	9	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50029: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	123	0,7	0	0,0	46	37,4	77	62,6	0	0,0	1	1,3	0	0,0	3	3,9
QI-ID 50030: Chirurgische Komplikationen	29	0,2	0	0,0	0	0,0	29	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50031: Sterblichkeit im Krankenhaus	16	0,1	0	0,0	1	6,3	15	93,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**313**	**1,8**	**0**	**0,0**	**126**	**40,3**	**187**	**59,7**	**0**	**0,0**	**1**	**0,5**	**0**	**0,0**	**4**	**2,1**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

8.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	20	0,1	0	0,0	11	55,0	9	45,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	65	0,4	0	0,0	14	21,5	51	78,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	29	0,2	0	0,0	15	51,7	14	48,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	13	0,1	0	0,0	3	23,1	10	76,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	17	0,1	0	0,0	7	41,2	10	58,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	32	0,2	0	0,0	0	0,0	32	100	0	0,0	1	3,1	0	0,0	1	3,1
Nordrhein-Westfalen	47	0,3	0	0,0	29	61,7	18	38,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	16,7
Rheinland-Pfalz	15	0,1	0	0,0	9	60,0	6	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	3	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	33	0,2	0	0,0	12	36,4	21	63,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	15	0,1	0	0,0	10	66,7	5	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	3	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	16	0,1	0	0,0	14	87,5	2	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**313**	**1,8**	**0**	**0,0**	**126**	**40,3**	**187**	**59,7**	**0**	**0,0**	**1**	**0,5**	**0**	**0,0**	**4**	**2,1**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

8.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50025: Eingriffsdauer bis 75 Minuten	43	1	2,3	15	34,9	0	0,0	2	4,7	2	4,7	0	0,0	3	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	46,5
QI-ID 50026: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	31	0	0,0	2	6,5	0	0,0	4	12,9	0	0,0	0	0,0	7	22,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	58,1
QI-ID 50027: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	44	0	0,0	7	15,9	0	0,0	6	13,6	0	0,0	1	2,3	5	11,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,8	22	50,0
QI-ID 50028: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	27	0	0,0	1	3,7	0	0,0	3	11,1	0	0,0	1	3,7	4	14,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	66,7
QI-ID 50029: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	123	2	1,6	26	21,1	2	1,6	14	11,4	1	0,8	1	0,8	24	19,5	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	6	4,9	46	37,4
QI-ID 50030: Chirurgische Komplikationen	29	0	0,0	25	86,2	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	3	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50031: Sterblichkeit im Krankenhaus	16	1	6,3	14	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3
Gesamt	**313**	**4**	**1,3**	**90**	**28,8**	**2**	**0,6**	**29**	**9,3**	**4**	**1,3**	**3**	**1,0**	**46**	**14,7**	**0**	**0,0**	**1**	**0,3**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**9**	**2,9**	**125**	**39,9**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

8.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	20	0	0,0	8	40,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	55,0
Bayern	65	0	0,0	21	32,3	0	0,0	9	13,8	0	0,0	0	0,0	21	32,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	21,5
Berlin	29	1	3,4	7	24,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	20,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	51,7
Brandenburg	13	0	0,0	4	30,8	0	0,0	6	46,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	23,1
Bremen	1	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	2	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	17	0	0,0	4	23,5	0	0,0	4	23,5	1	5,9	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	41,2
Mecklenburg-Vorpommern	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	32	0	0,0	11	34,4	0	0,0	7	21,9	1	3,1	0	0,0	12	37,5	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	47	1	2,1	12	25,5	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	4	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	61,7
Rheinland-Pfalz	15	0	0,0	5	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	60,0
Saarland	3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0
Sachsen	33	0	0,0	9	27,3	0	0,0	1	3,0	0	0,0	3	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	24,2	12	36,4
Sachsen-Anhalt	15	0	0,0	5	33,3	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	60,0
Schleswig-Holstein	3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7
Thüringen	16	0	0,0	0	0,0	2	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	87,5
Gesamt	**313**	**4**	**1,3**	**90**	**28,8**	**2**	**0,6**	**29**	**9,3**	**4**	**1,3**	**3**	**1,0**	**46**	**14,7**	**0**	**0,0**	**1**	**0,3**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**9**	**2,9**	**125**	**39,9**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

9. Implantierbare Defibrillatoren – Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Anzahl Datensätze: 8.786
Anzahl Krankenhäuser: 536

9.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50032: Taschenproblem als Indikation zum Eingriff	30	0,2	0	0,0	9	30,0	21	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50033: Aggregatproblem als Indikation zum Eingriff	25	0,1	0	0,0	17	68,0	8	32,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50034: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff	34	0,2	0	0,0	4	11,8	30	88,2	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50035: Infektion als Indikation zum Eingriff	34	0,2	0	0,0	10	29,4	24	70,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
QI-ID 50037: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	19	0,1	0	0,0	14	73,7	5	26,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50038: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	20	0,1	0	0,0	7	35,0	13	65,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50039: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	10	0,1	0	0,0	6	60,0	4	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50040: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	14	0,1	0	0,0	6	42,9	8	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50041: Chirurgische Komplikationen	40	0,2	0	0,0	15	37,5	25	62,5	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50042: Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion	7	0,0	0	0,0	2	28,6	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50043: Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion	12	0,1	0	0,0	7	58,3	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51196: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	18	0,1	0	0,0	5	27,8	13	72,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**263**	**1,5**	**0**	**0,0**	**102**	**38,8**	**161**	**61,2**	**0**	**0,0**	**3**	**1,9**	**0**	**0,0**	**1**	**0,6**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

9.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	33	0,2	0	0,0	18	54,5	15	45,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	38	0,2	0	0,0	5	13,2	33	86,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	16	0,1	0	0,0	12	75,0	4	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	8	0,0	0	0,0	1	12,5	7	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	4	0,0	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	24	0,1	0	0,0	1	4,2	23	95,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	22	0,1	0	0,0	0	0,0	22	100	0	0,0	3	13,6	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	40	0,2	0	0,0	23	57,5	17	42,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9
Rheinland-Pfalz	12	0,1	0	0,0	10	83,3	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	25	0,1	0	0,0	2	8,0	23	92,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	13	0,1	0	0,0	9	69,2	4	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	15	0,1	0	0,0	13	86,7	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	10	0,1	0	0,0	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**263**	**1,5**	**0**	**0,0**	**102**	**38,8**	**161**	**61,2**	**0**	**0,0**	**3**	**1,9**	**0**	**0,0**	**1**	**0,6**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

9.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50032: Taschenproblem als Indikation zum Eingriff	30	0	0,0	10	33,3	2	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	23,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	9	30,0
QI-ID 50033: Aggregatproblem als Indikation zum Eingriff	25	1	4,0	5	20,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	1	4,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	64,0
QI-ID 50034: Sondenproblem als Indikation zum Eingriff	34	2	5,9	24	70,6	1	2,9	1	2,9	2	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	11,8
QI-ID 50035: Infektion als Indikation zum Eingriff	34	1	2,9	6	17,6	3	8,8	0	0,0	1	2,9	0	0,0	12	35,3	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	9	26,5
QI-ID 50037: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	19	0	0,0	1	5,3	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	73,7
QI-ID 50038: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	20	0	0,0	3	15,0	1	5,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	4	20,0	7	35,0
QI-ID 50039: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	60,0
QI-ID 50040: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	14	0	0,0	2	14,3	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	28,6	6	42,9
QI-ID 50041: Chirurgische Komplikationen	40	1	2,5	23	57,5	0	0,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	35,0
QI-ID 50042: Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion	7	0	0,0	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6
QI-ID 50043: Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion	12	0	0,0	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	58,3
QI-ID 51196: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	18	1	5,6	13	72,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	22,2
Gesamt	**263**	**6**	**2,3**	**97**	**36,9**	**9**	**3,4**	**4**	**1,5**	**3**	**1,1**	**0**	**0,0**	**30**	**11,4**	**5**	**1,9**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**0,4**	**10**	**3,8**	**98**	**37,3**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

9.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	33	0	0,0	6	18,2	6	18,2	0	0,0	2	6,1	0	0,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	54,5
Bayern	38	1	2,6	15	39,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	34,2	4	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,2
Berlin	16	0	0,0	4	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	75,0
Brandenburg	8	0	0,0	4	50,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5
Bremen	1	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	4	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	24	0	0,0	15	62,5	1	4,2	0	0,0	1	4,2	0	0,0	6	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
Mecklenburg-Vorpommern	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	22	0	0,0	14	63,6	0	0,0	3	13,6	0	0,0	0	0,0	5	22,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	40	1	2,5	14	35,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	57,5
Rheinland-Pfalz	12	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	83,3
Saarland	1	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	25	0	0,0	12	48,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,0	10	40,0	2	8,0
Sachsen-Anhalt	13	0	0,0	4	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	69,2
Schleswig-Holstein	15	0	0,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	86,7
Thüringen	10	0	0,0	5	50,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	40,0
Gesamt	**263**	**6**	**2,3**	**97**	**36,9**	**9**	**3,4**	**4**	**1,5**	**3**	**1,1**	**0**	**0,0**	**30**	**11,4**	**5**	**1,9**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**0,4**	**10**	**3,8**	**98**	**37,3**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

10. Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

Anzahl Datensätze: 733.337
Anzahl Krankenhäuser: 890

10.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 399: Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie	67	0,4	0	0,0	7	10,4	60	89,6	0	0,0	2	3,3	0	0,0	3	5,0
QI-ID 414: MACCE bei isolierter Koronarangiographie	56	0,3	0	0,0	20	35,7	36	64,3	0	0,0	2	5,6	0	0,0	3	8,3
QI-ID 415: MACCE bei PCI	44	0,2	0	0,0	14	31,8	30	68,2	0	0,0	3	10,0	0	0,0	1	3,3
QI-ID 419: Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie	61	0,3	0	0,0	35	57,4	26	42,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8
QI-ID 2061: Seltene Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie	83	0,5	0	0,0	41	49,4	42	50,6	0	0,0	2	4,8	0	0,0	2	4,8
QI-ID 2062: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nicht-invasiver Ischämiezeichen	58	0,3	0	0,0	8	13,8	50	86,2	0	0,0	3	6,0	0	0,0	3	6,0
QI-ID 2063: "Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation ""akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"""	21	0,1	0	0,0	13	61,9	8	38,1	0	0,0	1	12,5	0	0,0	1	12,5
QI-ID 2064: Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI	24	0,1	0	0,0	13	54,2	11	45,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2073: Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI	79	0,4	0	0,0	56	70,9	23	29,1	0	0,0	1	4,3	0	0,0	3	13,0
QI-ID 2232: MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts	58	0,3	0	0,0	18	31,0	40	69,0	0	0,0	2	5,0	0	0,0	2	5,0
QI-ID 11863: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei PCI	33	0,2	0	0,0	6	18,2	27	81,8	0	0,0	3	11,1	0	0,0	2	7,4
QI-ID 12773: Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts	118	0,7	0	0,0	45	38,1	73	61,9	0	0,0	1	1,4	0	0,0	5	6,8
QI-ID 12774: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²	53	0,3	0	0,0	15	28,3	38	71,7	0	0,0	1	2,6	0	0,0	5	13,2
QI-ID 12775: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm²	43	0,2	0	0,0	20	46,5	23	53,5	0	0,0	1	4,3	0	0,0	3	13,0
QI-ID 50749: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²	34	0,2	0	0,0	11	32,4	23	67,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	30,4
QI-ID 50750: Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie	41	0,2	0	0,0	15	36,6	26	63,4	0	0,0	2	7,7	0	0,0	3	11,5
QI-ID 50829: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie	49	0,3	0	0,0	12	24,5	37	75,5	0	0,0	3	8,1	0	0,0	2	5,4

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 51405: Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml	58	0,3	0	0,0	28	48,3	30	51,7	0	0,0	1	3,3	0	0,0	2	6,7
QI-ID 51406: Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml	53	0,3	0	0,0	35	66,0	18	34,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6
QI-ID 51407: Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml	41	0,2	0	0,0	16	39,0	25	61,0	0	0,0	2	8,0	0	0,0	1	4,0
Gesamt	**1.074**	**6,1**	**0**	**0,0**	**428**	**39,9**	**646**	**60,1**	**0**	**0,0**	**30**	**4,6**	**0**	**0,0**	**50**	**7,7**

10.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	157	0,9	0	0,0	72	45,9	85	54,1	0	0,0	1	1,2	0	0,0	11	12,9
Bayern	221	1,2	0	0,0	131	59,3	90	40,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	27	0,2	0	0,0	3	11,1	24	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	27	0,2	0	0,0	11	40,7	16	59,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	24	0,1	0	0,0	0	0,0	24	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	26	0,1	0	0,0	16	61,5	10	38,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	51	0,3	0	0,0	31	60,8	20	39,2	0	0,0	11	55,0	0	0,0	11	55,0
Mecklenburg-Vorpommern	8	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	94	0,5	0	0,0	9	9,6	85	90,4	0	0,0	7	8,2	0	0,0	5	5,9
Nordrhein-Westfalen	279	1,6	0	0,0	92	33,0	187	67,0	0	0,0	8	4,3	0	0,0	20	10,7
Rheinland-Pfalz	37	0,2	0	0,0	21	56,8	16	43,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	7	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	51	0,3	0	0,0	10	19,6	41	80,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	21	0,1	0	0,0	16	76,2	5	23,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	22	0,1	0	0,0	6	27,3	16	72,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	22	0,1	0	0,0	10	45,5	12	54,5	0	0,0	3	25,0	0	0,0	3	25,0
Gesamt	**1.074**	**6,1**	**0**	**0,0**	**428**	**39,9**	**646**	**60,1**	**0**	**0,0**	**30**	**4,6**	**0**	**0,0**	**50**	**7,7**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

10.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 399: Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie	67	19	28,4	19	28,4	3	4,5	2	3,0	0	0,0	0	0,0	15	22,4	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,0	6	9,0
QI-ID 414: MACCE bei isolierter Koronarangiographie	56	5	8,9	30	53,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	19	33,9
QI-ID 415: MACCE bei PCI	44	7	15,9	23	52,3	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	12	27,3
QI-ID 419: Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie	61	12	19,7	10	16,4	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,9	34	55,7
QI-ID 2061: Seltene Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie	83	11	13,3	7	8,4	6	7,2	3	3,6	2	2,4	0	0,0	13	15,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	41	49,4
QI-ID 2062: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nicht-invasiver Ischämiezeichen	58	6	10,3	9	15,5	2	3,4	3	5,2	1	1,7	1	1,7	23	39,7	4	6,9	1	1,7	0	0,0	0	0,0	2	3,4	6	10,3
QI-ID 2063: "Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation ""akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"""	21	2	9,5	3	14,3	0	0,0	2	9,5	0	0,0	0	0,0	2	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	57,1
QI-ID 2064: Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI	24	5	20,8	6	25,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	50,0
QI-ID 2073: Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI	79	10	12,7	9	11,4	2	2,5	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	1,3	55	69,6
QI-ID 2232: MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts	58	5	8,6	34	58,6	0	0,0	2	3,4	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	27,6

© 2014 AQUA-Institut GmbH

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 11863: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei PCI	33	5	15,2	17	51,5	1	3,0	2	6,1	1	3,0	0	0,0	2	6,1	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	12,1
QI-ID 12773: Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts	118	4	3,4	6	5,1	2	1,7	17	14,4	1	0,8	0	0,0	33	28,0	1	0,8	3	2,5	0	0,0	0	0,0	7	5,9	44	37,3
QI-ID 12774: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²	53	6	11,3	9	17,0	1	1,9	12	22,6	2	3,8	2	3,8	4	7,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8	15	28,3
QI-ID 12775: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm²	43	8	18,6	6	14,0	0	0,0	4	9,3	1	2,3	0	0,0	5	11,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	44,2
QI-ID 50749: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²	34	2	5,9	6	17,6	1	2,9	13	38,2	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	32,4
QI-ID 50750: Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie	41	17	41,5	4	9,8	2	4,9	0	0,0	1	2,4	0	0,0	2	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	14	34,1
QI-ID 50829: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie	49	7	14,3	26	53,1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	8,2	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	20,4
QI-ID 51405: Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml	58	12	20,7	5	8,6	3	5,2	1	1,7	3	5,2	0	0,0	3	5,2	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,4	28	48,3
QI-ID 51406: Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml	53	8	15,1	6	11,3	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0	3	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9	34	64,2
QI-ID 51407: Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml	41	12	29,3	3	7,3	3	7,3	3	7,3	1	2,4	0	0,0	2	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	16	39,0
Gesamt	**1.074**	**163**	**15,2**	**238**	**22,2**	**28**	**2,6**	**68**	**6,3**	**14**	**1,3**	**3**	**0,3**	**114**	**10,6**	**9**	**0,8**	**5**	**0,5**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**24**	**2,2**	**408**	**38,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

10.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	157	30	19,1	30	19,1	10	6,4	12	7,6	3	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	72	45,9
Bayern	221	23	10,4	34	15,4	0	0,0	4	1,8	7	3,2	0	0,0	19	8,6	3	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	131	59,3
Berlin	27	10	37,0	9	33,3	0	0,0	1	3,7	2	7,4	0	0,0	1	3,7	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	11,1
Brandenburg	27	0	0,0	12	44,4	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	3	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	40,7
Bremen	24	0	0,0	22	91,7	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	26	26	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	51	3	5,9	7	13,7	2	3,9	1	2,0	1	2,0	0	0,0	7	13,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	58,8
Mecklenburg-Vorpommern	8	0	0,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	2	25,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	94	4	4,3	36	38,3	0	0,0	22	23,4	0	0,0	0	0,0	22	23,4	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	9,6
Nordrhein-Westfalen	279	54	19,4	33	11,8	12	4,3	17	6,1	1	0,4	1	0,4	49	17,6	3	1,1	4	1,4	0	0,0	0	0,0	13	4,7	92	33,0
Rheinland-Pfalz	37	0	0,0	5	13,5	0	0,0	7	18,9	0	0,0	0	0,0	4	10,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	56,8
Saarland	7	0	0,0	3	42,9	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	51	7	13,7	24	47,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	19,6	10	19,6
Sachsen-Anhalt	21	1	4,8	4	19,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	13	61,9
Schleswig-Holstein	22	3	13,6	9	40,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	27,3
Thüringen	22	2	9,1	6	27,3	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	3	13,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	45,5
Gesamt	**1.074**	**163**	**15,2**	**238**	**22,2**	**28**	**2,6**	**68**	**6,3**	**14**	**1,3**	**3**	**0,3**	**114**	**10,6**	**9**	**0,8**	**5**	**0,5**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**24**	**2,2**	**408**	**38,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

11. Koronarchirurgie, isoliert

Anzahl Datensätze: 40.532
Anzahl Krankenhäuser: 80

11.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 332: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2257: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2259: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	4	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 11617: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	7	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	14,3
Gesamt	**15**	**0,1**	**0**	**0,0**	**1**	**6,7**	**14**	**93,3**	**0**	**0,0**	**1**	**7,1**	**0**	**0,0**	**1**	**7,1**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

11.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 332: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	2	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2257: Postoperative Mediastinitis bei Risiko-klasse 0 oder 1 (nach NNIS)	2	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2259: Neurologische Komplikationen bei elekti-ver/dringlicher Operation	4	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
QI-ID 11617: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	7	0	0,0	1	14,3	0	0,0	5	71,4	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**15**	**0**	**0,0**	**7**	**46,7**	**0**	**0,0**	**5**	**33,3**	**2**	**13,3**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**6,7**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

12. Aortenklappenchirurgie, isoliert

Anzahl Datensätze: 20.009
Anzahl Krankenhäuser: 78

12.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2280: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	2	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2282: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	3	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12092: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	16,7
QI-ID 12001: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	3	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0
QI-ID 51088: Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem Euroscore	10	0,1	0	0,0	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**26**	**0,1**	**0**	**0,0**	**2**	**7,7**	**24**	**92,3**	**0**	**0,0**	**2**	**8,3**	**0**	**0,0**	**2**	**8,3**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

12.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2280: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	2	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
QI-ID 2282: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	3	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12092: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	6	0	0,0	5	83,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12001: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	3	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51088: Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem Euroscore	10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0
Gesamt	**26**	**0**	**0,0**	**12**	**46,2**	**0**	**0,0**	**11**	**42,3**	**1**	**3,8**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**2**	**7,7**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

13. Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Anzahl Datensätze: 7.141
Anzahl Krankenhäuser: 78

13.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2284: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	4	0,0	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2286: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	4	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12193: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	9	0,1	0	0,0	0	0,0	9	100	0	0,0	1	11,1	0	0,0	1	11,1
Gesamt	**17**	**0,1**	**0**	**0,0**	**2**	**11,8**	**15**	**88,2**	**0**	**0,0**	**1**	**6,7**	**0**	**0,0**	**1**	**6,7**

13.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2284: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	4	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0
QI-ID 2286: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	4	0	0,0	2	50,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12193: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	9	0	0,0	4	44,4	0	0,0	4	44,4	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**17**	**0**	**0,0**	**8**	**47,1**	**0**	**0,0**	**6**	**35,3**	**1**	**5,9**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**2**	**11,8**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

14. Herztransplantation

Anzahl Datensätze: 319
Anzahl Krankenhäuser: 22

14.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	9	0,1	0	0,0	0	0,0	9	100	0	0,0	3	33,3	0	0,0	5	55,6
QI-ID 12539: Unbekannter Überlebensstatus 30 Tage postoperativ	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51627: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51647: 2-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	4	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0
QI-ID 51649: 3-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. oder 2. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**22**	**0,1**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**22**	**100**	**0**	**0,0**	**4**	**18,2**	**0**	**0,0**	**6**	**27,3**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

14.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	9	0	0,0	4	44,4	2	22,2	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12539: Unbekannter Überlebensstatus 30 Tage postoperativ	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51627: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	6	0	0,0	4	66,7	1	16,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51647: 2-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	4	0	0,0	3	75,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51649: 3-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. oder 2. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	2	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**22**	**0**	**0,0**	**13**	**59,1**	**3**	**13,6**	**6**	**27,3**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

15. Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Anzahl Datensätze: 340
Anzahl Krankenhäuser: 15

15.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2155: Sterblichkeit im Krankenhaus	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51637: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0
QI-ID 51651: 2-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	4	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51653: 3-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. oder 2. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**14**	**0,1**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**14**	**100**	**0**	**0,0**	**1**	**7,1**	**0**	**0,0**	**1**	**7,1**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

15.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2155: Sterblichkeit im Krankenhaus	2	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51637: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51651: 2-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	4	0	0,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51653: 3-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. oder 2. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	6	0	0,0	4	66,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**14**	**1**	**7,1**	**7**	**50,0**	**2**	**14,3**	**1**	**7,1**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**3**	**21,4**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

16. Lebertransplantation

Anzahl Datensätze: 987
Anzahl Krankenhäuser: 24

16.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus	5	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2097: Tod durch operative Komplikationen	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2133: Postoperative Verweildauer	8	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51595: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	12	0,1	0	0,0	0	0,0	12	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51598: 2-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	3	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51601: 3-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. oder 2. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**32**	**0,2**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**32**	**100**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

16.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus	5	0	0,0	2	40,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2097: Tod durch operative Komplikationen	2	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2133: Postoperative Verweildauer	8	0	0,0	8	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51595: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	12	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	41,7	0	0,0	0	0,0	6	50,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51598: 2-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51601: 3-Jahres-Überleben (bei nicht im 1. oder 2. Jahr verstorbenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**32**	**0**	**0,0**	**12**	**37,5**	**0**	**0,0**	**13**	**40,6**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**6**	**18,8**	**1**	**3,1**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

17. Leberlebendspende

Anzahl Datensätze: 72
Anzahl Krankenhäuser: 12

17.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2128: Eingriffsspezifische oder allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51603: Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 1 Jahr	5	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51604: Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 2 Jahren	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51605: Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 3 Jahren	8	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**28**	**0,2**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**28**	**100**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

17.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2128: Eingriffsspezifische oder allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	6	0	0,0	5	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51603: Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 1 Jahr	5	0	0,0	0	0,0	3	60,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51604: Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 2 Jahren	6	0	0,0	0	0,0	2	33,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51605: Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 3 Jahren	8	0	0,0	0	0,0	3	37,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**28**	**0**	**0,0**	**5**	**17,9**	**8**	**28,6**	**3**	**10,7**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**12**	**42,9**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

18. Nierentransplantation

Anzahl Datensätze: 2.599
Anzahl Krankenhäuser: 40

18.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2171: Sterblichkeit im Krankenhaus	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2184: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2185: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	7	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	14,3
QI-ID 2188: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende	4	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51557: Intra- oder postoperative Komplikationen	5	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100	0	0,0	2	40,0	0	0,0	2	40,0
QI-ID 51559: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	10	0,1	0	0,0	0	0,0	10	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**29**	**0,2**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**29**	**100**	**0**	**0,0**	**3**	**10,3**	**0**	**0,0**	**3**	**10,3**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

18.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2171: Sterblichkeit im Krankenhaus	2	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2184: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2185: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	7	0	0,0	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2188: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende	4	1	25,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51557: Intra- oder postoperative Komplikationen	5	0	0,0	1	20,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51559: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	10	0	0,0	2	20,0	0	0,0	3	30,0	0	0,0	4	40,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**29**	**1**	**3,4**	**10**	**34,5**	**0**	**0,0**	**8**	**27,6**	**0**	**0,0**	**7**	**24,1**	**3**	**10,3**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

19. Nierenlebendspende

Anzahl Datensätze: 760
Anzahl Krankenhäuser: 37

19.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	4	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0
QI-ID 51568: Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 1 Jahr	22	0,1	0	0,0	0	0,0	22	100	0	0,0	1	4,5	0	0,0	1	4,5
QI-ID 51569: Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 2 Jahren	24	0,1	0	0,0	0	0,0	24	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51570: Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 3 Jahren	25	0,1	0	0,0	0	0,0	25	100	0	0,0	1	4,0	0	0,0	1	4,0
Gesamt	**77**	**0,4**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**77**	**100**	**0**	**0,0**	**3**	**3,9**	**0**	**0,0**	**3**	**3,9**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

19.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	4	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51568: Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 1 Jahr	22	0	0,0	2	9,1	1	4,5	1	4,5	0	0,0	12	54,5	6	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51569: Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 2 Jahren	24	0	0,0	1	4,2	3	12,5	1	4,2	0	0,0	17	70,8	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51570: Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende oder angenommener Tod des Spenders bei unbekanntem Überlebensstatus nach 3 Jahren	25	0	0,0	3	12,0	2	8,0	1	4,0	0	0,0	16	64,0	3	12,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**77**	**0**	**0,0**	**8**	**10,4**	**6**	**7,8**	**4**	**5,2**	**0**	**0,0**	**46**	**59,7**	**13**	**16,9**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

20. Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Anzahl Datensätze: 2.599
Anzahl Krankenhäuser: 40

20.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2143: Sterblichkeit im Krankenhaus	5	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2145: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	5	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2146: Entfernung des Pankreastransplantats	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	16,7
QI-ID 51525: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	5	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0
Gesamt	**21**	**0,1**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**21**	**100**	**0**	**0,0**	**2**	**9,5**	**0**	**0,0**	**2**	**9,5**

20.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2143: Sterblichkeit im Krankenhaus	5	0	0,0	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2145: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	5	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2146: Entfernung des Pankreastransplantats	6	0	0,0	3	50,0	1	16,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51525: 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und Worst-Case-Analyse)	5	0	0,0	2	40,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**21**	**0**	**0,0**	**12**	**57,1**	**1**	**4,8**	**4**	**19,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**4**	**19,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

21. Geburtshilfe

Anzahl Datensätze: 651.696
Anzahl Krankenhäuser: 764

21.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	190	1,1	2	1,1	78	41,1	110	57,9	0	0,0	1	0,9	2	1,8	5	4,5
QI-ID 319: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen	11	0,1	0	0,0	1	9,1	10	90,9	0	0,0	0	0,0	2	20,0	2	20,0
QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	79	0,4	0	0,0	25	31,6	54	68,4	0	0,0	0	0,0	1	1,9	8	14,8
QI-ID 331: Müttersterblichkeit bei Geburten	15	0,1	1	6,7	0	0,0	14	93,3	0	0,0	2	14,3	0	0,0	0	0,0
QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	60	0,3	0	0,0	3	5,0	57	95,0	0	0,0	1	1,8	4	7,0	3	5,3
QI-ID 1059: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	164	0,9	0	0,0	13	7,9	151	92,1	0	0,0	3	2,0	3	2,0	5	3,3
QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	103	0,6	0	0,0	30	29,1	73	70,9	0	0,0	5	6,8	5	6,8	10	13,7
QI-ID 51181: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	50	0,3	1	2,0	19	38,0	30	60,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3
QI-ID 51397: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	154	0,9	0	0,0	37	24,0	117	76,0	0	0,0	8	6,8	4	3,4	15	12,8
Gesamt	**826**	**4,7**	**4**	**0,5**	**206**	**24,9**	**616**	**74,6**	**0**	**0,0**	**20**	**3,2**	**22**	**3,6**	**49**	**8,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

21.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	111	0,6	0	0,0	30	27,0	81	73,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	9	11,1
Bayern	129	0,7	0	0,0	75	58,1	54	41,9	0	0,0	0	0,0	19	35,2	4	7,4
Berlin	29	0,2	0	0,0	0	0,0	29	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	22	0,1	0	0,0	0	0,0	22	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	7	0,0	3	42,9	1	14,3	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	15	0,1	0	0,0	3	20,0	12	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	43	0,2	0	0,0	3	7,0	40	93,0	0	0,0	0	0,0	3	7,5	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	14	0,1	1	7,1	3	21,4	10	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	91	0,5	0	0,0	0	0,0	91	100	0	0,0	11	12,1	0	0,0	11	12,1
Nordrhein-Westfalen	172	1,0	0	0,0	52	30,2	120	69,8	0	0,0	4	3,3	0	0,0	18	15,0
Rheinland-Pfalz	47	0,3	0	0,0	7	14,9	40	85,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,5
Saarland	17	0,1	0	0,0	0	0,0	17	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	57	0,3	0	0,0	1	1,8	56	98,2	0	0,0	4	7,1	0	0,0	4	7,1
Sachsen-Anhalt	20	0,1	0	0,0	10	50,0	10	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	39	0,2	0	0,0	17	43,6	22	56,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	13	0,1	0	0,0	4	30,8	9	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**826**	**4,7**	**4**	**0,5**	**206**	**24,9**	**616**	**74,6**	**0**	**0,0**	**20**	**3,2**	**22**	**3,6**	**49**	**8,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

21.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	190	9	4,7	52	27,4	4	2,1	13	6,8	2	1,1	2	1,1	18	9,5	3	1,6	0	0,0	2	1,1	0	0,0	8	4,2	77	40,5
QI-ID 319: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	45,5	0	0,0	0	0,0	4	36,4	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	79	2	2,5	13	16,5	7	8,9	0	0,0	1	1,3	0	0,0	30	38,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	2	2,5	23	29,1
QI-ID 331: Müttersterblichkeit bei Geburten	15	1	6,7	10	66,7	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	2	13,3	0	0,0	0	0,0
QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	60	3	5,0	13	21,7	8	13,3	13	21,7	4	6,7	0	0,0	14	23,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3	3	5,0
QI-ID 1059: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	164	14	8,5	88	53,7	3	1,8	33	20,1	8	4,9	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	3	1,8	13	7,9
QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	103	4	3,9	0	0,0	5	4,9	24	23,3	3	2,9	1	1,0	29	28,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	6	5,8	30	29,1
QI-ID 51181: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	50	2	4,0	13	26,0	2	4,0	3	6,0	4	8,0	1	2,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	4	8,0	19	38,0
QI-ID 51397: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	154	4	2,6	56	36,4	1	0,6	37	24,0	14	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	3,9	1	0,6	35	22,7
Gesamt	**826**	**39**	**4,7**	**245**	**29,7**	**30**	**3,6**	**129**	**15,6**	**36**	**4,4**	**5**	**0,6**	**96**	**11,6**	**4**	**0,5**	**0**	**0,0**	**4**	**0,5**	**11**	**1,3**	**26**	**3,1**	**201**	**24,3**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

21.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	111	0	0,0	37	33,3	1	0,9	27	24,3	3	2,7	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,5	7	6,3	30	27,0
Bayern	129	1	0,8	13	10,1	0	0,0	13	10,1	12	9,3	1	0,8	10	7,8	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6	75	58,1
Berlin	29	0	0,0	20	69,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0	7	24,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	22	2	9,1	5	22,7	0	0,0	8	36,4	3	13,6	0	0,0	4	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	7	1	14,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	3	42,9	0	0,0	0	0,0	1	14,3
Hamburg	15	10	66,7	0	0,0	5	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	43	0	0,0	19	44,2	0	0,0	15	34,9	0	0,0	0	0,0	6	14,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,0
Mecklenburg-Vorpommern	14	0	0,0	3	21,4	0	0,0	4	28,6	0	0,0	1	7,1	2	14,3	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	3	21,4
Niedersachsen	91	8	8,8	39	42,9	11	12,1	17	18,7	0	0,0	0	0,0	14	15,4	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	172	13	7,6	48	27,9	0	0,0	12	7,0	5	2,9	1	0,6	35	20,3	1	0,6	0	0,0	0	0,0	2	1,2	3	1,7	52	30,2
Rheinland-Pfalz	47	0	0,0	10	21,3	2	4,3	8	17,0	10	21,3	0	0,0	8	17,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,3	7	14,9
Saarland	17	0	0,0	7	41,2	0	0,0	6	35,3	2	11,8	0	0,0	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	57	0	0,0	21	36,8	4	7,0	14	24,6	1	1,8	2	3,5	3	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	10	17,5	1	1,8
Sachsen-Anhalt	20	0	0,0	7	35,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	1	5,0	8	40,0
Schleswig-Holstein	39	2	5,1	13	33,3	6	15,4	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	43,6
Thüringen	13	2	15,4	2	15,4	1	7,7	1	7,7	0	0,0	0	0,0	3	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	30,8
Gesamt	**826**	**39**	**4,7**	**245**	**29,7**	**30**	**3,6**	**129**	**15,6**	**36**	**4,4**	**5**	**0,6**	**96**	**11,6**	**4**	**0,5**	**0**	**0,0**	**4**	**0,5**	**11**	**1,3**	**26**	**3,1**	**201**	**24,3**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

22. Neonatologie

Anzahl Datensätze: 93.600
Anzahl Krankenhäuser: 559

22.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50048: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)	36	0,2	0	0,0	21	58,3	15	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50049: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten in den ersten 28 Lebenstagen (ohne zuverlegte Kinder)	35	0,2	0	0,0	22	62,9	13	37,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50050: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	16	0,1	0	0,0	3	18,8	13	81,3	0	0,0	1	7,7	0	0,0	1	7,7
QI-ID 50051: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Zystischen Periventrikulären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	19	0,1	0	0,0	5	26,3	14	73,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1
QI-ID 50052: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	7	0,0	0	0,0	1	14,3	6	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50053: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	34	0,2	0	0,0	12	35,3	21	61,8	1	2,9	0	0,0	0	0,0	2	9,5
QI-ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	18	0,1	0	0,0	3	16,7	14	77,8	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50061: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	17	0,1	0	0,0	8	47,1	9	52,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50062: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) bei beatmeten Kindern mit Pneumothorax (ohne zuverlegte Kinder)	30	0,2	0	0,0	8	26,7	22	73,3	0	0,0	1	4,5	0	0,0	2	9,1
QI-ID 50063: Durchführung eines Hörtests	41	0,2	0	0,0	19	46,3	22	53,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,1
QI-ID 50064: Aufnahmetemperatur unter 36.0 Grad	18	0,1	0	0,0	3	16,7	14	77,8	1	5,6	0	0,0	0	0,0	2	14,3
QI-ID 50103: Aufnahmetemperatur über 37.5 Grad	18	0,1	0	0,0	5	27,8	13	72,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51119: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten	37	0,2	0	0,0	12	32,4	25	67,6	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51174: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	34	0,2	0	0,0	4	11,8	30	88,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7
Gesamt	**360**	**2,0**	**0**	**0,0**	**126**	**35,0**	**231**	**64,2**	**3**	**0,8**	**3**	**1,3**	**0**	**0,0**	**12**	**5,2**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

22.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	39	0,2	0	0,0	21	53,8	15	38,5	3	7,7	0	0,0	0	0,0	5	33,3
Bayern	57	0,3	0	0,0	28	49,1	29	50,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	12	0,1	0	0,0	0	0,0	12	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	12	0,1	0	0,0	0	0,0	12	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	6	0,0	0	0,0	2	33,3	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	5	0,0	0	0,0	2	40,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	6	0,0	0	0,0	2	33,3	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	10	0,1	0	0,0	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	36	0,2	0	0,0	0	0,0	36	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	81	0,5	0	0,0	35	43,2	46	56,8	0	0,0	3	6,5	0	0,0	7	15,2
Rheinland-Pfalz	9	0,1	0	0,0	1	11,1	8	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	7	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	35	0,2	0	0,0	14	40,0	21	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	20	0,1	0	0,0	6	30,0	14	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	9	0,1	0	0,0	0	0,0	9	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	16	0,1	0	0,0	14	87,5	2	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**360**	**2,0**	**0**	**0,0**	**126**	**35,0**	**231**	**64,2**	**3**	**0,8**	**3**	**1,3**	**0**	**0,0**	**12**	**5,2**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

22.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50048: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)	36	3	8,3	9	25,0	1	2,8	1	2,8	0	0,0	0	0,0	1	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	58,3
QI-ID 50049: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten in den ersten 28 Lebenstagen (ohne zuverlegte Kinder)	35	2	5,7	9	25,7	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	62,9
QI-ID 50050: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	16	1	6,3	9	56,3	0	0,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3	1	6,3	2	12,5
QI-ID 50051: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Zystischen Periventrikulären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	19	1	5,3	8	42,1	0	0,0	1	5,3	1	5,3	0	0,0	4	21,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	21,1

© 2014 AQUA-Institut GmbH

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50052: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	7	1	14,3	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3
QI-ID 50053: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	34	2	5,9	10	29,4	0	0,0	4	11,8	0	0,0	0	0,0	5	14,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	1	2,9	11	32,4
QI-ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	18	5	27,8	5	27,8	1	5,6	1	5,6	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,1	3	16,7
QI-ID 50061: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	17	4	23,5	4	23,5	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	41,2
QI-ID 50062: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) bei beatmeten Kindern mit Pneumothorax (ohne zuverlegte Kinder)	30	5	16,7	8	26,7	0	0,0	6	20,0	1	3,3	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	26,7

© 2014 AQUA-Institut GmbH

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50063: Durchführung eines Hörtests	41	2	4,9	3	7,3	6	14,6	2	4,9	0	0,0	0	0,0	9	22,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	46,3
QI-ID 50064: Aufnahmetemperatur unter 36.0 Grad	18	0	0,0	3	16,7	0	0,0	7	38,9	0	0,0	1	5,6	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,1	3	16,7
QI-ID 50103: Aufnahmetemperatur über 37.5 Grad	18	3	16,7	4	22,2	2	11,1	2	11,1	0	0,0	0	0,0	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	27,8
QI-ID 51119: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten	37	3	8,1	15	40,5	1	2,7	1	2,7	1	2,7	0	0,0	3	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	12	32,4
QI-ID 51174: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	34	2	5,9	17	50,0	3	8,8	0	0,0	1	2,9	1	2,9	6	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	11,8
Gesamt	**360**	**34**	**9,4**	**109**	**30,3**	**16**	**4,4**	**25**	**6,9**	**5**	**1,4**	**4**	**1,1**	**35**	**9,7**	**0**	**0,0**	**1**	**0,3**	**0**	**0,0**	**2**	**0,6**	**7**	**1,9**	**122**	**33,9**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

22.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	39	0	0,0	6	15,4	0	0,0	4	10,3	3	7,7	0	0,0	2	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,7	21	53,8
Bayern	57	6	10,5	16	28,1	0	0,0	0	0,0	2	3,5	0	0,0	5	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	49,1
Berlin	12	4	33,3	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	12	6	50,0	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	6	1	16,7	2	33,3	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	5	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	6	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3
Mecklenburg-Vorpommern	10	6	60,0	1	10,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0
Niedersachsen	36	0	0,0	27	75,0	1	2,8	3	8,3	0	0,0	0	0,0	4	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,8	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	81	5	6,2	20	24,7	3	3,7	6	7,4	0	0,0	0	0,0	9	11,1	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	2	2,5	35	43,2
Rheinland-Pfalz	9	0	0,0	2	22,2	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	5	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1
Saarland	7	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	35	1	2,9	4	11,4	2	5,7	8	22,9	0	0,0	2	5,7	3	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	14	40,0
Sachsen-Anhalt	20	0	0,0	11	55,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	30,0
Schleswig-Holstein	9	0	0,0	1	11,1	4	44,4	0	0,0	0	0,0	2	22,2	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	16	0	0,0	1	6,3	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	87,5
Gesamt	**360**	**34**	**9,4**	**109**	**30,3**	**16**	**4,4**	**25**	**6,9**	**5**	**1,4**	**4**	**1,1**	**35**	**9,7**	**0**	**0,0**	**1**	**0,3**	**0**	**0,0**	**2**	**0,6**	**7**	**1,9**	**122**	**33,9**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

23. Gynäkologische Operationen

Anzahl Datensätze: 259.438
Anzahl Krankenhäuser: 1.047

23.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 235: Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	55	0,3	0	0,0	24	43,6	31	56,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 553: Organverletzungen bei Hysterektomie	46	0,3	0	0,0	9	19,6	37	80,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 557: Organverletzungen bei Hysterektomie bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	51	0,3	0	0,0	17	33,3	34	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 612: Organerhaltung bei Ovareingriffen	88	0,5	0	0,0	47	53,4	41	46,6	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0
QI-ID 665: Konisation bei Ektopie oder Normalbefund	59	0,3	1	1,7	36	61,0	22	37,3	0	0,0	1	4,5	0	0,0	1	4,5
QI-ID 666: Fehlende postoperative Histologie nach Konisation	34	0,2	0	0,0	21	61,8	13	38,2	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0
QI-ID 672: Hysterektomie bei Patientinnen ohne malignen Befund und einem Alter unter 35 Jahren	327	1,8	0	0,0	183	56,0	144	44,0	0	0,0	2	1,4	1	0,7	1	0,7
QI-ID 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	207	1,2	1	0,5	116	56,0	89	43,0	1	0,5	1	1,1	0	0,0	3	3,4
QI-ID 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	104	0,6	0	0,0	44	42,3	59	56,7	1	1,0	1	1,7	0	0,0	5	8,5
QI-ID 51417: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	43	0,2	0	0,0	22	51,2	21	48,8	0	0,0	1	4,8	0	0,0	2	9,5
QI-ID 51418: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	186	1,1	0	0,0	25	13,4	161	86,6	0	0,0	2	1,2	0	0,0	2	1,2
Gesamt	**1.200**	**6,8**	**2**	**0,2**	**544**	**45,3**	**652**	**54,3**	**2**	**0,2**	**9**	**1,4**	**2**	**0,3**	**14**	**2,1**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

23.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	109	0,6	0	0,0	58	53,2	50	45,9	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	2,0
Bayern	192	1,1	0	0,0	162	84,4	30	15,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	34	0,2	0	0,0	8	23,5	26	76,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	46	0,3	0	0,0	0	0,0	46	100	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0
Bremen	10	0,1	2	20,0	0	0,0	8	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	20	0,1	0	0,0	1	5,0	19	95,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	76	0,4	0	0,0	12	15,8	63	82,9	1	1,3	4	6,3	2	3,2	4	6,3
Mecklenburg-Vorpommern	23	0,1	0	0,0	1	4,3	22	95,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	144	0,8	0	0,0	63	43,8	81	56,3	0	0,0	2	2,5	0	0,0	2	2,5
Nordrhein-Westfalen	252	1,4	0	0,0	114	45,2	138	54,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	4,3
Rheinland-Pfalz	89	0,5	0	0,0	69	77,5	20	22,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
Saarland	24	0,1	0	0,0	0	0,0	24	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	66	0,4	0	0,0	21	31,8	45	68,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	45	0,3	0	0,0	18	40,0	27	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	43	0,2	0	0,0	7	16,3	36	83,7	0	0,0	2	5,6	0	0,0	0	0,0
Thüringen	27	0,2	0	0,0	10	37,0	17	63,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**1.200**	**6,8**	**2**	**0,2**	**544**	**45,3**	**652**	**54,3**	**2**	**0,2**	**9**	**1,4**	**2**	**0,3**	**14**	**2,1**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

23.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 235: Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	55	4	7,3	5	9,1	0	0,0	4	7,3	3	5,5	0	0,0	14	25,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	24	43,6
QI-ID 553: Organverletzungen bei Hysterektomie	46	3	6,5	29	63,0	1	2,2	1	2,2	0	0,0	0	0,0	3	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	19,6
QI-ID 557: Organverletzungen bei Hysterektomie bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	51	4	7,8	23	45,1	3	5,9	0	0,0	0	0,0	1	2,0	3	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	33,3
QI-ID 612: Organerhaltung bei Ovareingriffen	88	5	5,7	32	36,4	0	0,0	4	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	46	52,3
QI-ID 665: Konisation bei Ektopie oder Normalbefund	59	0	0,0	12	20,3	5	8,5	2	3,4	1	1,7	0	0,0	3	5,1	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	35	59,3
QI-ID 666: Fehlende postoperative Histologie nach Konisation	34	1	2,9	2	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	26,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	21	61,8
QI-ID 672: Hysterektomie bei Patientinnen ohne malignen Befund und einem Alter unter 35 Jahren	327	9	2,8	111	33,9	4	1,2	7	2,1	4	1,2	1	0,3	5	1,5	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2	0,6	183	56,0
QI-ID 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	207	8	3,9	53	25,6	7	3,4	6	2,9	3	1,4	2	1,0	8	3,9	0	0,0	0	0,0	2	1,0	0	0,0	3	1,4	115	55,6
QI-ID 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	104	3	2,9	12	11,5	13	12,5	3	2,9	1	1,0	0	0,0	21	20,2	0	0,0	1	1,0	1	1,0	0	0,0	5	4,8	44	42,3
QI-ID 51417: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	43	1	2,3	14	32,6	2	4,7	2	4,7	0	0,0	0	0,0	2	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	21	48,8

© 2014 AQUA-Institut GmbH

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 51418: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	186	10	5,4	107	57,5	17	9,1	4	2,2	1	0,5	0	0,0	19	10,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,6	25	13,4
Gesamt	**1.200**	**48**	**4,0**	**400**	**33,3**	**52**	**4,3**	**33**	**2,8**	**13**	**1,1**	**4**	**0,3**	**87**	**7,3**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**5**	**0,4**	**1**	**0,1**	**16**	**1,3**	**540**	**45,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

23.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	109	0	0,0	44	40,4	2	1,8	1	0,9	1	0,9	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,8	57	52,3
Bayern	192	1	0,5	12	6,3	0	0,0	3	1,6	7	3,6	0	0,0	7	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	162	84,4
Berlin	34	3	8,8	13	38,2	0	0,0	0	0,0	3	8,8	0	0,0	7	20,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	23,5
Brandenburg	46	2	4,3	20	43,5	5	10,9	8	17,4	1	2,2	4	8,7	6	13,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	10	1	10,0	5	50,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	20	17	85,0	0	0,0	2	10,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	76	0	0,0	52	68,4	1	1,3	4	5,3	0	0,0	0	0,0	7	9,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	15,8
Mecklenburg-Vorpommern	23	0	0,0	8	34,8	2	8,7	3	13,0	0	0,0	0	0,0	8	34,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	4,3
Niedersachsen	144	3	2,1	32	22,2	27	18,8	2	1,4	1	0,7	0	0,0	15	10,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	63	43,8
Nordrhein-Westfalen	252	11	4,4	90	35,7	2	0,8	2	0,8	0	0,0	0	0,0	27	10,7	0	0,0	1	0,4	3	1,2	0	0,0	2	0,8	114	45,2
Rheinland-Pfalz	89	0	0,0	13	14,6	0	0,0	2	2,2	0	0,0	0	0,0	5	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	69	77,5
Saarland	24	0	0,0	20	83,3	0	0,0	4	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	66	0	0,0	34	51,5	2	3,0	3	4,5	0	0,0	0	0,0	4	6,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,0	21	31,8
Sachsen-Anhalt	45	0	0,0	22	48,9	2	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	4	8,9	16	35,6
Schleswig-Holstein	43	6	14,0	27	62,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,0	7	16,3
Thüringen	27	4	14,8	8	29,6	5	18,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	37,0
Gesamt	**1.200**	**48**	**4,0**	**400**	**33,3**	**52**	**4,3**	**33**	**2,8**	**13**	**1,1**	**4**	**0,3**	**87**	**7,3**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**5**	**0,4**	**1**	**0,1**	**16**	**1,3**	**540**	**45,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

24. Mammachirurgie

Anzahl Datensätze: 114.021
Anzahl Krankenhäuser: 910

24.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 303: Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung	144	0,8	0	0,0	69	47,9	75	52,1	0	0,0	5	6,7	2	2,7	9	12,0
QI-ID 2131: Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei brusterhaltender Therapie	107	0,6	0	0,0	33	30,8	74	69,2	0	0,0	5	6,8	3	4,1	12	16,2
QI-ID 2162: Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei Mastektomie	165	0,9	0	0,0	54	32,7	111	67,3	0	0,0	5	4,5	3	2,7	15	13,5
QI-ID 2167: Brusterhaltende Therapie bei pT1	233	1,3	0	0,0	168	72,1	38	16,3	27	11,6	1	2,6	2	5,3	2	5,3
QI-ID 50047: Prätherapeutische Diagnosesicherung bei nicht-tastbarer maligner Neoplasie	64	0,4	0	0,0	30	46,9	34	53,1	0	0,0	4	11,8	4	11,8	3	8,8
QI-ID 50080: Prätherapeutische Diagnosesicherung bei tastbarer maligner Neoplasie	198	1,1	0	0,0	102	51,5	96	48,5	0	0,0	8	8,3	3	3,1	13	13,5
QI-ID 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	112	0,6	0	0,0	70	62,5	42	37,5	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	2,4
QI-ID 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	76	0,4	0	0,0	73	96,1	3	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51371: Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation	41	0,2	0	0,0	31	75,6	10	24,4	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Gesamt	**1.140**	**6,4**	**0**	**0,0**	**630**	**55,3**	**483**	**42,4**	**27**	**2,4**	**29**	**6,0**	**18**	**3,7**	**55**	**11,4**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

24.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	125	0,7	0	0,0	64	51,2	34	27,2	27	21,6	0	0,0	0	0,0	7	20,6
Bayern	237	1,3	0	0,0	180	75,9	57	24,1	0	0,0	9	15,8	15	26,3	9	15,8
Berlin	21	0,1	0	0,0	7	33,3	14	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	32	0,2	0	0,0	0	0,0	32	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	17	0,1	0	0,0	12	70,6	5	29,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	57	0,3	0	0,0	34	59,6	23	40,4	0	0,0	0	0,0	3	13,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	18	0,1	0	0,0	7	38,9	11	61,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	132	0,7	0	0,0	66	50,0	66	50,0	0	0,0	5	7,6	0	0,0	5	7,6
Nordrhein-Westfalen	210	1,2	0	0,0	104	49,5	106	50,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	18,9
Rheinland-Pfalz	78	0,4	0	0,0	49	62,8	29	37,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	20,7
Saarland	16	0,1	0	0,0	9	56,3	7	43,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	64	0,4	0	0,0	25	39,1	39	60,9	0	0,0	5	12,8	0	0,0	5	12,8
Sachsen-Anhalt	51	0,3	0	0,0	33	64,7	18	35,3	0	0,0	2	11,1	0	0,0	1	5,6
Schleswig-Holstein	47	0,3	0	0,0	18	38,3	29	61,7	0	0,0	6	20,7	0	0,0	0	0,0
Thüringen	31	0,2	0	0,0	22	71,0	9	29,0	0	0,0	2	22,2	0	0,0	2	22,2
Gesamt	**1.140**	**6,4**	**0**	**0,0**	**630**	**55,3**	**483**	**42,4**	**27**	**2,4**	**29**	**6,0**	**18**	**3,7**	**55**	**11,4**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

24.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 303: Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung	144	5	3,5	16	11,1	3	2,1	5	3,5	6	4,2	2	1,4	38	26,4	2	1,4	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	66	45,8
QI-ID 2131: Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei brusterhaltender Therapie	107	0	0,0	17	15,9	5	4,7	9	8,4	4	3,7	0	0,0	36	33,6	3	2,8	0	0,0	0	0,0	1	0,9	2	1,9	30	28,0
QI-ID 2162: Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei Mastektomie	165	3	1,8	37	22,4	5	3,0	10	6,1	4	2,4	0	0,0	47	28,5	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,6	3	1,8	54	32,7
QI-ID 2167: Brusterhaltende Therapie bei pT1	233	9	3,9	29	12,4	3	1,3	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	12,0	161	69,1
QI-ID 50047: Prätherapeutische Diagnosesicherung bei nicht-tastbarer maligner Neoplasie	64	1	1,6	22	34,4	1	1,6	5	7,8	1	1,6	0	0,0	4	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	29	45,3
QI-ID 50080: Prätherapeutische Diagnosesicherung bei tastbarer maligner Neoplasie	198	10	5,1	51	25,8	4	2,0	21	10,6	1	0,5	1	0,5	11	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,5	96	48,5
QI-ID 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	112	1	0,9	24	21,4	3	2,7	5	4,5	2	1,8	0	0,0	7	6,3	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	69	61,6
QI-ID 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	76	1	1,3	5	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	69	90,8
QI-ID 51371: Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation	41	2	4,9	5	12,2	0	0,0	2	4,9	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	75,6
Gesamt	**1.140**	**32**	**2,8**	**206**	**18,1**	**24**	**2,1**	**58**	**5,1**	**18**	**1,6**	**3**	**0,3**	**146**	**12,8**	**7**	**0,6**	**1**	**0,1**	**0**	**0,0**	**2**	**0,2**	**38**	**3,3**	**605**	**53,1**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

24.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	125	1	0,8	17	13,6	3	2,4	6	4,8	4	3,2	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	23,2	64	51,2
Bayern	237	1	0,4	8	3,4	0	0,0	10	4,2	14	5,9	0	0,0	24	10,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	180	75,9
Berlin	21	3	14,3	7	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	19,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	33,3
Brandenburg	32	0	0,0	15	46,9	0	0,0	5	15,6	0	0,0	1	3,1	10	31,3	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	17	17	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	57	0	0,0	13	22,8	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	11	19,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	56,1
Mecklenburg-Vorpommern	18	0	0,0	8	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	38,9
Niedersachsen	132	1	0,8	44	33,3	8	6,1	5	3,8	0	0,0	0	0,0	8	6,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	66	50,0
Nordrhein-Westfalen	210	3	1,4	39	18,6	9	4,3	7	3,3	0	0,0	0	0,0	45	21,4	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	104	49,5
Rheinland-Pfalz	78	0	0,0	7	9,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	18	23,1	3	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	49	62,8
Saarland	16	0	0,0	4	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	18,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	56,3
Sachsen	64	1	1,6	12	18,8	3	4,7	10	15,6	0	0,0	0	0,0	13	20,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	39,1
Sachsen-Anhalt	51	0	0,0	16	31,4	0	0,0	3	5,9	0	0,0	2	3,9	4	7,8	0	0,0	1	2,0	0	0,0	2	3,9	1	2,0	22	43,1
Schleswig-Holstein	47	3	6,4	11	23,4	1	2,1	6	12,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	14,9	18	38,3
Thüringen	31	0	0,0	4	12,9	0	0,0	4	12,9	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	71,0
Gesamt	**1.140**	**32**	**2,8**	**206**	**18,1**	**24**	**2,1**	**58**	**5,1**	**18**	**1,6**	**3**	**0,3**	**146**	**12,8**	**7**	**0,6**	**1**	**0,1**	**0**	**0,0**	**2**	**0,2**	**38**	**3,3**	**605**	**53,1**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

25. Hüftgelenknahe Femurfraktur

Anzahl Datensätze: 101.888
Anzahl Krankenhäuser: 1.104

25.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2115: Endoprothetische Versorgung bei medialer Schenkelhalsfraktur (Garden III oder IV)	39	0,2	0	0,0	17	43,6	22	56,4	0	0,0	1	4,5	0	0,0	1	4,5
QI-ID 2266: Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus	224	1,3	0	0,0	99	44,2	125	55,8	0	0,0	4	3,2	0	0,0	13	10,4
QI-ID 2277: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2	181	1,0	0	0,0	28	15,5	153	84,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
QI-ID 2278: Sterblichkeit im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung	70	0,4	0	0,0	30	42,9	40	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5
QI-ID 2279: Sterblichkeit im Krankenhaus bei osteosynthetischer Versorgung	64	0,4	0	0,0	21	32,8	43	67,2	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0
QI-ID 10361: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei osteosynthetischer Versorgung	62	0,4	0	0,0	38	61,3	24	38,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,3
QI-ID 10364: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei endoprothetischer Versorgung	23	0,1	0	0,0	14	60,9	9	39,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1
QI-ID 50853: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	17	0,1	0	0,0	12	70,6	5	29,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0
QI-ID 50858: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	11	0,1	0	0,0	5	45,5	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
QI-ID 50864: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	16	0,1	0	0,0	7	43,8	9	56,3	0	0,0	1	11,1	0	0,0	1	11,1
QI-ID 50874: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung	63	0,4	0	0,0	24	38,1	39	61,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50879: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	210	1,2	0	0,0	87	41,4	123	58,6	0	0,0	2	1,6	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50884: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Endoprothesenluxationen	40	0,2	0	0,0	17	42,5	23	57,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50889: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an postoperativen Wundinfektionen	26	0,1	0	0,0	10	38,5	16	61,5	0	0,0	1	6,3	0	0,0	2	12,5
QI-ID 50894: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	62	0,4	0	0,0	23	37,1	39	62,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,1
Gesamt	**1.108**	**6,3**	**0**	**0,0**	**432**	**39,0**	**676**	**61,0**	**0**	**0,0**	**10**	**1,5**	**0**	**0,0**	**27**	**4,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

25.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	132	0,7	0	0,0	39	29,5	93	70,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	4,3
Bayern	194	1,1	0	0,0	171	88,1	23	11,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	37	0,2	0	0,0	0	0,0	37	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	42	0,2	0	0,0	0	0,0	42	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	16	0,1	0	0,0	6	37,5	10	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	49	0,3	0	0,0	7	14,3	42	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	31	0,2	0	0,0	0	0,0	31	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	118	0,7	0	0,0	97	82,2	21	17,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	240	1,4	0	0,0	48	20,0	192	80,0	0	0,0	9	4,7	0	0,0	22	11,5
Rheinland-Pfalz	61	0,3	0	0,0	21	34,4	40	65,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	13	0,1	0	0,0	0	0,0	13	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	86	0,5	0	0,0	5	5,8	81	94,2	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	1,2
Sachsen-Anhalt	30	0,2	0	0,0	13	43,3	17	56,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	21	0,1	0	0,0	1	4,8	20	95,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	37	0,2	0	0,0	23	62,2	14	37,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**1.108**	**6,3**	**0**	**0,0**	**432**	**39,0**	**676**	**61,0**	**0**	**0,0**	**10**	**1,5**	**0**	**0,0**	**27**	**4,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

25.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2115: Endoprothetische Versorgung bei medialer Schenkelhalsfraktur (Garden III oder IV)	39	0	0,0	6	15,4	1	2,6	4	10,3	1	2,6	1	2,6	8	20,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	17	43,6
QI-ID 2266: Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus	224	5	2,2	70	31,3	3	1,3	31	13,8	4	1,8	3	1,3	5	2,2	1	0,4	0	0,0	1	0,4	0	0,0	7	3,1	94	42,0
QI-ID 2277: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2	181	5	2,8	96	53,0	15	8,3	6	3,3	1	0,6	0	0,0	25	13,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	4	2,2	28	15,5
QI-ID 2278: Sterblichkeit im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung	70	2	2,9	33	47,1	1	1,4	2	2,9	0	0,0	0	0,0	2	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	29	41,4
QI-ID 2279: Sterblichkeit im Krankenhaus bei osteosynthetischer Versorgung	64	1	1,6	39	60,9	0	0,0	2	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	21	32,8
QI-ID 10361: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei osteosynthetischer Versorgung	62	0	0,0	6	9,7	7	11,3	4	6,5	2	3,2	3	4,8	3	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	59,7
QI-ID 10364: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei endoprothetischer Versorgung	23	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	6	26,1	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	60,9
QI-ID 50853: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	17	0	0,0	3	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,8	12	70,6

© 2014 AQUA-Institut GmbH

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50858: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	11	0	0,0	2	18,2	1	9,1	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	18,2	0	0,0	0	0,0	5	45,5
QI-ID 50864: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	16	1	6,3	4	25,0	0	0,0	3	18,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	7	43,8
QI-ID 50874: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung	63	3	4,8	24	38,1	1	1,6	0	0,0	3	4,8	1	1,6	5	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,2	24	38,1
QI-ID 50879: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	210	4	1,9	99	47,1	2	1,0	5	2,4	2	1,0	0	0,0	8	3,8	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,5	2	1,0	86	41,0
QI-ID 50884: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Endoprothesenluxationen	40	3	7,5	21	52,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5	15	37,5
QI-ID 50889: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an postoperativen Wundinfektionen	26	1	3,8	10	38,5	0	0,0	5	19,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8	9	34,6
QI-ID 50894: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	62	3	4,8	32	51,6	0	0,0	4	6,5	1	1,6	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	20	32,3
Gesamt	**1.108**	**28**	**2,5**	**446**	**40,3**	**31**	**2,8**	**66**	**6,0**	**16**	**1,4**	**8**	**0,7**	**63**	**5,7**	**2**	**0,2**	**1**	**0,1**	**5**	**0,5**	**3**	**0,3**	**21**	**1,9**	**418**	**37,7**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

25.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	132	0	0,0	68	51,5	14	10,6	6	4,5	1	0,8	2	1,5	2	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5	37	28,0
Bayern	194	3	1,5	12	6,2	0	0,0	4	2,1	1	0,5	0	0,0	3	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	171	88,1
Berlin	37	0	0,0	32	86,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,1	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	42	0	0,0	23	54,8	0	0,0	6	14,3	8	19,0	0	0,0	5	11,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	16	16	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	49	0	0,0	29	59,2	1	2,0	4	8,2	0	0,0	0	0,0	6	12,2	0	0,0	0	0,0	2	4,1	0	0,0	0	0,0	7	14,3
Mecklenburg-Vorpommern	31	1	3,2	24	77,4	1	3,2	2	6,5	0	0,0	0	0,0	3	9,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	118	0	0,0	10	8,5	5	4,2	6	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	97	82,2
Nordrhein-Westfalen	240	7	2,9	118	49,2	4	1,7	19	7,9	3	1,3	2	0,8	28	11,7	2	0,8	1	0,4	3	1,3	0	0,0	9	3,8	44	18,3
Rheinland-Pfalz	61	1	1,6	25	41,0	0	0,0	2	3,3	1	1,6	0	0,0	11	18,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	34,4
Saarland	13	0	0,0	11	84,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	86	0	0,0	48	55,8	3	3,5	14	16,3	2	2,3	4	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	11,6	5	5,8
Sachsen-Anhalt	30	0	0,0	13	43,3	2	6,7	3	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	40,0
Schleswig-Holstein	21	0	0,0	18	85,7	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8
Thüringen	37	0	0,0	14	37,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	62,2
Gesamt	**1.108**	**28**	**2,5**	**446**	**40,3**	**31**	**2,8**	**66**	**6,0**	**16**	**1,4**	**8**	**0,7**	**63**	**5,7**	**2**	**0,2**	**1**	**0,1**	**5**	**0,5**	**3**	**0,3**	**21**	**1,9**	**418**	**37,7**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

26. Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Anzahl Datensätze: 152.049
Anzahl Krankenhäuser: 1.091

26.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 265: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	9	0,1	0	0,0	4	44,4	5	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 446: Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode	65	0,4	0	0,0	37	56,9	28	43,1	0	0,0	1	3,6	0	0,0	2	7,1
QI-ID 457: Sterblichkeit im Krankenhaus	224	1,3	0	0,0	39	17,4	185	82,6	0	0,0	1	0,5	0	0,0	2	1,1
QI-ID 1082: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	220	1,2	0	0,0	93	42,3	127	57,7	0	0,0	5	3,9	0	0,0	33	26,0
QI-ID 2223: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	194	1,1	0	0,0	80	41,2	114	58,8	0	0,0	3	2,6	0	0,0	20	17,5
QI-ID 50909: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung	59	0,3	0	0,0	37	62,7	22	37,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50914: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	35	0,2	0	0,0	16	45,7	19	54,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3
QI-ID 50919: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	220	1,2	0	0,0	98	44,5	122	55,5	0	0,0	3	2,5	0	0,0	3	2,5
QI-ID 50924: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Endoprothesenluxationen	12	0,1	0	0,0	6	50,0	6	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50929: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an postoperativen Wundinfektionen	37	0,2	0	0,0	16	43,2	21	56,8	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1	4,8
QI-ID 50934: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	13	0,1	0	0,0	7	53,8	6	46,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50939: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	71	0,4	0	0,0	31	43,7	40	56,3	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	2,5
QI-ID 50944: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	21	0,1	0	0,0	8	38,1	13	61,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**1.180**	**6,7**	**0**	**0,0**	**472**	**40,0**	**708**	**60,0**	**0**	**0,0**	**15**	**2,1**	**0**	**0,0**	**63**	**8,9**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

26.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	142	0,8	0	0,0	65	45,8	77	54,2	0	0,0	5	6,5	0	0,0	25	32,5
Bayern	227	1,3	0	0,0	141	62,1	86	37,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	28	0,2	0	0,0	0	0,0	28	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	32	0,2	0	0,0	0	0,0	32	100	0	0,0	2	6,3	0	0,0	0	0,0
Bremen	7	0,0	0	0,0	2	28,6	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	21	0,1	0	0,0	10	47,6	11	52,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	76	0,4	0	0,0	9	11,8	67	88,2	0	0,0	4	6,0	0	0,0	4	6,0
Mecklenburg-Vorpommern	17	0,1	0	0,0	1	5,9	16	94,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	152	0,9	0	0,0	128	84,2	24	15,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	249	1,4	0	0,0	64	25,7	185	74,3	0	0,0	4	2,2	0	0,0	32	17,3
Rheinland-Pfalz	58	0,3	0	0,0	12	20,7	46	79,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,3
Saarland	15	0,1	0	0,0	0	0,0	15	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	67	0,4	0	0,0	10	14,9	57	85,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	32	0,2	0	0,0	14	43,8	18	56,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	32	0,2	0	0,0	5	15,6	27	84,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	25	0,1	0	0,0	11	44,0	14	56,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**1.180**	**6,7**	**0**	**0,0**	**472**	**40,0**	**708**	**60,0**	**0**	**0,0**	**15**	**2,1**	**0**	**0,0**	**63**	**8,9**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

26.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 265: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	9	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	44,4
QI-ID 446: Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode	65	5	7,7	7	10,8	0	0,0	4	6,2	1	1,5	0	0,0	11	16,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	36	55,4
QI-ID 457: Sterblichkeit im Krankenhaus	224	13	5,8	162	72,3	0	0,0	2	0,9	4	1,8	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,9	39	17,4
QI-ID 1082: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	220	7	3,2	11	5,0	12	5,5	11	5,0	6	2,7	1	0,5	76	34,5	0	0,0	2	0,9	0	0,0	1	0,5	3	1,4	90	40,9
QI-ID 2223: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	194	15	7,7	12	6,2	10	5,2	5	2,6	2	1,0	0	0,0	67	34,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,5	80	41,2
QI-ID 50909: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung	59	3	5,1	15	25,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	8,5	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	35	59,3
QI-ID 50914: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	35	0	0,0	14	40,0	0	0,0	2	5,7	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,7	16	45,7
QI-ID 50919: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	220	10	4,5	93	42,3	1	0,5	9	4,1	6	2,7	1	0,5	3	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	3	1,4	93	42,3

© 2014 AQUA-Institut GmbH

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50924: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Endoprothesenluxationen	12	0	0,0	4	33,3	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	50,0
QI-ID 50929: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an postoperativen Wundinfektionen	37	1	2,7	14	37,8	1	2,7	5	13,5	0	0,0	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	40,5
QI-ID 50934: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	13	1	7,7	3	23,1	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	7	53,8
QI-ID 50939: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	71	2	2,8	31	43,7	0	0,0	0	0,0	2	2,8	1	1,4	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,8	31	43,7
QI-ID 50944: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	21	1	4,8	6	28,6	1	4,8	2	9,5	2	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	8	38,1
Gesamt	**1.180**	**58**	**4,9**	**373**	**31,6**	**25**	**2,1**	**42**	**3,6**	**23**	**1,9**	**3**	**0,3**	**172**	**14,6**	**2**	**0,2**	**2**	**0,2**	**0**	**0,0**	**3**	**0,3**	**17**	**1,4**	**460**	**39,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

26.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	142	0	0,0	38	26,8	19	13,4	2	1,4	9	6,3	0	0,0	9	6,3	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	64	45,1
Bayern	227	21	9,3	11	4,8	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	52	22,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	141	62,1
Berlin	28	2	7,1	17	60,7	0	0,0	2	7,1	0	0,0	0	0,0	5	17,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,1	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	32	0	0,0	16	50,0	3	9,4	5	15,6	4	12,5	0	0,0	4	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	7	0	0,0	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6
Hamburg	21	21	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	76	0	0,0	44	57,9	0	0,0	5	6,6	1	1,3	0	0,0	17	22,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	11,8
Mecklenburg-Vorpommern	17	0	0,0	14	82,4	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9
Niedersachsen	152	0	0,0	23	15,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	128	84,2
Nordrhein-Westfalen	249	10	4,0	105	42,2	1	0,4	6	2,4	7	2,8	0	0,0	49	19,7	2	0,8	1	0,4	0	0,0	0	0,0	4	1,6	64	25,7
Rheinland-Pfalz	58	0	0,0	31	53,4	0	0,0	4	6,9	1	1,7	0	0,0	10	17,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	20,7
Saarland	15	0	0,0	11	73,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0
Sachsen	67	1	1,5	28	41,8	0	0,0	14	20,9	1	1,5	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	17,9	10	14,9
Sachsen-Anhalt	32	3	9,4	10	31,3	2	6,3	2	6,3	0	0,0	0	0,0	2	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	40,6
Schleswig-Holstein	32	0	0,0	9	28,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,3	16	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	15,6
Thüringen	25	0	0,0	12	48,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	44,0
Gesamt	**1.180**	**58**	**4,9**	**373**	**31,6**	**25**	**2,1**	**42**	**3,6**	**23**	**1,9**	**3**	**0,3**	**172**	**14,6**	**2**	**0,2**	**2**	**0,2**	**0**	**0,0**	**3**	**0,3**	**17**	**1,4**	**460**	**39,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

27. Hüft-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel

Anzahl Datensätze: 26.127
Anzahl Krankenhäuser: 1.049

27.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 268: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	127	0,7	0	0,0	82	64,6	45	35,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 270: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	24	0,1	0	0,0	23	95,8	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 471: Sterblichkeit im Krankenhaus	288	1,6	0	0,0	57	19,8	231	80,2	0	0,0	2	0,9	0	0,0	4	1,7
QI-ID 50954: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung	71	0,4	0	0,0	44	62,0	27	38,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	1	3,7
QI-ID 50959: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	80	0,5	0	0,0	46	57,5	34	42,5	0	0,0	1	2,9	0	0,0	2	5,9
QI-ID 50964: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	275	1,6	0	0,0	166	60,4	109	39,6	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50969: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Endoprothesenluxationen	67	0,4	0	0,0	40	59,7	27	40,3	0	0,0	1	3,7	0	0,0	1	3,7
QI-ID 50979: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	67	0,4	0	0,0	43	64,2	24	35,8	0	0,0	1	4,2	0	0,0	2	8,3
QI-ID 50984: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	98	0,6	0	0,0	55	56,1	43	43,9	0	0,0	2	4,7	0	0,0	2	4,7
QI-ID 50989: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	129	0,7	0	0,0	59	45,7	70	54,3	0	0,0	4	5,7	0	0,0	5	7,1
Gesamt	**1.226**	**6,9**	**0**	**0,0**	**615**	**50,2**	**611**	**49,8**	**0**	**0,0**	**13**	**2,1**	**0**	**0,0**	**17**	**2,8**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

27.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	136	0,8	0	0,0	98	72,1	38	27,9	0	0,0	2	5,3	0	0,0	0	0,0
Bayern	205	1,2	0	0,0	196	95,6	9	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	43	0,2	0	0,0	0	0,0	43	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	31	0,2	0	0,0	0	0,0	31	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	13	0,1	0	0,0	2	15,4	11	84,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	22	0,1	0	0,0	11	50,0	11	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	84	0,5	0	0,0	28	33,3	56	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	12	0,1	0	0,0	0	0,0	12	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	118	0,7	0	0,0	85	72,0	33	28,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	299	1,7	0	0,0	130	43,5	169	56,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	4,1
Rheinland-Pfalz	65	0,4	0	0,0	8	12,3	57	87,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8
Saarland	24	0,1	0	0,0	0	0,0	24	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	76	0,4	0	0,0	11	14,5	65	85,5	0	0,0	8	12,3	0	0,0	8	12,3
Sachsen-Anhalt	38	0,2	0	0,0	24	63,2	14	36,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	29	0,2	0	0,0	5	17,2	24	82,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	31	0,2	0	0,0	17	54,8	14	45,2	0	0,0	3	21,4	0	0,0	1	7,1
Gesamt	**1.226**	**6,9**	**0**	**0,0**	**615**	**50,2**	**611**	**49,8**	**0**	**0,0**	**13**	**2,1**	**0**	**0,0**	**17**	**2,8**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

27.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 268: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	127	2	1,6	22	17,3	1	0,8	1	0,8	1	0,8	0	0,0	15	11,8	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	82	64,6
QI-ID 270: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	24	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	87,5
QI-ID 471: Sterblichkeit im Krankenhaus	288	10	3,5	206	71,5	0	0,0	5	1,7	2	0,7	0	0,0	5	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,7	3	1,0	55	19,1
QI-ID 50954: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung	71	2	2,8	20	28,2	0	0,0	1	1,4	2	2,8	1	1,4	3	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	41	57,7
QI-ID 50959: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	80	3	3,8	24	30,0	0	0,0	0	0,0	4	5,0	1	1,3	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	1,3	45	56,3
QI-ID 50964: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	275	7	2,5	90	32,7	0	0,0	2	0,7	2	0,7	1	0,4	8	2,9	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,4	162	58,9
QI-ID 50969: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Endoprothesenluxationen	67	1	1,5	18	26,9	0	0,0	2	3,0	2	3,0	2	3,0	4	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	37	55,2
QI-ID 50979: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	67	2	3,0	15	22,4	1	1,5	1	1,5	3	4,5	0	0,0	4	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	41	61,2

© 2014 AQUA-Institut GmbH

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50984: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	98	4	4,1	36	36,7	1	1,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	1,0	52	53,1
QI-ID 50989: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	129	5	3,9	46	35,7	0	0,0	8	6,2	6	4,7	3	2,3	3	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	57	44,2
Gesamt	**1.226**	**37**	**3,0**	**477**	**38,9**	**3**	**0,2**	**21**	**1,7**	**22**	**1,8**	**8**	**0,7**	**47**	**3,8**	**3**	**0,2**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**7**	**0,6**	**8**	**0,7**	**593**	**48,4**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

27.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	136	0	0,0	28	20,6	1	0,7	1	0,7	7	5,1	0	0,0	9	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	90	66,2
Bayern	205	0	0,0	8	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	196	95,6
Berlin	43	6	14,0	33	76,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	9,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	31	0	0,0	25	80,6	0	0,0	0	0,0	2	6,5	0	0,0	4	12,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	13	0	0,0	10	76,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4
Hamburg	22	22	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	84	1	1,2	51	60,7	0	0,0	0	0,0	2	2,4	0	0,0	2	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	33,3
Mecklenburg-Vorpommern	12	0	0,0	10	83,3	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	118	0	0,0	28	23,7	0	0,0	3	2,5	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	85	72,0
Nordrhein-Westfalen	299	8	2,7	131	43,8	0	0,0	2	0,7	3	1,0	0	0,0	20	6,7	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,3	130	43,5
Rheinland-Pfalz	65	0	0,0	46	70,8	0	0,0	3	4,6	6	9,2	0	0,0	2	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	12,3
Saarland	24	0	0,0	21	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,3	0	0,0
Sachsen	76	0	0,0	42	55,3	0	0,0	11	14,5	2	2,6	1	1,3	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	9,2	1	1,3	11	14,5
Sachsen-Anhalt	38	0	0,0	16	42,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	55,3
Schleswig-Holstein	29	0	0,0	15	51,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	24,1	1	3,4	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	17,2
Thüringen	31	0	0,0	13	41,9	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	54,8
Gesamt	**1.226**	**37**	**3,0**	**477**	**38,9**	**3**	**0,2**	**21**	**1,7**	**22**	**1,8**	**8**	**0,7**	**47**	**3,8**	**3**	**0,2**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**7**	**0,6**	**8**	**0,7**	**593**	**48,4**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

28. Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

Anzahl Datensätze: 133.777
Anzahl Krankenhäuser: 1.033

28.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 276: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	114	0,6	0	0,0	55	48,2	59	51,8	0	0,0	2	3,4	0	0,0	7	11,9
QI-ID 277: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	10	0,1	0	0,0	7	70,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 472: Sterblichkeit im Krankenhaus	99	0,6	0	0,0	26	26,3	73	73,7	0	0,0	1	1,4	0	0,0	2	2,7
QI-ID 2218: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	47	0,3	0	0,0	10	21,3	37	78,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	10,8
QI-ID 10953: Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode	129	0,7	0	0,0	25	19,4	104	80,6	0	0,0	2	1,9	0	0,0	11	10,6
QI-ID 51004: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung	49	0,3	0	0,0	30	61,2	19	38,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3
QI-ID 51009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	9	0,1	0	0,0	6	66,7	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51014: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Frakturen	9	0,1	0	0,0	6	66,7	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51029: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	58	0,3	0	0,0	22	37,9	36	62,1	0	0,0	1	2,8	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**524**	**3,0**	**0**	**0,0**	**187**	**35,7**	**337**	**64,3**	**0**	**0,0**	**6**	**1,8**	**0**	**0,0**	**25**	**7,4**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

28.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	63	0,4	0	0,0	25	39,7	38	60,3	0	0,0	1	2,6	0	0,0	14	36,8
Bayern	132	0,7	0	0,0	69	52,3	63	47,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	15	0,1	0	0,0	0	0,0	15	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	10	0,1	0	0,0	0	0,0	10	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	5	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	6	0,0	0	0,0	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	29	0,2	0	0,0	7	24,1	22	75,9	0	0,0	2	9,1	0	0,0	2	9,1
Mecklenburg-Vorpommern	8	0,0	0	0,0	3	37,5	5	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	66	0,4	0	0,0	41	62,1	25	37,9	0	0,0	1	4,0	0	0,0	1	4,0
Nordrhein-Westfalen	86	0,5	0	0,0	18	20,9	68	79,1	0	0,0	2	2,9	0	0,0	7	10,3
Rheinland-Pfalz	28	0,2	0	0,0	6	21,4	22	78,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Saarland	4	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	26	0,1	0	0,0	0	0,0	26	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	16	0,1	0	0,0	10	62,5	6	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	18	0,1	0	0,0	0	0,0	18	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	12	0,1	0	0,0	5	41,7	7	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**524**	**3,0**	**0**	**0,0**	**187**	**35,7**	**337**	**64,3**	**0**	**0,0**	**6**	**1,8**	**0**	**0,0**	**25**	**7,4**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

28.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 276: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	114	4	3,5	7	6,1	4	3,5	5	4,4	0	0,0	0	0,0	37	32,5	0	0,0	2	1,8	0	0,0	0	0,0	2	1,8	53	46,5
QI-ID 277: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	10	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	70,0
QI-ID 472: Sterblichkeit im Krankenhaus	99	2	2,0	63	63,6	0	0,0	0	0,0	5	5,1	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	26	26,3
QI-ID 2218: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	47	5	10,6	2	4,3	3	6,4	3	6,4	0	0,0	0	0,0	24	51,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	21,3
QI-ID 10953: Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode	129	20	15,5	28	21,7	7	5,4	8	6,2	6	4,7	1	0,8	32	24,8	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,3	23	17,8
QI-ID 51004: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung	49	1	2,0	9	18,4	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	18,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	59,2
QI-ID 51009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	9	0	0,0	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	66,7
QI-ID 51014: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Frakturen	9	0	0,0	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	66,7
QI-ID 51029: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	58	1	1,7	30	51,7	0	0,0	0	0,0	2	3,4	1	1,7	2	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	21	36,2
Gesamt	**524**	**33**	**6,3**	**145**	**27,7**	**16**	**3,1**	**16**	**3,1**	**13**	**2,5**	**2**	**0,4**	**107**	**20,4**	**1**	**0,2**	**2**	**0,4**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**8**	**1,5**	**181**	**34,5**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

28.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	63	0	0,0	22	34,9	11	17,5	0	0,0	2	3,2	1	1,6	3	4,8	0	0,0	2	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	34,9
Bayern	132	21	15,9	4	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38	28,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	69	52,3
Berlin	15	4	26,7	4	26,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	46,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	10	0	0,0	4	40,0	0	0,0	3	30,0	1	10,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	5	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	6	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	29	0	0,0	10	34,5	0	0,0	2	6,9	0	0,0	0	0,0	10	34,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	24,1
Mecklenburg-Vorpommern	8	0	0,0	5	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	37,5
Niedersachsen	66	0	0,0	14	21,2	2	3,0	5	7,6	1	1,5	0	0,0	2	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	41	62,1
Nordrhein-Westfalen	86	4	4,7	28	32,6	1	1,2	3	3,5	4	4,7	0	0,0	26	30,2	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	18	20,9
Rheinland-Pfalz	28	0	0,0	13	46,4	0	0,0	1	3,6	3	10,7	0	0,0	5	17,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	21,4
Saarland	4	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	26	1	3,8	14	53,8	0	0,0	1	3,8	2	7,7	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	23,1	0	0,0
Sachsen-Anhalt	16	0	0,0	5	31,3	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	62,5
Schleswig-Holstein	18	0	0,0	7	38,9	2	11,1	0	0,0	0	0,0	1	5,6	8	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	12	0	0,0	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	41,7
Gesamt	**524**	**33**	**6,3**	**145**	**27,7**	**16**	**3,1**	**16**	**3,1**	**13**	**2,5**	**2**	**0,4**	**107**	**20,4**	**1**	**0,2**	**2**	**0,4**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**8**	**1,5**	**181**	**34,5**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

29. Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

Anzahl Datensätze: 17.134
Anzahl Krankenhäuser: 968

29.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 292: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	24	0,1	0	0,0	18	75,0	6	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 295: Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	129	0,7	0	0,0	89	69,0	40	31,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,0
QI-ID 476: Sterblichkeit im Krankenhaus	56	0,3	0	0,0	6	10,7	50	89,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,0
QI-ID 2220: Gefäßläsion / Nervenschaden	19	0,1	0	0,0	11	57,9	8	42,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51044: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung	42	0,2	0	0,0	33	78,6	9	21,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51049: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Frakturen	34	0,2	0	0,0	28	82,4	6	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51054: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	39	0,2	0	0,0	25	64,1	14	35,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51059: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	66	0,4	0	0,0	43	65,2	23	34,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51064: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	75	0,4	0	0,0	33	44,0	42	56,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,8
Gesamt	**484**	**2,7**	**0**	**0,0**	**286**	**59,1**	**198**	**40,9**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**6**	**3,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

29.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	53	0,3	0	0,0	39	73,6	14	26,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1
Bayern	62	0,4	0	0,0	58	93,5	4	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	16	0,1	0	0,0	0	0,0	16	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	10	0,1	0	0,0	0	0,0	10	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	7	0,0	0	0,0	4	57,1	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	34	0,2	0	0,0	25	73,5	9	26,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	75	0,4	0	0,0	64	85,3	11	14,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	111	0,6	0	0,0	60	54,1	51	45,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	9,8
Rheinland-Pfalz	31	0,2	0	0,0	10	32,3	21	67,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	11	0,1	0	0,0	0	0,0	11	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	32	0,2	0	0,0	5	15,6	27	84,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	10	0,1	0	0,0	10	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	14	0,1	0	0,0	3	21,4	11	78,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	9	0,1	0	0,0	7	77,8	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**484**	**2,7**	**0**	**0,0**	**286**	**59,1**	**198**	**40,9**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**6**	**3,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

29.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 292: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	24	0	0,0	3	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	75,0
QI-ID 295: Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	129	3	2,3	27	20,9	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0	6	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	2	1,6	88	68,2
QI-ID 476: Sterblichkeit im Krankenhaus	56	1	1,8	44	78,6	0	0,0	0	0,0	2	3,6	0	0,0	3	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	10,7
QI-ID 2220: Gefäßläsion/ Nervenschaden	19	0	0,0	6	31,6	0	0,0	1	5,3	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	57,9
QI-ID 51044: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit bei Entlassung	42	0	0,0	7	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	73,8
QI-ID 51049: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Frakturen	34	1	2,9	6	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	73,5
QI-ID 51054: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	39	0	0,0	11	28,2	1	2,6	0	0,0	1	2,6	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	24	61,5
QI-ID 51059: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	66	1	1,5	20	30,3	1	1,5	0	0,0	1	1,5	0	0,0	2	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	41	62,1
QI-ID 51064: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	75	1	1,3	32	42,7	0	0,0	2	2,7	4	5,3	1	1,3	3	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	42,7
Gesamt	**484**	**7**	**1,4**	**156**	**32,2**	**2**	**0,4**	**3**	**0,6**	**10**	**2,1**	**3**	**0,6**	**23**	**4,8**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**0,2**	**3**	**0,6**	**276**	**57,0**

29.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	53	0	0,0	10	18,9	0	0,0	0	0,0	4	7,5	0	0,0	4	7,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	35	66,0
Bayern	62	0	0,0	3	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	58	93,5
Berlin	16	0	0,0	11	68,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	31,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	10	0	0,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
Hamburg	7	4	57,1	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	34	0	0,0	9	26,5	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	70,6
Mecklenburg-Vorpommern	6	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	75	0	0,0	10	13,3	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	64	85,3
Nordrhein-Westfalen	111	3	2,7	39	35,1	0	0,0	1	0,9	4	3,6	0	0,0	4	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	60	54,1
Rheinland-Pfalz	31	0	0,0	14	45,2	0	0,0	1	3,2	1	3,2	0	0,0	5	16,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	32,3
Saarland	11	0	0,0	9	81,8	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	32	0	0,0	23	71,9	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	9,4	5	15,6
Sachsen-Anhalt	10	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	90,0
Schleswig-Holstein	14	0	0,0	7	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	21,4	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	21,4
Thüringen	9	0	0,0	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	77,8
Gesamt	**484**	**7**	**1,4**	**156**	**32,2**	**2**	**0,4**	**3**	**0,6**	**10**	**2,1**	**3**	**0,6**	**23**	**4,8**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**0,2**	**3**	**0,6**	**276**	**57,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

30. Pflege: Dekubitusprophylaxe

Anzahl Datensätze: 1.227.501
Anzahl Krankenhäuser: 1.658

30.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2118: Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme	86	0,5	0	0,0	0	0,0	86	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	4,7
QI-ID 11732: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung	81	0,5	2	2,5	17	21,0	62	76,5	0	0,0	3	4,8	0	0,0	2	3,2
QI-ID 11741: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung	92	0,5	2	2,2	39	42,4	51	55,4	0	0,0	3	5,9	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**259**	**1,5**	**4**	**1,5**	**56**	**21,6**	**199**	**76,8**	**0**	**0,0**	**6**	**3,0**	**0**	**0,0**	**6**	**3,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

30.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	25	0,1	0	0,0	4	16,0	21	84,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	32	0,2	0	0,0	9	28,1	23	71,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	7	0,0	0	0,0	2	28,6	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	18	0,1	0	0,0	0	0,0	18	100	0	0,0	6	33,3	0	0,0	0	0,0
Hamburg	10	0,1	0	0,0	5	50,0	5	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	20	0,1	0	0,0	7	35,0	13	65,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	10	0,1	4	40,0	0	0,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	21	0,1	0	0,0	0	0,0	21	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	47	0,3	0	0,0	18	38,3	29	61,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	20,7
Rheinland-Pfalz	13	0,1	0	0,0	0	0,0	13	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	19	0,1	0	0,0	2	10,5	17	89,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	18	0,1	0	0,0	0	0,0	18	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	6	0,0	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	13	0,1	0	0,0	4	30,8	9	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**259**	**1,5**	**4**	**1,5**	**56**	**21,6**	**199**	**76,8**	**0**	**0,0**	**6**	**3,0**	**0**	**0,0**	**6**	**3,0**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

30.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2118: Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme	86	3	3,5	35	40,7	12	14,0	7	8,1	0	0,0	1	1,2	27	31,4	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 11732: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung	81	7	8,6	27	33,3	4	4,9	14	17,3	4	4,9	1	1,2	7	8,6	0	0,0	0	0,0	2	2,5	0	0,0	1	1,2	14	17,3
QI-ID 11741: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung	92	6	6,5	15	16,3	3	3,3	15	16,3	2	2,2	0	0,0	11	12,0	1	1,1	0	0,0	2	2,2	0	0,0	0	0,0	37	40,2
Gesamt	**259**	**16**	**6,2**	**77**	**29,7**	**19**	**7,3**	**36**	**13,9**	**6**	**2,3**	**2**	**0,8**	**45**	**17,4**	**1**	**0,4**	**1**	**0,4**	**4**	**1,5**	**0**	**0,0**	**1**	**0,4**	**51**	**19,7**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

30.4 Ergebnisse pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig						Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20+H99	
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	25	0	0,0	11	44,0	1	4,0	6	24,0	0	0,0	0	0,0	2	8,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	16,0
Bayern	32	1	3,1	12	37,5	0	0,0	5	15,6	2	6,3	0	0,0	2	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	9	28,1
Berlin	7	0	0,0	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6
Brandenburg	18	0	0,0	13	72,2	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	10	10	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	20	0	0,0	5	25,0	0	0,0	3	15,0	1	5,0	0	0,0	3	15,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	35,0
Mecklenburg-Vorpommern	10	0	0,0	2	20,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	4	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	21	2	9,5	4	19,0	0	0,0	4	19,0	0	0,0	0	0,0	11	52,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	47	1	2,1	11	23,4	0	0,0	3	6,4	0	0,0	0	0,0	14	29,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	38,3
Rheinland-Pfalz	13	0	0,0	3	23,1	0	0,0	4	30,8	3	23,1	0	0,0	3	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	19	1	5,3	5	26,3	8	42,1	1	5,3	0	0,0	2	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5
Sachsen-Anhalt	18	0	0,0	7	38,9	8	44,4	3	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	6	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	83,3
Thüringen	13	0	0,0	1	7,7	0	0,0	6	46,2	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	30,8
Gesamt	**259**	**16**	**6,2**	**77**	**29,7**	**19**	**7,3**	**36**	**13,9**	**6**	**2,3**	**2**	**0,8**	**45**	**17,4**	**1**	**0,4**	**1**	**0,4**	**4**	**1,5**	**0**	**0,0**	**1**	**0,4**	**51**	**19,7**

© 2014 AQUA-Institut GmbH

31. Auszüge aus der QSKH-Richtlinie

§10 Erkennung von rechnerischen Auffälligkeiten in den Krankenhäusern
(1) Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als negativ oder positiv auffällig, wenn entweder ein Verdacht auf relevante Mängel in der Versorgungsqualität eines Krankenhauses besteht oder wenn die Versorgungsqualität eines Krankenhauses außergewöhnlich gut erscheint.

(2) Die Identifizierung von rechnerischen Auffälligkeiten erfolgt grundsätzlich für alle Qualitätsindikatoren, für die ein Referenzbereich von der Institution nach §137a SGB V definiert ist.

Der Referenzbereich unterscheidet auffällige von unauffälligen Ergebnissen. Ergebnisse innerhalb der Referenzbereiche sind als unauffällige Versorgungsqualität zu werten. Referenzbereiche können entweder durch einen festen Wert definiert (fixer Referenzbereich) oder durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sein (Perzentil-Referenzbereich). Eine rechnerische Auffälligkeit ist definiert als Abweichung in einem Qualitätsindikator von diesem Referenzbereich. Bei der Feststellung der rechnerischen Auffälligkeit werden Vertrauensbereiche und die Fallzahlen nicht berücksichtigt.

(3) Es besteht der Grundsatz, dass rechnerische Auffälligkeiten zu Maßnahmen nach §11 führen müssen. Abweichungen von diesem Grundsatz sind im Bericht nach §15 darzustellen und zu begründen. Insbesondere in folgenden Fällen kann – trotz Vorliegen einer rechnerischen Auffälligkeit – von der allgemeinen Verpflichtung zur Durchführung des Strukturierten Dialogs abgesehen werden:

- bei der Verwendung von Qualitätsindikatoren-Sets, die eine Gruppe von Qualitätsindikatoren zusammenfassen. Eine transparente Darstellung und Bewertung dieser Sets muss im Bericht nach §15 erfolgen. Diese Darstellung hat die verwendeten Qualitätsindikatoren, die Referenzbereiche sowie den verwendeten Algorithmus zu umfassen.
- bei Vorliegen landesindividueller, von den bundeseinheitlichen Vorgaben abweichender Referenz- und Vertrauensbereiche. Diese können auf der Landesebene entwickelt wer-den. Sie sind im Bericht nach §15 darzustellen und zu begründen; Abweichungen, die sich aus deren Anwendung gegenüber den Bundesvorgaben ergeben, sind bezogen, auf die Krankenhäuser darzustellen.

Der Verzicht auf Maßnahmen bei rechnerischen Auffälligkeiten, die sich nur durch einen Fall pro Qualitätsindikator ergeben, muss nicht begründet werden. Bei Sentinel-Event-Indikatoren ist in jedem Fall eine Aufforderung zur Stellungnahme nach §11 erforderlich.

§11 Einleitung des Strukturierten Dialogs
Ist ein Krankenhaus nach §9 Abs. 5 oder §10 auffällig, ist das Krankenhaus unter Beschreibung des Sachverhalts auf die Auffälligkeit hinzuweisen oder zur Stellungnahme innerhalb einer festzusetzenden angemessenen Frist aufzufordern. Bei Wiederholung desselben oder eines ähnlichen Sachverhalts ist zumindest eine Stellungnahme anzufordern.

§12 Prüfung
(1) Nach Eingang der Stellungnahmen werden diese dahingehend geprüft, ob die im überprüften Jahr dokumentierten Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht wurden und valide dokumentiert wurden. Enthält die Stellungnahme plausible Erklärungen dafür, dass von der rechnerischen Auffälligkeit nicht auf Qualitätsmängel zu schließen ist, oder werden bereits eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen als geeignet eingeschätzt, ist dies dem Stellungnehmenden mitzuteilen. Verbleiben auch nach Berücksichtigung der Stellungnahme Zweifel, wird eine Besprechung nach Absatz 2, eine Begehung nach Absatz 3 oder eine Zielvereinbarung auf schriftlichem Weg veranlasst.

(2) Die Besprechung dient der Aufklärung von Zweifeln und der erforderlichen, ggf. vom Krankenhaus erbetenen, Beratung. Sie ist mit der oder dem im betroffenen Leistungsbereich Verantwortlichen oder den diese vertretenden, zur Entscheidung berechtigten Personen zu führen. Der gemeinsam erkannte Verbesserungsbe-

© 2014 AQUA-Institut GmbH

darf ist in einer Zielvereinbarung schriftlich niederzulegen. Sofern konkrete Maßnahmen festgelegt werden, ist für deren Umsetzung eine angemessene Frist zu vereinbaren.

(3) Mit Einverständnis des Krankenhauses können mögliche Qualitätsmängel auch vor Ort geprüft werden (Begehung). Dabei ist die Prüfung auf Unterlagen und Räumlichkeiten zu beschränken, die für die Ausräumung von Zweifeln eingesehen werden müssen; insbesondere dürfen personenbezogene Daten nur eingesehen werden, soweit diese zur Dokumentation der zu prüfenden Leistungen angelegt wurden und die Qualität der Behandlung im Einzelfall zu beurteilen ist. Der Begehung soll eine Besprechung nach Absatz 2 angeschlossen werden.

§13 Abschluss des Strukturierten Dialogs
(1) Der Strukturierte Dialog wird durch einen Hinweis nach §11, durch eine Mitteilung nach §12 Abs. 1 oder eine Zielvereinbarung nach §12 Abs. 2 Satz 3 abgeschlossen. Liegen neue Erkenntnisse vor, kann er erneut eröffnet werden.

(2) Der Strukturierte Dialog soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres und für die übrigen Indikatoren bis zum Ende des dem Erfassungsjahr folgen-den Jahres abgeschlossen sein. Abweichende Verlängerungen sind in dem Bericht nach §15 zu begründen.

(3) Verweigert ein Krankenhaus ohne berechtigten Grund Stellungnahmen, Besprechungen, Begehungen oder den Abschluss einer erforderlichen Zielvereinbarung oder erfüllt es die Verpflichtungen der Zielvereinbarung ohne nachvollziehbare Gründe nicht fristgerecht, ist das Krankenhaus mit Darstellung des Sachverhaltes bei direkten Verfahren dem Unterausschuss Qualitätssicherung und bei indirekten Verfahren dem Lenkungsgremium auf Landesebene zu benennen. Zwischen Bundes- und Landesebene kann zur Koordination einer einheitlichen Vorgehensweise ein Informationsaustausch erfolgen. Das nach §14 verantwortliche Gremium entscheidet über das weitere Vorgehen, u. a. auch über die Veröffentlichung der Informationen.

(4) Die Maßnahmen nach Absatz 3 sind im Bericht nach §15 darzustellen. Sofern keine dieser Maßnahmen zur Anwendung kommt, ist dies im Bericht zu begründen und darzulegen, welche alternativen Maßnahmen ergriffen wurden.

(5) Über die möglichen Vorgehensweisen nach Absatz 3 ist das betroffene Krankenhaus im Rahmen des Strukturierten Dialogs rechtzeitig schriftlich zu informieren.

§14 Verantwortliches Gremium
(1) Für die Gesamtverantwortung der Verfahren und Maßnahmen nach den §§8 bis §13 ist auf Landesebene ein verantwortliches Gremium (z.B. Lenkungsgremium) zu bestimmen. Auf Bundesebene trägt diese der Unterausschuss Qualitätssicherung.

(2) Zur inhaltlichen Vorbereitung und Umsetzung der Maßnahmen kann das verantwortliche Gremium nach Absatz 1 Expertenkommissionen (insbesondere Fachgruppen, Arbeitsgruppen) in Anspruch nehmen.

§15 Berichtspflichten zum Strukturierten Dialog und dem Datenvalidierungsverfahren
(1) Die Institution nach §137a SGB V und die auf Landesebene beauftragten Stellen haben über den Strukturierten Dialog und das Datenvalidierungsverfahren bis zum 15. März des auf den Beginn des Strukturierten Dialogs folgenden Jahres zu berichten. Dieser Bericht der auf Landesebene beauftragten Stellen wird nach bundeseinheitlichen Vorgaben als Datenbank erstellt und ihr Inhalt elektronisch, in maschinenlesbarer Form an die Institution nach §137a SGB V übermittelt. Die Spezifikation für die Übermittlung nach Satz 2 wird auf der Homepage der Institution nach §137a SGB V bis zum 30. Juni bekanntgegeben.

(2) Die Institution nach §137a SGB V fasst die Berichte nach Absatz 1 zusammen und erstellt bis zum 15. Mai des auf den Beginn des Strukturierten Dialogs folgenden Jahres einen Abschlussbericht über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sowie des Datenvalidierungsverfahrens und veröffentlicht diese nach Freigabe durch den Unterausschuss Qualitätssicherung auf Ihrer Homepage. Informationen über Anpassungsbedarf von bun-

© 2014 AQUA-Institut GmbH

deseinheitlich festgelegten Referenzwerten und Qualitätsindikatoren werden unabhängig von den Berichten nach Absatz 1 kontinuierlich an die Institution nach §137a SGB V kommuniziert.

(3) Die Institution nach §137a SGB V und die auf Landesebene beauftragten Stellen berichten darüber hinaus in einer zusammenfassenden Textform an den Unterausschuss Qualitätssicherung bis zum 15. März des auf den Beginn des Strukturierten Dialogs folgenden Jahres.

(4) Die Berichte nach den Absätzen 1 bis 3 werden den nach §14 verantwortlichen Gremien zur Verfügung gestellt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Abschlussbericht gemäß §15 Abs. 2 QSKH-Richtlinie

Bericht zur Datenvalidierung 2013

Erfassungsjahr 2012

Stand: 15. Mai 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Impressum

Herausgeber:
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:
Bericht zur Datenvalidierung 2013 – Erfassungsjahr 2012

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
jährlich

Datum der Abgabe:
15. Mai 2014

Signatur:
14-SQG-007

Hinweis:
Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ... 5
Abbildungsverzeichnis ... 7
Abkürzungsverzeichnis ... 8
Zusammenfassung ... 9
1. Einleitung ... 14
2. Methodik ... 15
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 15
2.1.1. Durchführung ... 16
2.1.2. Bewertung ... 16
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 19
3. Umfassende Datenvalidierung ... 21
3.1 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4) ... 21
3.1.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 21
3.1.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 24
3.1.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität ... 27
3.2 Geburtshilfe (16/1) ... 28
3.2.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 28
3.2.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 30
3.2.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität ... 34
3.3 Herztransplantation (HTX) ... 35
3.3.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 35
3.3.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 35
3.3.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität ... 37
3.4 Lebertransplantation (LTX) ... 37
3.4.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 37
3.4.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 38
3.4.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität ... 40
4. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung) ... 41
4.1 Herzschrittmacher-Implantation (09/1) ... 41
4.2 Karotis-Revaskularisation (10/2) ... 42
4.3 Cholezystektomie (12/1) ... 43
4.4 Gynäkologische Operationen (15/1) ... 44
4.5 Geburtshilfe (16/1) ... 45
4.6 Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1) ... 46

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.7 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2) ... 47
4.8 Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/3) ... 48
4.9 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5) ... 49
4.10 Mammachirurgie (18/1) ... 50
4.11 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3) ... 51
4.12 Neonatologie (NEO) ... 52
4.13 Koronarchirurgie, isoliert (HCH_KCH) ... 53
4.14 Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell (HCH_AORT) ... 54
4.15 Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (HCH_AORT_KATH) ... 55
4.16 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH_KOMB) ... 56
5. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 57
5.1 Indirekte Verfahren ... 57
5.1.1. Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 57
5.1.2. Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 59
5.1.3. Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz ... 60
5.1.4. Erkenntnisse zur Vollzähligkeit ... 62
5.2 Direkte Verfahren ... 62
5.2.1. Herzchirurgie ... 62
5.2.2. Transplantationen und Lebendspenden ... 63
6. Erkenntnisse aus dem Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren ... 67
7. Schlussfolgerung und Ausblick ... 70
Glossar ... 72

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: 09/4 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität 10
Tabelle 2: 16/1 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität 10
Tabelle 3: HTX – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität 11
Tabelle 4: LTX – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität 11
Tabelle 5: Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung 12
Tabelle 6: Einstufungskategorien zum Erfassungsjahr 2012 17
Tabelle 7: Bewertung der Ergebnisse 18
Tabelle 8: Kategorisierung der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität 20
Tabelle 9: Kategorisierung der Sensitivität und der Spezifität zur Bewertung der Datenvalidität 20
Tabelle 10: 09/4 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung 22
Tabelle 11: 09/4 – Umfang der Stichprobenprüfung 24
Tabelle 12: 09/4 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung 25
Tabelle 13: 16/1 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung 29
Tabelle 14: 16/1 – Umfang der Stichprobenprüfung 31
Tabelle 15: 16/1 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung 32
Tabelle 16: HTX – Umfang der Stichprobenprüfung 35
Tabelle 17: HTX – Ergebnisse der Stichprobenprüfung 35
Tabelle 18: LTX – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung 37
Tabelle 19: LTX – Umfang der Stichprobenprüfung 38
Tabelle 20: LTX – Ergebnisse der Stichprobenprüfung 39
Tabelle 21: 09/1 – Ergebnisse 42
Tabelle 22: 10/2 – Ergebnisse 42
Tabelle 23: 12/1 – Ergebnisse 44
Tabelle 24: 15/1 – Ergebnisse 45
Tabelle 25: 16/1 – Ergebnisse 46
Tabelle 26: 17/1 – Ergebnisse 46
Tabelle 27: 17/2 – Ergebnisse 47
Tabelle 28: 17/3 – Ergebnisse 49
Tabelle 29: 17/5 – Ergebnisse 50
Tabelle 30: 18/1 – Ergebnisse 51
Tabelle 31: 21/3 – Ergebnisse 51
Tabelle 32: NEO – Ergebnisse 53
Tabelle 33: HCH_KORO – Ergebnisse 54
Tabelle 34: HCH_AORT – Ergebnisse 54

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 35: HCH_AORT_KATH – Ergebnisse 55
Tabelle 36: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation – Ergebnisse 58
Tabelle 37: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation – Ergebnisse 59
Tabelle 38: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz – Ergebnisse 60
Tabelle 39: Herzchirurgie: Gesamtübersicht Strukturierter Dialog zur Vollzähligkeitsprüfung 62
Tabelle 40: Transplantationen und Lebendspenden 64
Tabelle 41: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren 67
Tabelle 42: Auswertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren 68

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 09/4 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht 9
Abbildung 2: 16/1 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht 10
Abbildung 3: Verstetigte Auffälligkeitskriterien – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht..... 12
Abbildung 4: Verfahren der Datenvalidierung..... 15
Abbildung 5: 09/4 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht 26
Abbildung 6: 16/1 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht 33
Abbildung 7: HTX – Bewertung der Datenfelder – Übersicht..... 36
Abbildung 8: LTX – Bewertung der Datenfelder – Übersicht 40

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AK	Auffälligkeitskriterium
AKL	Aortenklappen
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
ASA	American Society of Anesthesiologists
BFG	Bundesfachgruppe
EJ	Erfassungsjahr
FU	Follow-up
FUS	Follow-up-Status
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KH	Krankenhaus
KIS	Krankenhausinformationssystem
LB	Leistungsbereich
LQS	Landesgeschäftsstelle(n) für Qualitätssicherung
LVEF	linksventrikuläre Ejektionsfraktion
O/E	Observed to Expected Ratio
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PA	Patientenakte
PCI	Perkutane Koronarintervention
Qesü-RL	Richtlinie (des G-BA) zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Richtlinie gemäß §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. §137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung)
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie (des G-BA) gemäß §137 Abs. 1 SGB V i.V.m. §135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
RL	Richtlinie
SD	Strukturierter Dialog
SGB	Sozialgesetzbuch

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der umfassenden Datenvalidierung 2013 zum Erfassungsjahr 2012 aus den Leistungsbereichen *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*, *Geburtshilfe*, *Herztransplantation* und *Lebertransplantation* dargestellt. Zudem erfolgt (seit dem Erfassungsjahr 2010) neben einer Überprüfung weiterer Leistungsbereiche hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit auch eine Prüfung auf Vollzähligkeit.

Insgesamt wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 149 Auffälligkeitskriterien überprüft. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden für die Datenvalidierung 2.418 rechnerische Auffälligkeiten analysiert und bewertet. Für die Stichprobenprüfung wurden mittels Zufallsstichprobe für die direkten Leistungsbereiche insgesamt 8 Krankenhäuser mit 109 Fällen gezogen. Bei den indirekten Leistungsbereichen wurden die Daten zu 93 Krankenhäusern mit 1.698 Fällen zur Prüfung an die LQS übermittelt. Nach Abschluss des Stichprobenverfahrens wurden bei den indirekten Verfahren jedoch nur die Daten von 90 Krankenhäusern und 1.636 Fällen an das AQUA-Institut zurückgesendet.

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 5 Auffälligkeitskriterien überprüft. Bei 132 rechnerischen Auffälligkeiten wurde in 74,2 % der Fälle (n = 98) eine Stellungnahme angefordert. Bei 57,1 % der angefragten Krankenhäuser wurden Dokumentationsfehler festgestellt (vgl. Abbildung 1).

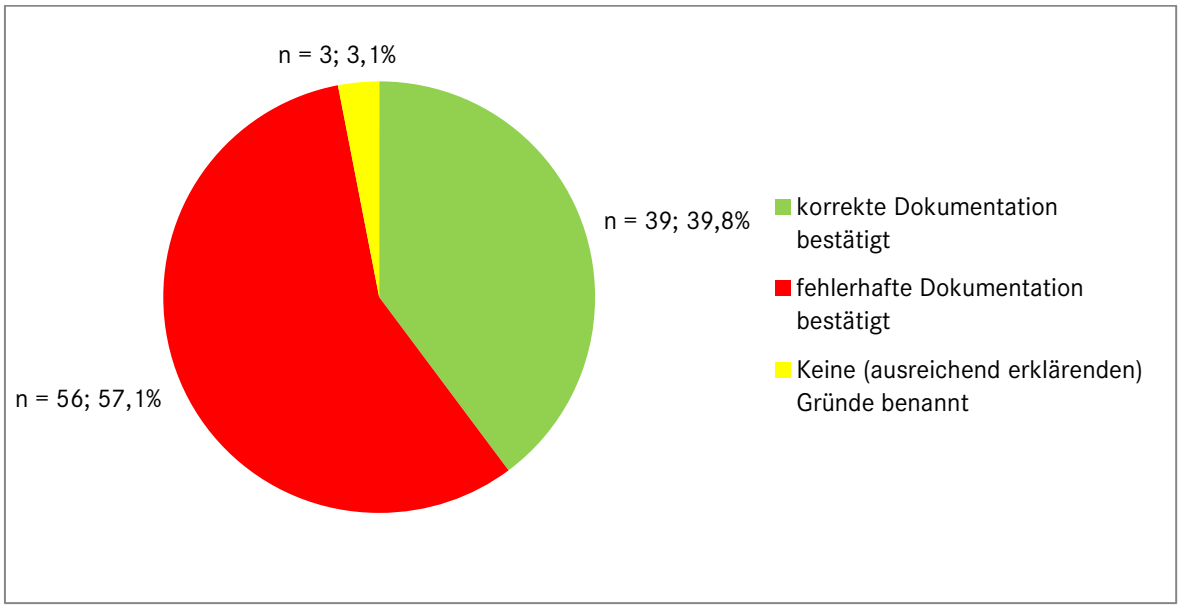


Abbildung 1: 09/4 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 36 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 6 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurden (vgl. Tabelle 1).

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 1: 09/4 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld
10	linksventrikuläre Ejektionsfraktion
20	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48 Stunden nach Infarktbeginn
36	voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit
61	R-Amplitude
74	perioperative Komplikation(en)
96	Entlassungsgrund = Tod

Geburtshilfe

Im Leistungsbereich *Geburtshilfe (16/1)* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 3 Auffälligkeitskriterien überprüft. Bei 89 rechnerischen Auffälligkeiten wurde in 78,7 % der Fälle (n = 70) eine Stellungnahme angefordert. Bei 60,0 % der angefragten Krankenhäuser wurden Dokumentationsfehler festgestellt (vgl. Abbildung 2).

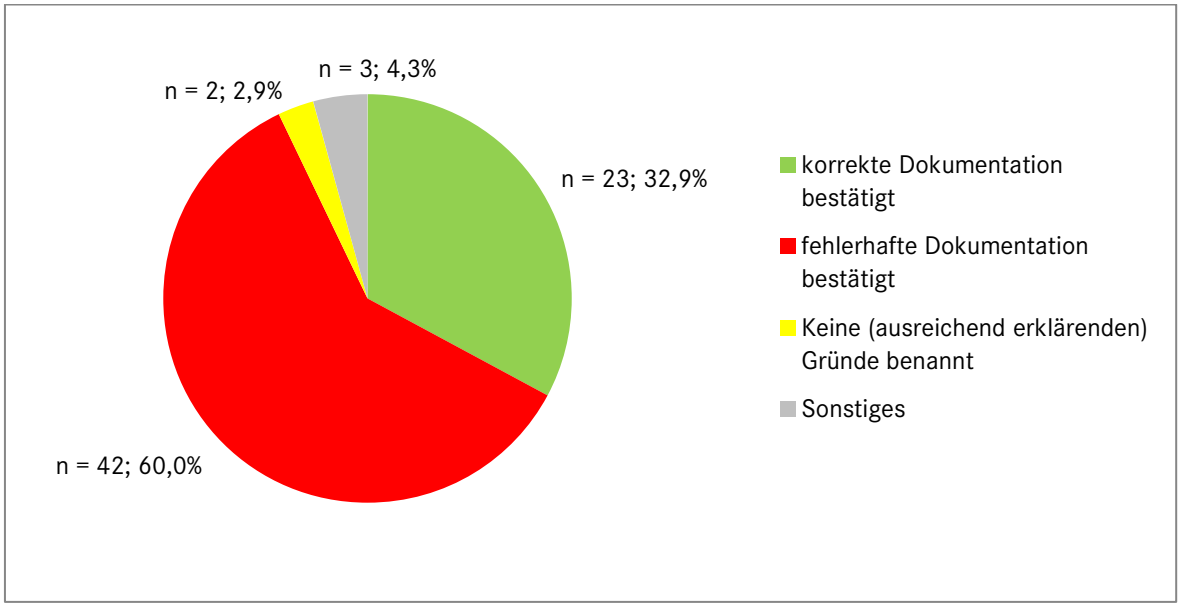


Abbildung 2: 16/1 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 24 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 6 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurden (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: 16/1 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld
32	Schwangerschafts-Risiken
33	Schwangerschafts-Risiko (Terminunklarheit)
108	Entlassungsgrund Mutter (Tod)
115	Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt
137	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)
141	E-E-Zeit bei Notsektio

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Bei Datenfeld 33 „Schwangerschafts-Risiko“ wurden nicht alle möglichen Ausprägungen überprüft, sondern nur die „Terminunklarheit“. Die verbesserungsbedürftige Datenvalidität bei Datenfeld 108 „Entlassungsgrund Mutter (Tod)“ resultiert aus einem Einzelfall.

Herztransplantation

Im Leistungsbereich *Herztransplantation (HTX)* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung keine neuen Auffälligkeitskriterien überprüft. Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 14 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 2 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurden (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: HTX – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld
28	Lungengefäßwiderstand Wert
51	Katecholamintherapie

Lebertransplantation

Im Leistungsbereich *Lebertransplantation (LTX)* wurde im Rahmen der Statistischen Basisprüfung ein neues Auffälligkeitskriterium überprüft. Insgesamt wurden 14 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. In den Stellungnahmen wurde deutlich, dass es zum Teil Dokumentationsprobleme gab. Die identifizierten Dokumentationsprobleme hatten jedoch keinen direkten Bezug zur Zielstellung des Auffälligkeitskriteriums.

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 19 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 3 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurden (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: LTX – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld
10	Indikation zur Lebertransplantation
19	labMELD
33	kalte Ischämiezeit

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Bezogen auf die Überprüfung der Datensätze hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit konnten bei den indirekten Verfahren insgesamt 996 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt werden. Auch hier werden die Auffälligkeiten auf Ebene der Krankenhäuser und pro Auffälligkeitskriterium bestimmt, sodass ein Krankenhaus in Bezug auf mehrere Auffälligkeitskriterien rechnerisch auffällig werden kann. Der Strukturierte Dialog hat ergeben, dass 26,2 % (n = 229) der rechnerischen Auffälligkeiten, für die eine schriftliche Stellungnahme angefordert wurde (n = 874), durch eine fehlerhafte Dokumentation bedingt sind. Bei den direkten Verfahren wurden 41 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Es wurden 40 Krankenhäuser mit der Bitte um Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme angeschrieben. In 45,0 % der Stellungnahmen (n = 18) wurden die rechnerischen Auffälligkeiten mit fehlerhaften Dokumentationen begründet.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

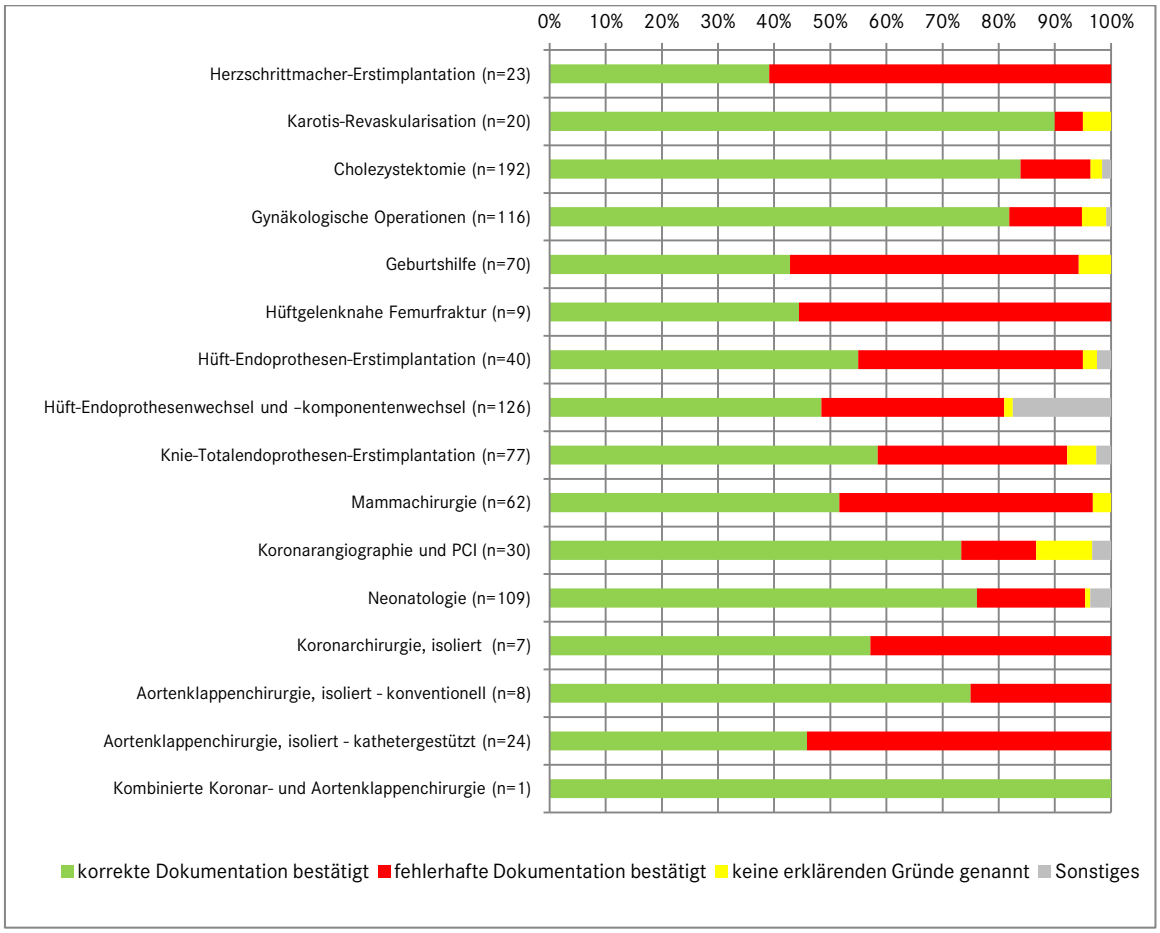


Abbildung 3: Verstetigte Auffälligkeitskriterien – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bei der Anwendung der Vollzähligkeitsprüfung auf den Bundesdatenpool 2012 zeigen sich insgesamt 1.014 rechnerische Auffälligkeiten bezogen auf die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation und zum Minimaldatensatz. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich insbesondere beim Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ein deutlicher Rückgang.

Tabelle 5: Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung

	Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
Auffälligkeitskriterien	**Rechnerisch auffällige KH**	**Angeforderte Stellungnahme**	**Rechnerisch auffällige KH**	**Angeforderte Stellungnahme**
Unterdokumentation	746	576	1.400	1.214
Überdokumentation	198	133	233	149
Minimaldatensatz	70	66	45	36

Da sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden zudem auch die Follow-up-Ergebnisse der Patienten nach ein, zwei und drei Jahren dokumentiert werden, wurden diese zusätzlich bei der Überprüfung der Vollzähligkeit berücksichtigt. Diesbezüglich wurden weitere 93 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Außerdem wurden bei der Überprüfung der häufigen Angabe eines unbekannten Follow-up-Status noch 24 weitere rechnerische Auffälligkeiten analysiert. Auch hier zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr ein teilweise deutlicher Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Bericht zum Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren

Im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren wurden zeitgleich 17.686 rechnerische Auffälligkeiten bearbeitet. Zu 57,5 % wurde eine Stellungnahme angefordert. Abschließend wurden 1.805 rechnerische Auffälligkeiten als qualitativ auffällig bewertet.

In 1.838 Fällen war eine Bewertung aufgrund mangelhafter Dokumentation nicht möglich. Nach Addition der bei den anderen Bewertungen vorhandenen Kommentare, die auf Dokumentationsprobleme hinweisen, ergaben sich 2.404 rechnerische Auffälligkeiten, bei denen Dokumentationsfehler in unterschiedlichem Ausmaß festgestellt wurden. Die Ergebnisse der Analyse dieser Hinweise auf Verbesserungspotential hinsichtlich der Dokumentationsqualität sind in Kapitel 6 dargestellt. Dort sind auch die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren über alle Leistungsbereiche einzusehen.

Die gesamten Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren sind in einem separaten Bericht aufgearbeitet. Der *Bericht zum Strukturierten Dialog 2013 – Erfassungsjahr 2012* ist über www.sqg.de abrufbar.

Schlussfolgerung und Ausblick

Durch den Einsatz von Auffälligkeitskriterien bei der Statistischen Basisprüfung konnten Probleme hinsichtlich der Dokumentationsqualität identifiziert und im Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern geklärt werden. Sofern Dokumentationsfehler vorlagen, wurden von den Krankenhäusern Maßnahmen zur künftigen Vermeidung eingeleitet.

Im Rahmen des Stichprobenverfahrens erfolgt die Bewertung der Datenvalidität ausgewählter Datenfelder auf Grundlage eines definierten Schemas. Dabei konnte herausgestellt werden, dass in allen untersuchten Leistungsbereichen eine hohe Varianz der Datenvalidität vorliegt.

Bei der Umsetzung der einzelnen Elemente der Datenvalidierung zeigten sich auf Seiten aller Beteiligten mehrere Anknüpfungspunkte für Verbesserungen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1. Einleitung

Gemäß §15 Abs. 2 QSKH-RL sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs und der Datenvalidierung jährlich in einem zusammenfassenden Bericht darzustellen. Da diese beiden Themenkomplexe unterschiedliche inhaltliche und methodische Schwerpunkte haben, werden sie in zwei separaten Berichtsteilen jeweils mit Anhang präsentiert. Im vorliegenden Bericht werden die Maßnahmen und Ergebnisse zur Datenvalidierung für das Erfassungsjahr 2012 aufgezeigt.

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Dokumentationsqualität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert und wird jährlich in ausgewählten Leistungsbereichen durchgeführt (vgl. §9 QSKH-RL). Im Jahr 2013 wurden die Daten aus dem Erfassungsjahr 2012 der Leistungsbereiche *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*, *Geburtshilfe*, *Herztransplantation* und *Lebertransplantation* validiert. Zudem erfolgte die jährliche Überprüfung der Datensätze auf Plausibilität und Vollständigkeit in weiteren ausgewählten Leistungsbereichen sowie die Auswertung der Vollzähligkeit der gelieferten Datensätze.

Nach einer kurzen Darstellung der Methodik des Datenvalidierungsverfahrens werden zunächst die Ergebnisse der umfassenden Datenvalidierung in den ausgewählten Leistungsbereichen vorgestellt. Zudem werden auf Grundlage der Erfahrungen, die die Mitarbeiter der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (LQS) und des AQUA-Instituts im Rahmen der Datenvalidierung gesammelt haben, zentrale Dokumentationsprobleme benannt und Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt. Des Weiteren wird dargestellt, welche Auswirkungen die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren in dem jeweiligen Leistungsbereich haben. Anschließend werden die Ergebnisse der Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfung hinsichtlich der verstetigten Auffälligkeitskriterien in einem eigenen Abschnitt dargestellt. Es folgt die Darstellung der Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung in allen Leistungsbereichen. Im abschließenden Kapitel wird ein Fazit formuliert und ein Ausblick gegeben, welche Weiterentwicklungen in der Datenvalidierung bereits umgesetzt bzw. geplant sind.

Eine Besonderheit in diesem Jahr war die erstmalige Anwendung des neu erarbeiteten Bewertungsschemas für die Ergebnisse im Strukturierten Dialog. Im Rahmen der Datenaufbereitung für diesen Bericht konnten Schwachstellen des neues Schemas identifiziert und gesammelt werden; sie werden gemeinsam mit den durch die LQS erfassten Schwachstellen in den Evaluationsprozess und die anschließende Überarbeitung des Bewertungsschemas einfließen. Im Methodikteil dieses Berichts ist das neue Schema ausführlich dargestellt. Dort wird auch erläutert, wie die einzelnen Bewertungen im Sinne der Datenvalidierung und unter Berücksichtigung der vorhandenen Schwachstellen eingestuft wurden (vgl. Abschnitt 2.1.2).

Für eine anschauliche Darstellung des anspruchsvollen Verfahrens der Datenvalidierung werden die Methodik und die zentralen Ergebnisse mittels erklärender Texte, einfacher Tabellen und anschaulicher Grafiken präsentiert. Ergänzend werden ausgewählte Sachverhalte anhand praktischer Beispiele erläutert und Fachbegriffe in einem gesonderten Glossar erklärt. Detaillierte Ergebnisse finden sich in einem ausführlichen Anhang.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2. Methodik

Das Datenvalidierungsverfahren besteht aus zwei Segmenten, die sich sowohl in ihrer primären Zielsetzung als auch in ihrer Methodik unterscheiden. Abbildung 4 veranschaulicht die beiden Bausteine „Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ und „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“, die anschließend erläutert werden.

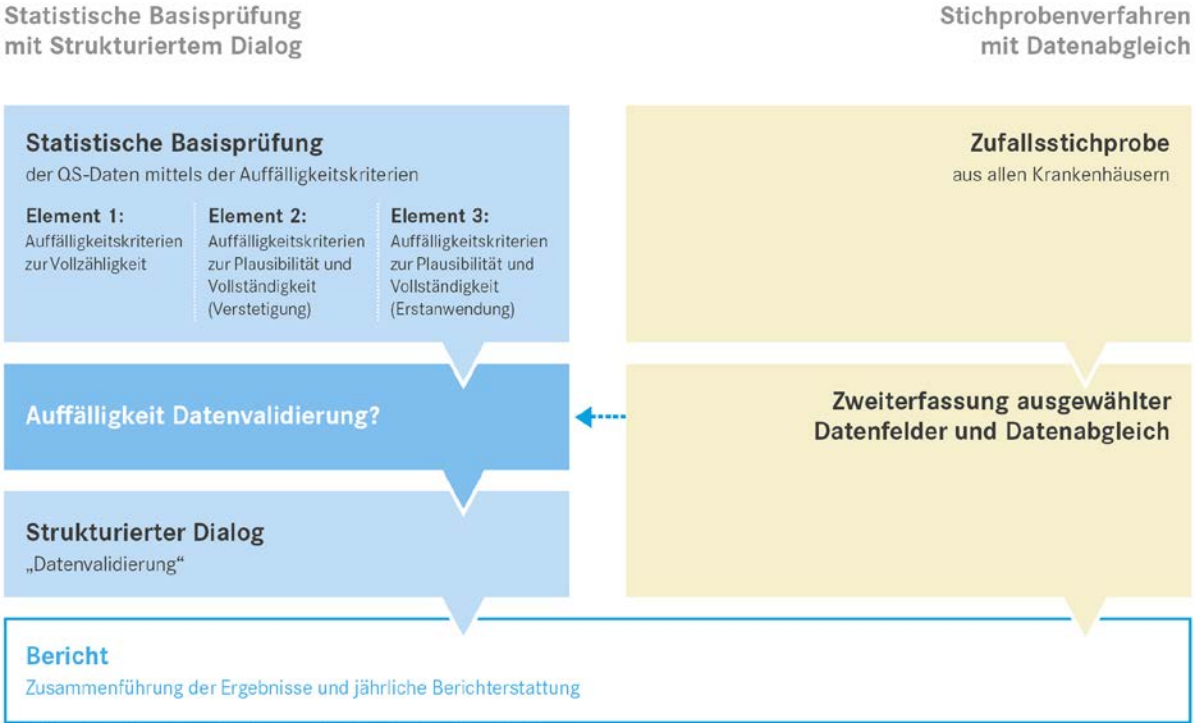


Abbildung 4: Verfahren der Datenvalidierung

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog zielt darauf ab, fehlerhafte, unvollständige und unvollzählige Dokumentationen in den QS-Daten zu identifizieren und gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität zu initiieren. Dazu erfolgt eine statistische Analyse nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien (AK). Nach diesen wird die Plausibilität, die Vollständigkeit und die Vollzähligkeit der Daten geprüft. Werden Auffälligkeitskriterien erstmalig angewendet, wird anschließend analysiert, ob sie für eine kontinuierliche Anwendung in den Folgejahren (sogenannte Verstetigung) geeignet sind.

Auf Grundlage dieser Merkmale erfolgt eine Einteilung der Auffälligkeitskriterien in drei Elemente:

- **Element 1 – Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit:** Seit dem Erfassungsjahr 2011 werden in allen Leistungsbereichen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit angewendet. Die Datenbasis hierfür bilden alle Datensätze, die ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich geliefert hat (Ist-Bestand), und die Angaben der Sollstatistik (Soll-Bestand). Auf Grundlage eines Soll-Ist-Abgleichs werden pro Leistungsbereich jeweils ein Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Anteil Ist/Soll < 95 % pro Leistungsbereich) und ein Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Anteil Ist/Soll > 110 % pro Leistungsbereich) angewendet. Zusätzlich wird – seit dem Erfassungsjahr 2011 – in allen Leistungsbereichen ein Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (AK MDS) eingesetzt; ausgenommen hiervon sind der Leistungsbereich *Neonatologie* sowie die orthopädischen, unfallchirurgischen und transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche. Da sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden Follow-ups erhoben werden, wurden für diese Leistungsbereiche weitere Auffälligkeitskriterien eingeführt, welche die Dokumentationsrate sowie die Angabe eines unbekannten Überlebensstatus untersuchen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

- **Element 2 – Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung):** Seit dem Erfassungsjahr 2010 kommen ausgewählte Auffälligkeitskriterien, die sich im Jahr ihrer Erstanwendung bewährt haben, im Rahmen der Statistischen Basisprüfung kontinuierlich auch in den Folgejahren zur Anwendung. So lassen sich rechnerische Auffälligkeiten, die auf eine fehlerhafte Dokumentation hinweisen, über das Jahr der Erstanwendung hinaus weiterverfolgen.

- **Element 3 – Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Erstanwendung):** Neben den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit und den verstetigten Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der Vorjahre wird jedes Jahr auch ein umfassendes Set neuer Auffälligkeitskriterien entwickelt, das in ausgewählten Leistungsbereichen erstmals angewendet wird.

2.1.1. Durchführung

Auffälligkeitskriterien werden ratenbasiert (Zähler/Nenner) dargestellt und weisen einen Referenzbereich auf. Krankenhäuser, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, gelten als rechnerisch auffällig in Bezug auf die Dokumentationsqualität. Bei diesen Krankenhäusern wird eine fehlerhafte Dokumentation in den betrachteten Datenfeldern vermutet. Sobald ein Krankenhaus rechnerisch auffällig ist, wird ein Strukturierter Dialog zur Datenvalidität eingeleitet. Dazu bestehen die folgenden Möglichkeiten:

1. Einholen einer **Stellungnahme** von dem Krankenhaus, in der die Gründe für die Auffälligkeit genannt werden (fehlerhafte oder korrekte Dokumentation) und dargelegt wird, welche Optimierungsmaßnahmen ggf. eingeleitet worden sind bzw. eingeleitet werden sollen (vgl. §11 QSKH-RL)
2. Versenden eines **Hinweises** an das Krankenhaus, der es auf die Auffälligkeit aufmerksam macht (vgl. §11 QSKH-RL)
3. **Keine Maßnahme:** In begründeten Ausnahmefällen kann von einer Maßnahme abgesehen werden.
4. **Sonstiges:** Es wurden abweichende Maßnahmen eingeleitet, welche im Kommentar erläutert werden müssen.

In der Regel wird bei einer rechnerischen Auffälligkeit in Bezug auf die Dokumentationsqualität eine schriftliche Stellungnahme von den betreffenden Krankenhäusern angefordert. In dieser werden die Krankenhäuser darum gebeten, die Dokumentation der auffälligen Fälle zu überprüfen und das Ergebnis der Überprüfung den LQS bzw. dem AQUA-Institut schriftlich mitzuteilen. Zu diesem Zweck wird den Krankenhäusern – sofern möglich – eine Liste mit den auffälligen Fällen übermittelt, bei denen eine fehlerhafte Dokumentation vermutet wird. Der Leistungserbringer hat für die entsprechenden Datenfelder (z.B. anhand der Patientenakte) die Korrektheit der Dokumentation selbst zu überprüfen und das Resultat zurückzumelden. Schließlich werden die Krankenhäuser im Rahmen des Anschreibens auch darum gebeten, bei Mängeln in der Dokumentation eigene Vorschläge zur Optimierung der Dokumentation zu machen bzw. Maßnahmen zu benennen, die sie bereits eingeleitet haben. Das Antwortschreiben der Leistungserbringer wird den zuständigen Fachexperten zur Diskussion und Bewertung vorgelegt. Wenn die Erläuterungen zu den statistischen Auffälligkeiten für die Fachexperten nachvollziehbar und schlüssig sind, werden die Leistungserbringer darüber informiert und der Strukturierte Dialog ist abgeschlossen. Falls das Antwortschreiben jedoch Fragen offen lässt bzw. weiterer Klärungsbedarf besteht, werden die entsprechenden Leistungserbringer um eine Präzisierung gebeten. Dann besteht die Möglichkeit eines persönlichen kollegialen Gesprächs, einer Vereinbarung von konkreten Zielen oder einer Begehung der entsprechenden Einrichtung.

2.1.2. Bewertung

Für die Ergebnisberichterstattung des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung ist es erforderlich, dass die Antworten der Krankenhäuser von den LQS bzw. dem AQUA-Institut bewertet werden. Die Systematik zur Bewertung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien wurde in gemeinsamer Abstimmung zwischen der Landesebene und dem AQUA-Institut überarbeitet. Das neue Bewertungsschema wurde erstmals auf die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2012 angewendet.

Die Einstufung eines Ergebnisses wird mit Buchstaben bezeichnet. Eine Ziffer dient der Zuordnung zu Unterkategorien mit einer konkreten Begründung für die gewählte Einstufung. Die nachstehende Tabelle zeigt die neu eingeführten bzw. überarbeiteten Bewertungskategorien mit ihren dazugehörigen Begründungstexten. Die Ka-

© 2014 AQUA-Institut GmbH

tegorien „N“ und „R“ inkl. Begründungstexte sind lediglich für den Strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser von Bedeutung. Da sie für den Strukturierten Dialog nicht relevant sind, wird in diesem Bericht nicht weiter auf sie eingegangen. Die Begründungsziffern „U 30“ und „A 40“ (grau hinterlegt) dienen ausschließlich für die Bewertung der Auffälligkeitskriterien im Rahmen der Datenvalidierung. Im Strukturierten Dialog für die Bewertung der Qualitätsindikatoren kommen diese nicht zur Anwendung.

Tabelle 6: Einstufungskategorien zum Erfassungsjahr 2012

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Bei der Erarbeitung des neuen Bewertungsschemas stand die Einstufung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Fokus. Die Anwendung auf die Ergebnisse bei den Auffälligkeitskriterien der Datenvalidierung, insbesondere auf die Kriterien zur Überprüfung der Vollzähligkeit, ist nur bedingt möglich. Nicht alle Einstufungsmöglichkeiten, die für die Qualitätsindikatoren angewendet werden, können auch für die Auffälligkeitskriterien angewendet werden.

Im ersten Anwendungsjahr zeigten sich erwartungsgemäß noch gewisse Schwächen in der Anwendung des neuen Bewertungsschemas. Im Rahmen einer ersten Analyse der vorgenommenen Bewertungen wurde deutlich, dass für ähnliche Sachverhalte unterschiedliche Bewertungen vergeben wurden. Weitere Analysen und die gemeinsame Evaluation des Bewertungsschemas durch die LQS und das AQUA-Institut wurden bereits initiiert.

Für die Auswertung der Ergebnisse in diesem Bericht wurden die einzelnen Bewertungsmöglichkeiten den beiden Kategorien „Korrekte Dokumentation bestätigt“ und „Fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ zugeordnet (vgl. Tabelle 7). Außerdem gibt es noch die Kategorie „Keine erklärenden Gründe genannt“, der alle Fälle zugeordnet werden, die die Einstufung A42 erhalten haben. In der Kategorie „Sonstiges“ werden alle Fälle gezählt, die die Einstufung S90, S91 oder S99 erhalten haben.

Tabelle 7: Bewertung der Ergebnisse

Korrekte Dokumentation bestätigt			
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt			
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Neben der eigentlichen Bewertung wurden zusätzlich auch die Kommentare zu den Bewertungen der Auffälligkeitskriterien analysiert und berücksichtigt. Es gibt Fälle, in denen die Bewertung A40 nicht vergeben wurde, bei denen aber auf der Basis des Kommentares eindeutig ist, dass Dokumentationsfehler aufgetreten sind. Unter anderem wurde mit U99 oder S99 bewertet, wenn nicht bei allen überprüften Fällen Dokumentationsfehler aufgetreten sind, sondern nur bei einem Teil. Für die Auswertung der Ergebnisse der Datenvalidierung wurde in diesen Fällen von der in Tabelle 7 beschriebenen Zuordnung wie folgt abgewichen: Wenn aus dem Kommentar eindeutig hervorging, dass in einem Krankenhaus Dokumentationsfehler aufgetreten sind – wenn auch nur in einzelnen Fällen – wurde dieses Krankenhaus ebenfalls in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt. Ist ein derartiger Fall aufgetreten, ist dies an der entsprechenden Stelle im Bericht auch aufge-

© 2014 AQUA-Institut GmbH

führt. Im Anhang zu diesem Bericht sind alle Bewertungen einzeln dargestellt, so wie sie von den LQS bzw. dem AQUA-Institut vergeben wurden.

Auf Grundlage der aus dem Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich bestehender Dokumentationsprobleme können geeignete Verbesserungsmaßnahmen initiiert werden. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog nicht dazu geeignet sind, quantitativ-empirische Aussagen über die Datenvalidität zu treffen. Solche Aussagen können ausschließlich im Zuge der Anwendung des zweiten Elements des Datenvalidierungsverfahrens, dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich, getroffen werden.

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Das Ziel des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich besteht darin, quantitative Aussagen bezüglich der Datenvalidität zu treffen. Dieses Verfahren soll die Qualität der Dokumentation in einem bestimmten Leistungsbereich bestimmen. Dazu werden verschiedene Datenfelder der QS-Dokumentation ausgewählt, für die anhand der Patientenakte eine Zweiterfassung erfolgen soll. Dabei werden insbesondere Datenfelder genutzt, die für die Berechnung von Qualitätsindikatoren bzw. die Basisauswertung von Bedeutung sind oder bei denen sich im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren Dokumentationsprobleme gezeigt haben oder solche vermutet werden.

Für die Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder in den indirekten Verfahren werden zunächst pro Bundesland und pro Leistungsbereich jeweils 5 % der Krankenhäuser ausgewählt, die den zu überprüfenden Leistungsbereich anbieten und entsprechende Daten geliefert haben. Bei den direkten Verfahren sind in das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich mindestens 5 % der Krankenhäuser mit den ausgewählten Leistungsbereichen einzuschließen. Hierbei sind je Leistungsbereich mindestens 4 Krankenhäuser und mindestens 40 Fälle, bezogen auf die von allen Krankenhäusern in dem ausgewählten Leistungsbereich dokumentierten Fälle, in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. Anschließend werden sowohl bei den direkten als auch bei den indirekten Verfahren für jedes der zufällig ausgewählten Krankenhäuser bis zu 20 Behandlungsfälle gezogen, bei denen anhand der Patientenakte die Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder erfolgt. Je nach Leistungsbereich (direkt oder indirekt) wird die Zweiterfassung in den Krankenhäusern von Mitarbeitern der LQS bzw. des AQUA-Instituts durchgeführt. Um die Zweiterfassung in allen Krankenhäusern möglichst einheitlich zu gestalten, wird vom AQUA-Institut eine Software zur Erfassung und Auswertung der Daten zur Verfügung gestellt. Eine spezielle Funktion in dieser Software ermöglicht, dass die Auswertung der Ergebnisse direkt im Anschluss an die Zweiterfassung erfolgt und gleich an die Krankenhäuser kommuniziert werden kann. Die Mitteilung der Ergebnisse geschieht in Form eines ausführlichen Gesprächs, in dem die Ergebnisse und etwaige Probleme in der QS-Dokumentation mit dem Krankenhauspersonal besprochen werden. Die Erkenntnisse aus diesen Gesprächen werden im Anschluss den (Bundes-) Fachgruppen vorgestellt und von diesen bewertet. Auf Grundlage der Erkenntnisse aus dem Gespräch und der Bewertung durch die (Bundes-)Fachgruppen kann bei Krankenhäusern, bei denen starke Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und der Patientenakte bestehen, ebenfalls ein Strukturierter Dialog zur Datenvalidität eingeleitet werden.

Um quantitative Aussagen bezüglich der Datenvalidität eines Leistungsbereichs treffen zu können, werden die Daten aller Fälle, für die eine Zweiterfassung erfolgt ist zusammengeführt und mit den entsprechenden Angaben der QS-Dokumentation des Bundesdatenpools verglichen. Aufgrund der Unterschiedlichkeit kann die Bewertung der Datenvalidität nur für jedes Datenfeld separat erfolgen. Nähere Informationen sowie die Darstellung der Auswertung anhand eines Beispiels können dem Anhang des vorliegenden Berichtes entnommen werden.

Um die Datenvalidität einzelner Datenfelder zu bewerten und vergleichbar zu machen, können unterschiedliche Kennzahlen herangezogen werden. Dabei wird die Patientenakte als Referenzstandard gesetzt. Um eine methodisch adäquate Bewertung der Datenvalidität durchzuführen, werden bei allen hier vorgestellten Kennzahlen die Fälle, bei denen die Information zu einem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, von der Auswertung ausgeschlossen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Eine erste Kennzahl, die sich zur Bewertung der Datenvalidität anbietet und die unabhängig von der Anzahl an Antwortkategorien eines Datenfelds berechnet werden kann, ist die Übereinstimmungsrate zwischen den Angaben in der Patientenakte und denen der QS-Dokumentation. Je höher die Übereinstimmungsrate ist, desto besser ist die Datenvalidität. Bezogen auf die Aussagekraft der QS-Daten wird die in Tabelle 8 dargelegte Kategorisierung bzw. Bewertung der Datenvalidität angewendet:

Tabelle 8: Kategorisierung der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität

Kategorisierung der Übereinstimmungsrate	Bewertung der Datenvalidität
Übereinstimmungsrate ≥ 90 %	hervorragende Datenvalidität
Übereinstimmungsrate ≥ 80 % und < 90 %	gute Datenvalidität
Übereinstimmungsrate < 80 %	verbesserungsbedürftige Datenvalidität

Ein wesentlicher Nachteil der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität besteht in der Abhängigkeit von der Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Ereignisses (Prävalenz). Das heißt, je häufiger ein bestimmtes Ereignis auftritt, desto wahrscheinlicher ist es, dass es in der QS-Dokumentation zufällig korrekt dokumentiert ist. Aussagekräftigere Bewertungen hinsichtlich der Datenvalidität lassen sich durch die Verwendung der Kennzahlen Sensitivität und Spezifität erzielen. Für diese Kennzahlen wurde die in Tabelle 9 dargestellte Kategorisierung zur Bewertung der Datenvalidität gewählt:

Tabelle 9: Kategorisierung der Sensitivität und der Spezifität zur Bewertung der Datenvalidität

Kategorisierung der Sensitivität und Spezifität	Bewertung der Datenvalidität
Sensitivität und Spezifität ≥ 90 %	hervorragende Datenvalidität
Sensitivität oder Spezifität ≥ 80 % und < 90 %	gute Datenvalidität
Sensitivität oder Spezifität < 80 %	verbesserungsbedürftige Datenvalidität

Die Kennzahlen Sensitivität und Spezifität lassen sich jedoch nur für Merkmale mit zwei Antwortmöglichkeiten (z.B. ja/nein) berechnen. Bei der Analyse zur Bewertung der Datenvalidität wird deshalb folgendermaßen vorgegangen: Für Datenfelder mit zwei Ausprägungen wird zur Bewertung der Datenvalidität die Sensitivität und die Spezifität herangezogen, für alle anderen Datenfelder wird die Übereinstimmungsrate verwendet.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

3. Umfassende Datenvalidierung

3.1 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)

3.1.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* erfolgte in mehreren Stufen. Zunächst wurde ein erster Vorschlag für die Auffälligkeitskriterien im Rahmen einer Kleingruppe (Team aus Mitgliedern der Bundesfachgruppe Herzschrittmacher und der Projektgruppe Datenvalidierung sowie Biometrikern und den Bundesfachgruppenbetreuern des AQUA-Instituts) erarbeitet. Anschließend wurden die entwickelten Auffälligkeitskriterien als Grundlage genommen, um gemeinsam mit der Projektgruppe Datenvalidierung einen Vorschlag für die finale Auswahl der Auffälligkeitskriterien zu erarbeiten. Am Ende des Auswahlprozesses wurden insgesamt fünf Kriterien als relevant erachtet, die dem Unterausschuss für Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem verabschiedet wurden. Diese lauten wie folgt:

- AK-ID 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“
- AK-ID 850314: Häufig ICD-System „sonstiges“
- AK-ID 850315: Häufig Angabe von LVEF „nicht bekannt“
- AK-ID 850316: Häufige Angabe von ASA 4
- AK-ID 850317: Häufige Angabe von ASA 5

Die Anwendung der Auffälligkeitskriterien auf den Bundesdatenpool 2012 erfolgte durch das AQUA-Institut. Die rechnerisch auffälligen Krankenhäuser und deren Ergebnisse wurden den LQS anschließend pseudonymisiert übermittelt. Zudem wurden die bundesweit geltenden Rechenregeln vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellt, sodass die LQS die Auffälligkeiten alternativ auch durch die Anwendung auf ihren Landesdatenpool selbst ermitteln konnten.

In Tabelle 10 sind für jedes Auffälligkeitskriterium die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser, die durch die Landesgeschäftsstellen eingeleiteten Maßnahmen des Strukturierten Dialogs und die abschließenden Bewertungen dargestellt. Eine detaillierte Darstellung auf Ebene der einzelnen Landesgeschäftsstellen ist im Anhang zu finden.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 10: 09/4 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

	850313	850314	850315	850316	850317
Referenzbereiche	≤11,7% (95. Perzentil)	≤ 2,1% (95. Perzentil)	≤ 5,3% (95. Perzentil)	≤ 19,3% (95. Perzentil)	≤ 0
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	339	295	313	406	684
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	33	18	29	44	8
Maßnahmen					
Hinweise	14	9	5	6	0
Stellungnahmen	19	9	24	38	8
Ergebnisse					
Korrekte Dokumentation	6	7	6	19	1
Fehlerhafte Dokumentation	13	1	18	19	5
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt	0	1	0	0	2
Sonstiges	0	0	0	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 10:

- AK-ID 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“
- AK-ID 850314: Häufig ICD-System „sonstiges“
- AK-ID 850315: Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“
- AK-ID 850316: Häufige Angabe von ASA 4
- AK-ID 850317: Häufige Angabe von ASA 5

AK-ID 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“
In Bezug auf dieses Auffälligkeitskriterium wurden 33 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 14 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In den übrigen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 6 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde dieses Krankenhaus hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 68,4 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850314: Häufig ICD-System „sonstiges“
Insgesamt 18 Krankenhäuser wurden bei diesem Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällig. In der Hälfte der Fälle wurde eine Stellungnahme angefordert, in den übrigen 9 Fällen erhielt das betreffende Krankenhaus einen Hinweis.

In einem Krankenhaus wurden Dokumentationsfehler festgestellt. In 7 Krankenhäusern wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Die von den Einrichtungen beschriebenen Konstellationen und ihre Dokumentation waren nachvollziehbar. Die angewandten Systeme konnten im QS-Bogen nicht adäquat dargestellt werden. Ein Krankenhaus lieferte allerdings keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 11,1 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850315: Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 29 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt von denen 5 auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen wurden. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 6 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen lagen Dokumentationsfehler vor. Die Angaben zur LVEF lagen häufig vor, sind aber nicht in die QS-Erfassung übernommen worden. Die Krankenhäuser wurden darauf hingewiesen, dass bei einigen Indikationen zur ICD-Implantation sowie bei der Systemwahl die Angabe der LVEF zwingend erforderlich ist, da eine fehlende Angabe zur Einstufung „nicht leitlinienkonform“ führt.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung S99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde dieses Krankenhaus hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 75,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850316: Häufige Angabe von ASA 4
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 44 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 6 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 19 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den übrigen lagen Dokumentationsfehler vor. Teilweise sahen Einrichtungen im Nachhinein die mit ASA 4 eingeschätzte ständige vitale Bedrohung von einzelnen Patienten als nicht gegeben an. Ein Krankenhaus gab an, dass klinikintern bei einer Auswurffraktion des linken Ventrikels unter 35 % stets eine Einstufung in eine hohe ASA-Stufe erfolge. Die Krankenhäuser wurden noch einmal darauf aufmerksam gemacht, dass eine den Empfehlungen entsprechende Dokumentation der ASA-Werte für eine korrekte Risikoadjustierung wichtig ist.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung S99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde dieses Krankenhaus hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 50,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850317: Häufige Angabe von ASA 5
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 8 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In allen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In einem Fall wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 5 weiteren lagen Dokumentationsfehler vor. Eine auffällige Einrichtung machte darauf aufmerksam, dass es schwierig sei, Patienten, die unter Reanimationsbedingungen in das Krankenhaus eingeliefert und nach initialer Stabilisierung einer sekundärprophylaktischen AICD-Implantation zugeführt wurden, nach primärer Rekonvaleszenz des Akutereignisses richtig in eine solche Klassifikation einzustufen. 2 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 62,5 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

3.1.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Die Auswahl der Datenfelder, für die im Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* eine Zweiterfassung durchgeführt werden sollte, erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung und den Bundesfachgruppenbetreuern. Insgesamt wurden 36 der 97 Datenfelder ausgewählt, die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren relevant sind. Die Ziehung der Zufallsstichprobe der zu untersuchenden Krankenhäuser und Patientenakten für das Erfassungsjahr 2012 erfolgte ebenfalls durch das AQUA-Institut. Dazu wurden unter Anwendung einer geschichteten Klumpenstichprobe pro Bundesland 5 % der Krankenhäuser, die zu diesem Leistungsbereich QS-Daten für das Erfassungsjahr 2012 geliefert haben, zufällig ausgesucht. In den betreffenden Einrichtungen wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben.

Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 40 Krankenhäuser ausgewählt, für die bundesweit 656 Fallakten durch die Mitarbeiter der LQS überprüft werden sollten. Tabelle 11 stellt die Anzahl der berechneten Krankenhäuser und Fallakten und der nach Abschluss des Stichprobenverfahrens von den LQS an das AQUA-Institut übermittelten gegenüber.

Tabelle 11: 09/4 – Umfang der Stichprobenprüfung

Bundesland	berechnete Anzahl Krankenhäuser	Anzahl überprüfte Krankenhäuser	berechnete Anzahl Fallakten	Anzahl überprüfte Fallakten
Baden-Württemberg	4	4	80	80
Bayern	6	4	96	40
Berlin	1	1	20	20
Brandenburg	2	2	40	40
Bremen	1	1	3	3
Hamburg	1	1	20	20
Hessen	3	3	54	52
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	5	5
Niedersachsen	3	3	60	60
Nordrhein-Westfalen	8	8	116	116
Rheinland-Pfalz	2	1	21	19
Saarland	1	1	20	20
Sachsen-Anhalt	2	2	24	24
Sachsen	2	2	37	37
Schleswig-Holstein	1	1	20	20
Thüringen	2	2	40	40
Gesamt	**40**	**37**	**656**	**596**

Insgesamt wurden die Daten von 596 Fällen aus 37 Krankenhäusern nach Abschluss des Stichprobenverfahrens an das AQUA-Institut gesandt. In Rheinland-Pfalz wurde ein Krankenhaus, in dem nur 2 Fallakten überprüft werden sollten, von der zuständigen LQS nicht besucht. In diesem Fall wurde das Aufwand-Nutzen-Verhältnis

© 2014 AQUA-Institut GmbH

als nicht ausreichend eingeschätzt. Das Fehlen von 2 Fällen im Bundesland Hessen wurde von der zuständigen LQS damit begründet, dass ein Fall aus Zeitgründen vor Ort nicht mehr geprüft werden konnte. Zu diesem Fall fehlten bei der Prüfung noch wichtige Unterlagen, welche aufgrund des Fehlens eines Arztes nicht mehr rechtzeitig besorgt werden konnten. Der andere Fall stellte sich im Rahmen der Prüfung als ambulanter Fall heraus. Der Rückgriff auf einen vorhandenen Reservefall war nicht möglich, da die Unterlagen zu diesem ebenfalls nicht zeitnah beschafft werden konnten. Die Geschäftsstelle der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ) begründete das Fehlen von 56 Fällen mit einem unzureichenden Verhältnis von Nutzen und Aufwand. 2 der 6 gezogenen Krankenhäuser mit niedrigen Fallzahlen wurden dementsprechend nicht besucht. Die übrigen fehlenden Fälle wurden mit der langen Zeitdauer und Inanspruchnahme ober- und chefärztlichen Sachverstands, welche das Stichprobenverfahren vor Ort in Anspruch nimmt, begründet. Nach Aussage der BAQ führte dies dazu, dass ein Abgleich aller gezogenen Fälle an einem Tag nicht realisierbar war. In diesem Fall wurde das Stichprobenverfahren vor Ort nicht komplettiert, wenn für die Mitarbeiter der BAQ eindeutig ersichtlich war, dass die Prüfung aller Fälle zu keinem weiteren Erkenntnisgewinn führen würde und die Dokumentationsqualität anhand der bereits bearbeiteten Krankenakten hinreichend beurteilt werden konnte.

Ergebnis der Stichprobenprüfung

Für die Bewertung der Datenvalidität wurden die Daten für alle Fälle, für die eine Zweiterfassung ausgewählter Datenfelder erfolgt ist, zusammengeführt und analysiert. Hierbei wurde die Datenvalidität anhand eines definierten Bewertungsschemas, welches in Abschnitt 2.2 zu finden ist, beurteilt. In Tabelle 12 ist das Ergebnis dieser Bewertung dargestellt.

Die einzelnen perioperativen Komplikationen (Datenfelder 75-80, 86) wurden im Rahmen der Auswertung zusammengefasst. Des Weiteren wurden die Datenfelder bezüglich des Ortes der Sondendislokation (Datenfelder 81–85) und des Ortes der Sondendysfunktion (Datenfelder 87-91) für die Auswertung gruppiert.

Tabelle 12: 09/4 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung [1]

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld	Datenvalidität
10	linksventrikuläre Ejektionsfraktion	verbesserungsbedürftig
13	Nierenfunktion	gut
15	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis	hervorragend
16	führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)	gut
18	KHK	gut
19	Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD	hervorragend
20	Indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48 Stunden nach Infarktbeginn	verbesserungsbedürftig
21	Herzerkrankung	gut
29	Kammertachykardie induzierbar	hervorragend
36	voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit	verbesserungsbedürftig
37	voraussichtliche ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit	gut
38	Vorhofrhythmus	gut
39	AV-Block	gut
40	intraventrikuläre Leitungsstörungen	gut
50	System	hervorragend

[1] Die Nummerierung der Datenfelder entspricht den Vorgaben in der Spezifikation 2012.

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld	Datenvalidität
61	R-Amplitude	verbesserungsbedürftig
62	nicht gemessen	hervorragend
74	perioperative Komplikation(en)	verbesserungsbedürftig
75 - 80, 86	Komplikation(en) gesamt	hervorragend
81 - 85	Ort der Sondendislokation	hervorragend
87 - 91	Ort der Sondendysfunktion	hervorragend
96	Entlassungsgrund = Tod	verbesserungsbedürftig

Abbildung 5 veranschaulicht die Bewertung aller überprüften Datenfelder in diesem Leistungsbereich. Dabei zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Datenfelder mit „gut“ oder „hervorragend“ bewertet wurde. Jedoch zeigten sich bei einigen Datenfeldern auch Probleme in der Dokumentation, sodass die Datenvalidität dieser mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden musste.

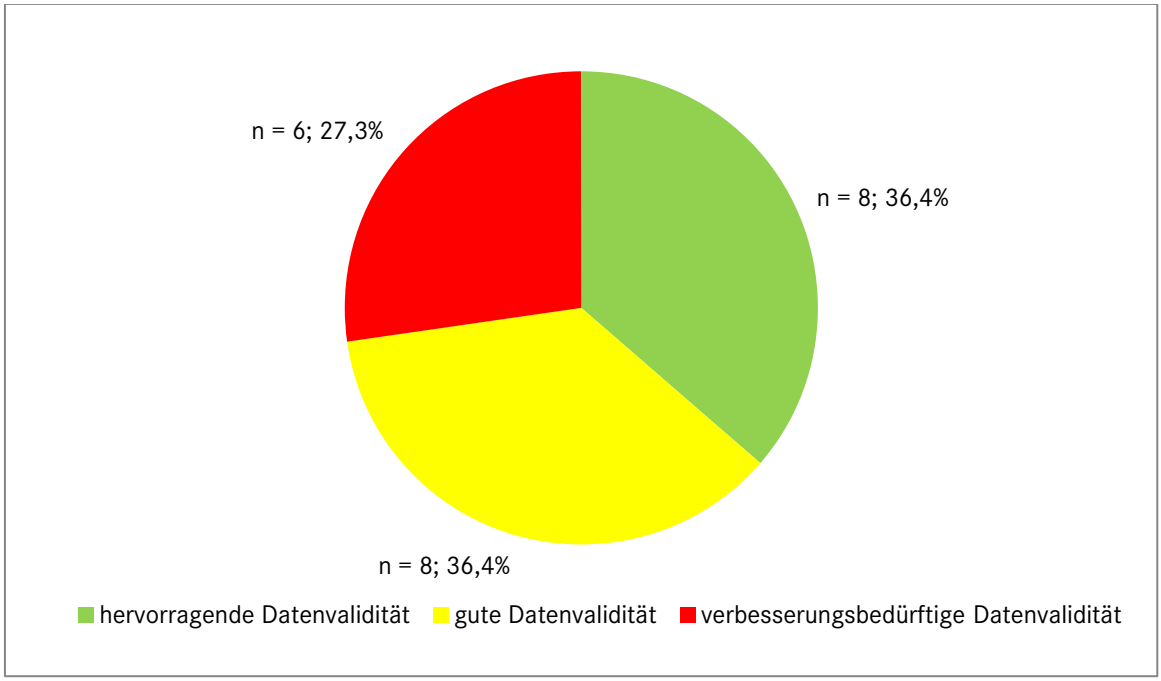


Abbildung 5: 09/4 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Im Folgenden werden die Datenfelder, deren Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurde, noch einmal genauer hinsichtlich zentraler Dokumentationsprobleme und möglicher Optimierungsvorschläge betrachtet.

Datenfeld 10 „linksventrikuläre Ejektionsfraktion“

Die Abweichungen bei diesem Datenfeld sind vorwiegend darauf zurückzuführen, dass je nach Verfahren und Zeitpunkt die Werte schwanken können. Zur künftigen Vermeidung von Abweichungen gab es seitens der LQS sowohl Hinweise an die Bundesebene als auch an die Krankenhäuer. So wurde von einer LQS empfohlen, statt der Angabe eines Fixwertes auf die Angabe einer Range zurückzugreifen. Eine weitere LQS empfahl den Krankenhäusern, in Anlehnung an den Artikel „Manual zur Indikation und Durchführung der Echokardiographie“ (vor einer Defibrillator-Implantation immer eine Messung der linksventrikulären Ejektionsfraktion durchzuführen und sich nicht auf eine visuelle Abschätzung zu verlassen, sofern die systolische linksventrikuläre Funktion einge-

schränkt wirkt. Zudem wurde empfohlen, auf die Antwortmöglichkeit „1 = ja“ zu Datenfeld 11 (LVEF nicht bekannt) nach Möglichkeit zu verzichten.

Datenfeld 20 „Indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48 Stunden nach Infarktbeginn“
Die Datenvalidität dieses Feldes wurde aufgrund der Kennzahlen Sensitivität und Spezifität abschließend mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet. Die Sensitivität nimmt im Rahmen der Auswertung im Hinblick auf die Übereinstimmungsrate einen Wert von 66,7% (6/9) an. Da die Abweichungen aus Einzelfällen in verschiedenen visitierten Krankenhäusern resultieren, kann bei diesem Datenfeld kein systematisches Dokumentationsproblem erkannt werden.

Datenfeld 36 „voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit“
Die Abweichungen bei diesem Datenfeld ergeben sich vorwiegend daraus, dass in einigen Krankenhäusern keine Angaben zur voraussichtlichen atrialen Stimulationsbedürftigkeit aus der Akte zu entnehmen waren, obwohl dieses Feld im QS-Bogen erfasst wurde. Diesbezüglich erklärten die Ärzte der Krankenhäuser übereinstimmend, dass es sich hier um eine rein klinische Einschätzung handele, die nicht messtechnisch erfasst werden könne. Zudem wurde bezüglich dieses Datenfeldes darauf hingewiesen, dass die Einteilung in die Stufen „keine“/„selten“/„häufig“ als nicht immer eindeutig definierbar beurteilt wurde. Aufgrund dieser Probleme bei der Dokumentation wird das Datenfeld ab dem Erfassungsjahr 2015 nicht weiter in der derzeitigen Form erhoben werden.

Datenfeld 61 „R-Amplitude“
Die Dokumentationsprobleme bei diesem Datenfeld sind im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass bei der QS-Dokumentation auf unterschiedliche Referenzdokumente abgestellt wurde. Um dies zukünftig zu vermeiden, wurden bereits zwischen einigen LQS und den entsprechenden Krankenhäusern Absprachen darüber getroffen, aus welchem Referenzdokument zu welchem Zeitpunkt der Wert der R-Amplitude zu dokumentieren ist. Die Empfehlung zur Dokumentation der R-Amplitude wird in der Bundesfachgruppe diskutiert werden, um ein einheitliches Vorgehen sicherzustellen.

Datenfeld 74 „perioperative Komplikation(en)“
Bei diesem Datenfeld waren die Dokumentationsprobleme häufig durch Unklarheiten bezüglich des Begriffes „perioperativ“ begründet. Eine LQS hat die Krankenhäuser darauf hingewiesen, dass bei diesem Datenfeld fälschlicherweise nur intraoperative Komplikationen anstelle aller perioperativen Komplikationen dokumentiert wurden.

Datenfeld 96 „Entlassungsgrund = Tod“
Die Datenvalidität dieses Feldes wurde aufgrund der Kennzahlen Sensitivität und Spezifität abschließend mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet. Die Sensitivität nimmt im Rahmen der Auswertung im Hinblick auf die Übereinstimmungsrate einen Wert von 50,0% (1/2) an. Da die Abweichung durch einen Einzelfall bedingt ist, kann bei diesem Datenfeld kein systematisches Dokumentationsproblem erkannt werden.

3.1.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität

Eine valide Datengrundlage ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren entscheidend. Aufgrund dessen wird im Folgenden dargestellt, welchen Einfluss ausgewählte Datenfelder und deren Datenvalidierungsergebnisse auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren haben.

Das Datenfeld „linksventrikuläre Ejektionsfraktion“ (LVEF) wird zur Berechnung der Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation (QI 50004) und zur leitlinienkonformen Systemwahl (QI 50005) herangezogen. Außerdem wird es für die Risikoadjustierung der „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI 50020 resp. 51186) genutzt. Die LVEF ist für die Beurteilung der Indikation zur ICD-Therapie und zur Auswahl des ICD-Systems (konventioneller ICD vs. CRT-D) von entscheidender Bedeutung.

Ein weiteres Datenfeld, welches zur Berechnung des QI 50004: „Leitlinienkonforme Indikation“ genutzt wird, ist das Feld „Indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48 Stunden nach Infarktbeginn“. Das Ergebnis des Stichprobenverfahrens für dieses Feld wurde als „verbesserungsbedürftig“ gewertet. Da keine

systematische Tendenz der Abweichungen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakten feststellbar war, ist nicht klar erkennbar, wie eine bessere Dokumentationsqualität erreicht werden kann. Eine Möglichkeit bieten entsprechende Ausfüllhinweise.

Auch bei dem Datenfeld „voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit“ wurden vermehrt Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und der Patientenakte festgestellt. Dieses Feld wird für die Berechnung des QI 50005: „Leitlinienkonformen Systemwahl“ genutzt. Vom Eintrag in diesem Feld hängt ab, ob ein Ein- oder Zweikammer-ICD-System als leitlinienkonform zu werten ist. Da das Datenfeld ab 2015 in der vorliegenden Form nicht mehr verwendet wird, muss der Qualitätsindikator zur Systemwahl entsprechend angepasst werden.

Ein weiteres Datenfeld mit verbesserungsbedürftigen Ergebnissen war das Feld „R-Amplitude“. Der derzeitige Qualitätsindikator „Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden“ (QI 50016) ist gegenüber den im Stichprobenverfahren festgestellten Abweichungen robust, da für den Indikator lediglich ausgezählt wird, ob die R-Amplitude bestimmt wurde. Im Hinblick auf eine künftige Modifikation des QI, die ggf. vorsieht, zu prüfen, ob akzeptable oder optimale Amplitudenwerte erreicht wurden, ist jedoch eine Reduktion der Abweichungen unabdingbar. Daher sollte versucht werden, über Ausfüllhinweise eine einheitliche und zuverlässigere Dokumentation zu erreichen.

Bei dem Datenfeld „perioperative Komplikation(en)“ wurde festgestellt, dass häufig aus der Patientenakte ersichtliche Komplikationen nicht in die QS-Dokumentation übertragen wurden. Dieses Datenfeld hat eine Filterfunktion: Wenn hier das Auftreten von Komplikationen dokumentiert wird, sind weitere, detaillierte Angaben zu diesen Komplikationen erforderlich. Durch einen Negativeintrag im übergeordneten Filterfeld kann die Dokumentation perioperativer Komplikationen komplett vermieden werden. Dadurch werden die Ergebnisse der Indikatoren zu den perioperativen Komplikationen beeinflusst.

3.2 Geburtshilfe (16/1)

3.2.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im Leistungsbereich *Geburtshilfe* erfolgte in mehreren Stufen. Zunächst wurde ein erster Vorschlag für die Auffälligkeitskriterien im Rahmen einer gesonderten Projektgruppe (Team aus einem Mitglied der Bundesfachgruppe Perinatalmedizin sowie den Bundesfachgruppenbetreuern und Biometrikern des AQUA-Instituts) erarbeitet. Anschließend wurden die entwickelten Auffälligkeitskriterien als Grundlage genommen, um gemeinsam mit der Projektgruppe Datenvalidierung einen Vorschlag für die finale Auswahl der Auffälligkeitskriterien zu erarbeiten. Am Ende des Auswahlprozesses wurden insgesamt drei Kriterien für relevant erachtet, die dem Unterausschuss für Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem verabschiedet wurden. Diese lauten wie folgt:

- AK-ID 850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten
- AK-ID 850319: Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess
- AK-ID 850320: Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht

Die Anwendung der Auffälligkeitskriterien auf den Bundesdatenpool 2012 erfolgte durch das AQUA-Institut. Die rechnerisch auffälligen Krankenhäuser mitsamt den Ergebnissen wurden den LQS anschließend pseudonymisiert übermittelt. Zudem wurden die bundesweit geltenden Rechenregeln vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellt, sodass die LQS die Auffälligkeiten alternativ auch durch die Anwendung auf ihren Landesdatenpool selbst ermitteln konnten.

In Tabelle 13 sind für jedes Auffälligkeitskriterium die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser, die durch die Landesgeschäftsstellen eingeleiteten Maßnahmen des Strukturierten Dialogs und die abschließenden Be-

© 2014 AQUA-Institut GmbH

wertungen dargestellt. Eine detaillierte Darstellung auf Ebene der einzelnen Landesgeschäftsstellen ist im Anhang zu finden.

Tabelle 13: 16/1 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

	AK-ID 850318	AK-ID 850319	AK-ID 850320
Referenzbereiche	≤ 0	≤ 0	> 0,0%
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	739	780	417
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	30	41	18
Maßnahmen			
Keine Maßnahme	0	1	0
Hinweise	5	7	6
Stellungnahmen	25	33	12
Ergebnisse			
Korrekte Dokumentation	7	12	4
Fehlerhafte Dokumentation	17	18	7
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt	1	0	1
Sonstiges	0	3	0

Anmerkungen zu Tabelle 13:

- AK-ID 850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten
- AK-ID 850319: Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess
- AK-ID 850320: Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht

AK-ID 850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 30 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Bei 5 Häusern ergab sich die rechnerische Auffälligkeit durch Einzelfälle, sodass kein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 7 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus hat keine aussagekräftige Erklärung gegeben und gab eine korrigierte Zeit von 4 Minuten an. Der zuständige Fachausschuss auf Landesebene hat dies als auffällig (A42) bewertet, da auch diese Zeit trotz Anwesenheit eines Anästhesisten als nicht realistisch eingeschätzt wurde. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde dieses Krankenhaus hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 68,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

AK-ID 850319: Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 41 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In einem Fall wurde kein Strukturierter Dialog geführt, da die Abteilung zwischenzeitlich geschlossen war. Bei 7 Häusern wurden Hinweise zur internen Aufarbeitung übermittelt. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 12 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 18 weiteren Krankenhäusern wurden bei den rechnerisch auffälligen Fällen auch Dokumentationsfehler festgestellt. Bei einer angefragten Einrichtung ergab sich bei einer von 2 auffälligen Geburten ein Erfassungsfehler, da die Angabe aus der Patientenakte nicht korrekt in die QS-Dokumentation übertragen wurde. In 2 Fällen lag ein pH-Wert vor, der nicht dokumentiert worden war. 3 Krankenhäuser wurden der Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet. Dabei handelte es sich in 2 Fällen um eine Geburt vor Krankenhausaufnahme. Seitens der zuständigen Landesgeschäftsstelle wird vorgeschlagen, derartige Fälle aus der Grundgesamtheit auszuschließen.

Bei 4 Krankenhäusern wurde die Bewertung U99 vergeben, bei einem die Bewertung S99. Da die dazugehörigen Kommentare der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf Dokumentationsfehler schließen ließen, wurden diese Krankenhäuser hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 54,5 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850320: Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 18 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Krankenhäuser mit geringen Fallzahlen im Nenner (≤ 15) erhielten Hinweise zur internen Aufarbeitung. In allen übrigen Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 4 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus lieferte keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. Bei den anderen Häusern lagen jeweils in Einzelfällen Dokumentationsfehler vor. Durch die Kontaktaufnahme im Rahmen des Strukturierten Dialoges konnten in den betroffenen Krankenhäusern vor Ort Dokumentationsprozesse aktiv auf Schwachstellen analysiert werden. Die Dokumentierenden wurden nochmals auf die verbindlichen Ausfüllhinweise zum Datensatz hingewiesen, um die Datenvalidität zukünftig zu verbessern. Bei einem Krankenhaus lagen technische Probleme vor, die aber bereits unterjährig erkannt und zu denen entsprechende Gegenmaßnahmen eingeleitet wurden.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 58,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

3.2.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Die Auswahl der Datenfelder, für die im Leistungsbereich *Geburtshilfe* eine Zweiterfassung durchgeführt werden sollte, erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung. Insgesamt wurden 24 der 190 Datenfelder ausgewählt, die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren relevant sind. Die Ziehung der Zufallsstichprobe der zu untersuchenden Krankenhäuser und Patientenakten für das Erfassungsjahr 2012 erfolgte durch das AQUA-Institut. Dazu wurden pro Bundesland 5 % der Krankenhäuser, die zu diesem Leistungsbereich QS-Daten für das Erfassungsjahr 2012 geliefert haben, zufällig ausgesucht. In den betreffenden Krankenhäusern wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben.

Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 53 Krankenhäuser ermittelt, für die bundesweit 1.042 Fallakten von den Mitarbeitern der LQS überprüft werden sollten. Tabelle 14 stellt die Anzahl der berechneten Kran-

kenhäuser und Fallakten dar, welche vom AQUA-Institut an die LQS versandt wurden. Des Weiteren ist auch die Anzahl der nach Abschluss des Stichprobenverfahrens tatsächlich geprüften Krankenhäuser und Fallakten einsehbar.

Tabelle 14: 16/1 – Umfang der Stichprobenprüfung

Bundesland	berechnete Anzahl Krankenhäusern	Anzahl überprüfte Krankenhäuser	berechnete Anzahl Fallakten	Anzahl überprüfte Fallakten
Baden-Württemberg	5	5	100	100
Bayern	6	6	120	120
Berlin	2	2	40	40
Brandenburg	2	2	40	40
Bremen	2	2	40	40
Hamburg	2	2	40	40
Hessen	3	3	60	60
Mecklenburg-Vorpommern	2	2	40	40
Niedersachsen	5	5	100	100
Nordrhein-Westfalen	10	10	182	182
Rheinland-Pfalz	3	3	60	60
Saarland	2	2	40	38
Sachsen-Anhalt	2	2	40	40
Sachsen	3	3	60	60
Schleswig-Holstein	2	2	40	40
Thüringen	2	2	40	40
Gesamt	**53**	**53**	**1.042**	**1.040**

Insgesamt wurden die Daten von 1.040 Fällen aus 53 Krankenhäusern nach Abschluss des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich an das AQUA-Institut übermittelt. Der LQS des Bundeslandes Saarland war es in den 2 fehlenden Fällen, aufgrund mangelnder Kooperationsbereitschaft des zuständigen Arztes in dem betreffenden Krankenhaus, nicht möglich, die entsprechenden Akten einzusehen.

Darüber hinaus musste ein Fall aus den nachfolgenden Auswertungen ausgeschlossen werden, da vom AQUA-Institut die QS-Daten zu einem Kind einer Mehrlingsschwangerschaft bereitgestellt wurden, in der Zweiterfassung jedoch die Daten des anderen Kindes erfasst wurden. Somit basieren die Auswertungen auf den Daten von insgesamt 1.039 Fällen.

Ergebnis der Stichprobenprüfung

Die Bewertung der Datenvalidität erfolgte anhand eines definierten Schemas, welches in Abschnitt 2.2 zu finden ist. In Tabelle 15 ist das Ergebnis dieser Bewertung dargestellt. Im Anhang zu diesem Bericht sind die detaillierten Ergebnisse für die einzelnen Datenfelder aufgeführt.

Der Leistungsbereich *Geburtshilfe* wurde erstmalig zum Erfassungsjahr 2005 einer umfassenden Datenvalidierung unterzogen. Dabei wurden insgesamt 883 Patientenakten in 45 Krankenhäusern abgeglichen. Da dabei andere Datenfelder Bestandteil des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich waren als für das Erfassungsjahr 2012, ist ein Vergleich der Ergebnisse beider Erfassungsjahre nicht möglich.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 15: 16/1 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld	Datenvalidität
10	Anzahl Mehrlinge	hervorragend
32	Schwangerschafts-Risiken	verbesserungsbedürftig
33	Schwangerschafts-Risiko (Terminunklarheit)	verbesserungsbedürftig
56	Berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	hervorragend
57	Tragzeit nach klinischem Befund	gut
64	Lungenreifebehandlung	hervorragend
82	Episiotomie	hervorragend
84	Dammriss	gut
108	Entlassungsgrund Mutter (Tod)	verbesserungsbedürftig
112	Blasensprung vor Wehenbeginn	hervorragend
113	Datum des vorzeitigen Blasensprungs	hervorragend
114	Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs	gut
115	Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt	verbesserungsbedürftig
116	Zeitpunkt der ersten Antibiotika-Gabe nach vorzeitigem Blasensprung	gut
134	Entbindungsmodus	hervorragend
137	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	verbesserungsbedürftig
141	E-E-Zeit bei Notsektio	verbesserungsbedürftig
158	APGAR (nach 5 min)	hervorragend
160	Gewicht des Kindes	hervorragend
163	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	hervorragend
164	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	gut
165	pH-Wert Blutgasanalyse	hervorragend
176	Totgeburt	hervorragend
186	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	hervorragend

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Abbildung 6 veranschaulicht die Bewertung aller überprüften Datenfelder in diesem Leistungsbereich. Dabei zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Datenfelder mit „gut“ oder „hervorragend“ bewertet wurde. Jedoch zeigten sich bei einigen Datenfeldern auch Probleme in der Dokumentation, sodass die Datenvalidität dieser mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden musste.

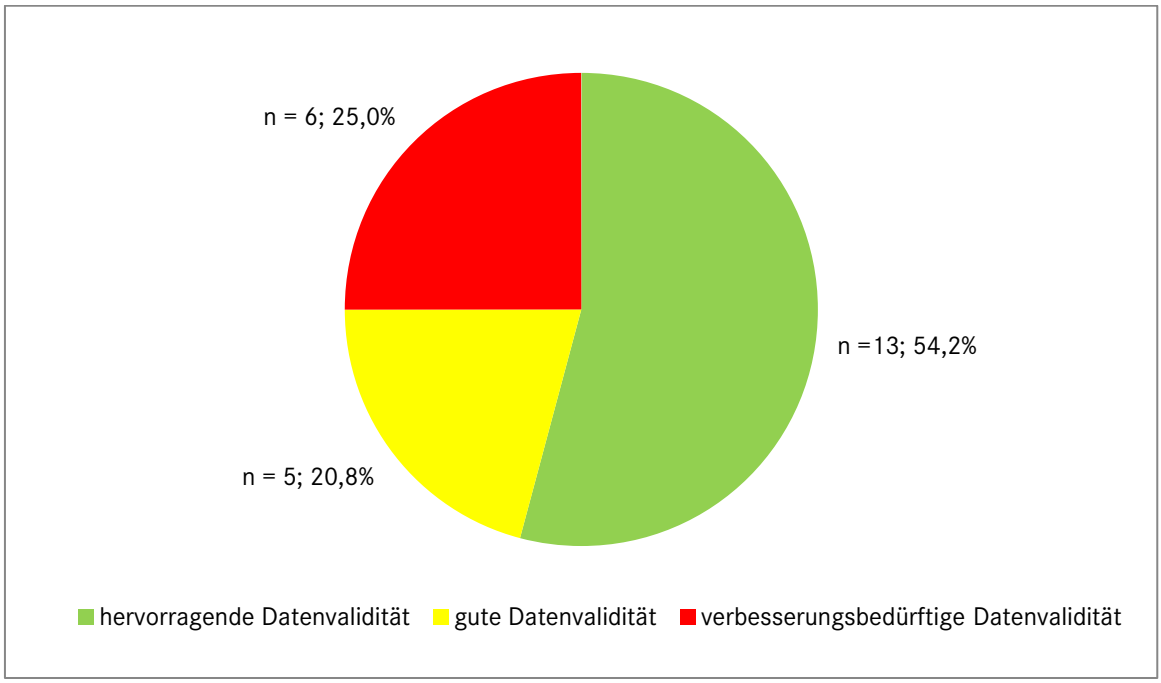


Abbildung 6: 16/1 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Im Folgenden werden die Datenfelder, deren Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurde, noch einmal genauer hinsichtlich zentraler Dokumentationsprobleme und möglicher Optimierungsvorschläge betrachtet.[2]

Datenfeld 32 „Schwangerschafts-Risiken“ und Datenfeld 33 „Schwangerschafts-Risiko (Terminunklarheit)“
Die Diskrepanzen bei Datenfeld 32 „Schwangerschafts-Risiken“ sind unter anderem dadurch zu erklären, dass bei der Ersterfassung der Zustand der Mutter nach einem vorausgegangenen Abort als Schwangerschaftsrisiko dokumentiert wurde. Dies wurde jedoch in der Zweiterfassung als nicht korrekt bewertet. Um dies zukünftig zu vermeiden, wurden bereits Schulungen der zuständigen Mitarbeiter organisiert. Darüber hinaus wurde den Krankenhäusern von einer LQS empfohlen, bei Schwangerschaftsrisiken die Informationen aus dem Mutterpass in die QS-Dokumentation zu übernehmen. Bei Datenfeld 33 „Schwangerschafts-Risiko“ wurden nicht alle möglichen Ausprägungen überprüft, sondern nur die „Terminunklarheit“.

Datenfeld 108 „Entlassungsgrund Mutter (Tod)“
Die Datenvalidität dieses Feldes wurde aufgrund der Kennzahlen Sensitivität und Spezifität abschließend mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet. Die Sensitivität nimmt im Rahmen der Auswertung im Hinblick auf die Übereinstimmungsrate einen Wert von 0,0% (0/1) an. Begründet ist dies dadurch, dass der Patientenakte zu entnehmen war, dass die Mutter verstorben war, in der QS-Dokumentation wurde jedoch vermerkt, dass diese lebend entlassen wurde. Da es sich hierbei um eine essentielle Information handelt, sollte zukünftig vermehrt auf eine korrekte Dokumentation geachtet werden.

[2] Zu Datenfeld 137 „Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)“ und Datenfeld 141 „E-E-Zeit bei Notsektio“ waren in den Berichten gemäß §15 Abs. 3 QSKH-RL keine weiteren Informationen zu den aufgetretenen Dokumentationsproblemen enthalten. Deshalb entfällt die Darstellung der beiden Datenfelder an dieser Stelle.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Datenfeld 115 „Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt“
Die Abweichungen bei diesem Datenfeld sind überwiegend durch die beiden vorangehenden Datenfelder 113 „Datum des vorzeitigen Blasensprungs“ und 114 „Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs“ begründet. Erfolgt bei diesen beiden Feldern bereits eine Eingabe, so ist es nicht möglich, zusätzlich anzugeben, dass der Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt ist. Lassen sich also bereits bei den Datenfeldern „Datum des vorzeitigen Blasensprungs“ und „Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs“ Abweichungen zwischen den Angaben der QS-Dokumentation und denen der Patientenakte finden, so ergeben sich daraus zwangsläufig auch Abweichungen für das Datenfeld 115.

3.2.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität

Ein Datenfeld, bei dem es vermehrt zu Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und der Patientenakte kam, ist Datenfeld 32 „Schwangerschafts-Risiken“. Eine Verschiebung der Abweichungen in eine bestimmte Richtung kann allerdings nicht erkannt werden. Welchen Einfluss dies auf die Berechnung von Qualitätsindikatoren hat, ist schwierig festzustellen, da dieses Datenfeld selbst nicht für deren Berechnung herangezogen wird. Relevant ist jedoch das dazugehörige abhängige Datenfeld 33 „Schwangerschafts-Risiko“. Im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich beschränkte man sich auf die Zweiterfassung der Angabe „Terminunklarheit“ ja/nein, da diese für die Ermittlung des Gestationsalters im Rahmen der QI-Berechnung verwendet wird. Dieses Datenfeld kann allerdings nur ausgefüllt werden, wenn bei einem Fall in Datenfeld 32 „Schwangerschafts-Risiken“ „ja“ kodiert wurde. Die Auswirkungen auf die Berechnung der betreffenden QI sind jedoch als gering einzuschätzen, da die Formel für die Berechnung des Gestationsalters so konzipiert ist, dass dieses, auch bei abweichenden Angaben bezüglich einer bestehenden Terminunklarheit, alternativ über andere Datenfelder des QS-Bogens berechnet werden kann.

Zwar ist die Datenvalidität bei Datenfeld 115 „Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt“ im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet worden. Da das Datenfeld jedoch nicht für die Berechnung der Qualitätsindikatoren herangezogen wird, hat das Datenvalidierungsergebnis auch keinen Einfluss auf diese.

Datenfeld 137 „Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)“ wird für die Berechnung des QI 50045: „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ herangezogen. Hierbei ist jedoch nur relevant, ob eine perioperative Antibiotikaprophylaxe stattgefunden hat und nicht, ob eine prophylaktische Gabe erfolgt ist oder die antibiotische Therapie noch andauert. Auf Grundlage dieser Angabe wird der Zähler des QI berechnet. Anhand der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich ist ersichtlich, dass die Ausprägung „ja, prophylaktische Gabe/ja, laufende antibiotische Therapie“ in der QS-Dokumentation seltener dokumentiert wurde als in der Patientenakte. Für die Berechnung der QI bedeutet dies, dass die Anzahl im Zähler tatsächlich größer wäre als sie aktuell ist und Krankenhäuser gegebenenfalls seltener rechnerisch auffällig wären.

Darüber hinaus wurde Datenfeld 141 „E-E-Zeit bei Notsektio“ mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet. Die Angaben dieses Datenfeldes werden für die Berechnung des QI 1058: „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ genutzt. Für die Berechnung des Zählers des QI ist jedoch nicht der tatsächliche Wert relevant, sondern lediglich, ob die E-E-Zeit über 20 Minuten liegt. Wenn dem so ist, wird der entsprechende Fall in den Zähler des QI einbezogen. Den Ergebnissen des Stichprobenverfahrens ist zu entnehmen, dass die Angaben aus der QS-Dokumentation und denen der Patientenakte lediglich in einem Fall einmal über 20 Minuten (Patientenakte) und einmal unter 20 Minuten (QS-Dokumentation) liegen. Da die Angaben aus der Patientenakte als Goldstandard angesehen werden, würde dies für die Berechnung des QI bedeuten, dass die Anzahl im Zähler um einen Fall geringer wäre. Da laut dem Referenzbereich des Indikators jeder Fall, dessen E-E-Zeit über 20 Minuten liegt, zu einer rechnerischen Auffälligkeit des Krankenhauses führt, könnte dieser eine fehlende Fall im Zähler darüber entscheiden, ob das Krankenhaus rechnerisch auffällig wird oder nicht.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

3.3 Herztransplantation (HTX)

3.3.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung neuer Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im Leistungsbereich *Herztransplantation* wurde in Absprache mit dem Betreuer der Bundesfachgruppe Herz- und Lungentransplantation seitens des AQUA-Instituts als nicht zielführend erachtet. Begründet wurde dies mit der geringen Anzahl an Qualitätsindikatoren. Diese Empfehlung wurde dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem auch so verabschiedet.

Es wurde gleichzeitig empfohlen, die bestehenden Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in ihrer bestehenden Form weiterzuführen, da sich diese im Strukturierten Dialog bewährt haben. Eine detailliertere Auswertung dieser Auffälligkeitskriterien erfolgt in Abschnitt 5.2.2.

3.3.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wurden insgesamt 14 Datenfelder auf dem Erfassungsbogen zur *Herztransplantation* ausgewählt. Da es sich bei diesem Leistungsbereich um ein direktes Verfahren handelt, sind dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich pro Leistungsbereich mindestens 5 % der Krankenhäuser in den ausgewählten Leistungsbereichen zu unterwerfen. Hierbei sind mindestens je Leistungsbereich 4 Krankenhäuser und mindestens 40 Fälle, bezogen auf die von allen Krankenhäusern in dem ausgewählten Leistungsbereich dokumentierten Fälle, in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhäuser wurden, ebenfalls durch ein Zufallsverfahren, bis zu 20 Fälle pro Krankenhaus bestimmt, bei denen eine Herztransplantation stattgefunden hat. Für diese wurde – unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – anhand der Patientenakte eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder durch die Mitarbeiter des AQUA-Instituts durchgeführt.

Insgesamt wurde in 4 Krankenhäusern eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder anhand der Patientenakte durchgeführt. Dabei wurden in einem Krankenhaus 20 Patientenakten geprüft. Da in den anderen 3 Krankenhäusern im Erfassungsjahr 2012 insgesamt nur 5 bzw. 10 Herztransplantationen durchgeführt wurden, konnten hier auch nur diese Fälle in die Zweiterfassung einbezogen werden. Der Einbezug von Reservefällen war nicht erforderlich (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: HTX – Umfang der Stichprobenprüfung

Erfassungsjahr	berechnete Anzahl Krankenhäusern	Anzahl überprüfte Krankenhäuser	berechnete Anzahl Fallakten	Anzahl überprüfte Fallakten
2012	4	4	40	40

Für die Bewertung der Datenvalidität wurden die Daten der Fälle, für die eine Zweiterfassung ausgewählter Datenfelder erfolgt war, zusammengeführt und analysiert. Hierbei wurde die Datenvalidität anhand eines definierten Bewertungsschemas, welches in Abschnitt 2.2 zu finden ist, beurteilt. In Tabelle 17 sind die Ergebnisse der Bewertung dargestellt.

Tabelle 17: HTX – Ergebnisse der Stichprobenprüfung [3]

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld	Datenvalidität
15	Dringlichkeit	hervorragend
26	aktuelle mechanische Kreislaufunterstützung	hervorragend
28	Lungengefäßwiderstand Wert	verbesserungsbedürftig
44	Spenderalter	hervorragend

[3] Die Nummerierung der Datenfelder entspricht den Vorgaben in der Spezifikation 2012.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung Datenfeld	Datenvalidität
45	Geschlecht	hervorragend
51	Katecholamintherapie	verbesserungsbedürftig
52	CK-Wert	gut
54	Herzstillstand	hervorragend
55	hypotensive Periode	gut
56	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme	hervorragend
57	OP-Datum	hervorragend
60	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation	hervorragend
61	kalte Ischämiezeit	gut
73	Entlassungsgrund (Tod)	hervorragend

In Abbildung 7 wird die Bewertung aller überprüften Datenfelder in diesem Leistungsbereich noch einmal grafisch dargestellt. Dabei zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Datenfelder mit „gut“ oder „hervorragend“ bewertet wurde. Jedoch zeigten sich bei 2 Datenfeldern auch Probleme in der Dokumentation, sodass die Datenvalidität dieser mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden musste.

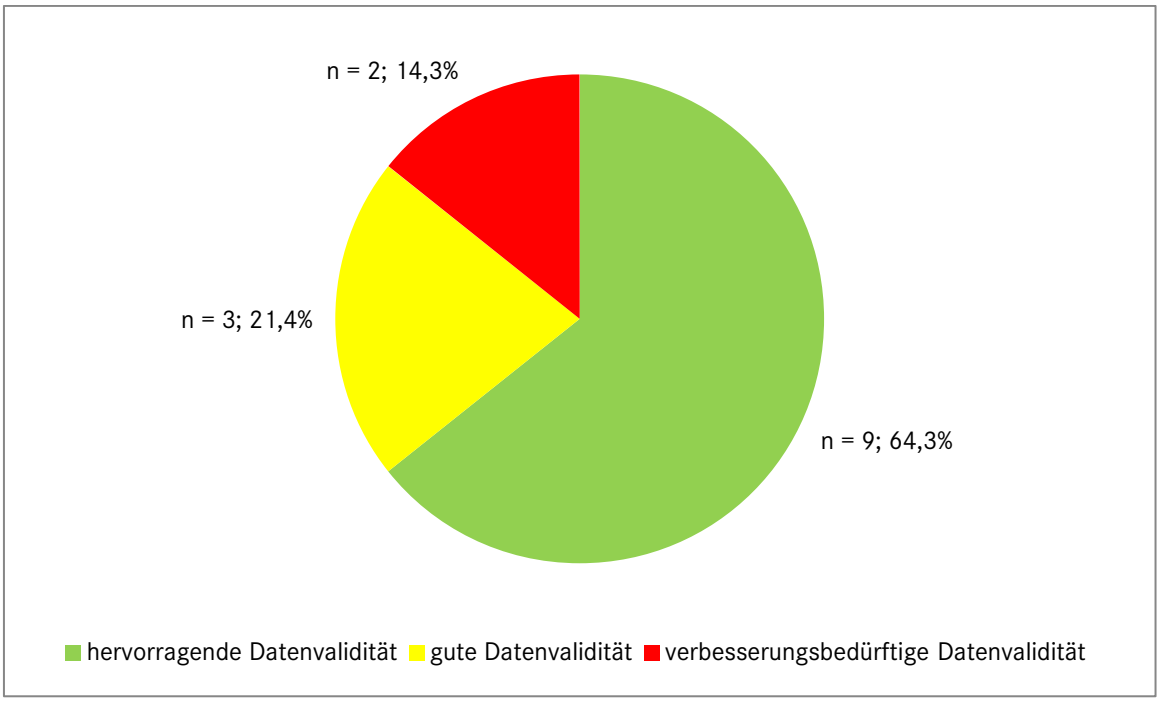


Abbildung 7: HTX – Bewertung der Datenfelder – Übersicht

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Im Folgenden werden die beiden Datenfelder, deren Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurde, noch einmal genauer hinsichtlich zentraler Dokumentationsprobleme und möglicher Optimierungsvorschläge betrachtet.

Datenfeld „Lungengefäßwiderstand Wert“

Die Abweichungen in diesem Datenfeld ergeben sich daraus, dass von den Krankenhäusern im Rahmen der QS-Dokumentation nicht immer gemäß den Ausfüllhinweisen der zuletzt vor der Transplantation bestimmte Wert angegeben wurde.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Datenfeld „Katecholamintherapie“
Die geringe Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld ist überwiegend durch ein Krankenhaus begründet. Innerhalb dieses Krankenhauses bestand eine Unklarheit über den genauen Zeitpunkt, zu dem die Katecholamintherapie durchgeführt worden sein musste, um dies in der QS-Dokumentation zu vermerken. Um dies zukünftig zu vermeiden, wurde von dem Krankenhaus der Wunsch nach einer eindeutigen Definition geäußert.

3.3.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität

Da die Mehrzahl der Datenfelder, welche im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich erhoben wurden, nicht für die Berechnung der Qualitätsindikatoren verwendet werden, haben sie auch keinen Einfluss auf diese. Für die Datenfelder, welche für die Berechnung der Qualitätsindikatoren verwendet werden, konnte im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich eine hervorragende Datenvalidität ermittelt werden.

3.4 Lebertransplantation (LTX)

3.4.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im Leistungsbereich *Lebertransplantation* erfolgte in mehreren Stufen und unter Einbezug unterschiedlicher Projektgruppen. Zunächst wurde ein erster Vorschlag für die Auffälligkeitskriterien im Rahmen einer gesonderten Projektgruppe (Team aus der Leiterin der Projektgruppe Datenvalidierung und der Bundesfachgruppenbetreuerin des AQUA-Instituts) erarbeitet. Anschließend wurde das entwickelte Auffälligkeitskriterium in der entsprechenden Bundesfachgruppe diskutiert und dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem verabschiedet. Das Auffälligkeitskriterium lautet wie folgt:

- AK-ID 850321: Hohe Abweichung zwischen dem angegebenen und dem anhand von Laborwerten berechneten MELD-Score

Da es sich bei dem Verfahren *Lebertransplantation* um ein direktes Verfahren handelt, wurde sowohl die Statistische Basisprüfung als auch der Strukturierte Dialog vom AQUA-Institut durchgeführt.

Tabelle 18: LTX – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

	AK-ID 850321
Referenzbereiche	Sentinel-Event
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	24
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	14
Maßnahmen	
Hinweise	0
Stellungnahmen	14
Ergebnisse	
Korrekte Dokumentation [U30+U31+U32+U99]	0
Fehlerhafte Dokumentation [A 40+A41+A42+A99+D50+D51+D99]	0
Sonstiges [S90+S91+S99]	14

Anmerkung zu Tabelle 18:

- AK-ID 850321 – Hohe Abweichung zwischen dem angegebenen und dem anhand von Laborwerten berechneten MELD-Score

850321: Hohe Abweichung zwischen dem angegebenen und dem anhand von Laborwerten berechneten MELD-Score
Ziel dieses Auffälligkeitskriterium war es, Dokumentationsprobleme bezüglich der für die Berechnung des MELD-Scores verwendeten Laborwerte und dem vom Krankenhaus direkt eingetragenen MELD-Score zu identifizieren. Insgesamt ergaben sich 14 rechnerische Auffälligkeiten. Von allen betroffenen Krankenhäusern wurden Stellungnahmen angefordert. In den Stellungnahmen wurde deutlich, dass es zum Teil Dokumentationsprobleme gab. Diese hatten jedoch keinen direkten Bezug zur Zielstellung des Auffälligkeitskriteriums. Darüber hinaus wurden bei einigen Krankenhäusern Verständnisprobleme bezüglich der Dokumentationsanforderungen deutlich. Aus diesen Gründen kam die Bundesfachgruppe zu keiner abschließenden Bewertung und vergab die Einstufung „S99 = Sonstiges: Die identifizierten Dokumentationsprobleme haben keinen direkten Bezug zur Zielstellung des Auffälligkeitskriteriums“. Die Dokumentationsanforderungen wurden spezifiziert. Das Auffälligkeitskriterium wird nicht verstetigt.

3.4.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Der Leistungsbereich *Lebertransplantation (LTX)* wurde bereits zum Erfassungsjahr 2010 einem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich unterzogen. Da die QSKH-RL zu diesem Zeitpunkt eine Prüfung von 5% der Krankenhäuser vorsah, wurde in das Stichprobenverfahren lediglich ein Krankenhaus einbezogen. Ein weiterer Grund für eine erneute Stichprobenprüfung für das Erfassungsjahr 2012 waren die aktuellen Geschehnisse im Bereich der Transplantationsmedizin.

Für die erneute Durchführung wurden 19 Datenfelder aus dem Erfassungsbogen zur Lebertransplantation ausgewählt. Um die Ergebnisse der beiden Erfassungsjahre gegenüberstellen zu können, wurden zum Teil dieselben Datenfelder ausgewählt. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass die Ergebnisse des Erfassungsjahres lediglich auf Daten eines Krankenhauses basieren.

Für das Stichprobenverfahren zum Erfassungsjahr 2012 wurde in 4 Krankenhäusern eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder anhand der Patientenakte durchgeführt. Der Einbezug von Reservefällen war in keinem Krankenhaus notwendig. Tabelle 19 stellt die Mengengerüste der Stichprobenverfahren der Erfassungsjahre 2012 und 2010 einander gegenüber.

Tabelle 19: LTX – Umfang der Stichprobenprüfung

Erfassungsjahr	berechnete Anzahl Krankenhäusern	Anzahl überprüfte Krankenhäuser	berechnete Anzahl Fallakten	Anzahl überprüfte Fallakten
2010	1	1	20	20
2012	4	4	69	69

In Tabelle 20 sind die Ergebnisse beider Erfassungsjahre dargestellt. Insgesamt ist im Vergleich mit den Ergebnissen aus dem Stichprobenverfahren zum Erfassungsjahr 2010 festzustellen, dass sich die Datenvalidität der Laborwerte (Bilirubin, Kreatinin und INR) innerhalb von nur zwei Jahren verbessert hat.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 20: LTX – Ergebnisse der Stichprobenprüfung [4]

Nr. des Datenfeldes		Erfassungsjahr 2012	Erfassungsjahr 2010
	Datenfeld	Datenvalidität	Datenvalidität
10	Indikation zur Lebertransplantation	verbesserungsbedürftig	gut
11	wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	hervorragend	-
12	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status	hervorragend	hervorragend
13	Bilirubin i.S. in mg/dl	gut	verbesserungsbedürftig
15	Kreatininwert i.S. in mg/dl	gut	verbesserungsbedürftig
17	INR (International Normalized Ratio)	gut	verbesserungsbedürftig
18	Dialyse- oder Hämofiltrationsverfahren	gut	-
19	labMELD	verbesserungsbedürftig	-
20	matchMELD	hervorragend	-
24	Spendertyp	hervorragend	hervorragend
25	Spenderalter	hervorragend	hervorragend
27	Operation	hervorragend	hervorragend
28	Retransplantation	hervorragend	hervorragend
31	kombinierte Transplantation	hervorragend	hervorragend
32	Spenderorgan	hervorragend	hervorragend
33	kalte Ischämiezeit	verbesserungsbedürftig	gut
36	Entlassungsgrund (Tod)	hervorragend	hervorragend

Anmerkung zu Tabelle 20:

- Zu den Datenfeldern „Kreatininwert i.S. in mg/dl“ und „Bilirubin i.S. in mg/dl“: Die Angabe des Kreatinin- bzw. Bilirubinwertes kann entsprechend dem Erfassungsbogen sowohl in mg/dl als auch in µmol/l erfolgen. Da alle Angaben in der Einheit mg/dl erfolgten, wird auch nur auf die Ergebnisse dieser Einheit eingegangen.

In Abbildung 8 wird die Bewertung aller überprüften Datenfelder in diesem Leistungsbereich noch einmal grafisch veranschaulicht. Dabei zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Datenfelder mit „gut“ oder „hervorragend“ bewertet wurde. Jedoch zeigten sich bei 3 Datenfeldern auch Probleme in der Dokumentation, sodass die Datenvalidität dieser mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden musste.

[4] Die Nummerierung der Datenfelder entspricht den Vorgaben in der Spezifikation 2012.

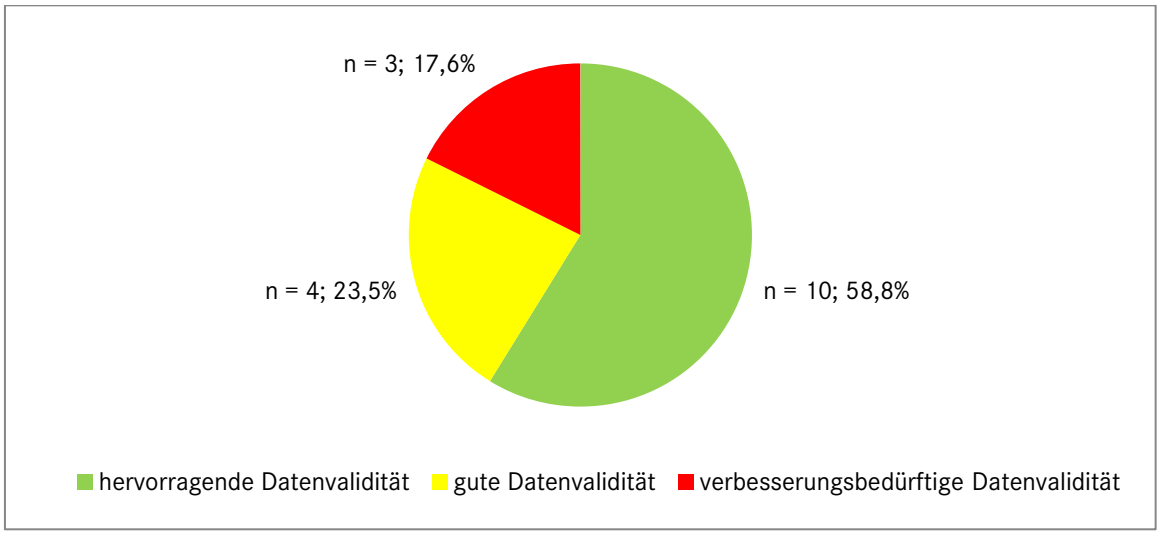


Abbildung 8: LTX – Bewertung der Datenfelder – Übersicht

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Im Folgenden werden die 3 Datenfelder, deren Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurde, noch einmal genauer hinsichtlich zentraler Dokumentationsprobleme und möglicher Optimierungsvorschläge betrachtet.

Datenfeld „Indikation zur Lebertransplantation“
Die Unstimmigkeiten bei diesem Datenfeld ergeben sich daraus, dass in einigen der visitierten Krankenhäuser die Indikationsstellung in der Patientenakte in Textform und nicht, wie für die QS-Dokumentation gefordert, gemäß dem ELTR-Kode vorlag. Dies führte dazu, dass für diese Fälle während des Abgleichs eine Neueinschätzung vorgenommen wurde. Dabei wurden die Komplexität der ELTR-Kodierungen und die damit verbundenen Schwierigkeiten deutlich.

Datenfeld „labMELD“
Da der labMELD aus den Laborwerten Bilirubin, Kreatinin und INR berechnet wird, führen Unstimmigkeiten bei der Erhebung dieser Werte folglich auch zu Abweichungen bei Datenfeld „labMELD“.

Datenfeld „kalte Ischämiezeit“
Die geringe Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld ist überwiegend durch ein Krankenhaus bedingt. Dieses bezog für die QS-Dokumentation häufig die Anastomosenzeit mit ein.

3.4.3. Erkenntnisse zur Datenvalidität

Eine valide Datengrundlage ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren entscheidend. Aufgrund dessen wird im Folgenden dargestellt, welchen Einfluss ausgewählte Datenfelder und deren Datenvalidierungsergebnisse auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren haben.

Da die Datenfelder „labMELD“ und „kalte Ischämiezeit“ nicht für die Berechnung der Qualitätsindikatoren herangezogen werden, haben ihre Datenvalidierungsergebnisse auch keinen Einfluss auf diese.

Das Datenfeld „Indikation zur Lebertransplantation“ wird für die Berechnung des Indikators 51594: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ verwendet. Allerdings werden hierbei lediglich die Indikationen zu *Acute hepatic failure* (A) und *Cholestatic disease* (B) als Risikofaktoren einbezogen. Anhand der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich wird deutlich, dass in 3 der 69 abgeglichenen Fälle in der Patientenakte *Cholestatic disease* (B) als Indikation angegeben wurde, während in der QS-Dokumentation eine abweichende Einstufung, außerhalb von *Acute hepatic failure* (A) und *Cholestatic disease* (B), vorgenommen wurde. Dies führt bei der QI-Berechnung dazu, dass die erwartete Rate an Todesfällen aufgrund der Risikofaktoren für das entsprechende Krankenhaus niedriger ausfällt, als sie tatsächlich ist.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

Der G-BA hat in seiner Sitzung vom 17. Dezember 2009 beschlossen, ausgewählte Auffälligkeitskriterien kontinuierlich im Rahmen der Statistischen Basisprüfung anzuwenden. Die Verstetigung von Auffälligkeitskriterien zielt zum einen darauf ab, rechnerische Auffälligkeiten, die auf eine fehlerhafte Dokumentation hinweisen, in den QS-Daten über das Jahr der Erstanwendung hinaus zu verfolgen. Zum anderen soll durch den Strukturierten Dialog mit den rechnerisch auffälligen Krankenhäusern eine kontinuierliche Optimierung der Datenvalidität bewirkt werden.

Für das Erfassungsjahr 2012 wurden insgesamt in 16 Leistungsbereichen jeweils zwischen 1 und 3 verstetigte Auffälligkeitskriterien angewendet. Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2012 wurden anhand der festgelegten Auffälligkeitskriterien insgesamt 1.037 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Kriterien pro Leistungsbereich dargestellt. Detailliertere Auswertungen zu allen Bewertungen und Maßnahmen, welche im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog angewandt wurden, können dem Anhang des Berichts entnommen werden.

4.1 Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom „sonstiges“
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 14 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Ein Krankenhaus wurde auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 7 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Es zeigten sich nachvollziehbare Fallkonstellationen, die zur Angabe des Symptoms „sonstiges“ geführt hatten (z.B. dauerhafte SM-Abhängigkeit nach Herz-OP). In den übrigen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 46,2 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen. Ab dem Erfassungsjahr 2013 wurde der Datensatz dahingehend verbessert, dass eine dauerhafte Schrittmacher-Abhängigkeit (z.B. nach Herz-Operation) abbildbar ist und in diesen Fällen nicht länger das Symptom „sonstiges“ gewählt werden muss. Durch diese Anpassung ist mit einer Verbesserung der Datenvalidität zu rechnen.

AK-ID 813071: Häufig führende Indikation „sonstige“
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 11 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Eines wurde auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 80,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 21: 09/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813070	14	13	7	6	0	0
813071	11	10	2	8	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 21:

- AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom „sonstiges“
- AK-ID 813071: Häufig führende Indikation „sonstige“

4.2 Karotis-Revaskularisation (10/2)

AK-ID 815004: Keine Angabe von perioperativen Komplikationen (Schlaganfall, Tod) bei hohem perioperativen Komplikationsrisiko – offen-chirurgisch

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Durch das Auffälligkeitskriterium werden Patienten mit offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation identifiziert, die ein hohes Risiko für Schlaganfall und Tod aufweisen, für die jedoch weder Schlaganfall noch Tod dokumentiert wurde. Die Wahrscheinlichkeit für ein hohes Risiko wurde von 20 % auf 30 % angehoben. Außerdem wurden analog zur geänderten Berechnung des zugrundeliegenden Qualitätsindikators in der Grundgesamtheit nur Patienten mit einem offen-chirurgischen Eingriff unter Ausschluss der (Karotis-)Transpositionen betrachtet.

Wie aufgrund der Verschärfung des Auffälligkeitskriteriums zu erwarten war, ist die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser von 47 im Vorjahr auf 24 gesunken. 4 dieser Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Ein Krankenhaus lieferte keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 18 weiteren Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Beispielsweise wurde in einem Fall der Patient bei postoperativen Zeichen eines Hirnödems in eine andere Einrichtung verlegt. Die neurologische Symptomatik bei Verlegung entsprach postoperativ der präoperativen Situation, sodass zu diesem Zeitpunkt kein neu aufgetretenes Defizit zu dokumentieren war. In einem Fall lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 5,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 22: 10/2 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
815004	24	20	18	1	1	0

Anmerkung zu Tabelle 22:

- AK-ID 815004: Keine Angabe von perioperativen Komplikationen (Schlaganfall, Tod) bei hohem perioperativen Komplikationsrisiko – offen-chirurgisch

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.3 Cholezystektomie (12/1)

AK-ID 850189: Keine allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Die Grundgesamtheit wurde weiter eingeschränkt auf Patienten mit einer laparoskopisch begonnenen Operation und einer Verweildauer von über 30 Tagen. Bisher wurden dabei nur Krankenhäuser berücksichtigt, die mindestens 150 Fälle behandelt hatten. Diese Einschränkung wurde auf mindestens 5 Fälle geändert. Dadurch werden mehr Krankenhäuser in die Prüfung einbezogen, das Vorliegen einer rechnerischen Auffälligkeit wird dabei aber gezielter überprüft.

Durch die Reduzierung der erforderlichen Mindestfallzahl ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten erwartungsgemäß gestiegen. Für 2012 wurden für dieses Auffälligkeitskriterium 89 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2011 waren es nur 42 rechnerisch auffällige Krankenhäuser. In 87 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Ein Krankenhaus lieferte keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In weiteren 73 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus erläuterte, dass in 6 der 7 Fälle die Verweildauern nicht wegen aufgetretener Komplikationen oder durchgeführter Reinterventionen, sondern aufgrund anderer Erkrankungen bzw. zunächst konservativem Vorgehen verlängert gewesen waren. Bei den meisten Häusern entstand die lange Verweildauer aufgrund von Fallzusammenführungen. In 11 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Zum Teil wiesen die Krankenhäuser erhebliche Dokumentationsmängel auf. Mit einem wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 12,6 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Die Änderung der Berechnung zeigte somit eine positive Wirkung hinsichtlich der Aufdeckung von möglichen Dokumentationsfehlern. Im Vorjahr wurde eine fehlerhafte Dokumentation nur in 3,3 % der Fälle bestätigt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Das Kriterium soll aber, auf Empfehlung der Projektgruppe Datenvalidierung, nochmals überarbeitet werden: Es soll nicht mehr die gesamte Verweildauer, sondern nur eine besonders hohe postoperative Verweildauer einbezogen werden; es sollen außerdem auch nicht mehr nur die allgemein postoperativen Komplikationen, sondern alle Komplikationen einbezogen werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850192: Keine Reinterventionen

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Die Grundgesamtheit wurde eingeschränkt auf Patienten mit einer Verweildauer von über 30 Tagen. Bisher wurden dabei nur Krankenhäuser berücksichtigt, die mindestens 150 Fälle behandelt hatten. Diese Einschränkung wurde analog zum AK-ID 850189 auf mindestens 5 Fälle geändert. Dadurch werden auch hier mehr Krankenhäuser in die Prüfung einbezogen.

Durch die Reduzierung der erforderlichen Mindestfallzahl ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten auch hier erwartungsgemäß gestiegen. Für 2012 wurden für dieses Auffälligkeitskriterium 112 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2011 waren es nur 45. Insgesamt wurden 105 Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

3 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In weiteren 88 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus erläuterte, dass die Verweildauern nicht wegen aufgetretener Komplikationen oder durchgeführter Reinterventionen, sondern aufgrund anderer Erkrankungen bzw. zunächst konservativem Vorgehen verlängert waren. Bei den meisten Häusern entstand die lange Verweildauer aufgrund von Fallzusammenführungen. Bei 13 Krankenhäusern sind Dokumentationsfehler bestätigt worden. Mit 3 Häusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung A99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber darauf schließen ließ, dass die Ursache für die rechnerische Auffälligkeit aufgrund eines Chefarztwechsels nicht mehr geklärt werden konnte, wurde dieser Fall der Kategorie „Keine erklärenden Gründe genannt“ zugeordnet.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 12,4 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Das Kriterium soll aber nochmals überarbeitet werden: Es soll nicht mehr die gesamte Verweildauer, sondern nur eine besonders hohe postoperative Verweildauer einbezogen werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 23: 12/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850189	89	87	73	11	1	2
850192	112	105	88	13	3	1

Anmerkungen zu Tabelle 23:

- AK-ID 850189: Keine allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen
- AK-ID 850192: Keine Reinterventionen

4.4 Gynäkologische Operationen (15/1)

AK-ID 811823: Alle Krankenhäuser mit Patientinnen ≥ 60 Jahren mit isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Es erfolgte eine Anpassung der Grundgesamtheit durch die Erhöhung des Mindestalters der betrachteten Patientinnen von 55 auf 60 Jahre. Der Titel des Auffälligkeitskriteriums wurde entsprechend überarbeitet.

Durch die Änderung reduzierten sich die rechnerischen Auffälligkeiten deutlich. Waren es im Vorjahr noch 150 rechnerisch auffällige Krankenhäuser, wurden für 2012 nur 22 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 3 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen übrigen Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

2 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. In der Regel führten falsche Angaben zur Histologie zu der rechnerischen Auffälligkeit. Beispielsweise wurden gutartige seröse Zysten fehlerhaft als Funktionszysten dokumentiert, wobei dies zu einer Verschlechterung im assoziierten Qualitätsindikator führte und damit zum Nachteil für das Krankenhaus. Die Dokumentierenden wurden nochmals auf die verbindlichen Ausfüllhinweise zum Datensatz hingewiesen, um die Datenvalidität zukünftig zu verbessern. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Bei einer Einrichtung wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde sie hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 42,1 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

AK-ID 850312: Keine Organverletzungen bei hoher Verweildauer
Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 vollständig überarbeitet. In der Grundgesamtheit werden alle Patientinnen ohne Karzinom mit ausschließlich laparoskopischem OP-Zugang oder mit ausschließlich laparoskopischem und abdominalem OP-Zugang und einer hohen postoperativen Verweildauer betrachtet.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 127 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 30 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

3 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 86 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Die längere Verweildauer trat jeweils ohne ursächliche Organverletzung durch unterschiedliche Gründe, wie z.B. einen komplizierten OP-Verlauf, notwendiger iv.-Antibiose oder schweren Begleiterkrankungen auf. Bei 7 Krankenhäusern sind Dokumentationsfehler bestätigt worden. Mit 2 Einrichtungen wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 7,2 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Zur Erhöhung der Trefferquote sollen aber neben den Organverletzungen alle intra- und postoperativen Komplikationen in die Betrachtung einbezogen werden. Außerdem soll die Grenze für die Verweildauer vom 90. auf das 95. Perzentil angehoben werden. Da Hysterektomien ab dem Erfassungsjahr 2013 nicht mehr berücksichtigt werden, werden sie aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist diesen Empfehlungen gefolgt.

Tabelle 24: 15/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
811823	22	19	9	8	2	0
850312	127	97	86	7	3	1

Anmerkungen zu Tabelle 24:

- AK-ID 811823: Alle Krankenhäuser mit Patientinnen ≥ 60 Jahren mit isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“
- AK-ID 850312: Keine Organverletzungen bei hoher Verweildauer

4.5 Geburtshilfe (16/1)

AK-ID 813121: Auffallend wenige Wochenbettkomplikationen der Mutter
Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. In der Grundgesamtheit werden nur noch Patientinnen betrachtet, die nach der Geburt noch mindestens zehn Tage im Krankenhaus blieben. Bisher waren es mindestens sieben Tage.

Durch die Einschränkung der Grundgesamtheit wäre ein Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten zu erwarten gewesen. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser hat sich aber von 48 auf 97 erhöht. 27 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen, die übrigen wurden zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

4 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 30 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. In den meisten Häusern wurden die aufgetretenen Komplikationen nicht dokumentiert. In einem war ein Softwarefehler verant-

© 2014 AQUA-Institut GmbH

wortlich für die rechnerische Auffälligkeit: Die Berechnung der Aufenthaltsdauer war nicht korrekt. Inzwischen hat das Krankenhaus ein neues EDV-System. Es gab auch Fälle, in denen die längere Verweildauer zwar durch Komplikationen bedingt war, diese aber nicht in der Berechnung des Auffälligkeitskriteriums berücksichtigt sind. Vertreter aus einem weiteren Krankenhaus wurden zu einer gemeinsamen Besprechung der rechnerischen Auffälligkeit eingeladen. Am Ende des Gespräches wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Bei 2 Einrichtungen wurde die Bewertung U99 vergeben. Da die dazugehörigen Kommentare der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließen, werden diese Kliniken hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 51,4 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Trotz dieser hohen Rate und der gestiegenen Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten hat die Projektgruppe Datenvalidierung eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 nicht empfohlen. Hintergrund ist zum einen der fehlende Indikatorbezug des Auffälligkeitskriteriums und zum anderen eine Aufwand-Nutzen-Abwägung im Zusammenspiel mit den 3 neu verstetigten Kriterien in diesem Leistungsbereich (vgl. Abschnitt 3.2.1). Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 25: 16/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813121	97	70	30	36	4	0

Anmerkung zu Tabelle 25:

- AK-ID 813121: Auffallend wenige Wochenbettkomplikationen der Mutter

4.6 Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)

AK-ID 813191: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Aus der Berechnung ausgeschlossen werden alle Krankenhäuser, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen abgerechnet haben. Da es dafür kein eigenes Datenfeld gibt, erfolgt der Ausschluss nur, wenn der entsprechende OPS-Kode 8-55* für die Qualitätssicherung dokumentiert wurde. Dafür werden alle Fälle des Hauses geprüft. Liegt dieser OPS-Kode in mindestens einem Datensatz vor, wird das Krankenhaus aus der weiteren Berechnung ausgeschlossen.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 9 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In allen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 4 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, in den übrigen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 55,6 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 26: 17/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813191	9	9	4	5	0	0

Anmerkung zu Tabelle 26:

- AK-ID 813191: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.7 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)

AK-ID 813129: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Aus der Berechnung ausgeschlossen werden alle Krankenhäuser, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen abgerechnet haben. Da es dafür kein eigenes Datenfeld gibt, erfolgt der Ausschluss nur, wenn der entsprechende OPS-Kode 8-55* für die Qualitätssicherung dokumentiert wurde. Dafür werden alle Fälle des Krankenhauses geprüft. Liegt dieser OPS-Kode in mindestens einem Datensatz vor, wird das Krankenhaus aus der weiteren Berechnung ausgeschlossen.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 26 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 25 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Ein Krankenhaus lieferte keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 17 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus war zum Zeitpunkt des Strukturierten Dialogs bereits geschlossen. In diesem Fall wurde die Bewertung S90 vergeben. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit 2 Häusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 24,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Aufgrund der Änderung der Spezifikation zur Datenerfassung für das Erfassungsjahr 2013 und der Einführung von Teildatensätzen für die durchgeführten Operationen soll die Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums auf die erste Operation des Patienten eingeschränkt werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 813126: ASA 5 bei elektiven Eingriffen
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 21 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 15 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 5 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Es wurde fälschlicherweise eine zu hohe ASA-Einstufung dokumentiert. Die zuständigen Mitarbeiter wurden nochmals auf sorgfältiges und kontrolliertes Ausfüllen der QS-Dokumentation hingewiesen.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung S99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde diese Einrichtung hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 66,7 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler fest-gestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Aufgrund der Änderung der Spezifikation zur Datenerfassung für das Erfassungsjahr 2013 und der Einführung von Teildatensätzen für die durchgeführten Operationen soll die Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums auf die erste Operation des Patienten eingeschränkt werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 27: 17/2 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813129	26	25	17	6	1	1
813126	21	15	5	10	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 27:

- AK-ID 813129: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
- AK-ID 813126: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.8 Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/3)

AK-ID 850204: Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 125 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 114 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Zwei Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 52 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei Wechseloperationen, bei denen präoperativ eine mechanische Lockerung bei fehlenden Infektionszeichen/-nachweisen diagnostiziert wird, bei denen sich jedoch im tiefen operativen Abstrich Erreger finden, wird regelkonform die o.g. Entlassungsdiagnose kodiert – auch ohne präoperative Entzündungszeichen und postoperative Wundinfektion. In 38 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Beispielsweise wurden die Erregernachweise nicht in die QS-Dokumentation übernommen. Durch die Kontaktaufnahme im Rahmen des Strukturierten Dialoges konnten in den betroffenen Krankenhäusern vor Ort Dokumentationsprozesse aktiv auf Schwachstellen analysiert und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet werden. Ergänzend wurde in der Spezifikation für die Erfassung 2013 vom AQUA-Institut der Ausfüllhinweis zur Erfassung präoperativer Entzündungszeichen überarbeitet. Mit 2 Häusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen. 22 Krankenhäuser erhielten die Bewertung S99. Einmal waren die Fälle aufgrund eines KIS-Wechsels nicht mehr nachprüfbar. In den anderen Fällen handelte es sich jeweils um zweizeitige Wechsel, bei denen die Krankenhäuser die beim ersten Eingriff vorliegende Infektion nicht dokumentiert haben, da diese zum Zeitpunkt des zweiten Eingriffs nicht mehr vorlag. Mittlerweile wurden die entsprechenden Ausfüllhinweise angepasst, sodass nun deutlich wird, dass bei zweizeitigem Wechsel die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes/der Explantation anzugeben sind.

Bei 2 weiteren Häusern wurde die Bewertung S99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde diese Klinik hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 33,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Aufgrund der Änderung der Spezifikation zur Datenerfassung für das Erfassungsjahr 2013 und der Einführung von Teildatensätzen für die durchgeführten Operationen soll die Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums auf die erste Operation des Patienten eingeschränkt werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850205: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Aus der Berechnung ausgeschlossen werden alle Krankenhäuser, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen abgerechnet haben. Da es dafür kein eigenes Datenfeld gibt, erfolgt der Ausschluss nur, wenn der entsprechende OPS-Kode 8-55* für die Qualitätssicherung dokumentiert wurde. Dafür werden alle Fälle des Krankenhauses geprüft. Liegt dieser OPS-Kode in mindestens einem Datensatz vor, wird das Krankenhaus aus der weiteren Berechnung ausgeschlossen. Außerdem wurde die erforderliche Mindestfallzahl für die Grundgesamt auf 5 erhöht.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuserbei diesem Auffälligkeitskriterium stark gesunken: Es wurden 19 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt, während es im Vorjahr noch 52 Krankenhäuser waren. In 12 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Die Fälle mit erhöhter Liegedauer erklärten sich durch zweizeitige Wechsel bzw. notwendige Wechsel nach Ersteingriff während desselben stationären Aufenthalts. In den anderen 3 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 25,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Aufgrund der Änderung der Spezifikation zur Datenerfassung für das Erfassungsjahr 2013 und der Einführung von Teildatensätzen für die durchgeführten Operationen soll die Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums auf die erste Operation des Patienten eingeschränkt und im Zähler zukünftig auch die postoperativen Wundinfektionen berücksichtigt werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 28: 17/3 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850204	125	114	52	38	2	22
850205	19	12	9	3	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 28:

- AK-ID 850204: Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“
- AK-ID 850205: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

4.9 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)

AK-ID 813130: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Aus der Berechnung ausgeschlossen werden alle Krankenhäuser, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen abgerechnet haben. Da es dafür kein eigenes Datenfeld gibt, erfolgt der Ausschluss nur, wenn der entsprechende OPS-Kode 8-55* für die Qualitätssicherung dokumentiert wurde. Dafür werden alle Fälle des Krankenhauses geprüft. Liegt dieser OPS-Kode in mindestens einem Datensatz vor, wird das Krankenhaus aus der weiteren Berechnung ausgeschlossen.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 71 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 3 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

4 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In weiteren 44 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus gab beispielweise an, sich dem allgemeinen Trend einer stets frühzeitigen Entlassung nicht anschließen zu wollen. Es habe zwar keine Komplikationen im Sinne des Auffälligkeitskriteriums, wohl aber andere medizinische Gründe im Rahmen von Komorbiditäten und daher verzögerter Mobilisation gegeben. Gleichwohl würde die Wundheilung bis zum Fadenzug stets abgewartet und der Patient vorher grundsätzlich nicht entlassen. In 18 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Eine Einrichtung hat z.B. keine allgemeinen postoperativen Komplikationen in die QS-Dokumentation übernommen. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen und zweimal wurde die Bewertung S99 vergeben. In einem Fall war das Krankenhaus zum Zeitpunkt des Strukturierten Dialogs bereits geschlossen, im zweiten Fall lag ein Systemfehler vor.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde diese Klinik hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 26,5 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Aufgrund der Änderung der Spezifikation zur Datenerfassung für das Erfassungsjahr 2013 und der

Einführung von Teildatensätzen für die durchgeführten Operationen soll die Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums auf die erste Operation des Patienten eingeschränkt werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 813128: ASA 5 bei elektiven Eingriffen
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 10 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 9 davon wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In einem Fall wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 80,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Aufgrund der Änderung der Spezifikation zur Datenerfassung für das Erfassungsjahr 2013 und der Einführung von Teildatensätzen für die durchgeführten Operationen soll die Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums auf die erste Operation des Patienten eingeschränkt werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 29: 17/5 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813130	71	68	44	18	4	2
813128	10	9	1	8	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 29:

- AK-ID 813130: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
- AK-ID 813128: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

4.10 Mammachirurgie (18/1)

AK-ID 813068: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 37 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Ein Krankenhaus wurde auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

2 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 10 weiteren Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 24 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. In den Einrichtungen ergaben sich einzelne Erfassungsfehler als Ursache der Abweichungen. Beispielsweise wurde aus den Ausfüllhinweisen nicht deutlich, wie das Datenfeld zur postoperativen Histologie im Fall einer Vollremission nach einer Chemotherapie auszufüllen ist. In diesen Fällen muss das prätherapeutisch diagnostizierte Malignom trotzdem dokumentiert werden. Die Ausfüllhinweise dazu wurden bereits angepasst und für das Erfassungsjahr 2014 geändert. Mit einem Krankenhaus wurde eine Besprechung durchgeführt. Mit 3 Häusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Bei 2 Einrichtungen wurde die Bewertung S99 vergeben. Da die dazugehörigen Kommentare der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließen, wurden diese Krankenhäuser hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 66,7 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

AK-ID 813069: Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primär-operative Therapie
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 32 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 6 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 22 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Vertreter aus einem Krankenhaus wurden zu einer gemeinsamen Besprechung der rechnerischen Auffälligkeit eingeladen. Am Ende des Gespräches wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 15,4 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine weitere Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Zur Erhöhung der Treffgenauigkeit wurde die Rechenregel für die Auswertung der Daten des Erfassungsjahres 2013 angepasst, und Patientinnen mit neoadjuvanter Therapie sollen zukünftig aus dem Nenner ausgeschlossen werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 30: 18/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813068	37	36	10	24	2	0
813069	32	26	22	4	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 30:

- AK-ID 813068: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie
- AK-ID 813069: Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primär-operative Therapie

4.11 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3)

AK-ID 813123: Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen: auffällig hohe Werte
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 32 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

3 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 22 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 4 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. In den Einrichtungen ergaben sich einzelne Erfassungsfehler als Ursache der Abweichungen. Durch die Kontaktaufnahme im Rahmen des Strukturierten Dialoges konnten in den betroffenen Krankenhäusern vor Ort Dokumentationsprozesse aktiv auf Schwachstellen hin analysiert werden. Die Dokumentierenden wurden nochmals auf die verbindlichen Ausfüllhinweise zum Datensatz hingewiesen, um die Datenvalidität zukünftig zu verbessern. Ein Krankenhaus, das vorwiegend ein ambulantes Patientenkollektiv behandelt, wurde mit S99 eingestuft.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 13,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 31: 21/3 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813123	32	30	22	4	3	1

Anmerkung zu Tabelle 31:

- AK-ID 813123: Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen: auffällig hohe Werte

4.12 Neonatologie (NEO)

AK-ID 850201: Keine Angabe von intra- und periventrikulären Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei Kindern mit einem hohen Risiko für diese Ereignisse
Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Es wurde festgelegt, dass eine rechnerische Auffälligkeit nur dann vorliegt, wenn sowohl dieses Ergebnis als auch das Ergebnis von AK-ID 850202 „Keine Angabe von höhergradiger Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) bei Kindern mit einem hohen Risiko für dieses Ereignis“ außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 41 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 40 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Mit einem Krankenhaus war der Strukturierte Dialog zum Zeitpunkt der Datenübermittlung noch nicht abgeschlossen. In 36 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 3 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 7,5 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850202: Keine Angabe von höhergradiger Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) bei Kindern mit einem hohen Risiko für dieses Ereignis
Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2011 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2012 modifiziert. Es wurde festgelegt, dass eine rechnerische Auffälligkeit nur dann vorliegt, wenn sowohl dieses Ergebnis als auch das Ergebnis von AK-ID 850201 „Keine Angabe von intra- und periventrikulären Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei Kindern mit einem hohen Risiko für diese Ereignisse“ außerhalb des Referenzbereichs liegt.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 54 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 48 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Bei einem Krankenhaus hat der Fachausschuss auf Landesebene entschieden, keine Maßnahmen im Strukturierten Dialog einzuleiten. Aufgrund der Variabilität der Risikofaktoren und bei geringer Fallzahl sollen in diesem Fall die Ergebnisse der nächsten Jahre beobachtet werden.

Mit einem Krankenhaus war der Strukturierte Dialog zum Zeitpunkt der Datenübermittlung noch nicht abgeschlossen. Ein weiteres Krankenhaus lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 38 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 7 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Außerdem erhielt ein Krankenhaus die Bewertung S99.

Bei einem anderen Krankenhaus wurde ebenfalls die Bewertung S99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließ, wurde das Krankenhaus hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 14,6 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850203: Auffällig häufig Angabe von Entlassung/ Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf, ohne das eine Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) vorliegt
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 23 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 21 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei den angeführten Fällen handelte es sich um schwerkranke Kinder, die unter Sauerstoffzufuhr auf die Perinatalzentren verlegt wurden, ohne dass eine BPD

vorlag. Die Arbeitsgruppe regt in diesem Kontext an, das Kriterium auf die Entlassung zu begrenzen. In 11 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. In einer Einrichtung kam es beispielsweise zu einer Fehldokumentation: Die Kinder wurden ohne Sauerstoffbedarf entlassen. Durch die Kontaktaufnahme im Rahmen des Strukturierten Dialoges konnten in den betroffenen Krankenhäusern vor Ort Dokumentationsprozesse aktiv auf Schwachstellen analysiert und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet werden. Ein Krankenhaus erhielt die Bewertung S99, da teilweise die Patientenakten zu den rechnerisch auffälligen Fällen aufgrund einer Softwareumstellung nicht vollständig aufzufinden waren. Für die geprüften Fälle wird eine korrekte Dokumentation bescheinigt.

Bei 2 Häusern wurde die Bewertung U99 vergeben. Da die dazugehörigen Kommentare der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließen, wurden die Krankenhäuser hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 52,4 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 32: NEO – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850201	41	40	36	3	0	1
850202	54	48	38	7	1	2
850203	23	21	9	11	0	1

Anmerkungen zu Tabelle 32:

- AK-ID 850201: Keine Angabe von intra- und periventrikulären Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei Kindern mit einem hohen Risiko für diese Ereignisse
- AK-ID 850202: Keine Angabe von höhergradiger Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) bei Kindern mit einem hohen Risiko für dieses Ereignis
- AK-ID 850203: Auffällig häufig Angabe von Entlassung/Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf, ohne das eine Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) vorliegt

4.13 Koronarchirurgie, isoliert (HCH_KCH)

Die Auswertungen ergaben insgesamt 7 rechnerische Auffälligkeiten bei den 3 angewendeten Auffälligkeitskriterien. Viermal wurde von den Krankenhäusern nachvollziehbar die korrekte Dokumentation bestätigt. Dreimal bewertete die Bundesfachgruppe das Ergebnis nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation. In der Regel bestätigten die Leistungserbringer die Fehldokumentation in der Stellungnahme selbst. Gründe für die Fehldokumentationen waren überwiegend mangelnde Kenntnis der Ausfüllhinweise bzw. eine nicht sachgerechte Interpretation der Ausfüllhinweise. Die Unsicherheiten konnten im Strukturierten Dialog geklärt werden. Die häufigsten Anfragen von Leistungserbringern sowie die bestätigten Fehldokumentationen fanden sich bei Datenfeld 42 des herzchirurgischen Dokumentationsbogens „sonstige Operation“. Aufgrund dieser Problematik wird für die Spezifikation 2015 der Ausfüllhinweis geändert.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde vom AQUA-Institut für alle 3 Auffälligkeitskriterien empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 33: HCH_KORO – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813165	3	3	1	2	0	0
815002	4	4	3	1	0	0
850324	0	0	0	0	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 33:

- AK-ID 813165: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
- AK-ID 815002: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
- AK-ID 850324: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

4.14 Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell (HCH_AORT)

Die Auswertungen ergaben insgesamt 8 rechnerische Auffälligkeiten bei den 3 angewendeten Auffälligkeitskriterien. Sechsmal wurde von den Krankenhäusern nachvollziehbar die korrekte Dokumentation bestätigt. In 2 weiteren Fällen bewertete die Bundesfachgruppe das Ergebnis nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig wegen fehlerhafter Dokumentation. Gründe für die Fehldokumentation waren überwiegend eine fehlerhafte Anwendung bzw. mangelnde Kenntnis der Ausfüllhinweise. Die Unsicherheiten konnten im Strukturierten Dialog geklärt werden. Ferner wird für die Spezifikation 2015 der Ausfüllhinweis zu Datenfeld 42 „sonstige Operation“ geändert, damit für die Leistungserbringer deutlicher wird, dass eine im Verlauf aufgetretene Komplikation nicht die Angabe „sonstige Operation“ rechtfertigt.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde vom AQUA-Institut für alle 3 Auffälligkeitskriterien empfohlen. Für das Auffälligkeitskriterium „Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt“ soll ab dem Erfassungsjahr 2013 ein neues Modell für die Risikoadjustierung verwendet werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 34: HCH_AORT – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
811809	1	1	0	1	0	0
815005	3	3	2	1	0	0
850332	4	4	4	0	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 35:

- AK-ID 811809: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
- AK-ID 815005: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
- AK-ID 850332: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.15 Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (HCH_AORT_KATH)

AK-ID 850282: Risikoadjustierung nach dem AKL-Score vermehrt nicht möglich
Insgesamt wurde mit 17 Krankenhäusern der Strukturierte Dialog zu diesem Auffälligkeitskriterium geführt. An ein Krankenhaus wurde nach minimaler Abweichung des Ergebnisses vom Referenzbereich ein Hinweis versandt mit der Bitte, die rechnerische Auffälligkeit im einrichtungsinternen Qualitätsmanagement zu analysieren. Alle anderen Krankenhäuser wurden um eine Stellungnahme gebeten. Sechsmal wurde in den Stellungnahmen die korrekte Dokumentation bestätigt, neunmal erkannten die Krankenhäuser fehlerhafte Dokumentationen. Einer Stellungnahme war nicht eindeutig zu entnehmen, ob korrekt dokumentiert worden ist, weswegen hier die Bewertung „A42 = keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt“ vergeben wurde. Fast alle Krankenhäuser gaben an, infolge des Strukturierten Dialogs damit begonnen zu haben, die für die Dokumentation zuständigen Mitarbeiter diesbezüglich zu schulen.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde vom AQUA-Institut empfohlen. Ab dem Erfassungsjahr 2013 soll ein neues Modell für die Risikoadjustierung verwendet werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850288: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
4 Krankenhäuser wurden um Stellungnahmen gebeten. 2 Krankenhäuser bestätigten eine korrekte Dokumentation, 2 weitere Krankenhäuser bestätigten eine fehlerhafte Dokumentation. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde vom AQUA-Institut empfohlen. Ab dem Erfassungsjahr 2013 soll ein neues Modell für die Risikoadjustierung verwendet werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850323: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Insgesamt wurde mit 4 Krankenhäusern der Strukturierte Dialog zu diesem Auffälligkeitskriterium geführt. Dreimal wurde in den Stellungnahmen die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus bestätigte eine fehlerhafte Dokumentation. Eine detaillierte Analyse hierzu ergab, dass insgesamt 7 Datensätze vom Krankenhaus nicht an das AQUA-Institut übermittelt worden sind. 5 dieser Datensätze hätten Angaben zu Patienten enthalten, die während des stationären Aufenthaltes verstorben waren. Das bedeutet, dass das berechnete Ergebnis im Benchmark-Report des Krankenhauses zur Krankenhaussterblichkeit von 0,0 % nicht der Realität entsprach. Auch wenn die tatsächliche Sterblichkeitsrate nicht rechnerisch auffällig gewesen wäre, war die Dokumentationsqualität aus Sicht der Bundesfachgruppe nicht ausreichend. Daher wurde das Ergebnis des Qualitätsindikators „QI-ID 12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen“ nicht wie formal erwartet mit „R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich“, sondern mit „D99 = Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation, Kommentar: Unvollzählige Dokumentation, tatsächliche Sterblichkeit 7,2%“ bewertet.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde vom AQUA-Institut empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 35: HCH_AORT_KATH – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850282	17	16	6	10	0	0
850288	4	4	2	2	0	0
850323	4	4	3	1	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 35:

- AK-ID 850282: Risikoadjustierung nach dem AKL-Score vermehrt nicht möglich
- AK-ID 850288: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
- AK-ID 850323: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.16 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH_KOMB)

AK-ID 850325: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Durch dieses Auffälligkeitskriterium wurde ein Krankenhaus mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis identifiziert und um eine Stellungnahme gebeten. Das Krankenhaus hat die korrekte Dokumentation bestätigt, sodass das Ergebnis abschließend als qualitativ unauffällig eingestuft wurde.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde vom AQUA-Institut empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Der G-BA hat in seiner Sitzung vom 17. Dezember 2009 beschlossen, die Statistische Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zu ergänzen. Diese Erweiterung zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen, weil diese einen negativen Einfluss auf die Datenvalidität haben. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Gründe für eine Über- und Unterdokumentation vielschichtig sind. Durch die Aufnahme 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. Vor diesem Hintergrund wurden durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit der Projektgruppe Datenvalidierung folgende Auffälligkeitskriterien entwickelt, die seit dem Erfassungsjahr 2011 auf alle Leistungsbereiche angewendet werden:

- Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
- Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Seit dem Erfassungsjahr 2011 wird zudem bei einer Dokumentationsrate von unter 95,0 % für jeden nicht dokumentierten Datensatz ein Abschlag erhoben. Da vermutet wird, dass dies zu einem erhöhten Anreiz zum Ausfüllen eines Minimaldatensatzes führt, wird seit dem Erfassungsjahr 2011 in allen Leistungsbereichen, ausgenommen des Leistungsbereichs *Neonatologie*, der orthopädischen und unfallchirurgischen Leistungsbereiche sowie derjenigen der Transplantationen und Lebendspenden, zusätzlich ein Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz eingesetzt.

5.1 Indirekte Verfahren

Für die indirekten Verfahren wurden die anzuwendenden Rechenregeln vom AQUA-Institut bekannt gegeben, sodass die LQS die Statistische Basisprüfung und den anschließenden Strukturierten Dialog eigenständig durchführen konnten.

5.1.1. Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

In Tabelle 36 sind die rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich für die Erfassungsjahre 2011 und 2012 dargestellt. Im Vergleich zu 2011 zeigt sich eine positive Entwicklung: In allen Leistungsbereichen konnte eine Verbesserung der Dokumentation erreicht werden.

Als konkrete Gründe für Unterdokumentation wurden folgende Punkte identifiziert:

- Mängel in der Struktur- und Prozessqualität
  - Prozessprobleme durch mangelhafte Vertretungs-/Einarbeitungsregelung mit der Folge des Überschreitens der Daten-Abgabefrist
  - personelle Engpässe
  - Probleme bei der Festlegung der Dokumentationsverantwortlichkeit bei Verbringungsfällen
  - Daten wurden dokumentiert, aber nicht exportiert (Schnittstellenproblem zwischen Ärzten und EDV)
  - unterbliebene Nachbearbeitung von Datensätzen, die von der Datenannahmestelle zurückgewiesen wurden
  - Abteilung wurde geschlossen und die Datensätze konnten nicht mehr erhoben werden
  - Prozessfehler durch Umstrukturierungen (z.B. Fusionierung von Standorten und/oder Abteilungen)
- Softwareprobleme
  - Fehlerhafte Sollstatistik z.B. durch unterjährigen Software-/KIS-Wechsel oder Fehleinstellung des QS-Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationserklärung
  - Schnittstellenproblem zwischen QS-Filter-Auslösung und Datensatzanlage
  - technische Fehler im Dokumentationssystem: die Behandlungsfälle konnten nicht korrekt abgeschlossen werden und somit nicht an die LQS übermittelt werden
  - Fehler in der Übertragung der Datensätze durch Probleme mit Softwareschnittstellen bzw. bei Softwarewechseln und Upgrades
  - benutzerunfreundliche Software oder unbefriedigender Support durch Hersteller
- fehlerhafte Dokumentation

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 36: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation – Ergebnisse

	Erfassungsjahr 2012			Erfassungsjahr 2011	
Leistungsbereich	**KH gesamt**	**rechnerisch auffällige KH**	**angeforderte Stellungnahme**	**rechnerisch auffällige KH**	**angeforderte Stellungnahme**
Herzschrittmacher-Implantation	1.025	42	37 (88,1 %)	86	77 (89,5 %)
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	956	21	13 (61,9 %)	42	34 (81,0 %)
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	930	62	47 (75,8 %)	115	98 (85,2 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	677	26	17 (65,4 %)	66	49 (81,7 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	589	10	8 (80 %)	19	15 (78,9 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	552	21	15 (71,4 %)	47	41 (87,2 %)
Karotis-Revaskularisation	617	30	24 (80 %)	35	30 (85,7 %)
Cholezystektomie	1.130	26	22 (84,6 %)	55	49 (89,1 %)
Gynäkologische Operationen	1.083	19	17 (89,5 %)	58	51 (87,9 %)
Geburtshilfe	781	9	9 (100 %)	32	27 (84,4 %)
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.136	34	29 (85,3 %)	91	79 (86,8 %)
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.112	35	25 (71,4 %)	54	52 (96,3 %)
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.069	79	58 (73,4 %)	114	90 (78,9 %)
Knie-Totalendprothesen-Erstimplantation	1.058	13	11 (84,6 %)	34	32 (94,1 %)
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	988	35	25 (71,4 %)	41	23 (56,1 %)
Mammachirurgie	934	30	25 (83,3 %)	96	78 (81,3 %)
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	931	44	39 (88,6 %)	80	69 (86,3 %)
Pflege: Dekubitusprophylaxe	1.667	89	63 (70,8 %)	122	113 (92,6 %)
Neonatologie	731	59	33 (55,9 %)	102	98 (96,1 %)
Ambulant erworbene Pneumonie	1.178	58	55 (94,8 %)	117	109 (93,2 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5.1.2. Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

In Tabelle 37 sind die rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich für die Erfassungsjahre 2011 und 2012 dargestellt. Im Vergleich zu 2011 hat sich die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten in den einzelnen Leistungsbereichen unterschiedlich entwickelt. In der Gesamtbetrachtung ist die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser aber zurückgegangen (2011: n = 223; 2012: n = 191).

Tabelle 37: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation – Ergebnisse

	Erfassungsjahr 2012			Erfassungsjahr 2011	
Leistungsbereich	**KH gesamt**	**rechnerisch auffällige KH**	**angeforderte Stellungnahme**	**rechnerisch auffällige KH**	**angeforderte Stellungnahme**
Herzschrittmacher-Implantation	1.025	16	9 (56,3 %)	10	5 (50,0 %)
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	956	13	11 (84,6 %)	17	13 (76,5 %)
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	930	3	1 (33,3 %)	1	0 (0,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	677	8	7 (87,5 %)	10	5 (50,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	589	1	1 (100 %)	2	2 (100,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	552	2	0 (0 %)	2	1 (50,0 %)
Karotis-Revaskularisation	617	1	1 (100 %)	7	3 (42,9 %)
Cholezystektomie	1.130	9	4 (44,4 %)	29	12 (41,4 %)
Gynäkologische Operationen	1.083	3	3 (100 %)	3	2 (66,7 %)
Geburtshilfe	781	1	1 (100 %)	5	4 (80,0 %)
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.136	17	8 (47,1 %)	25	17 (68,0 %)
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.112	8	6 (75 %)	11	8 (72,7 %)
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.069	4	3 (75 %)	14	8 (57,1 %)
Knie-Totalendprothesen-Erstimplantation	1.058	7	4 (57,1 %)	6	5 (83,3 %)
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	988	3	0 (0 %)	3	2 (66,7 %)
Mammachirurgie	934	5	5 (100 %)	7	4 (57,1 %)
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	931	17	13 (76,5 %)	15	15 (100,0 %)
Pflege: Dekubitusprophylaxe	1.667	10	4 (40 %)	16	13 (81,3 %)
Neonatologie	731	27	17 (63 %)	20	6 (30,0 %)
Ambulant erworbene Pneumonie	1.178	36	28 (77,8 %)	30	24 (80,0 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Als Gründe für Überdokumentationen wurden folgende Punkte identifiziert:

- Mängel in der Struktur- und Prozessqualität
  - unterbliebene Stornierung bereits angelegter Datensätze bei Übermittlung von neu angelegten korrigierten Datensätze mit neuer Vorgangsnummer
  - bei Fallzusammenführungen wurden übermittelte Datensätze nicht storniert
  - Personalwechsel
  - Probleme bei der Festlegung der Dokumentationsverantwortlichkeit bei Verbringungsfällen
  - Übermittlung nicht dokumentationspflichtiger Fälle
- Softwareprobleme
  - fehlerhafte Sollstatistik z.B. durch unterjährigen Software-/KIS-Wechsel oder Fehleinstellung des QS-Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationserklärung
  - nicht optimales Zusammenspiel zwischen QS-Filter und Erfassungssoftware (Berücksichtigung von nicht QS-pflichtige Fällen)
- fehlerhafte Dokumentation

5.1.3. Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz

In der klinischen Praxis können Konstellationen auftreten, in denen ein Fall durch den QS-Filter als dokumentationsverpflichtend ausgelöst wird, obwohl der Datensatz des entsprechenden Leistungsbereichs nicht für die Dokumentation geeignet ist. Für derartige Konstellationen wurde der Minimaldatensatz entwickelt. Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden und dürfen nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen. 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.

In Tabelle 38 sind die rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich für die Erfassungsjahre 2011 und 2012 dargestellt. Die Anzahl der angelegten Minimaldatensätze (MDS) hat sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich reduziert.

Tabelle 38: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz – Ergebnisse

	Erfassungsjahr 2012		**Erfassungsjahr 2011**	
Leistungsbereich	**Rechnerisch auffällige KH**	**Angeforderte Stellungnahme**	**Rechnerisch auffällige KH**	**Angeforderte Stellungnahme**
Herzschrittmacher-Implantation	0	-	2	2 (100,0 %)
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	1	0 (0 %)	2	0 (0,0 %)
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	9	8 (88,9 %)	6	5 (83,3 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	3	3 (100 %)	1	1 (100,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	2	2 (100 %)	2	1 (50,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	7	5 (71,4 %)	8	7 (87,5 %)
Karotis-Revaskularisation	12	12 (100 %)	6	6 (100,0 %)
Cholezystektomie	0	-	3	2 (66,7 %)
Gynäkologische Operationen	3	3 (100 %)	2	2 (100,0 %)

	Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
Geburtshilfe	0	-	0	-
Mammachirurgie	11	11 (100 %)	5	3 (60,0 %)
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	2	2 (100 %)	0	-
Pflege: Dekubitusprophylaxe	0	-	0	-
Ambulant erworbene Pneumonie	20	20 (100 %)	8	7 (87,5 %)

Häufig war die Dokumentation in Form eines Minimaldatensatz (MDS) korrekt. In Ausnahmefällen wurden MDS bei Verbringungsleistungen in einer der beiden Einrichtungen angelegt, wenn sie fälschlicherweise in beiden Einrichtungen vom QS-Filter ausgelöst wurden. Außerdem wurden folgende Gründe im Strukturierten Dialog dargelegt:

- **Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation:** Bei frühen Sondendislokationen wurde fälschlicherweise ein MDS angelegt. Eine falsche OPS-Kodierung bedingte in einem Fall die nicht korrekte Auslösung des Moduls 09/3 (statt 09/4).
- **Implantierbare Defibrillatoren – Implantation:** Bei einer Einrichtung hatte der Fachausschuss auf Landesebene hinsichtlich der häufigen Anlage eines MDS den Eindruck, dass hiervon überwiegend mit Komplikationen behaftete Fälle betroffen waren, die so nicht in die Auswertung gelangten.
- **Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel:** Alle Fälle konnten als korrekte MDS-Anlage bestätigt werden. Eine inhaltliche Rückmeldung zur Weiterentwicklung an das AQUA-Institut ist erfolgt.
- **Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/-Explantation:** Zumeist handelte es sich um nachvollziehbare Anlagen von MDS bei Explantationen im Rahmen von Herztransplantationen. In Einzelfällen auch Fehlanlagen von MDS. Die KH-Software (KIS) schien hier automatisch bei gewissen Konstellationen MDS anzulegen. Eine Prüfung des Problems wurde durch das Krankenhaus eingeleitet.
- **Karotis-Revaskularisation:** In zwei Einrichtungen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, Hinweise auf die unsachgemäße Anwendung des Minimaldatensatzes haben sich nicht bestätigt. Beispielsweise wurde ein Fall mit Stent-Bruch eines einliegenden Stents als Minimaldatensatz dokumentiert. In weiteren Fällen wurde eine Karotis-OP als Vorbereitung zur Lungenoperation bei Bronchialkarzinom als Minimaldatensatz dokumentiert sowie eine Aneurysmaversorgung mit Flow-Diverter und Nachdilatation mit Ballon (keine extrakranielle Behandlung).
- **Mammachirurgie:** Aufgrund fehlender Eingabemöglichkeiten im Dokumentationsbogen konnte die Dokumentation nicht vollständig abgeschlossen werden und nur Minimaldatensätze angelegt werden. Inzwischen wurde die fehlende Eingabemöglichkeit im Dokumentationsbogen zum Erfassungsjahr 2013 ergänzt, so dass eine inhaltlich zutreffende Dokumentation erfolgen kann und keine Minimaldatensätze mehr angelegt werden müssen.
- **Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI):** Fälschlicherweise wurden in einem Krankenhaus 2 MDS übermittelt, obwohl zu diesen Fällen bereits korrekt ausgefüllte Dokumentationsbögen vorlagen.
- **Ambulant erworbene Pneumonie:** In einem Krankenhaus war die Anlage eines vollständigen Datensatzes nicht sinnvoll, da die Patienten innerhalb weniger Stunden verlegt wurden. In einem anderen Krankenhaus wurde bei Verlegung in eine rehabilitative Einheit mit der Diagnose „Zustand nach Pneumonie“ zwar ein QS-Bogen generiert, dieser wurde jedoch als MDS abgeschlossen. Ein anderes Krankenhaus wies ein erhebliches Defizit nicht nur in der Dokumentationsqualität der QS-Daten, sondern auch in der Kodierung auf. In den meisten Fällen konnte das Überschreiten der Raten von 5,0 % plausibel erklärt werden. In diesen Einrichtungen wurden überwiegend Sekundärbehandlungen von bereits austherapierten ambulant erworbenen Pneumonien durchgeführt. Eine Einrichtung argumentierte, eine besondere Patientenklientel zu behandeln. Demnach werden Patienten zur Diagnostik, Verlaufskontrolle und Therapie eines unklaren Lungenherdes bzw. einer abgelaufenen Pneumonie, Tbc o.ä. aufgenommen. Als Hauptdiagnose sei hier oft eine Pneumonie zu kodieren, welche jedoch nicht akut ambulant erworben sei, nicht mit den typischen Symptomen einhergehe und einen anderen Behandlungsablauf erfordere.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5.1.4. Erkenntnisse zur Vollzähligkeit

Insgesamt ist auf die Abhängigkeit der Krankenhäuser von den verwendeten Softwareprodukten hinzuweisen. Fehlerhafte Umsetzung der Spezifikationen, nicht zufriedenstellender Support sowie späte Updates, Releases, Hotfixe, Patches etc. erschwerten kurz vor Abgabeschluss den Verantwortlichen vor Ort oft die notwendige Endkontrolle und den Feinabgleich. Für die LQS ist es zum Teil schwierig zu beurteilen, inwieweit Probleme mit der eingesetzten Software durch den zuständigen Mitarbeiter des Krankenhauses vor Ort beeinflusst bzw. zeitgerecht beherrschbar hätten sein müssen oder ob Software-Fehler oder -Probleme eine korrekte Erfassung oder Vollständigkeitskontrolle zeitgerecht gar nicht zuließen.

Niedrige Dokumentationsraten oder Überdokumentationen sind meist keine spezifischen Probleme der einzelnen klinischen Fachbereiche. Oft liegen systematische, organisatorische Probleme vor. Die medizinischen Ansprechpartner haben häufig Verständnisschwierigkeiten bei diesen nicht auf die Qualität der medizinischen Leistungserbringung gerichteten Fragestellungen. Der Einbezug von Mitarbeitern aus Controlling und Qualitätsmanagement ist hierbei zu empfehlen. In Thüringen beispielsweise wird der Strukturierte Dialog zur Vollzähligkeit von den übrigen Dialogen der einzelnen Module losgelöst und direkt mit den Geschäftsführern/Verwaltungsdirektoren geführt. Dadurch wird die gesamte Einrichtung für eine möglichst vollständige QS-Dokumentation sensibilisiert.

Die zum Erfassungsjahr 2012 verschärfte Sanktionsregelung stellt für die Krankenhäuser einen wirkungsvollen Anreiz für eine vollzählige Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung dar. Vor diesem Hintergrund erscheint mehreren LQS eine verpflichtende Klärung von Unterdokumentationen im Rahmen des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung eher verzichtbar. Die Notwendigkeit einer Fortführung der aufwendigen Vollzähligkeitsprüfung wird durch die Projektgruppe Datenvalidierung evaluiert und im G-BA beraten werden.

5.2 Direkte Verfahren

Für die direkten Verfahren liegt die Verantwortung für die Statistische Basisprüfung und die Durchführung des Strukturierten Dialogs beim AQUA-Institut.

5.2.1. Herzchirurgie

Die 3 herzchirurgischen Leistungsbereiche (*Koronarchirurgie, isoliert*, *Aortenklappenchirurgie, isoliert, Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*) werden über einen gemeinsamen herzchirurgischen Datensatz erfasst, und daher wurde auch die Vollzähligkeit für alle zusammen überprüft.

Tabelle 39 zeigt die Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser sowie die eingeleiteten Maßnahmen für das Erfassungsjahr 2012.

Tabelle 39: Herzchirurgie: Gesamtübersicht Strukturierter Dialog zur Vollzähligkeitsprüfung

	Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
Auffälligkeitskriterium	**rechnerische Auffälligkeiten**	**angeforderte Stellungnahme**	**rechnerische Auffälligkeiten**	**angeforderte Stellungnahme**
Unterdokumentation	0	0	7	5
Überdokumentation	3	3	1	0
Gesamt	**3**	**3**	**8**	**5**

AK-ID 850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
Eine rechnerisch auffällige Unterdokumentation liegt definitionsgemäß vor, wenn bei mindestens 5 dokumentierten Fällen die Dokumentationsrate weniger als 95,0 % beträgt. Es konnte kein Krankenhaus ermittelt werden, das dieser Definition entspricht.

AK-ID 850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
Eine Überdokumentation liegt definitionsgemäß vor, wenn bei mindestens 20 dokumentierten Fällen die Dokumentationsrate mehr als 110,0 % beträgt. Auf 3 Krankenhäuser trafen diese Kriterien zu. Aus den eingereichten Stellungnahmen ging hervor, dass Schnittstellenprobleme von unterschiedlich eingesetzten EDV-Systemen für die Abweichungen verantwortlich waren. Die betroffenen Krankenhäuser haben diesbezüglich bereits Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Die fehlerhaften Dokumentationsraten wurden entsprechend als fehlerhafte Dokumentation jeweils mit „A 40“ bewertet.

Wie bereits in den Vorjahren wurde neben der Prüfung der Vollzähligkeit für alle herzchirurgischen Leistungsbereiche gemeinsam auch die Vollzähligkeit der sogenannten Zählleistungsbereiche *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt endovaskulär* und *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt transapikal* überprüft. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich dabei die Dokumentationsqualität etwas verbessert. Die Anzahl der Krankenhäuser mit rechnerisch auffälligem Ergebnis war zwar ähnlich wie im Vorjahr, allerdings sind die jeweiligen Dokumentationsraten angestiegen.

5.2.2. Transplantationen und Lebendspenden

Sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden erfolgt eine Überprüfung der Indexleistung anhand der Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation. Da hier auch die Follow-up-Ergebnisse der Patienten nach ein, zwei und drei Jahren dokumentiert werden, wurden diese auch bei der Überprüfung der Vollzähligkeit berücksichtigt. Seit dem Erfassungsjahr 2011 wird außerdem in allen Leistungsbereichen der Transplantationsmedizin die Häufigkeit der Angabe „Status unbekannt“ [5] überprüft.

Für jeden Leistungsbereich der Transplantationsmedizin wurden zusätzlich zu den Kriterien zur Unter- und Überdokumentation die folgenden Auffälligkeitskriterien angewendet:

- Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
- Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
- Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
- Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

In Tabelle 40 ist der Umfang des Strukturierten Dialogs zur Vollzähligkeit über alle transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche dargestellt. Detaillierte Darstellungen zu den einzelnen Leistungsbereichen sind im Anhang aufgeführt.

Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2011 zeigt sich insbesondere im Bereich der Follow-up-Daten ein deutlicher Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten. Besonders bei den Lebendspenden ist eine Verbesserung sichtbar. Im Erfassungsjahr 2011 waren 15 Krankenhäuser im Leistungsbereich *Leberlebendspende* und 59 im Leistungsbereich *Nierenlebendspende* rechnerisch auffällig, da sie häufig einen unbekannten Follow-up-Status dokumentiert hatten. Im Erfassungsjahr 2012 gab es bei diesen Auffälligkeitskriterien keine rechnerischen Auffälligkeiten. Auch die Ergebnisse der Follow-up-Dokumentationsraten haben sich in fast allen Leistungsbereichen für alle drei Follow-up-Jahre verbessert. Im Leistungsbereich *Lebertransplantation* hat sich die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten aber geringfügig erhöht (2011: n = 21; 2012: n = 24).

[5] Als Status unbekannt wurden dabei alle Datensätze gewertet, in denen das Datenfeld „Patient verstorben“ (bei den Transplantationen) bzw. „Spender verstorben“ (bei den Lebendspenden) mit „9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich“ beantwortet wurde.

Tabelle 40: Transplantationen und Lebendspenden

	Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
Auffälligkeitskriterium	**rechnerische Auffälligkeiten**	**angeforderte Stellungnahme**	**rechnerische Auffälligkeiten**	**angeforderte Stellungnahme**
Unterdokumentation	4	4	15	15
Überdokumentation	4	4	6	6
Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up	31	9	42	42
Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up	34	20	32	32
Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up	28	15	50	50
Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	3	2	32	31
Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	10	9	44	43
Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	11	10	49	47
Gesamt	**125**	**73**	**270**	**266**

Auswirkung der Worst-Case-Analyse bei den Qualitätsindikatoren auf die Auffälligkeitskriterien

In einer gemeinsamen Sitzung mit Vertretern aus den Transplantations-Bundesfachgruppen wurde beschlossen, die Überlebensraten ein, zwei und drei Jahre nach der Transplantation bzw. Lebendspende (Follow-up) beginnend mit dem Erfassungsjahr 2012 als sogenannte Worst-Case-Analysen über Indikatoren auszuweisen. Neben den Patienten, die tatsächlich verstorben sind, werden nun auch die Patienten, zu denen keine Informationen bezüglich des Überlebens vorliegen, als verstorben gezählt. Mit Einführung dieses Indikators bzw. der Indikatorengruppe sollen die Einrichtungen für ihre zum Teil niedrigen Dokumentationsraten in Bezug auf die Nachbeobachtung sensibilisiert und letztlich die Nachsorgebemühungen intensiviert werden.

Aufgrund der Worst-Case-Analyse bei den Überlebensraten kam es zu Überschneidungen bei den rechnerischen Auffälligkeiten der Indikatoren und der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit. Beispielsweise wurde ein Krankenhaus bei der Dokumentationsrate des 1-Jahres-Follow-up rechnerisch auffällig, wenn weniger als 95,0 % der Datensätze geliefert wurden. Gleichzeitig konnte es zu einer rechnerischen Auffälligkeit beim Worst-Case-Indikator zum 1-Jahres-Überleben kommen, da hier die nicht dokumentierten Fälle als Todesfall gewertet wurden. Um den Strukturierten Dialog nicht zweimal zum gleichen Sachverhalt führen zu müssen, wurde in diesen Fällen bezüglich der rechnerischen Auffälligkeit bei dem Auffälligkeitskriterium der Hinweis versandt, dass der Strukturierte Dialog zur rechnerischen Auffälligkeit beim entsprechenden Worst-Case-Indikator geführt wird. In den Leistungsbereichen *Leberlebendspende* und *Nierenlebendspende* traf dies auf alle rechnerischen Auffälligkeiten der Auffälligkeitskriterien zu, da der Referenzbereich des jeweils entsprechenden Worst-Case-Indikators als Sentinel-Event definiert ist.

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

Die Ursachen für die Abweichungen ergaben sich in einem Krankenhaus durch den Einsatz von zwei verschiedenen EDV- gestützten Dokumentationssystemen. Die Einrichtung hatte das Problem bereits erkannt und Optimierungsmaßnahmen eingeleitet. In den anderen Krankenhäusern konnten aufgrund organisatorischer Probleme nicht alle Daten fristgerecht exportiert werden. Häufigere Mitarbeiterschulungen hinsichtlich der Exportüberwachung wurden initialisiert.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Nach Überprüfung der eingereichten Antworten konnten alle Fälle auf tatsächliche Dokumentations- und Softwarefehler zurückgeführt werden. Die betroffenen Krankenhäuser haben ihre Softwaresysteme überprüft und entsprechend angepasst.

Auffälligkeitskriterien zur Follow-up-Dokumentation

In den Stellungnahmen der Krankenhäuser wurden folgende Gründe für die geringen Follow-up-Raten bzw. die häufige Angabe eines unbekannten Follow-up-Status angegeben:

- organisatorische Probleme bei der Durchführung der Follow-up-Untersuchungen
  - vor allem bei ausländischen Patienten ist es schwierig, Informationen zur Nachsorge zu erhalten
  - der Überlebensstatus des Patienten konnte nicht ermittelt werden, weil die Patienten die Nachuntersuchung nicht im Transplantationszentrum durchführen lassen
  - Patienten nehmen die Nachsorgetermine aufgrund von zu weiten Anfahrtswegen oder Auslandsaufenthalten nicht wahr
  - es war bislang nicht bekannt, dass für die Follow-up-Dokumentation die Untersuchungsergebnisse der Patienten auch aus anderen Einrichtungen verwendet werden können
  - trotz Bemühungen konnten keine Informationen zu dem Überlebensstatus des Patienten ermittelt werden
- Struktur- und Prozessmängel: die Voraussetzung für die Durchführung der Dokumentation und die Organisation der notwendigen Prozesse waren nicht bzw. nicht in ausreichender Form etabliert
  - die EDV-technische Voraussetzungen für eine adäquate Nachsorgedokumentation waren nicht sichergestellt
  - Softwareprobleme
  - eine zeitgerechte Übermittlung der Datensätze konnte aufgrund fehlerhafter Dokumentationen und organisatorischer Probleme nicht gewährleistet werden
  - es wurde dokumentiert, aber die Daten wurden nicht rechtzeitig an das AQUA-Institut übersendet
  - krankheitsbedingter Ausfall der für die Übermittlung verantwortlichen Person
  - bei der Follow-up-Erhebung ist der Zeitraum für die Dateneingabe zu eng gefasst
  - es wurde als nicht nötig erachtet, den Datensatz zu übermitteln
- Dokumentationsfehler: unvollständige und fehlerhafte Dokumentation

Erfreulicherweise haben viele Krankenhäuser die Probleme erkannt und sind bereit, entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Im Rahmen der Bewertung wurden den Krankenhäusern weitere Vorschläge für mögliche Maßnahmen unterbreitet. Folgende Verbesserungsmaßnahmen wurden durch die Transplantationszentren bereits eingeleitet:

- Etablierung einer zentralen Qualitätssicherungsstelle für die Koordination der Dokumentationen
- Etablierung eines verbesserten Algorithmus zur Datenpflege
- Sicherstellung der EDV-technischen Voraussetzungen
- Behebung der aufgetretenen Softwareprobleme
- Vermehrte Information der niedergelassenen Kollegen durch das Krankenhaus über die Wichtigkeit der Follow-up-Dokumentation
- zeitnahe und regelmäßige Rückfragen bei den niedergelassenen Kollegen, bei denen Nachsorgeinformationen zu den Patienten eingeholt werden
- Nutzung des vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellten Follow-up-Monitors als Erinnerungsservice, um die Abgabefristen einzuhalten
- quartalsweise Auswertung des vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellten Follow-up-Monitors

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Weiterhin ist positiv zu vermerken, dass das Thema der korrekten und fristgerechten Follow-up-Dokumentation durch die Worst-Case-Analyse deutlich in den Fokus gerückt ist. Seit Jahren weisen die Bundesfachgruppen darauf hin, dass die Datenbasis bei der Follow-up-Erhebung noch nicht zufriedenstellend ist. Durch die Worst-Case-Analyse hat eine unvollzählige Dokumentation erstmals direkten Einfluss auf die Indikatoren zum Überleben und setzt somit Anreize, Dokumentationsmängel zu beheben. Da eine korrekte und vollzählige Datenbasis die unverzichtbare Grundlage einer effektiven Qualitätssicherung ist, ist diese Entwicklung zu begrüßen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6. Erkenntnisse aus dem Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren

Im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren wurden zeitgleich zur Datenvalidierung weitere 17.686 rechnerische Auffälligkeiten bearbeitet. In Tabelle 41 sind die Ergebnisse über alle Leistungsbereiche zusammengefasst dargestellt. Detailliertere Informationen und Auswertungen dazu sind im *Bericht zum Strukturierten Dialog 2013 – Erfassungsjahr 2012* zu finden.

Tabelle 41: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren

Strukturierter Dialog 2013 (EJ 2012)	Anzahl	Anteil
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	17.686	100%
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	12	0,1%
Hinweise	7.459	42,2%
Stellungnahmen	10.168	57,5%
Sonstiges	47	0,2%
Weiterführende Maßnahmen (pro QI)		
Anlass für Besprechung	278	-
Anlass für Begehung	43	-
Zielvereinbarung	714	-
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten		
Hinweise [H20/H99]	7.245	41,0%
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U99]	6.401	36,2%
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.805	10,2%
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.838	10,4%
Sonstiges [S90/S91/S99]	397	2,2%

Aus den Bewertungen der rechnerisch auffälligen Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs lassen sich erste Rückschlüsse hinsichtlich häufig auftretender Dokumentationsprobleme ziehen. Dafür wurde zunächst die Häufigkeit der Bewertungen in der Einstufungsgruppe D „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ ermittelt. Außerdem wurden alle Kommentare zu den Bewertungen analysiert und es wurden diejenigen extrahiert, die auf vorliegende Dokumentationsmängel hinweisen.

In Tabelle 42 sind die Indikatoren aufgeführt, bei denen auf Basis der Bewertungen und Kommentare am häufigsten Dokumentationsprobleme ausgetreten sind. In der Spalte „Kommentare“ sind nur die Kommentare gezählt, die bei allen anderen Bewertungen außer den Einstufungen D50, D51 und D99 aufgeführt waren. Die Spalte „Gesamt“ gibt an, in wie vielen Krankenhäusern bundesweit im Rahmen des Strukturierten Dialogs Dokumentationsprobleme bei diesen Indikatoren festgestellt wurden. Die Probleme reichen dabei von einzelnen Erfassungsfehlern bis hin zu tatsächlichen Dokumentationsfehlern.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Tabelle 42: Auswertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren

Leistungsbereich – QI-ID – QI-Bezeichnung	D50	D51	D99	Kommentare	Gesamt
PNEU – 50722 – Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	118	1	0	38	157
PNEU – 2028 – Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	90	0	1	20	111
17/2 – 1082 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	76	0	2	16	94
09/4 – 50005 – Leitlinienkonforme Systemwahl	54	2	1	26	83
17/2 – 2223 – Postoperative Beweglichkeit: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	67	0	0	12	79
PNEU – 2005 – Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	56	0	0	8	64
18/1 – 2162 – Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei Mastektomie	47	1	0	7	55
18/1 – 2131 – Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei brusterhaltender Therapie	36	3	0	7	46
09/4 – 50004 – Leitlinienkonforme Indikation	30	4	1	11	46
17/5 – 276 – Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	37	0	2	6	45
18/1 – 303 – Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung	38	2	1	2	43
21/3 – 12773 – Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts	33	1	3	6	43
17/1 – 2277 – Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2	25	0	0	18	43
PNEU – 2018 – Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	30	0	0	11	41
DEK – 2118 – Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme	27	0	1	13	41

Sehr häufig wurde angegeben, dass die notwendigen Informationen zwar in der Patientenakte vorlagen, aber nicht für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden. Das betrifft vor allem den Leistungsbereich *Ambulant erworbene Pneumonie* bei den Indikatoren zur Bestimmung der Atemfrequenz und den klinischen Stabilitätskriterien. Auch im Leistungsbereich *Mammachirurgie* zeigte sich, dass die Angabe zum Sicherheitsabstand oft nicht in die QS-Dokumentation übernommen wurde. Außerdem wurde bei einer Vollremission nach neoadjuvanter Therapie der Sicherheitsabstand häufig falsch dokumentiert. Beim Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2“ im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur* konnte die Einstufung der Patienten in die Gruppe ASA 1 bzw. ASA 2 durch die Krankenhäuser von den Fachgruppen auf Landesebene in mehreren Fällen nicht nachvollzogen werden. Die Krankenhäuser wurden zur Überprüfung aufgefordert.

Als Erklärung der Anfälligkeit der Qualitätsindikatoren „Leitlinienkonforme Indikation" und „Leitlinienkonforme Systemwahl“ aus dem Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren-Implantation* für Dokumentationsfehler wird häufig angeführt, dass es sich um komplexe Indikatoren handelt, zu deren Berechnung relativ viele Datenfelder ausgewertet werden. Eine Reduktion der Komplexität wäre jedoch nicht sachgerecht, da durch beide Indikatoren klinische Entscheidungsprozesse abgebildet werden, denen man mit simplen oder pauschalen

Bewertungen nicht gerecht wird. Hier ist eine differenzierte Bewertung erforderlich, die ohne adäquate Informationsbasis nicht zu realisieren ist.

Die Auswertung der Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren hinsichtlich aufgetretener Dokumentationsprobleme wird gemeinsam mit der Projektgruppe Datenvalidierung bei der Auswahl der Leistungsbereiche für die Datenvalidierung 2015 zum Erfassungsjahr 2014 berücksichtigt werden.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

7. Schlussfolgerung und Ausblick

Im Rahmen des Datenvalidierungsverfahrens konnten die Daten des Bundesdatenpools 2012 für die Leistungsbereiche *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*, *Geburtshilfe*, *Herztransplantation* und *Lebertransplantation* nicht nur erfolgreich hinsichtlich ihrer Datenvalidität geprüft werden. Durch den Einsatz von Auffälligkeitskriterien bei der Statistischen Basisprüfung konnten zudem Probleme bezüglich der Dokumentationsqualität identifiziert und im Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern geklärt werden. Sofern Dokumentationsfehler vorlagen, wurden von den Krankenhäusern Maßnahmen zur künftigen Vermeidung eingeleitet. Diese reichten von der Schulung der Krankenhausmitarbeiter bis hin zum Wechsel des Softwareanbieters.

Die Auswertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs hat darüber hinaus gezeigt, welche der erstmals eingesetzten Auffälligkeitskriterien für eine Verstetigung geeignet sind. So wurden in den Leistungsbereichen *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* 4 der 5 erstmalig eingesetzten und bei *Geburtshilfe* sogar alle neu eingesetzten Auffälligkeitskriterien für eine Verstetigung empfohlen.

Im Rahmen des Stichprobenverfahrens erfolgt die Bewertung der Datenvalidität ausgewählter Datenfelder auf Grundlage eines definierten Schemas. Dabei konnte herausgestellt werden, dass in allen untersuchten Leistungsbereichen eine hohe Varianz der Datenvalidität vorliegt. So sind in jedem der vier Leistungsbereiche Datenfelder mit einer hervorragenden und einer guten Datenvalidität herauszustellen. Jedoch gibt es auch eine Reihe von Datenfeldern mit einer verbesserungsbedürftigen Datenvalidität.

Mit dem Ziel, die Erkenntnisse des Datenvalidierungsverfahrens optimal für die Weiterentwicklung der validierten Verfahren zu nutzen, wurden die Ergebnisse bereits an die jeweils zuständige Bundesfachgruppe weitergeleitet.

Zusätzlich zu der umfassenden Datenvalidierung erfolgte erneut eine Überprüfung der Datensätze auf Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung). Durch die Anwendung der verstetigten Auffälligkeitskriterien konnten sowohl bei den indirekten als auch bei den direkten Verfahren rechnerische Auffälligkeiten in der Dokumentationsqualität identifiziert und im Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern geklärt werden. War die rechnerische Auffälligkeit durch Fehler in den QS-Daten begründet, so wurden von den Krankenhäusern bereits Optimierungsmaßnahmen eingeleitet. Zudem erfolgte die jährliche Überprüfung der verstetigten Auffälligkeitskriterien auf Anpassung bzw. Zuverlässigkeit. Resultierend daraus ergab sich für die Datenvalidierung 2014 zum Erfassungsjahr 2013 eine Reihe von Änderungen. Diese sehen sowohl Modifikationen bei einigen Auffälligkeitskriterien vor, aber auch eine momentane Aussetzung oder sogar den generellen Verzicht auf eine erneute Anwendung bestimmter Auffälligkeitskriterien.

Darüber hinaus wurden die gelieferten Datensätze auch in Bezug auf ihre Vollzähligkeit geprüft. Bei fast allen angewendeten Auffälligkeitskriterien zeigt sich eine positive Entwicklung. Die Dokumentationsraten haben sich im Vergleich zum Vorjahr verbessert. Die zum Erfassungsjahr 2012 verschärfte Sanktionsregelung stellt für die Krankenhäuser einen wirkungsvollen Anreiz für eine vollzählige Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung dar. Die Notwendigkeit einer Fortführung der aufwendigen Vollzähligkeitsprüfung wird durch die Projektgruppe Datenvalidierung evaluiert und im G-BA beraten werden.

Auch im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren wurden Mängel bei der Dokumentationsqualität festgestellt. Die Gründe dafür reichen von einfachen Erfassungsfehlern über falsch verstandene oder fehlende Ausfüllhinweise bis hin zu mangelhafter Sorgfalt seitens der Krankenhäuser bei der Dokumentation für die externe Qualitätssicherung. Die Ergebnisse werden gemeinsam mit der Projektgruppe Datenvalidierung beraten und werden bei der Auswahl der Leistungsbereiche für die Datenvalidierung 2015 zum Erfassungsjahr 2014 berücksichtigt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Im Rahmen der Umsetzung der einzelnen Elemente der Datenvalidierung zeigten sich folgende Anknüpfungspunkte für Verbesserungen:

- Das Verständnis der Krankenhäuser über das Vorgehen bei der Datenvalidierung ist teilweise sehr gering. Besonders bei den Auffälligkeitskriterien fällt es einigen Betroffenen schwer, zu verstehen, was der Grund für die Anfrage von der LQS oder vom AQUA-Institut ist. Dass der Fokus nicht auf der medizinischen Leistung liegt, sondern auf den dokumentierten Informationen, ist oft nicht verständlich. Um diesen Aspekt deutlicher herauszustellen, wird die Darstellung des Verfahrens der Datenvalidierung auf der Webseite www.sqg.de überarbeitet. Analog zu den Qualitätsindikatoren wird für jeden Leistungsbereich eine Beschreibung der Auffälligkeitskriterien öffentlich abrufbar sein. Neben der verbesserten öffentlichen Darstellung ist es aber unerlässlich, auch die Art der Anfrage an das Krankenhaus zu optimieren. Bei der Aufforderung zur Stellungnahme muss dem Krankenhaus deutlich gemacht werden, um was es konkret geht und was geprüft werden soll. Dafür wird die Abstimmung zwischen der Projektgruppe Datenvalidierung, den LQS und dem AQUA-Institut intensiviert.
- Bei der Evaluation der verstetigten Auffälligkeitskriterien und der Entscheidung über eine Fortführung der Anwendung zeigte sich, dass beispielsweise im Leistungsbereich *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)* das aktuelle Kriterium als nicht zielführend bewertet wird. Es wurden auch bereits Ideen für ein geeigneteres Kriterium formuliert. Da die Änderungen aber über eine Modifikation des bestehenden Kriteriums hinausgingen und es ein grundlegend neuer Vorschlag gewesen wäre, konnte die Idee nicht umgesetzt werden, da dafür aktuell der rechtliche Rahmen noch nicht geklärt ist. Der Wortlaut der QSKH-Richtlinie ist diesbezüglich nicht eindeutig und sieht die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien nur für Leistungsbereiche vor, die im Rahmen der umfassenden Datenvalidierung überprüft werden. Die Thematik wurde bereits an das zuständige Gremium im Gemeinsamen Bundesausschuss weitergegeben. Aus Sicht der Projektgruppe Datenvalidierung sollte die Möglichkeit geschaffen werden, zu jedem Zeitpunkt offensichtlich notwendige Auffälligkeitskriterien für einen Leistungsbereich entwickeln und anwenden zu können.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, rechnerische	Das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs und/oder weicht im Verhältnis zu den gemessenen Ergebnissen anderer Einrichtungen signifikant ab.
Basisauswertung	Auswertung der grundlegenden Angaben zu einem Leistungsbereich (Angaben zu Fallzahlen, Patienten, Aufenthaltsdauer, Diagnostik, Therapie usw.).
Basisprüfung, statistische	Statistische Analyse der gelieferten QS-Daten der Leistungserbringer nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien (Plausibilität, Vollständigkeit, Vollzähligkeit). Zielt zusammen mit dem Strukturierten Dialog darauf ab, fehlerhafte, unvollständige und unvollzählige Dokumentationen in den QS-Daten zu identifizieren und gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität zu initiieren.
Bundesdatenpool	Zusammenführung aller bundesweit dokumentierten QS-Daten.
Bundesfachgruppen	Beratende Expertengruppen für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.
Datenbasis	Im Einzelfall festzulegende bzw. festgelegte Gesamtmenge von auszuwertenden bzw. ausgewerteten Daten.
Datenfeld	Kleinste Einheit eines Dokumentationsbogens.
Datensatz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugordnet wird.
Datenvalidierungsverfahren	Verfahren zur Überprüfung von QS-Daten einerseits auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität (statistische Basisprüfung), andererseits auf ihre Übereinstimmung (Konkordanz) mit einer Referenzquelle wie bspw. der Krankenakte (Stichprobenverfahren mit Datenabgleich).
Dokumentation	*siehe*: QS-Dokumentation
Dokumentationsqualität	Güte der (medizinischen) QS-Dokumentation eines Leistungsbereichs, die durch die Größen Korrektheit (Übereinstimmung mit den Daten der Patientenakte), Vollständigkeit (einzelner Datensätze) und Vollzähligkeit (der Datensätze insgesamt) abgebildet wird.
Dokumentationsrate	Das Verhältnis dokumentierter Fälle im Verhältnis zu allen dokumentationspflichtigen Fällen. *Siehe auch*: Vollzähligkeit.
Fallzahl	Anzahl von behandelten Patienten, z.B. in einem Leistungsbereich in einem Krankenhaus.
Follow-up	*auch*: Mehrpunktmessung, Mehrzeitpunktmessung. Versorgungsleistungen, deren Qualität (z.B. ein Behandlungserfolg) nicht einmalig, sondern zu unterschiedlichen weiteren Zeitpunkten gemessen wird. Die Messungen können in einem bestimmten oder auch in unterschiedlichen Sektoren (vgl. QSKH-RL) stattfinden.
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Begriff	Erläuterung
Indikator	„Anzeiger“. *Auch*: Qualitätsindikator. Quantitatives Maß zur Bewertung der Qualität einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung, die sich auf das Behandlungsergebnis von Patienten auswirkt. Qualitätsindikatoren bilden Qualität indirekt, d.h. in Zahlen bzw. als Zahlenverhältnis ab. Ein Qualitätsindikator ermöglicht es also, ein Qualitätsziel in eine Zahl zu „übersetzen“.
Leistungsbereich	*hier*: Leistungsbereich der gesetzlichen Qualitätssicherung (*auch*: QS-Verfahren). Medizinischer Themen- oder Behandlungsbereich, der im Rahmen der bundesweiten Qualitätssicherung dokumentationspflichtig ist.
Leistungserbringer	Personen und Einrichtungen, die medizinische Versorgungsleistungen erbringen bzw. bereitstellen. Der Begriff wird im SGB V auch für Ärzte und ärztliche Einrichtungen sowie für zugelassene Krankenhäuser gem. §108 SGB V genutzt.
Minimaldatensatz	Wenn in der klinischen Praxis Konstellationen auftreten, in denen ein Fall durch den QS-Filter ausgelöst wird, obwohl der Datensatz des entsprechenden Leistungsbereichs nicht für die Dokumentation geeignet ist, kann ein Ersatzdatensatz mit minimalen Angaben ausgefüllt werden.
Observed to Expected Ratio (O/E)	Das Verhältnis aus der beobachteten (O = observed) und der erwarteten (E = expected) Rate ist ein für die Risikoadjustierung wichtiger Wert. Der Wert O ist die Rate (Quotient) aus den tatsächlich beobachteten Ereignissen („roh“, d.h. ohne Risikoadjustierung) und der Grundgesamtheit der Fälle im betreffenden Erfassungsjahr. Der Wert für die erwartete Rate E ergibt sich als Verhältnis der erwarteten Ereignisse und der Grundgesamtheit der Fälle des Erfassungsjahres. Zur Berechnung des Risikoprofils werden Regressionsmodelle herangezogen, die auf Daten des Vorjahres zurückgreifen. Ein O/E-Wert von 1,20 bedeutet, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 20 % größer ist als die erwartete Rate. Umgekehrt bedeutet ein O/E-Wert von 0,90, dass die beobachtete Rate an Ereignissen um 10% kleiner ist als die erwartete. Der O/E-Wert ist dimensionslos und wird mit zwei Nachkommastellen angegeben.
QS-Auslösung	Initiierung einer Dokumentation zu Zwecken der Qualitätssicherung.
QS-Daten	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben und ausgewertet werden.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten für die Qualitätssicherung. Die QS-Dokumentationen durch die Leistungserbringer ist das derzeit wichtigste Erhebungsinstrument der Qualitätssicherung.
QS-Filter	Der QS-Filter ist eine Software, die auf Grundlage festgelegter Kriterien (zumeist Abrechnungsdaten, z.B. §301 Daten) die für die Qualitätssicherung zu dokumentierenden Patienten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.
QS-Software	Implementierung der Spezifikation für den QS-Filter.
QS-Verfahren	*siehe*: Leistungsbereich.
Qualitätsindikator	*siehe*: Indikator.
Qualitätssicherung	Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen bzw. zur Erreichung bestimmter Qualitätsziele. *Hier*: Gesetzliche Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §§135–139 SGB V.
externe stationäre ~	Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung für medizinisch-pflegerische Leistungen, die ausschließlich im stationären Sektor erbracht werden.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Begriff	Erläuterung
Qualitätsziel	Definition konkreter Anforderungen an den Inhalt, die Ausführung oder das Ergebnis einer medizinisch-pflegerischen Leistung. Anhand der Indikatorwerte bzw. unter Anlegung der Referenzbereiche lässt sich ermitteln, ob und in welchem Umfang Einrichtungen des Gesundheitswesens die definierten Qualitätsziele erreichen.
Rechenregeln	Definierte Regeln zur Berechnung von Indikatoren.
Referenzbereich	Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Indikators für erreichbar gute Qualität an. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Der Referenzbereich kann auch als „Unauffälligkeitsbereich“ bezeichnet werden.
Sollstatistik	Angabe der Gesamtanzahl sowie der Anzahl der zu dokumentierenden Fälle eines Krankenhauses pro Leistungsbereich. Diese wird am Ende des Erfassungsjahres gemäß der Spezifikation zum QS-Filter von den Krankenhäusern generiert und durch eine Konformitätserklärung schriftlich bestätigt. Sie bildet die Basis für die Berechnung der für das Erfassungsjahr zu erwartenden Summe an Datensätzen sowie für die Vollzähligkeitsprüfung im Rahmen der Datenvalidierung.
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Datenfelder der QS-Dokumentation wie erhoben werden, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen, (z.B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die Dokumentationspflicht ausgelöst wird (siehe QS-Auslösung). Im Rahmen der Neuentwicklung von QS-Verfahren ist die Spezifikation als das Ergebnis der informationstechnischen Aufbereitung zu betrachten.
Strukturierter Dialog	Instrument der Qualitätsförderung. Strukturiertes Verfahren, das Einrichtungen bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität unterstützt. Auslöser des Strukturierten Dialogs sind rechnerische Auffälligkeiten im Ergebnis eines Qualitätsindikators im Rahmen der Statistischen Basisprüfung der übermittelten QS-Daten (QSKH-RL). Abweichend von der Definition in der QSKH-RL bezeichnet der Begriff „Strukturierter Dialog“ in der Qesü-RL nur den Prozessschritt, der dem schriftlichen Teil der Durchführung von QS-Maßnahmen folgt.
Verfahren	*siehe*: Leistungsbereich.
direkte ~	*auch*: Bundesbezogene Verfahren. Medizinische Leistungsbereiche, bei denen die vergleichende Qualitätssicherung aufgrund geringer absoluter Fallzahlen oder der kleinen Anzahl durchführender Einrichtungen direkt auf Bundesebene durchgeführt wird. Dies betrifft derzeit vor allem einige herzchirurgische Eingriffe und weite Teile der Transplantationsmedizin.
indirekte ~	*auch*: Landesbezogene Verfahren. Medizinische Leistungsbereiche, bei denen die Qualitätssicherung indirekt, d.h. über die Länder (Landesgeschäftsstellen oder beauftragte Annahmestellen), abgewickelt wird.
Vollständigkeit	Erfassung aller zu einem einzelnen Behandlungsfall erforderlichen Angaben (Daten).
Vollzähligkeit	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Abschlussbericht gemäß §15 Abs. 2 QSKH-Richtlinie

Bericht zur Datenvalidierung 2012

Anhang

Stand: 15. Mai 2014

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Impressum

Herausgeber:
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:
Bericht zur Datenvalidierung 2012 – Anhang

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
jährlich

Datum der Abgabe:
15. Mai 2014

Signatur:
14-SQG-007

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Inhaltsverzeichnis

Impressum ... 2
Lesehilfen zu den Tabellen ... 7
Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 7
Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 8
Übersicht der Leistungsbereiche ... 11
1. Umfassende Datenvalidierung: Implantierbare Defibrillatoren – Implantation ... 12
1.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 12
1.1.1. Beschreibung der Auffälligkeitskriterien ... 12
1.1.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium ... 13
1.1.3. Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 14
1.1.4. Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium ... 15
1.1.5. Ergebnisse pro Bundesland ... 16
1.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 17
1.2.1. Datenfeld 10: linksventrikuläre Ejektionsfraktion ... 17
1.2.2. Datenfeld 13: Nierenfunktion ... 18
1.2.3. Datenfeld 15: indikationsbegründendes klinisches Ereignis ... 19
1.2.4. Datenfeld 16: führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) ... 20
1.2.5. Datenfeld 18: KHK ... 21
1.2.6. Datenfeld 19: Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD ... 22
1.2.7. Datenfeld 20: indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn ... 23
1.2.8. Datenfeld 21: Herzerkrankung ... 24
1.2.9. Datenfeld 29: Kammertachykardie induzierbar ... 25
1.2.10. Datenfeld 36: voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit ... 26
1.2.11. Datenfeld 37: voraussichtliche ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit ... 27
1.2.12. Datenfeld 38: Vorhofrhythmus ... 28
1.2.13. Datenfeld 39: AV-Block ... 29
1.2.14. Datenfeld 40: intraventrikuläre Leitungsstörungen ... 30
1.2.15. Datenfeld 50: System ... 31
1.2.16. Datenfeld 61: R-Amplitude ... 32
1.2.17. Datenfeld 62: nicht gemessen ... 32
1.2.18. Datenfeld 74: perioperative Komplikation(en) ... 33
1.2.19. Datenfelder 75-80, 86: Komplikation(en) gesamt ... 34
1.2.20. Datenfelder 81-85: Ort der Sondendislokation ... 35
1.2.21. Datenfeld 87-91: Ort der Sondendysfunktion ... 35
1.2.22. Datenfeld 96: Entlassungsgrund = Tod ... 36

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2. Umfassende Datenvalidierung: Geburtshilfe ... 37
2.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 37
2.1.1. Beschreibung der Auffälligkeitskriterien ... 37
2.1.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium ... 38
2.1.3. Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 39
2.1.4. Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium ... 40
2.1.5. Ergebnisse pro Bundesland ... 41
2.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 42
2.2.1. Datenfeld 10: Anzahl Mehrlinge ... 42
2.2.2. Datenfeld 32: Schwangerschafts-Risiken ... 43
2.2.3. Datenfeld 33: Schwangerschafts-Risiko (= Terminunklarheit) ... 44
2.2.4. Datenfeld 56: Berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin ... 45
2.2.5. Datenfeld 57: Tragzeit nach klinischem Befund ... 45
2.2.6. Datenfeld 64: Lungenreifebehandlung ... 46
2.2.7. Datenfeld 82: Episiotomie ... 47
2.2.8. Datenfeld 84: Dammriss ... 48
2.2.9. Datenfeld 108: Entlassungsgrund Mutter (Tod) ... 49
2.2.10. Datenfeld 112: Blasensprung vor Wehenbeginn ... 50
2.2.11. Datenfeld 113: Datum des vorzeitigen Blasensprungs ... 51
2.2.12. Datenfeld 114: Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs ... 51
2.2.13. Datenfeld 115: Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt ... 51
2.2.14. Datenfeld 116: Zeitpunkt der ersten Antibiotika-Gabe nach vorzeitigem Blasensprung ... 52
2.2.15. Datenfeld 134: Entbindungsmodus ... 54
2.2.16. Datenfeld 137: Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter) ... 55
2.2.17. Datenfeld 141: E-E-Zeit bei Notsektio ... 56
2.2.18. Datenfeld 158: APGAR (nach 5 min) ... 57
2.2.19. Datenfeld 160: Gewicht des Kindes ... 58
2.2.20. Datenfeld 163: Blutgasanalyse Nabelschnurarterie ... 59
2.2.21. Datenfeld 164: Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie ... 60
2.2.22. Datenfeld 165: pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie ... 60
2.2.23. Datenfeld 176: Totgeburt ... 61
2.2.24. Datenfeld 186: Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind ... 61
3. Umfassende Datenvalidierung: Herztransplantation ... 62
3.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 62
3.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 62
3.2.1. Datenfeld 15: Dringlichkeit ... 62
3.2.2. Datenfeld 26: aktuelle mechanische Kreislaufunterstützung ... 63
3.2.3. Datenfeld 28: Lungengefäßwiderstand Wert ... 64
3.2.4. Datenfeld 44: Spenderalter ... 64

© 2014 AQUA-Institut GmbH

3.2.5. Datenfeld 45: Geschlecht ... 65
3.2.6. Datenfeld 51: Katecholamintherapie ... 66
3.2.7. Datenfeld 44: CK-Wert ... 67
3.2.8. Datenfeld 54: Herzstillstand ... 67
3.2.9. Datenfeld 55: hypotensive Periode ... 68
3.2.10. Datenfeld 56: Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme ... 69
3.2.11. Datenfeld 57: OP-Datum ... 69
3.2.12. Datenfeld 60: Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation ... 70
3.2.13. Datenfeld 61: kalte Ischämiezeit ... 70
3.2.14. Datenfeld 73: Entlassungsgrund (Tod) ... 71
4. Umfassende Datenvalidierung: Lebertransplantation ... 72
4.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 72
4.1.1. Beschreibung der Auffälligkeitskriterien ... 72
4.1.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium ... 73
4.1.3. Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium ... 73
4.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 74
4.2.1. Datenfeld 10: Indikation zur Lebertransplantation ... 74
4.2.2. Datenfeld 11: wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes? ... 74
4.2.3. Datenfeld 12: Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status ... 75
4.2.4. Datenfeld 13: Bilirubin i.S. in mg/dl ... 75
4.2.5. Datenfeld 15: Kreatinin i.S. in mg/dl ... 76
4.2.6. Datenfeld 17: INR (International Normalized Ratio) ... 76
4.2.7. Datenfeld 18: Dialyse oder Hämofiltrationsverfahren ... 77
4.2.8. Datenfeld 19: labMELD ... 78
4.2.9. Datenfeld 20: matchMELD ... 78
4.2.10. Datenfeld 24: Spendertyp ... 79
4.2.11. Datenfeld 25: Spenderalter ... 80
4.2.12. Datenfeld 27: Operation ... 80
4.2.13. Datenfeld 28: Retransplantation ... 81
4.2.14. Datenfeld 31: kombinierte Transplantation ... 82
4.2.15. Datenfeld 32: Spenderorgan ... 83
4.2.16. Datenfeld 33: kalte Ischämiezeit ... 84
4.2.17. Datenfeld 36: Entlassungsgrund (Tod) ... 84
5. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung) ... 85
5.1.1. Verstetigte Auffälligkeitskriterien ... 85
5.1.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium ... 87
5.1.3. Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 89
5.1.4. Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium ... 90
5.1.5. Ergebnisse pro Bundesland ... 92

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 93
6.1. Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation ... 93
6.1.1. Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich ... 93
6.1.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 95
6.1.3. Ergebnisse pro Leistungsbereich ... 96
6.1.4. Ergebnisse pro Bundesland ... 98
6.2. Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation ... 99
6.2.1. Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich ... 99
6.2.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 101
6.2.3. Ergebnisse pro Leistungsbereich ... 102
6.2.4. Ergebnisse pro Bundesland ... 104
6.3. Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz ... 105
6.3.1. Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich ... 105
6.3.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 106
6.3.3. Ergebnisse pro Leistungsbereich ... 107
6.3.4. Ergebnisse pro Bundesland ... 108
6.4. Weitere Auffälligkeitskriterien ... 109
6.4.1. Isolierte Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt ... 109
6.4.1. Herztransplantation ... 110
6.4.2. Lungen- und Herz-Lungentransplantation ... 111
6.4.3. Lebertransplantation ... 112
6.4.4. Leberlebendspende ... 113
6.4.5. Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation ... 114
6.4.6. Nierenlebendspende ... 115

Lesehilfen zu den Tabellen

Die detaillierte Darstellung der Ergebnisse zur Datenvalidierung erfolgt in tabellarischer Form. Um die Verständlichkeit der Tabellen zu erhöhen, wird im Folgenden erläutert, welche Informationen ihnen jeweils zu entnehmen sind. Zunächst werden die Tabellen zur Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog erläutert und daran anschließend die Tabellen zum Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.

Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Jedes Auffälligkeitskriterium, das im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog in den Leistungsbereichen, die für eine umfassende Datenvalidierung ausgewählt wurden, zur Anwendung gekommen ist, wird anhand der Rechenregel in der folgenden Form beschrieben:

Beschreibung Zähler	Beschreibung der Fälle, die bei der Berechnung des Zählers berücksichtigt werden
Beschreibung Nenner	Beschreibung der Fälle, die bei der Berechnung des Nenners berücksichtigt werden
Referenzbereich	Festgelegter Ergebnisbereich, mit dessen Hilfe auffällige von unauffälligen Ergebnissen bei Auffälligkeitskriterien unterschieden werden können. Ergebnisse innerhalb von Referenzbereichen sind als unauffällige bzw. gute Dokumentationsqualität zu werten. Referenzbereiche können entweder durch einen festen Wert (fixer Referenzbereich) oder durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse definiert sein (Perzentil-Referenzbereich). Eine rechnerische Auffälligkeit ist definiert als Abweichung in einem Auffälligkeitskriterium von diesem Referenzbereich.
Mindestzahl Zähler	Gibt die Mindestanzahl an Fällen für die Zählerberechnung an, die ein Krankenhaus behandelt haben muss, damit das Auffälligkeitskriterium überhaupt berechnet wird.
Mindestzahl Nenner	Gibt die Mindestanzahl an Fällen für die Nennerberechnung an, die ein Krankenhaus behandelt haben muss, damit das Auffälligkeitskriterium überhaupt berechnet wird.

Die Maßnahmen und Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung werden in Form von vier Tabellen dargestellt:

- Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium
- Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland
- Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium
- Ergebnisse pro Bundesland

In den Tabellen zu den durchgeführten Maßnahmen ist zu jeder Maßnahmenkategorie auch der prozentuale Anteil angegeben. Die Prozentwerte beziehen sich auf die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bei diesem Auffälligkeitskriterium bzw. in diesem Bundesland. Die Werte in den Spalten „keine Maßnahme“, „Hinweis“, „Stellungnahme“ und „Sonstiges“ ergeben zusammen die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten. Im Abschnitt „Zusätzliche Maßnahmen“ sind die Maßnahmen dargestellt, die zusätzlich zur Anforderung einer Stellungnahme eingeleitet wurden.

In den Tabellen zu den Ergebnissen sind ebenfalls für jede Bewertungskategorie die prozentualen Anteile angegeben. Die Bezugsgröße ist hierbei jeweils die Zahl der angeforderten Stellungnahmen pro Auffälligkeitskriterium bzw. pro Bundesland. Es sind jeweils die von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung bzw. dem AQUA-Institut vergebenen Bewertungen dargestellt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für alle ausgewählten Datenfelder werden die durch Zweiterfassung aus der Patientenakte erhobenen Daten mit den vom Krankenhaus erfassten und übermittelten QS-Dokumentationen im Bundesdatenpool des Erfassungsjahres 2011 verglichen. Um die Ergebnisse des Datenabgleich zu veranschaulichen, wird zur Darstellung in der Regel eine sogenannte Kreuztabelle (Kontingenztafeln, 4-Felder-Tafeln) verwendet (siehe unten). Zur Verbesserung der Lesbarkeit werden bei Bedarf mehrere Antwortmöglichkeiten (Schlüsselkodes) zu medizinisch-relevanten Kategorien zusammengefasst. Diese Zusammenfassungen entsprechen der Verwendung in den Qualitätsindikatoren.

		In Patientenakte (PA)			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	6 1,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	7 1,2 %
	Nein	17 2,9 %	571 95,8 %	1 0,2 %	589 98,8 %
Gesamt		23 3,9 %	572 96,0 %	1 0,2 %	596 100,0 %

Die Tabellenspalten entsprechen den in der Akte gefundenen Einträgen, die zeilenweisen Einträge sind aus den QS-Dokumentationen entnommen. Übereinstimmende Einträge sind auf den Hauptdiagonalen farblich unterlegt. Falls Informationen zu einem Datenfeld für einen Fall nicht aus der Patientenakte ersichtlich waren, wird dies im Rahmen der Zweiterfassung mit der Angabe „aus PA nicht ersichtlich“ kodiert und taucht entsprechend als eigene Auswertungskategorie in der Tabelle auf.

Da es die Datensatzspezifikation vorsieht, dass einige Datenfelder nur für eine eingeschränkte Gruppe an Patienten auszufüllen sind, wird oberhalb der 4-Felder-Tafel angegeben, auf welche Grundgesamtheit sich die Auswertung bezieht. Zudem wird die Information geliefert, wie viele Akten untersucht worden sind und wie hoch die Anzahl an Akten ist, aus denen die entsprechende Information zu dem Datenfeld tatsächlich zu entnehmen war.

Mit dem Ziel die Datenvalidität einzelner Datenfelder zu bewerten und vergleichbar zu machen, können unterschiedliche Kennzahlen berechnet werden. Dabei wird grundsätzlich von der Prämisse ausgegangen, dass die Information in der Patientenakte eine Art „Goldstandard“ darstellt, d.h. dass die dort enthaltenen Informationen die tatsächliche Versorgungsrealität widerspiegeln. Um eine methodisch adäquate Bewertung der Datenvalidität durchzuführen, werden bei allen hier vorgestellten Kennzahlen, die Fälle, bei denen die Information zu einem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, aus der Berechnung der Kennzahlenausgeschlossen. Im Folgenden werden die unterschiedlichen Kennzahlen erläutert.

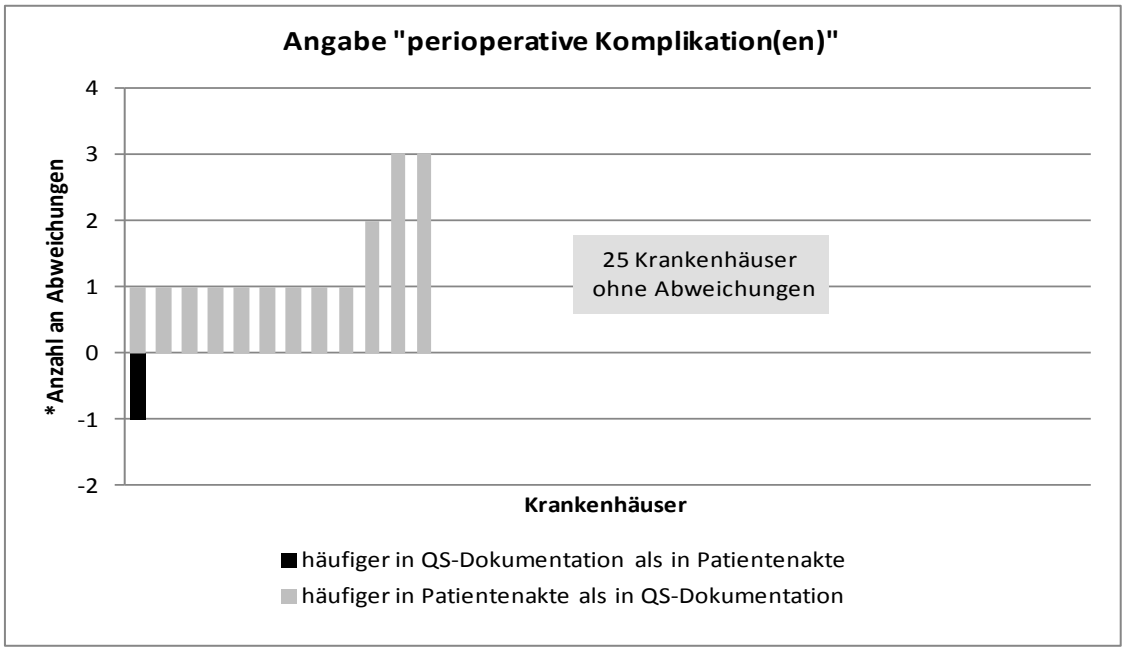
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	Anteil an Fällen, bei denen die QS-Dokumentation mit den Angaben in der Patientenakte übereinstimmt (Übereinstimmungsrate).
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	Anteil an Fällen, bei denen die QS-Dokumentation von den Angaben in der Patientenakte abweicht (Abweichungsrate).

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Wird die Übereinstimmung eines Datenfelds mit genau zwei möglichen Einträgen (insbesondere ja/nein; evtl. hervorgegangen aus der Zusammenfassung mehrerer Kategorien) dargestellt, so werden zusätzlich zu der Übereinstimmungs- und Abweichungsrate auch die folgenden vier Kennzahlen angegeben:

Sensitivität	Anteil der in der QS-Dokumentation angegebenen Ereignisse an allen in der Akte vorliegenden Ereigniseinträgen. Die Sensitivität gibt also die Wahrscheinlichkeit an, dass ein Ereignis (z.B. eine Komplikation) als solches auch korrekt in der QS-Dokumentation dokumentiert wird.
Spezifität	Anteil der in der QS-Dokumentation nicht angegebenen Ereignisse an allen in der Akte nicht vorliegenden Ereigniseinträgen. Die Spezifität gibt also die Wahrscheinlichkeit an, dass das Nichtvorliegen eines Ereignisses so auch korrekt in der QS-Dokumentation dokumentiert wird.
Positiv prädiktiver Wert (PPW)	Anteil der in der Akte enthaltenen Ereigniseinträge an allen in der QS-Dokumentation angegebenen Ereignissen. Der PPW gibt also die Wahrscheinlichkeit an, mit der ein in der QS-Dokumentation angegebenes Ereignis (z.B. Komplikation) tatsächlich auch in der Patientenakte enthalten ist.
Negativ prädiktiver Wert (NPW)	Anteil der in der Akte nicht enthaltenen Ereigniseinträge an allen in der QS-Dokumentation nicht angegebenen Ereignissen. Der NPW gibt also die Wahrscheinlichkeit an, mit der ein in der QS-Dokumentation nicht angegebenes Ereignis (z.B. Nichtvorliegen einer Komplikation) tatsächlich auch nicht in der Patientenakte enthalten ist.

Die Balkendiagramme stellen die Abweichungen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte auf Ebene der Krankenhäuser dar. Fälle, bei denen die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich sind, werden aus der Auswertung ausgeschlossen. Anhand der Diagramme ist ersichtlich, ob ein Krankenhaus das entsprechende Merkmal häufiger in der Patientenakte als in der QS-Dokumentation vermerkt hat oder seltener. Zudem wird angegeben, bei wie vielen Krankenhäusern keine Abweichungen ermittelt wurden.



Interpretation der Kennzahlen

Zur Bewertung der Datenvalidität in einem Datenfeld sollten, wenn möglich, die Sensitivität und die Spezifität herangezogen werden. Hierbei wird die folgende Kategorisierung vorgeschlagen:

Bewertung der Datenvalidität	Kategorisierung der Sensitivität und Spezifität
Hervorragende Datenvalidität	Sensitivität und Spezifität ≥ 90 %
Gute Datenvalidität	Sensitivität und/oder Spezifität ≥ 80 % und < 90 %
Verbesserungsbedürftige Datenvalidität	Sensitivität und/oder Spezifität < 80 %

Falls die Sensitivität und Spezifität für ein Datenfeld nicht zu berechnen sind, kann alternativ die Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität verwendet werden, für die eine äquivalente Kategorisierung empfohlen wird:

Bewertung der Datenvalidität	Kategorisierung der Übereinstimmungsrate
Hervorragende Datenvalidität	Übereinstimmungsrate ≥ 90 %
Gute Datenvalidität	Übereinstimmungsrate ≥ 80 % und < 90 %
Verbesserungsbedürftige Datenvalidität	Übereinstimmungsrate < 80 %

Der PPW und der NPW liefern keine Informationen zur Datenvalidität der Krankenhäuser. Stattdessen können sie dazu genutzt werden, die Verlässlichkeit des Datenfeldes für QI-Berechnungen zu bewerten. So ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren entscheidend, dass das Ereignis, das für die Berechnung des Qualitätsindikators herangezogen wird, auch in der Realität existiert. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, ist die Berechnung des Indikators verfälscht. Diese Angabe ist dem PPW und dem NPW zu entnehmen (siehe Erläuterung in Tabelle). Um die Verlässlichkeit eines Datenfeldes für die Berechnung der Qualitätsindikatoren zu bewerten, sollten sowohl der positiv prädiktive Wert als auch der negativ prädiktive Wert betrachtet werden, da ein geringer Wert in beiden Kennzahlen für eine geringe Verlässlichkeit des Datenfeldes für die Berechnung der Qualitätsindikatoren spricht. Es wird die folgende Kategorisierung vorgeschlagen:

Bewertung der Verlässlichkeit für QI-Berechnung	Kategorisierung von PPW und NPW
Hervorragende Verlässlichkeit	PPW und NPW ≥ 90 %
Gute Verlässlichkeit	PPW und/oder NPW ≥80 % und < 90 %
Verbesserungsbedürftige Verlässlichkeit	PPW und/oder NPW < 80 %

Werden metrische Datenfelder (z.B. Zeitdauer in Minuten, Angaben in mg/dl etc.) oder Datenfelder mit einer großen Anzahl möglicher Schlüsselwerte überprüft, so wird aus Gründen der Übersichtlichkeit von der Tabellenform abgewichen. An deren Stelle werden nur die absoluten und relativen Häufigkeiten von Übereinstimmungen und Abweichungen dargestellt. Aus medizinischer Sicht unbedenkliche Abweichungen werden dabei als Übereinstimmungen gewertet.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Übersicht der Leistungsbereiche

Kürzel	Name des Leistungsbereichs
Indirekte Leistungsbereiche	
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
10/2	Karotis-Revaskularisation
12/1	Cholezystektomie
15/1	Gynäkologische Operationen
16/1	Geburtshilfe
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
17/3	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
17/7	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
18/1	Mammachirurgie
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe
NEO	Neonatologie
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
Direkte Leistungsbereiche	
HCH – AORT	Aortenklappenchirurgie, isoliert
HCH – KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
HCH – KCH	Koronarchirurgie, isoliert
HTX	Herztransplantation
LLS	Leberlebendspende
LTX	Lebertransplantation
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
NLS	Nierenlebendspende
NTX	Nierentransplantation
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1. Umfassende Datenvalidierung: Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

1.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

1.1.1. Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“

Zähler	Patienten mit indikationsbegründendem klinischen Ereignis „sonstige“
Nenner	Alle Patienten
Referenzbereich	≤ 11,7 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

850314: Häufig ICD-System „sonstiges“

Zähler	Patienten mit ICD-System „sonstiges“
Nenner	Alle Patienten unter Ausschluss von Patienten mit Defibrillationssonden mit subkutaner Position
Referenzbereich	≤ 2,1 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

850315: Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“

Zähler	Patienten mit LVEF „nicht bekannt“
Nenner	Alle Patienten
Referenzbereich	≤ 5,3 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

850316: Häufige Angabe von ASA 4

Zähler	Patienten mit ASA 4
Nenner	Alle Patienten
Referenzbereich	≤19,3 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

850317: Häufige Angabe von ASA 5

Zähler	Patienten mit ASA 4
Nenner	Alle Patienten
Referenzbereich	≤ 0
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.1.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“	33	0 (0,0 %)	14 (42,4 %)	19 (57,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850314: Häufig ICD-System „sonstiges“	18	0 (0,0 %)	9 (50,0 %)	9 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850315: Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“	29	0 (0,0 %)	5 (17,2 %)	24 (82,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (13,8 %)
850316: Häufige Angabe von ASA 4	44	0 (0,0 %)	6 (13,6 %)	38 (86,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1(2,3 %)
850317: Häufige Angabe von ASA 5	8	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)
Gesamt	132	0 (0,0 %)	34 (25,8 %)	98 (74,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (4,5 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.1.3. Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden – Württemberg	20	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	20 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	38	0 (0,0 %)	19 (50,0 %)	19 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	3	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	0	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	2	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	8	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	25	0 (0,0 %)	12 (48,0 %)	13 (52,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (24,0 %)
Rheinland-Pfalz	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	8	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	3	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	132	0 (0,0 %)	34 (25,8 %)	98 (74,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (4,5 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.1.4. Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Angeforderte Stellung-nahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges		
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S90	S91	S99
850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“	19	5 (26,3 %)	0 (0,0 %)	2 (10,5 %)	12 (63,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850314: Häufig ICD-System „sonstiges“	9	4 (44,4 %)	1 (11,1 %)	2 (22,2 %)	1 (11,1 %)	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850315: Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“	24	6 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	17 (70,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,2 %)
850316: Häufige Angabe von ASA 4	38	18 (47,4 %)	0 (0,0 %)	1 (2,6 %)	18 (47,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,6 %)
850317: Häufige Angabe von ASA 5	8	1 (12,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (62,5 %)	2 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	98	34 (34,7 %)	1 (1,0 %)	5 (5,1 %)	53 (54,1 %)	3 (3,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (2,0 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.1.5. Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellung-nahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges		
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S90	S91	S99
Baden-Württemberg	20	9 (45,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	11 (55,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	19	5 (26,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	11 (57,9 %)	3 (15,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	4	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	5	2 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (60 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	8	2 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	13	6 (46,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (53,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Rheinland-Pfalz	4	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	1	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	7	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)
Sachsen-Anhalt	8	6 (75,0 %)	0 (0,0 %)	2 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	2	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	98	34 (34,7 %)	1 (1,0 %)	5 (5,1 %)	53 (54,1 %)	3 (3,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (2,0 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

1.2.1. Datenfeld 10: linksventrikuläre Ejektionsfraktion

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Angabe erfolgt ist

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	596	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	62	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	534/596	89,6 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation mit 5 %-Toleranz	339/534	63,5 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.2.2. Datenfeld 13: Nierenfunktion

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	596	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	593	99,5 %

		In Patientenakte					Gesamt
		Kreatinin ≤1,5 mg/dl	Kreatinin > 1,5 mg/dl (bzw. 133 µmol/l), nicht dialyse-pflichtig	Kreatinin > 1,5 mg/dl (bzw. 133 µmol/l), dialysepflichtig	Unbekannt	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Kreatinin ≤1,5 mg/dl	434 72,8 %	32 5,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	467 78,4 %
	Kreatinin > 1,5 mg/dl (bzw. 133 µmol/l), nicht dialysepflichtig	41 6,9 %	67 11,2 %	2 0,3 %	0 0,0 %	2 0,3 %	112 18,8 %
	Kreatinin > 1,5 mg/dl (bzw. 133 µmol/l), dialyse-pflichtig	0 0,0 %	4 0,7 %	5 0,8 %	0 0,0 %	0 0,0 %	9 1,5 %
	unbekannt	7 1,2 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	8 1,3 %
Gesamt		482 80,9 %	104 17,4 %	7 1,2 %	0 0,0 %	3 0,5 %	596 100,0 %

*Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	506/593	85,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	87/593	14,7 %

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.2.3. Datenfeld 15: indikationsbegründendes klinisches Ereignis

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	596	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	595	99,8 %

		In Patientenakte							Gesamt
		1	2	3	4	5	9	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	1	44 7,4 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	47 7,9 %
	2	4 0,7 %	48 8,1 %	8 1,3 %	0 0,0 %	5 0,8 %	0 0,0 %	0 0,0 %	65 10,9 %
	3	0 0,0 %	8 1,3 %	39 6,5 %	1 0,2 %	3 0,5 %	0 0,0 %	1 0,2 %	52 8,7 %
	4	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	12 2,0 %	3 0,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	16 2,7 %
	5	1 0,2 %	1 0,2 %	8 1,3 %	3 0,5 %	376 63,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	389 65,3 %
	9	1 0,2 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	6 1,0 %	19 3,2 %	0 0,0 %	27 4,5 %
Gesamt		50 8,4 %	60 10,1 %	55 9,2 %	16 2,7 %	395 66,3 %	19 3,2 %	1 0,2 %	596 100,0 %

*Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

Anmerkungen:

1 = Kammerflimmern
2 = Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec)
3 = Kammertachykardie, nicht anhaltend (≤30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100)
4 = Synkope ohne EKG-Dokumentation
5 = Kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention)
9 = Sonstige

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	538/595	90,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	57/595	9,6 %

1.2.4. Datenfeld 16: führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)

Grundgesamtheit:

alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte beim Datenfeld „indikationsbegründendes klinisches Ereignis“ nicht „kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention)“ dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	187	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	184	98,4 %

		In Patientenakte										Gesamt
		0	1	2	3	4	5	6	7	9	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	0	10 5,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,5 %	1 0,5 %	1 0,5 %	14 7,5 %
	1	0 0,0 %	45 24,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,5 %	0 0,0 %	47 25,1 %
	2	0 0,0 %	1 0,5 %	5 2,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,5 %	1 0,5 %	8 4,3 %
	3	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 1,6 %	0 0,0 %	1 0,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 2,1 %
	4	0 0,0 %	3 1,6 %	0 0,0 %	0 0,0 %	51 27,3 %	1 0,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	55 29,4 %
	5	3 1,6 %	2 1,1 %	2 1,1 %	1 0,5 %	1 0,5 %	19 10,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,5 %	1 0,5 %	30 16,0 %
	6	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,5 %	7 3,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	8 4,3 %
	7	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,5 %
	9	0 0,0 %	1 0,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	18 9,6 %	0 0,0 %	20 10,7 %
Gesamt		13 7,0 %	52 27,8 %	7 3,7 %	4 2,1 %	55 29,4 %	22 11,8 %	7 3,7 %	2 1,1 %	22 11,8 %	3 1,6 %	187 100,0 %

Anmerkungen:

0 = Keine
1 = Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient)
2 = Kardiogener Schock
3 = Lungenödem
4 = Synkope
5 = Präsynkope
6 = Sehr niedriger Blutdruck (z.B. unter 80 mmHg systolisch)
7 = Angina pectoris
9 = Sonstige

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	159 / 184	86,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	25 / 184	13,6 %

1.2.5. Datenfeld 18: KHK

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	596	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	592	99,3 %

		In Patientenakte				Gesamt
		Ja, ohne Myokardinfarkt	Ja, mit Myokardinfarkt	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja, ohne Myokardinfarkt	94 15,8 %	24 4,0 %	12 2,0 %	1 0,2 %	131 22,0 %
	Ja, mit Myokardinfarkt	33 5,5 %	198 33,2 %	5 0,8 %	3 0,5 %	239 40,1 %
	Nein	18 3,0 %	9 1,5 %	199 33,4 %	0 0,0 %	226 37,9 %
Gesamt		145 24,3 %	231 38,8 %	216 36,2 %	4 0,7 %	596 100,0 %

*Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	491/592	82,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	101/592	17,1 %

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.2.6. Datenfeld 19: Abstand Myokardinfarkt – Implantation ICD

Grundgesamtheit:
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Koronare Herzkrankheit mit Myokardinfarkt dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	198	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	198	100,0 %

		In Patientenakte				Gesamt
		≤ 28 Tage	> 28 Tage – ≤ 40 Tage	> 40 Tage	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	≤28 Tage	7 3,5 %	0 0,0 %	1 0,5 %	0 0,0 %	8 4,0 %
	> 28 Tage – ≤ 40 Tage	2 1,0 %	1 0,5 %	1 0,5 %	0 0,0 %	4 2,0 %
	> 40 Tage	5 2,5 %	1 0,5 %	180 90,9 %	0 0,0 %	186 93,9 %
Gesamt		14 7,1 %	2 1,0 %	182 91,9 %	0 0,0 %	198 100,0 %

*Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	188 / 198	94,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	10 / 198	5,1 %

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.2.7. Datenfeld 20: indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte beim Datenfeld „indikationsbegründendes klinisches Ereignis“ nicht „kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention)“ dokumentiert wurde und bei denen zusätzlich eine Koronare Herzkrankheit mit Myokardinfarkt angegeben wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	57	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	57	100,0 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	6 10,5 %	3 5,3 %	0 0,0 %	9 15,8 %
	Nein	3 5,3 %	45 78,9 %	0 0,0 %	48 84,2 %
Gesamt		9 15,8 %	48 84,2 %	0 0,0 %	57 100,0 %

*Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	51/57	89,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/57	10,5 %
Sensitivität	6/9	66,7 %
Spezifität	45/48	93,8 %
Positiv prädiktiver Wert	6/9	66,7 %
Negativ prädiktiver Wert	45/48	93,8 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch sechs Krankenhäuser mit je einer Abweichung bedingt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.2.8. Datenfeld 21: Herzerkrankung

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	596	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	592	99,3 %

		In Patientenakte													Gesamt
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Aus PA n.e.*	
In QS-Dokumentation	0	10 1,7 %	1 0,2 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	1 0,2 %	14 2,3 %
	1	2 0,3 %	298 50,0 %	21 3,5 %	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	2 0,3 %	2 0,3 %	328 55,0 %
	2	0 0,0 %	13 2,2 %	177 29,7 %	1 0,2 %	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	194 32,6 %
	3	0 0,0 %	1 0,2 %	5 0,8 %	9 1,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	2 0,3 %	0 0,0 %	18 3,0 %
	4	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	8 1,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	9 1,5 %
	5	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %
	6	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %
	7	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	8	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %
	9	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	10 1,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	11 1,8 %
	10	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	11	1 0,2 %	2 0,3 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	15 2,5 %	0 0,0 %	19 3,2 %
Gesamt		14 2,3 %	315 52,9 %	205 34,4 %	13 2,2 %	10 1,7 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	1 0,2 %	13 2,2 %	0 0,0 %	20 3,4 %	4 0,7 %	596 100,0 %

Anmerkungen:

0 =Nein
1 = Ischämische Kardiomyopathie
2 = Dilatative Kardiomyopathie DCM
3 = Hypertensive Herzerkrankung
4 = Erworbener Klappenfehler
5 = Angeborener Herzfehler
6 = Brugada-Syndrom
7 = Kurzes QT-Syndrom
8 = Langes QT-Syndrom
9 = Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM)
10 = Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)
11 = Sonstige Herzerkrankung

© 2014 AQUA-Institut GmbH

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	529/592	89,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	63/592	10,6 %

1.2.9. Datenfeld 29: Kammertachykardie induzierbar

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine nicht anhaltende Kammertachykardie (≤30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100) oder eine Synkope ohne EKG-Dokumentation dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	52	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	52	100,0 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein/programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	3 5,8 %	2 3,8 %	0 0,0 %	5 9,6 %
	Nein/programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt	0 0,0 %	47 90,4 %	0 0,0 %	47 90,4 %
Gesamt		3 5,8 %	49 94,2 %	0 0,0 %	52 100,0 %

*Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	50/52	96,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/52	3,8 %
Sensitivität	3/3	100,0 %
Spezifität	47/49	95,9 %
Positiv prädiktiver Wert	3/5	60,0 %
Negativ prädiktiver Wert	47/47	100,0 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch ein Krankenhaus bedingt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.2.10. Datenfeld 36: voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit

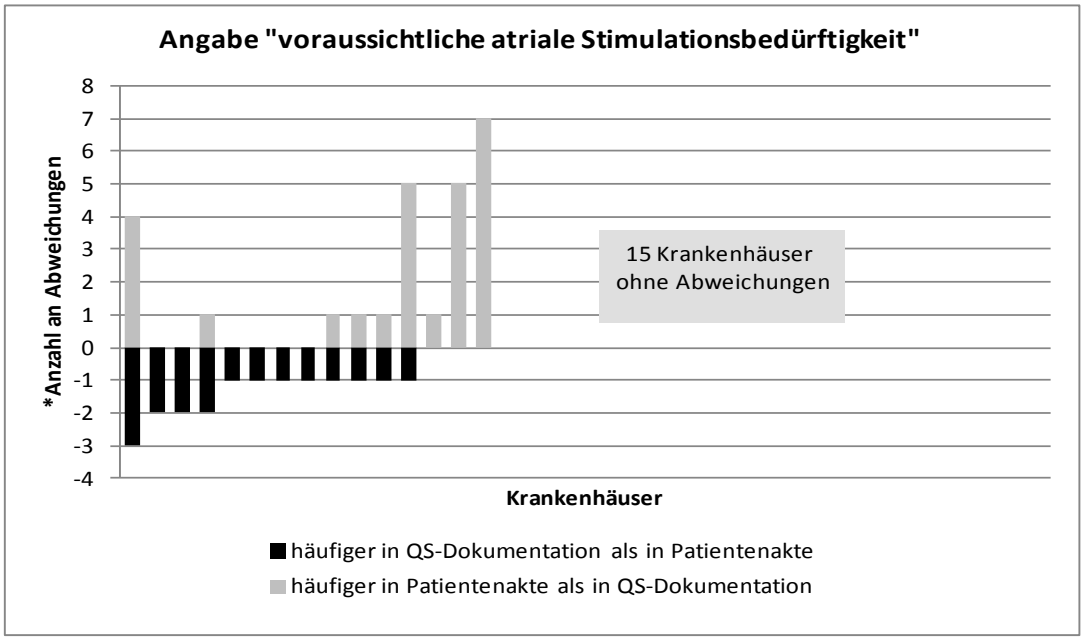
Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	596	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	442	74,2 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Häufig (> = 5 %) oder permanent	Keine/selten (< 5 %)	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Häufig (> = 5 %) oder permanent	46 7,7 %	17 2,9 %	19 3,2 %	82 13,8 %
	Keine/selten (< 5 %)	26 4,4 %	353 59,2 %	135 22,7 %	514 86,2 %
Gesamt		72 12,1 %	370 62,1 %	154 25,8 %	596 100,0 %

*Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	399/442	90,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	43/442	9,7 %
Sensitivität	46/72	63,9 %
Spezifität	353/370	95,4 %
Positiv prädiktiver Wert	46/63	73,0 %
Negativ prädiktiver Wert	353/379	93,1 %



1.2.11. Datenfeld 37: voraussichtliche ventrikuläre Stimulationsbedürftigkeit

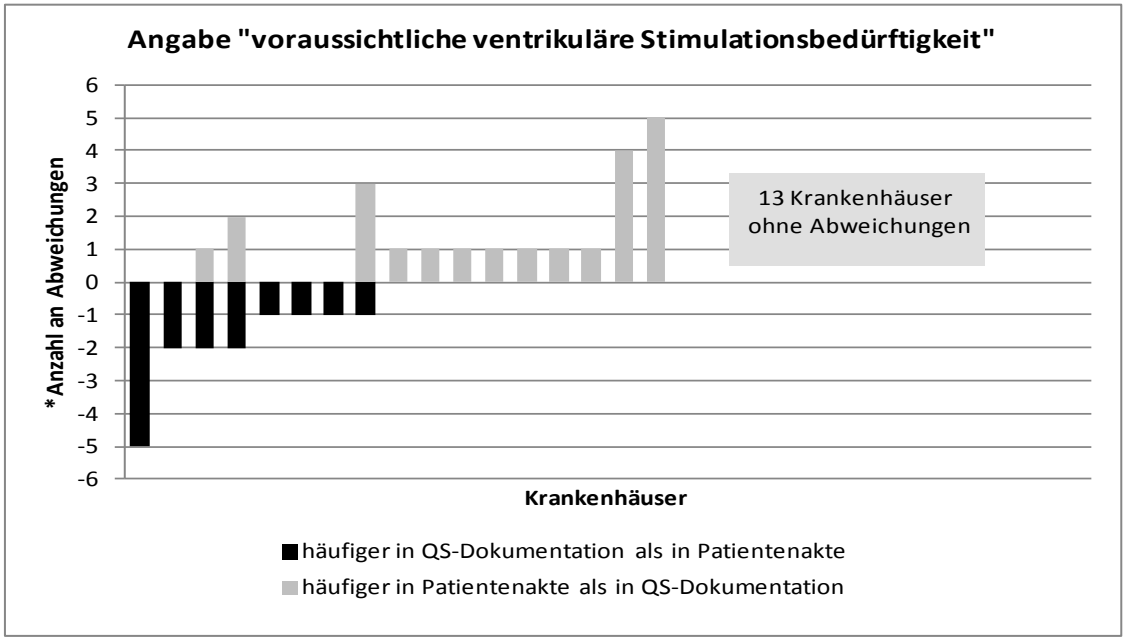
Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	596	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	442	74,2 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Häufig (≥ 40 %) oder permanent	Keine/selten (< 40 %)	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Häufig (≥ 40 %) oder permanent	129 21,6 %	15 2,5 %	49 8,2 %	193 32,4 %
	Keine/selten (< 40 %)	22 3,7 %	276 46,3 %	105 17,6 %	403 67,6 %
Gesamt		151 25,3 %	291 48,8 %	154 25,8 %	596 100,0 %

*Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	405/442	91,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	37/442	8,4 %
Sensitivität	129/151	85,4 %
Spezifität	276/291	94,8 %
Positiv prädiktiver Wert	129/144	89,6 %
Negativ prädiktiver Wert	276/298	92,6 %



1.2.12. Datenfeld 38: Vorhofrhythmus

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	596	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	591	99,2 %

		In Patientenakte							Gesamt
		1	2	3	4	5	9	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	1	351 58,9 %	10 1,7 %	9 1,5 %	10 1,7 %	1 0,2 %	2 0,3 %	4 0,7 %	387 64,9 %
	2	24 4,0 %	37 6,2 %	2 0,3 %	1 0,2 %	1 0,2 %	0 0,0 %	1 0,2 %	66 11,1 %
	3	5 0,8 %	0 0,0 %	36 6,0 %	5 0,8 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	46 7,7 %
	4	7 1,2 %	0 0,0 %	4 0,7 %	55 9,2 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	67 11,2 %
	5	3 0,5 %	2 0,3 %	5 0,8 %	1 0,2 %	16 2,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	27 4,5 %
	9	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 0,5 %
Gesamt		392 65,8 %	49 8,2 %	56 9,4 %	73 12,2 %	19 3,2 %	2 0,3 %	5 0,8 %	596 100,0 %

*Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

Anmerkungen:

1 = Normofrequenter Sinusrhythmus
2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen
3 = Paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern/-flattern
4 = Permanentes Vorhofflimmern
5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS)
9 = Sonstige

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	495/591	83,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	96/591	16,2 %

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.2.13. Datenfeld 39: AV-Block

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	596	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	584	98,0 %

		In Patientenakte								Gesamt
		0	1	2	3	4	5	6	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	0	387 64,9 %	23 3,9 %	1 0,2 %	1 0,2 %	0 0,0 %	3 0,5 %	15 2,5 %	2 0,3 %	432 72,5 %
	1	17 2,9 %	46 7,7 %	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,3 %	8 1,3 %	75 12,6 %
	2	2 0,3 %	4 0,7 %	5 0,8 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	12 2,0 %
	3	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	3 0,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 0,7 %
	4	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,3 %	5 0,8 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	9 1,5 %
	5	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,3 %	21 3,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	24 4,0 %
	6	5 0,8 %	2 0,3 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	30 5,0 %	2 0,3 %	40 6,7 %
Gesamt		413 69,3 %	76 12,8 %	8 1,3 %	7 1,2 %	7 1,2 %	26 4,4 %	47 7,9 %	12 2,0 %	596 100,0 %

*Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

Anmerkungen:

0 = Keiner
1 = AV-Block I. Grades, Überleitung ≤300 ms
2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms
3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach
4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz
5 = AV-Block III. Grades
6 = Nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	497/584	85,1 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	87/584	14,9 %

1.2.14. Datenfeld 40: intraventrikuläre Leitungsstörungen

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	596	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	587	98,5 %

		In Patientenakte										Gesamt
		0	1	2	3	4	5	6	7	9	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	0	319 53,5 %	8 1,3 %	12 2,0 %	0 0,0 %	8 1,3 %	11 1,8 %	0 0,0 %	3 0,5 %	1 0,2 %	3 0,5 %	365 61,2 %
	1	3 0,5 %	15 2,5 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	21 3,5 %
	2	1 0,2 %	1 0,2 %	12 2,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	14 2,3 %
	3	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %
	4	6 1,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	35 5,9 %	4 0,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	47 7,9 %
	5	4 0,7 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	11 1,8 %	115 19,3 %	0 0,0 %	1 0,2 %	1 0,2 %	4 0,7 %	137 23,0 %
	6	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,3 %
	7	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 0,5 %	0 0,0 %	1 0,2 %	6 1,0 %
	9	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	3 0,5 %
Gesamt		336 56,4 %	24 4,0 %	27 4,5 %	1 0,2 %	55 9,2 %	133 22,3 %	1 0,2 %	7 1,2 %	3 0,5 %	9 1,5 %	596 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

Anmerkungen:

0 = Keine (QRS < 120 ms)
1 = Rechtsschenkelblock (RSB)
2 = Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB
3 = Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB
4 = Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 ms
5 = Linksschenkelblock, QRS > = 150 ms
6 = Alternierender Schenkelblock
7 = QRS > = 120 ms ohne Differenzierung
9 = Sonstige

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	502/587	85,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	85/587	14,5 %

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.2.15. Datenfeld 50: System

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	596	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	592	99,3 %

		In Patientenakte								Gesamt
		1	2	3	4	5	6	9	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	1	226 37,9 %	0 0,0 %	2 0,3 %	0 0,0 %	2 0,3 %	0 0,0 %	1 0,2 %	1 0,2 %	232 38,9 %
	2	0 0,0 %	7 1,2 %	5 0,8 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	12 2,0 %
	3	0 0,0 %	2 0,3 %	151 25,3 %	0 0,0 %	2 0,3 %	1 0,2 %	1 0,2 %	1 0,2 %	158 26,5 %
	4	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	11 1,8 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	12 2,0 %
	5	0 0,0 %	1 0,2 %	6 1,0 %	0 0,0 %	161 27,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	169 28,4 %
	6	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,3 %	9 1,5 %	0 0,0 %	1 0,3 %	12 2,0 %
	9	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	1 0,2 %
Gesamt		227 38,1 %	10 1,7 %	164 27,5 %	11 1,8 %	167 28,0 %	10 1,7 %	3 0,5 %	4 0,7 %	596 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

Anmerkungen:

1 = VVI
2 = DDD ohne AV-Management
3 = DDD mit AV-Management
4 = VDD
5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde
6 = CRT-System ohne Vorhofsonde
9 = Sonstiges

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	566/592	95,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	26/592	4,4 %

1.2.16. Datenfeld 61: R-Amplitude

Grundgesamtheit:
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Angabe erfolgt ist

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	586	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	13	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	573/586	97,8 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	439/573	76,6 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

1.2.17. Datenfeld 62: nicht gemessen

Grundgesamtheit:
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Angabe erfolgt ist

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	10	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	9	90,0 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Aus anderen Gründen	Separate Pace/ Sense-Sonde/ kein Eigenrhythmus	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Aus anderen Gründen	3 30,0 %	0 0,0 %	1 10,0 %	4 40,0 %
	Separate Pace/Sense-Sonde/kein Eigenrhythmus	0 0,0 %	6 60,0 %	0 0,0 %	6 60,0 %
Gesamt		3 30,0 %	6 60,0 %	1 10,0 %	10 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	9/9	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/9	0,0 %
Sensitivität	3/3	100,0 %
Spezifität	6/6	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	3/3	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	6/6	100,0 %

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.2.18. Datenfeld 74: perioperative Komplikation(en)

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

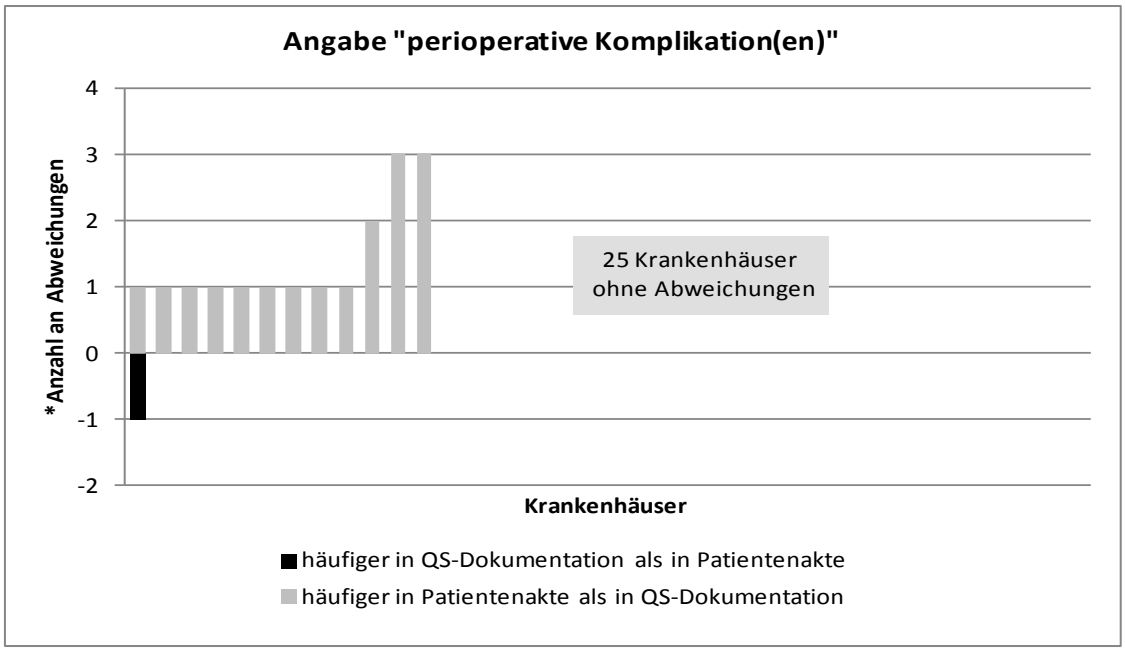
	Anzahl	%
Untersuchte Akten	596	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	595	99,8 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	6 1,0 %	1 0,2 %	0 0,0 %	7 1,2 %
	Nein	17 2,9 %	571 95,8 %	1 0,2 %	589 98,8 %
Gesamt		23 3,9 %	572 96,0 %	1 0,2 %	596 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	577/595	97,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	18/595	3,0 %
Sensitivität	6/23	26,1 %
Spezifität	571/572	99,8 %
Positiv prädiktiver Wert	6/7	85,7 %
Negativ prädiktiver Wert	571/588	97,1 %

© 2014 AQUA-Institut GmbH



1.2.19. Datenfelder 75-80, 86: Komplikation(en) gesamt

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte perioperative Komplikation(en) vorliegen

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	6	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	6/6	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	6/6	100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

Anmerkung:

„Komplikation(en) gesamt“ umfasst: kardiopulmonale Reanimation, interventionspflichtiger Pneumothorax, interventionspflichtiger Hämatothorax, interventionspflichtiger Perikarderguss, interventionspflichtiges Taschenhämatom, revisionsbedürftige Sondendislokation und revisionsbedürftige Sondendysfunktion

1.2.20. Datenfelder 81-85: Ort der Sondendislokation

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine revisionsbedürftige Sondendislokation vorliegt

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	1	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	1/1	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	1/1	100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

Anmerkung:

„Ort der Sondendislokation“ umfasst: Vorhof, erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde, zweite Ventrikelsonde, dritte Ventrikelsonde, andere Defibrillationssonde

1.2.21. Datenfeld 87-91: Ort der Sondendysfunktion

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine revisionsbedürftige Sondendislokation vorliegt

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	1	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	1/1	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	1/1	100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

Anmerkung:

„Ort der Sondendysfunktion“ umfasst: Vorhof, erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde, zweite Ventrikelsonde, dritte Ventrikelsonde, andere Defibrillationssonde

© 2014 AQUA-Institut GmbH

1.2.22. Datenfeld 96: Entlassungsgrund = Tod

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	596	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	595	99,8 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Tod	Lebend entlassen	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Tod	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %
	Lebend entlassen	1 0,2 %	593 99,5 %	1 0,2 %	595 99,8 %
Gesamt		2 0,3 %	593 99,5 %	1 0,2 %	596 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	594/595	99,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/595	0,2 %
Sensitivität	1/2	50,0 %
Spezifität	593/593	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	1/1	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	593/594	99,8 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch ein Krankenhaus bedingt.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2. Umfassende Datenvalidierung: Geburtshilfe

2.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

2.1.1. Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten

Zähler	E-E-Zeit < 3 Minuten
Nenner	Alle Geburten mit Notfallkaiserschnitt
Referenzbereich	≤0
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

850319: Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess

Zähler	Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess
Nenner	Alle reifen Lebendgeborenen mit gültiger Angabe zum 5-Minuten-Apgar
Referenzbereich	≤0
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

850320: Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht

Zähler	Patientinnen mit Dammriss Grad III oder IV
Nenner	Alle spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit einem Geburtsgewicht > = 3.795 Gramm
Referenzbereich	> 0,0 %
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	10

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2.1.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	30	0 (0,0 %)	5 (16,7 %)	25 (83,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850319: Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess	41	1 (2,4 %)	7 (17,1 %)	33 (80,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (4,9 %)
850320: Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit me-dianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Ge-burtsgewicht	18	0 (0,0 %)	6 (33,3 %)	12 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	89	1 (1,1 %)	18 (20,2 %)	70 (78,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (2,2 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2.1.3. Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	18	0 (0,0 %)	15 (83,3 %)	3 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	13	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	13 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	2	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	0	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	10	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	2	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	8	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (25,0 %)
Nordrhein-Westfalen	8	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (25,0 %)
Rheinland-Pfalz	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	2	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	89	1 (1,1 %)	18 (20,2 %)	70 (78,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (2,2 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2.1.4. Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	angeforderte Stellung-nahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges		
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S90	S91	S99
850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	25	7 (28 %)	0 (0,0 %)	1 (4,0 %)	16 (64,0 %)	1 (4,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850319: Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess	33	10 (30,3 %)	0 (0,0 %)	6 (18,2 %)	12 (36,4 %)	0 (0,0 %)	1 (3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (12,1 %)
850320: Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit me-dianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Ge-burtsgewicht	12	4 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (58,3 %)	1 (8,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	70	21 (30,0 %)	0 (0,0 %)	7 (10,0 %)	35 (50,0 %)	2 (2,9 %)	1 (1,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (5,7 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2.1.5. Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	angeforderte Stellung-nahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges		
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S90	S91	S99
Baden-Württemberg	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	13	4 (30,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (61,5 %)	1 (7,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	10	4 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (60 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	8	5 (62,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (37,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	8	3 (37,5 %)	0 (0,0 %)	3 (37,5 %)	1 (12,5 %)	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Rheinland-Pfalz	7	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (42,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)
Saarland	1	0 (0,0 %)	0 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (40,0 %)
Sachsen-Anhalt	1	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	3	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	70	21 (30,0 %)	0 (0,0 %)	7 (10,0 %)	35 (50,0 %)	2 (2,9 %)	1 (1,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (5,7 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

2.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

2.2.1. Datenfeld 10: Anzahl Mehrlinge

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	1.039	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	20	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	1019 / 1.039	98,1 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	1019 / 1.019	100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

2.2.2. Datenfeld 32: Schwangerschafts-Risiken

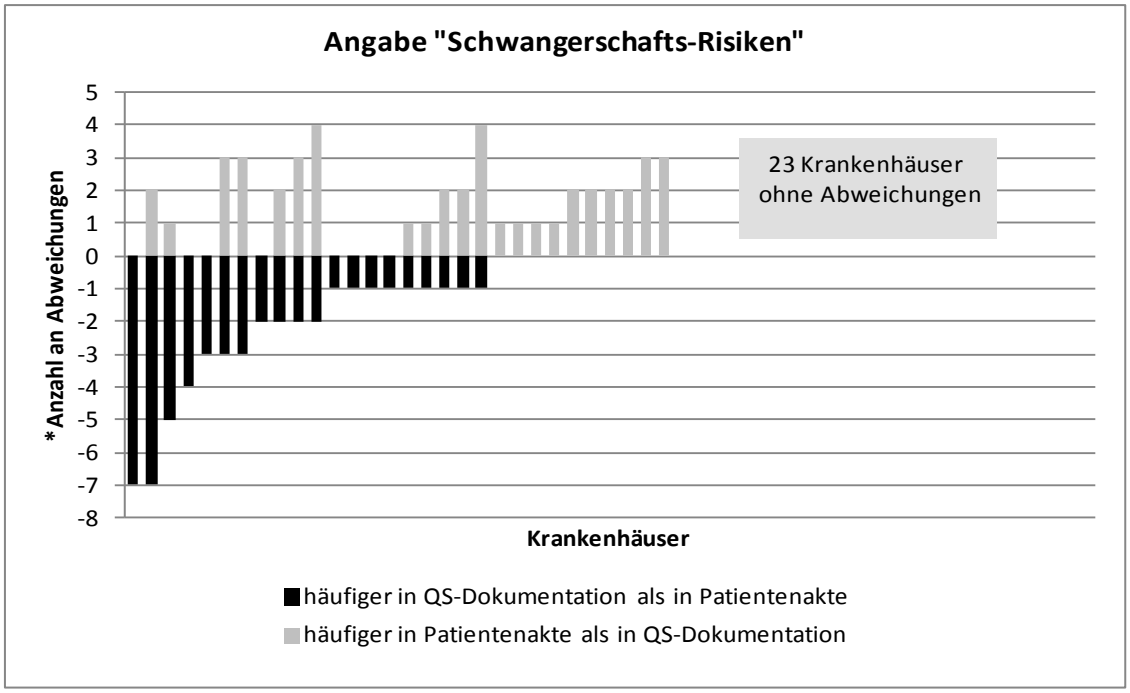
Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.039	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.037	99,8 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	750 72,2 %	49 4,7 %	2 0,2 %	801 77,1 %
	Nein	46 4,4 %	192 18,5 %	0 0,0 %	238 22,9 %
Gesamt		796 76,6 %	241 23,2 %	2 0,2 %	1.039 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	942/1.037	90,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	95/1.037	9,2 %
Sensitivität	750/796	94,2 %
Spezifität	192/241	79,7 %
Positiv prädiktiver Wert	750/799	93,9 %
Negativ prädiktiver Wert	192/238	80,7 %



2.2.3. Datenfeld 33: Schwangerschafts-Risiko (= Terminunklarheit)

Grundgesamtheit:
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte ein Schwangerschaftsrisiko dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	750	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	750	100,0&

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	8 1,1 %	4 0,5 %	0 0,0 %	12 1,6 %
	Nein	9 1,2 %	729 97,2 %	0 0,0 %	738 98,4 %
Gesamt		17 2,3 %	733 97,7 %	0 0,0 %	750 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	737/750	98,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	13/750	1,7 %
Sensitivität	8/17	47,1 %
Spezifität	729/733	99,5 %
Positiv prädiktiver Wert	8/12	66,7 %
Negativ prädiktiver Wert	729/738	98,8 %

2.2.4. Datenfeld 56: Berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin

Grundgesamtheit:
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Angabe erfolgt ist

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	987	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	2	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	985/987	99,8 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	947/985	96,1 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

2.2.5. Datenfeld 57: Tragzeit nach klinischem Befund

Grundgesamtheit:
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Terminunklarheit vorliegt oder bei denen kein berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin angegeben wurde

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	37	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	37/37	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	32/37	86,5 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

2.2.6. Datenfeld 64: Lungenreifebehandlung

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

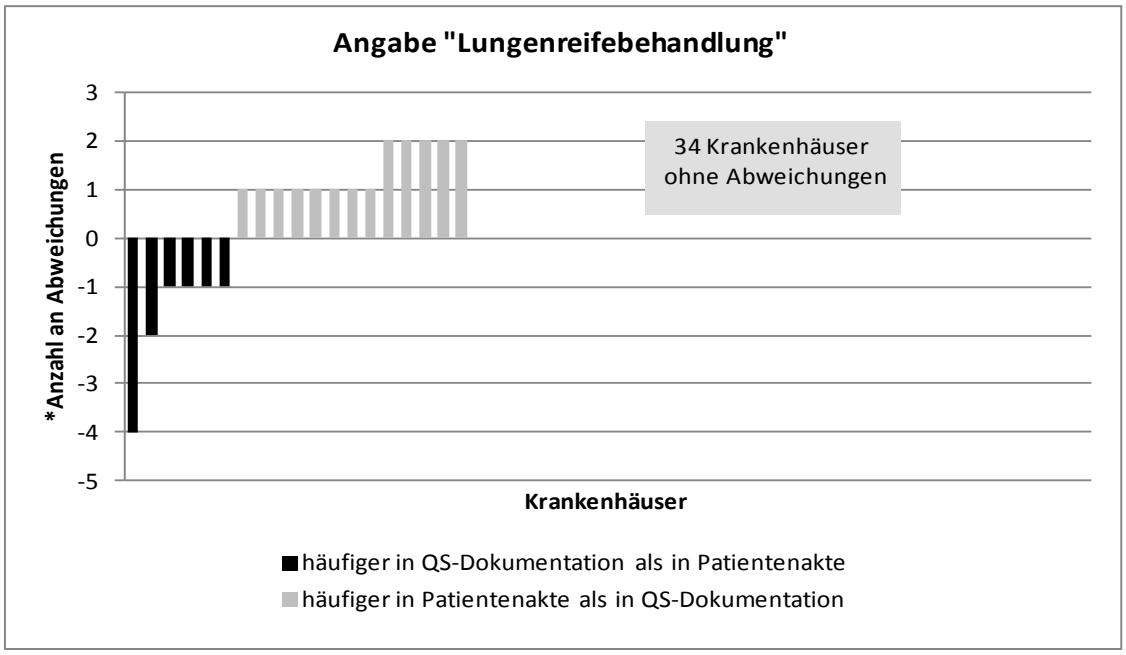
	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.039	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.037	99,8 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja, Beginn der Lungenreifebehandlung erfolgte in eigener Klinik/extern	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja, Beginn der Lungenreifebehandlung erfolgte in eigener Klinik/extern	227 21,8 %	10 1,0 %	2 0,2 %	239 23,0 %
	Nein	18 1,7 %	782 75,3 %	0 0,0 %	800 77,0 %
Gesamt		245 23,6 %	792 76,2 %	2 0,2 %	1.039 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.009/1.037	97,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	28/1.037	2,7 %
Sensitivität	227/245	92,7 %
Spezifität	782/792	98,7 %
Positiv prädiktiver Wert	227/237	95,8 %
Negativ prädiktiver Wert	782/800	97,8 %

© 2013 AQUA-Institut GmbH



2.2.7. Datenfeld 82: Episiotomie

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.039	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.039	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		Median/mediolateral/ sonstige	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Median/mediolateral/ sonstige	160 15,4 %	1 0,1 %	0 0,0 %	161 15,5 %
	Nein	4 0,4 %	874 84,1 %	0 0,0 %	878 84,5 %
Gesamt		164 15,8 %	875 84,2 %	0 0,0 %	1.039 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.034/1.039	99,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/1.039	0,5 %
Sensitivität	160/164	97,6 %
Spezifität	874/875	99,9 %
Positiv prädiktiver Wert	160/161	99,4 %
Negativ prädiktiver Wert	874/878	99,5 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch fünf Krankenhäuser mit je einer Abweichung bedingt.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

2.2.8. Datenfeld 84: Dammriss

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.039	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.038	99,9 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Grad III/Grad IV	Nein/Grad I/ Grad II	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Grad III/Grad IV	7 0,7 %	2 0,2 %	0 0,0 %	9 0,9 %
	nein/Grad I/ Grad II	1 0,1 %	1.028 98,9 %	1 0,1 %	1.030 99,1 %
Gesamt		8 0,8 %	1.030 99,1 %	1 0,1 %	1.039 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.035/1.038	99,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/1.038	0,3 %
Sensitivität	7/8	87,5 %
Spezifität	1.028/1.030	99,8 %
Positiv prädiktiver Wert	7/9	77,8 %
Negativ prädiktiver Wert	1.028/1.029	99,9 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch drei Krankenhäuser mit je einer Abweichung bedingt.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

2.2.9. Datenfeld 108: Entlassungsgrund Mutter (Tod)

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.039	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.039	100,0 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Tod	Lebend entlassen	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Tod	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Lebend entlassen	1 0,1 %	1.038 99,9 %	0 0,0 %	1.039 100,0 %
Gesamt		1 0,1 %	1.038 99,9 %	0 0,0 %	1.039 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.038 / 1.039	99,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1 / 1.039	0,1 %
Sensitivität	0 / 1	0,0 %
Spezifität	1.038 / 1.038	100,0 %
positiv prädiktiver Wert	0 / 0	-
negativ prädiktiver Wert	1.038 / 1.039	99,9 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch ein Krankenhaus bedingt.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

2.2.10. Datenfeld 112: Blasensprung vor Wehenbeginn

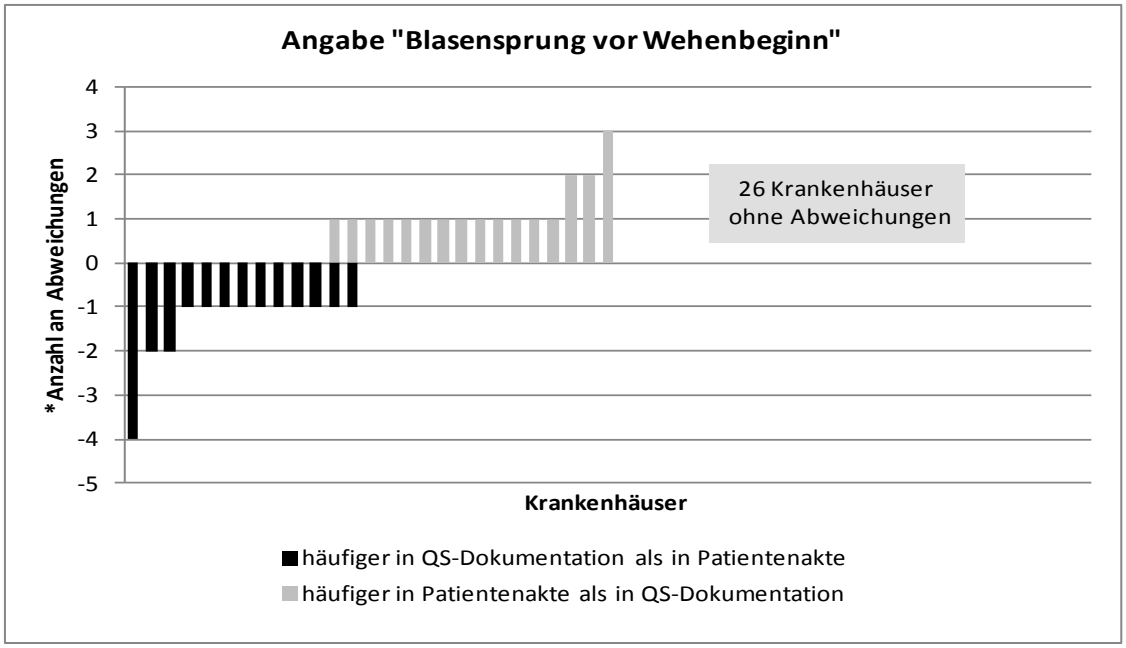
Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.039	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.038	99,9 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	241 23,2 %	18 1,7 %	1 0,1 %	260 25,0 %
	Nein	20 1,9 %	759 73,1 %	0 0,0 %	779 75,0 %
Gesamt		261 25,1 %	777 74,8 %	1 0,1 %	1.039 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1000/1038	96,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	38/1038	3,7 %
Sensitivität	241/261	92,3 %
Spezifität	759/777	97,7 %
Positiv prädiktiver Wert	241/259	93,1 %
Negativ prädiktiver Wert	759/779	97,4 %



2.2.11. Datenfeld 113: Datum des vorzeitigen Blasensprungs

Grundgesamtheit:
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte ein Blasensprung vor Wehenbeginn vorliegt und eine Angabe erfolgte

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	225	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	225/225	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	217/225	96,4 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

2.2.12. Datenfeld 114: Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs

Grundgesamtheit:
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte ein Blasensprung vor Wehenbeginn vorliegt und eine Angabe erfolgte

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	229	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	3	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	226/229	98,7 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	200/224	89,3 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

2.2.13. Datenfeld 115: Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt

Grundgesamtheit:
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte ein Blasensprung vor Wehenbeginn vorliegt und eine Angabe erfolgte

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	11	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	11/11	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	6/11	54,5 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

2.2.14. Datenfeld 116: Zeitpunkt der ersten Antibiotika-Gabe nach vorzeitigem Blasensprung

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte ein Blasensprung vor Wehenbeginn vorliegt und eine Angabe erfolgte

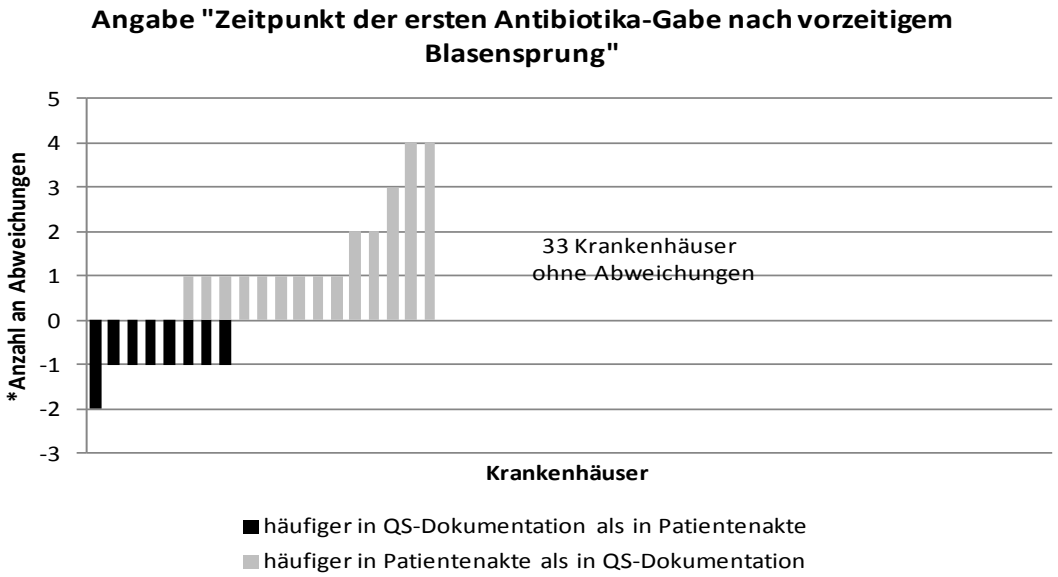
	Anzahl	%
Untersuchte Akten	217	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	215	99,1 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Innerhalb von 24 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung	Keine Gabe von Antibiotika/ später als 24 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung/ Zeitspanne von vorzeitigem Blasensprung bis Antibiotika-Gabe nicht bestimmbar	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Innerhalb von 24 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung	143 65,9 %	9 4,1 %	2 0,9 %	154 71,0 %
	Keine Gabe von Antibiotika/später als 24 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung/Zeitspanne von vorzeitigem Blasensprung bis Antibiotika-Gabe nicht bestimmbar	24 11,1 %	39 18,0 %	0 0,0 %	63 29,0 %
Gesamt		167 77,0 %	48 22,1 %	2 0,9 %	217 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	182/215	84,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	33/215	15,3 %
Sensitivität	143/167	85,6 %
Spezifität	39/48	81,3 %
Positiv prädiktiver Wert	143/152	94,1 %
Negativ prädiktiver Wert	39/63	61,9 %

© 2013 AQUA-Institut GmbH


Angabe "Zeitpunkt der ersten Antibiotika-Gabe nach vorzeitigem Blasensprung"
*Anzahl an Abweichungen
5
4
3
2
1
0
-1
-2
-3
33 Krankenhäuser ohne Abweichungen
Krankenhäuser
häufiger in QS-Dokumentation als in Patientenakte
häufiger in Patientenakte als in QS-Dokumentation

2.2.15. Datenfeld 134: Entbindungsmodus

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.039	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.039	100,0 %

		In Patientenakte					Gesamt
		Spontane Entbindung	Sectio caesarea	Vaginal operativ	Sonstiges	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Spontane Entbindung	532 51,2 %	0 0,0 %	2 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	534 51,4 %
	Sectio caesarea	1 0,1 %	444 42,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	445 42,8 %
	Vaginal operativ	0 0,0 %	0 0,0 %	59 5,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	59 5,7 %
	Sonstiges	1 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,1 %
Gesamt		534 51,4 %	444 42,7 %	61 5,9 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1.039 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.035 / 1.039	99,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4 / 1.039	0,4 %

© 2013 AQUA-Institut GmbH

2.2.16. Datenfeld 137: Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)

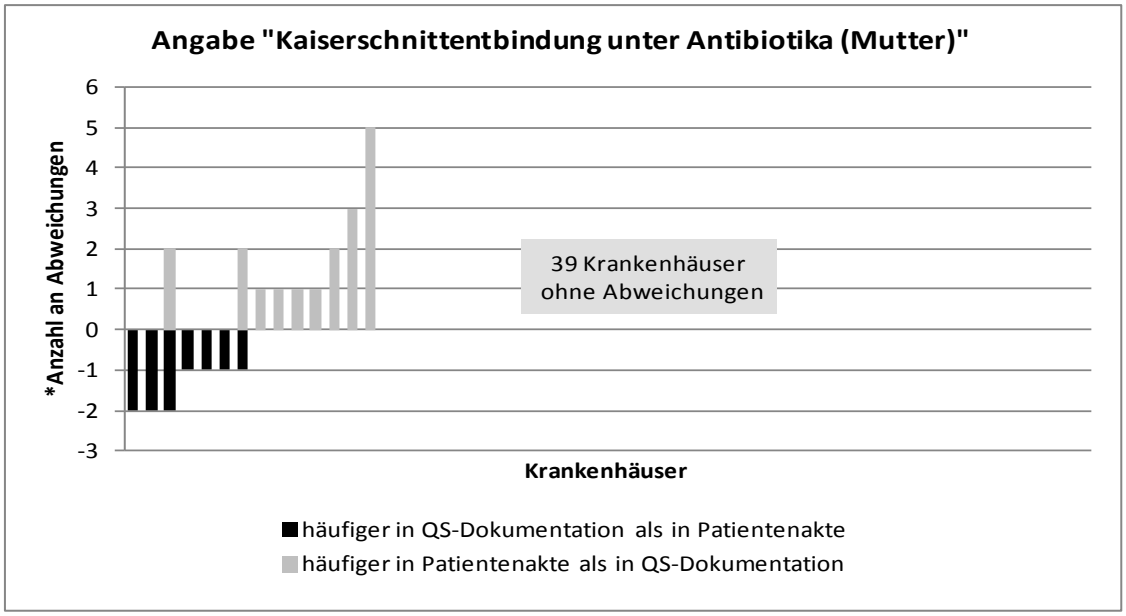
Grundgesamtheit:
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Sectio caesarea erfolgte

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	444	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	444	100,0 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja, prophylaktische Gabe/ja, laufende antibiotische Therapie	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja, prophylaktische Gabe/ja, laufende antibiotische Therapie	403 90,8 %	10 2,3 %	5 1,1 %	418 94,1 %
	Nein	18 4,1 %	8 1,8 %	0 0,0 %	26 5,9 %
Gesamt		421 94,8 %	18 4,1 %	5 1,1 %	444 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	411/439	93,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	28/439	6,4 %
Sensitivität	403/421	95,7 %
Spezifität	8/18	44,4 %
Positiv prädiktiver Wert	403/413	97,6 %
Negativ prädiktiver Wert	8/26	30,8 %



2.2.17. Datenfeld 141: E-E-Zeit bei Notsektio

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation eine Notsektio vorliegt

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	21	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	2	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	19/21	90,5 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	13/19	68,4 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

2.2.18. Datenfeld 158: APGAR (nach 5 min)

Grundgesamtheit:
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Angabe erfolgte

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.018	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.017	99,9 %

		In Patientenakte												Gesamt
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	0	23 2,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	24 2,4 %
	1	0 0,0 %	2 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,2 %
	2	0 0,0 %	0 0,0 %	4 0,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 0,4 %
	3	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 0,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 0,4 %
	4	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 0,3 %
	5	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	7 0,7 %	1 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	8 0,8 %
	6	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	20 2,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,1 %	21 2,1 %
	7	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	43 4,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	43 4,2 %
	8	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	95 9,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	95 9,3 %
	9	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,1 %	2 0,2 %	186 18,3 %	2 0,2 %	0 0,0 %	191 18,8 %
	10	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,1 %	622 61,1 %	0 0,0 %	623 61,2 %
Gesamt		23 2,3 %	2 0,2 %	4 0,4 %	4 0,4 %	4 0,4 %	7 0,7 %	21 2,1 %	44 4,3 %	97 9,5 %	187 18,4 %	624 61,3 %	1 0,1 %	1.018 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.009 / 1.017	99,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8 / 1.017	0,8 %

© 2013 AQUA-Institut GmbH

2.2.19. Datenfeld 160: Gewicht des Kindes

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	1.039	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	1	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	1.038 / 1.039	99,9 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	1.024 / 1.038	98,7 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

2.2.20. Datenfeld 163: Blutgasanalyse Nabelschnurarterie

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

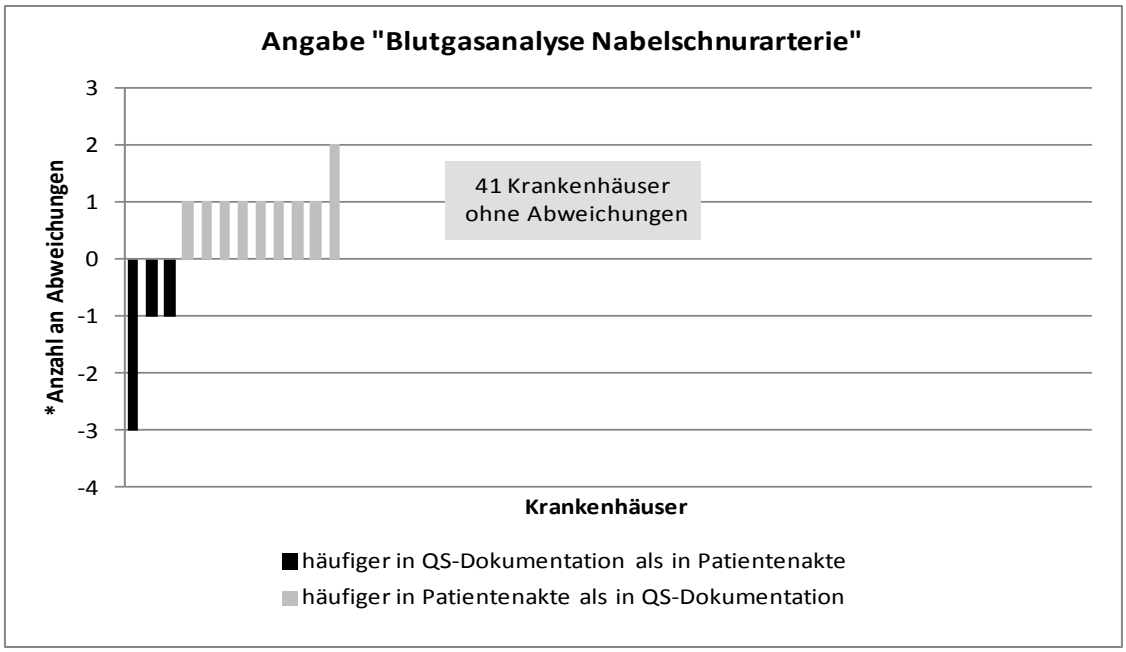
	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.039	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.037	99,8 %

		in Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	974 93,7 %	5 0,5 %	2 0,2 %	981 94,4 %
	Nein	10 1,0 %	48 4,6 %	0 0,0 %	58 5,6 %
Gesamt		984 94,7 %	53 5,1 %	2 0,2 %	1.039 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.022 / 1.037	98,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	15 / 1.037	1,4 %
Sensitivität	974 / 984	99,0 %
Spezifität	48 / 53	90,6 %
Positiv prädiktiver Wert	974 / 979	99,5 %
Negativ prädiktiver Wert	48 / 58	82,8 %

© 2013 AQUA-Institut GmbH



2.2.21. Datenfeld 164: Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Angabe erfolgte

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	687	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	7	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	680/687	99,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	557/680	81,9 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

2.2.22. Datenfeld 165: pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Angabe erfolgte

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	870	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	1	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	869/870	99,9 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	868/869	99,9 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

2.2.23. Datenfeld 176: Totgeburt

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	1.039	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	1.039	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	34 3,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	34 3,3 %
	Nein	0 0,0 %	1.005 96,7 %	0 0,0 %	1.005 96,7 %
Gesamt		34 3,3 %	1.005 96,7 %	0 0,0 %	1.039 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.039 / 1.039	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 / 1.039	0,0 %
Sensitivität	34 / 34	100,0 %
Spezifität	1.005 / 1.005	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	34 / 34	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	1.005 / 1.005	100,0 %

2.2.24. Datenfeld 186: Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	1.039	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	1.039 / 1.039	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	942 / 1.039	90,7 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

3. Umfassende Datenvalidierung: Herztransplantation

3.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Es wurden keine weiteren Auffälligkeitskriterien definiert.

3.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

3.2.1. Datenfeld 15: Dringlichkeit

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	40	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	40	100,0 %

		In Patientenakte				Gesamt
		High urgency	Urgent	Elektiv	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	High urgency	27 67,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	27 67,5 %
	Urgent	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Elektiv	0 0,0 %	0 0,0 %	13 32,5 %	0 0,0 %	13 32,5 %
Gesamt		27 67,5 %	0 0,0 %	13 32,5 %	0 0,0 %	40 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	40/40	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/40	0,0 %

© 2013 AQUA-Institut GmbH

3.2.2. Datenfeld 26: aktuelle mechanische Kreislaufunterstützung

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	40	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	40	100,0 %

		in Patientenakte							Gesamt
		keine	LVAD	BVAD	TAH	ECMO	IABP	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Keine	23 57,5 %	1 2,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	24 60,0 %
	LVAD	0 0,0 %	11 27,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	11 27,5 %
	BVAD	0 0,0 %	0 0,0 %	2 5,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 5,0 %
	TAH	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	ECMO	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 7,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 7,5 %
	IABP	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
Gesamt		23 57,5 %	12 30,0 %	2 5,0 %	0 0,0 %	3 7,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	40 100,0%

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	39/40	97,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/40	2,5 %

© 2013 AQUA-Institut GmbH

3.2.3. Datenfeld 28: Lungengefäßwiderstand Wert

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen eine freiwillige Angabe erfolgt ist

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	28	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	28/28	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	22/28	78,6 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

3.2.4. Datenfeld 44: Spenderalter

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen eine freiwillige Angabe erfolgt ist

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	40	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	40/40	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	39/40	97,5 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

3.2.5. Datenfeld 45: Geschlecht

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	40	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	40	100,0 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Männlich	Weiblich	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Männlich	23 57,5 %	1 2,5 %	0 0,0 %	24 60,0 %
	Weiblich	1 2,5 %	15 37,5 %	0 0,0 %	16 40,0 %
Gesamt		24 60,0 %	16 40,0 %	0 0,0 %	40 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	38/40	95,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/40	5,0 %
Sensitivität	23/24	95,8 %
Spezifität	15/16	93,8 %
Positiv prädiktiver Wert	23/24	95,8 %
Negativ prädiktiver Wert	15/16	93,8 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch ein Krankenhaus bedingt.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

3.2.6. Datenfeld 51: Katecholamintherapie

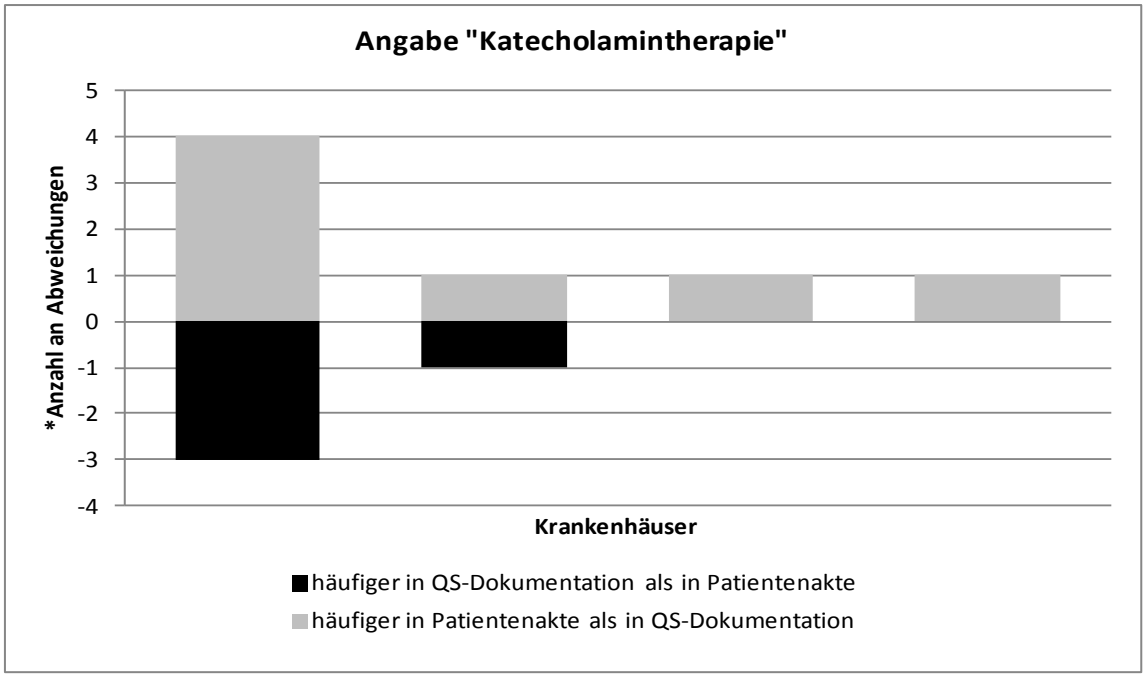
Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	40	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	40	100,0 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	17 42,5 %	4 10,0 %	0 0,0 %	21 52,5 %
	Nein	7 17,5 %	12 30,0 %	0 0,0 %	19 47,5 %
Gesamt		24 60,0 %	16 40,0 %	0 0,0 %	40 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	29/40	72,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11/40	27,5 %
Sensitivität	17/24	70,8 %
Spezifität	12/16	75,0 %
Positiv prädiktiver Wert	17/21	81,0 %
Negativ prädiktiver Wert	12/19	63,2 %



3.2.7. Datenfeld 44: CK-Wert

Grundgesamtheit:
Alle Patienten, bei denen eine freiwillige Angabe erfolgt ist

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	34	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	34/34	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	28/34	82,4 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

3.2.8. Datenfeld 54: Herzstillstand

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	40	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	40	100,0 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	9 22,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	9 22,5 %
	Nein	1 2,5 %	30 75,0 %	0 0,0 %	31 77,5 %
Gesamt		10 25,0 %	30 75,0 %	0 0,0 %	40 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	39/40	97,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/40	2,5 %
Sensitivität	9/10	90,0 %
Spezifität	30/30	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	9/9	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	30/31	96,8 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch ein Krankenhaus bedingt.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

3.2.9. Datenfeld 55: hypotensive Periode

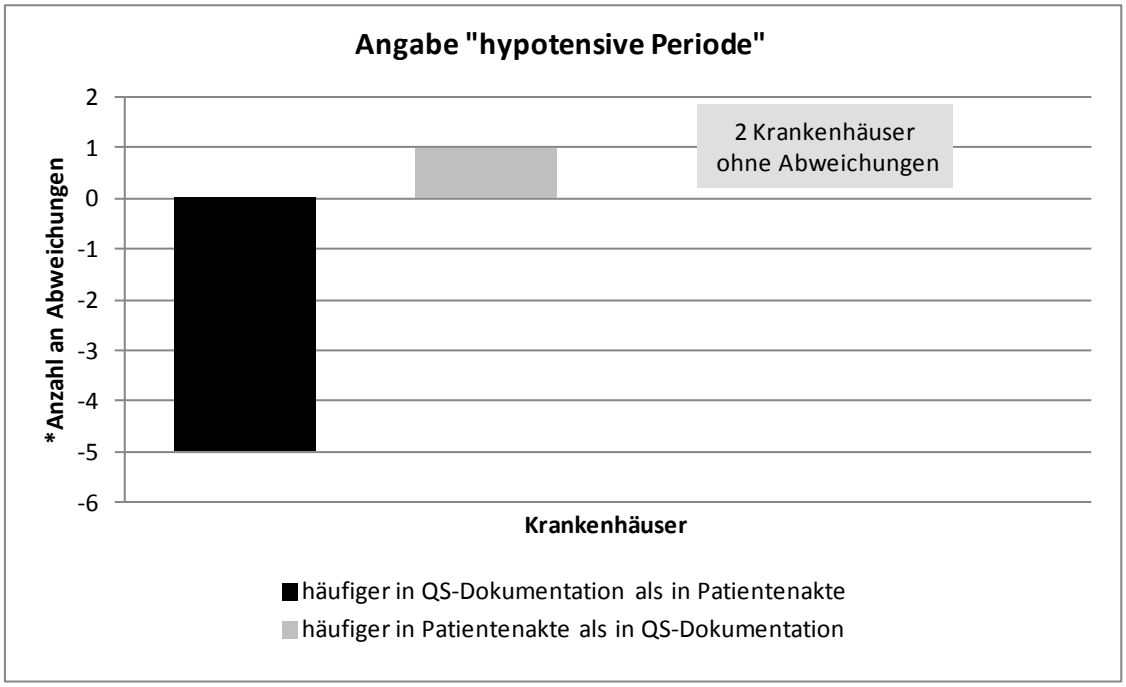
Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	40	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	40	100,0 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	4 10,0 %	5 12,5 %	0 0,0 %	9 22,5 %
	Nein	1 2,5 %	30 75,0 %	0 0,0 %	31 77,5 %
Gesamt		5 12,5 %	35 87,5 %	0 0,0 %	40 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	34/40	85,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/40	15,0 %
Sensitivität	4/5	80,0 %
Spezifität	30/35	85,7 %
Positiv prädiktiver Wert	4/9	44,4 %
Negativ prädiktiver Wert	30/31	96,8 %



3.2.10. Datenfeld 56: Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	40	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	39	97,5 %

		In Patientenakte				Gesamt
		Gut	Mittel	Schlecht	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Gut	36 90,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 2,5 %	37 92,5 %
	Mittel	1 2,5 %	2 5,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 7,5 %
	Schlecht	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
Gesamt		37 92,5 %	2 5,0 %	0 0,0 %	1 2,5 %	40 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	38/39	97,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/39	2,6 %

3.2.11. Datenfeld 57: OP-Datum

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	40	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	40/40	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	39/40	97,5 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

3.2.12. Datenfeld 60: Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	40	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	36	90,0 %

		In Patientenakte				Gesamt
		Gut	Mittel	Schlecht	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Gut	33 82,5 %	1 2,5 %	0 0,0 %	2 5,0 %	36 90,0 %
	Mittel	1 2,5 %	1 2,5 %	0 0,0 %	2 5,0 %	4 10,0 %
	Schlecht	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
Gesamt		34 85,0 %	2 5,0 %	0 0,0 %	4 10,0 %	40 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	34/36	94,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/36	5,6 %

3.2.13. Datenfeld 61: kalte Ischämiezeit

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	40	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	40/40	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	33/40	82,5 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2013 AQUA-Institut GmbH

3.2.14. Datenfeld 73: Entlassungsgrund (Tod)

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	40	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	40	100,0 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	6 15,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	6 15,0 %
	Nein	0 0,0 %	34 85,0 %	0 0,0 %	34 85,0 %
Gesamt		6 15,0 %	34 85,0 %	0 0,0 %	40 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	40/40	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/40	0,0 %
Sensitivität	6/6	100,0 %
Spezifität	34/34	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	6/6	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	34/34	100,0 %

© 2013 AQUA-Institut GmbH

4. Umfassende Datenvalidierung: Lebertransplantation

4.1. Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

4.1.1. Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

850321: Hohe Abweichung zwischen dem angegebenen und dem anhand von Laborwerten berechneten MELD-Score

Zähler	Transplantationen, bei denen der angegebene MELD-Score mindestens 5 Punkte höher liegt als der anhand von Laborwerten berechneten MELD-Score
Nenner	Alle Lebertransplantationen bei Patienten mit einem Alter über 12 Jahren
Referenzbereich	≤0
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

© 2013 AQUA-Institut GmbH

4.1.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
850321: Hohe Abweichung zwischen dem angegebenen und dem anhand von Laborwerten berechneten MELD-Score	14 (58,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	14 (58,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

4.1.3. Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	angeforderte Stellung-nahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges		
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S90	S91	S99
850321: Hohe Abweichung zwischen dem angegebenen und dem anhand von Laborwerten berechneten MELD-Score	14	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (100,0 %)
Gesamt	14	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (100,0 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.2. Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

4.2.1. Datenfeld 10: Indikation zur Lebertransplantation

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	69	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	69/69	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	55/69	79,7 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

4.2.2. Datenfeld 11: wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	69	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	69/69	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	69/69	100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.2.3. Datenfeld 12: Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	69	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	69	100,0 %

		In Patientenakte				Gesamt
		HU (High Urgency)	ACO (Approved Combined Organ)	T (Transplantable)	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	HU (High Urgency)	8 11,6 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	8 11,6 %
	ACO (Approved Combined Organ)	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	T (Transplantable)	1 1,4 %	0 0,0 %	60 87,0 %	0 0,0 %	61 88,4 %
Gesamt		9 13,0 %	0 0,0 %	60 87,0 %	0 0,0 %	69 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	68/69	98,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/69	1,4 %

4.2.4. Datenfeld 13: Bilirubin i.S. in mg/dl

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	69	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	69/69	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	58/69	84,1 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.2.5. Datenfeld 15: Kreatinin i.S. in mg/dl

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	69	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	69/69	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	56/69	81,2 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

4.2.6. Datenfeld 17: INR (International Normalized Ratio)

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	69	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	69/69	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	56/69	81,2 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.2.7. Datenfeld 18: Dialyse oder Hämofiltrationsverfahren

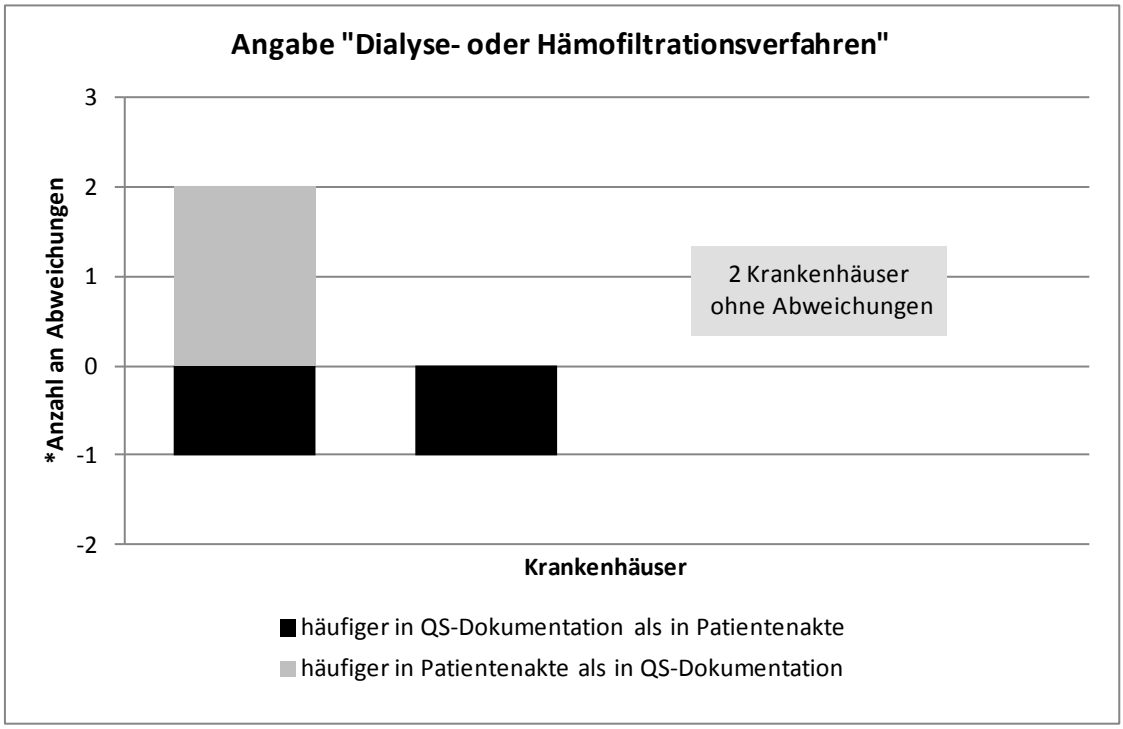
Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	69	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	69	100,0 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	10 14,5 %	2 2,9 %	0 0,0 %	12 17,4 %
	Nein	2 2,9 %	55 79,7 %	0 0,0 %	57 82,6 %
Gesamt		12 17,4 %	57 82,6 %	0 0,0 %	69 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	65/69	94,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4/69	5,8 %
Sensitivität	10/12	83,3 %
Spezifität	55/57	96,5 %
Positiv prädiktiver Wert	10/12	83,3 %
Negativ prädiktiver Wert	55/57	96,5 %



4.2.8. Datenfeld 19: labMELD

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	69	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	69/69	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	55/69	79,7 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

4.2.9. Datenfeld 20: matchMELD

Grundgesamtheit:
Alle Patienten, bei denen die Angabe vorliegt

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	31	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	1	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	30/31	96,8 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	28/30	93,3 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.2.10. Datenfeld 24: Spendertyp

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	69	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	69	100,0 %

		In Patientenakte				Gesamt
		Hirntot	Domino	Lebend	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Hirntot	67 97,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	67 97,1 %
	Domino	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Lebend	0 0,0 %	0 0,0 %	2 2,9 %	0 0,0 %	2 2,9 %
Gesamt		67 97,1 %	0 0,0 %	2 2,9 %	0 0,0 %	69 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	69/69	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/69	0,0 %

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.2.11. Datenfeld 25: Spenderalter

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	69	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	69/69	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	67/69	97,1 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

4.2.12. Datenfeld 27: Operation

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	69	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	69/69	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	69/69	100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.2.13. Datenfeld 28: Retransplantation

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	69	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	69	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	1 1,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,4 %
	Nein	0 0,0 %	68 98,6 %	0 0,0 %	68 98,6 %
Gesamt		1 1,4 %	68 98,6 %	0 0,0 %	69 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	69/69	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/69	0,0 %
Sensitivität	1/1	100,0 %
Spezifität	68/68	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	1/1	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	68/68	100,0 %

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.2.14. Datenfeld 31: kombinierte Transplantation

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	69	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	69	100,0 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	3 4,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 4,3 %
	Nein	0 0,0 %	66 95,7 %	0 0,0 %	66 95,7 %
Gesamt		3 4,3 %	66 95,7 %	0 0,0 %	69 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	69/69	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/69	0,0 %
Sensitivität	3/3	100,0 %
Spezifität	66/66	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	3/3	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	66/66	100,0 %

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.2.15. Datenfeld 32: Spenderorgan

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	69	100,0 %
davon Information aus Patientenakte ersichtlich	69	100,0 %

		In Patientenakte				Gesamt
		full size	reduced	split	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	full size	67 97,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	67 97,1 %
	reduced	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	split	0 0,0 %	0 0,0 %	2 2,9 %	0 0,0 %	2 2,9 %
Gesamt		67 97,1 %	0 0,0 %	2 2,9 %	0 0,0 %	69 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	69/69	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/69	0,0 %

© 2014 AQUA-Institut GmbH

4.2.16. Datenfeld 33: kalte Ischämiezeit

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl bzw. Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung *(alle Patienten)*	69	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse *(nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)*	69/69	100,0 %
100 % Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	44/69	63,8 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

4.2.17. Datenfeld 36: Entlassungsgrund (Tod)

Grundgesamtheit:
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	69	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	69	100,0 %

		In Patientenakte			Gesamt
		Ja	Nein	Aus PA nicht ersichtlich*	
In QS-Dokumentation	Ja	4 5,8 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 5,8 %
	Nein	0 0,0 %	65 94,2 %	0 0,0 %	65 94,2 %
Gesamt		4 5,8 %	65 94,2 %	0 0,0 %	69 100,0 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	69/69	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/69	0,0 %
Sensitivität	4/4	100,0 %
Spezifität	65/65	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	4/4	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	65/65	100,0 %

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5. Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

5.1.1. Verstetigte Auffälligkeitskriterien

Leistungsbereich	AK-ID	Bezeichnung
09n1	813070	Häufig führendes Symptom „sonstiges“
09n1	813071	Häufig führende Indikation „sonstige“
10/2	815004	Keine Angabe von perioperativen Komplikationen (Schlaganfall, Tod) bei hohem perioperativen Komplikationsrisiko – offen-chirurgisch
12/1	850189	Keine allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen
12/1	850192	Keine Reinterventionen
15/1	811823	Alle Krankenhäuser mit Patientinnen ≥ 60 Jahren mit isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund „Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“
15/1	850312	Keine Organverletzungen bei hoher Verweildauer
16/1	813121	Auffallend wenige Wochenbettkomplikationen der Mutter
17/1	813191	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
17/2	813126	ASA 5 bei elektiven Eingriffen
17/2	813129	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
17/3	850204	Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose “Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“
17/3	850205	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
17/5	813128	ASA 5 bei elektiven Eingriffen
17/5	813130	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
18/1	813068	Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie
18/1	813069	Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primär-operative Therapie
21/3	813123	Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen: auffällig hohe Werte
HCH-KCH	813165	Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
HCH-KCH	815002	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
HCH-KCH	850324	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Leistungsbereich	AK-ID	Bezeichnung
HCH-AORT-CHIR	811809	Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
HCH-AORT-CHIR	815005	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
HCH-AORT-CHIR	850332	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
HCH-AORT-KATH	850282	Risikoadjustierung nach dem AKL-Score vermehrt nicht möglich
HCH-AORT-KATH	850288	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
HCH-AORT-KATH	850323	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
HCH-KOMB	850325	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
NEO	850201	Keine Angabe von intra- und periventrikulären Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei Kindern mit einem hohen Risiko für diese Ereignisse
NEO	850202	Keine Angabe von höhergradiger Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) bei Kindern mit einem hohen Risiko für dieses Ereignis
NEO	850203	Auffällig häufig Angabe von Entlassung/Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf, ohne das eine Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) vorliegt

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5.1.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

Leistungs-bereich	AK-ID	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
09n1	813070	14	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	13 (92,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)
09n1	813071	11	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)	10 (90,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)
10/2	815004	24	0 (0,0 %)	4 (16,7 %)	20 (83,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850189	89	0 (0,0 %)	2 (2,2 %)	87 (97,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,1 %)
12/1	850192	112	0 (0,0 %)	7 (6,3 %)	105 (93,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (2,7 %)
15/1	811823	22	0 (0,0 %)	3 (13,6 %)	19 (86,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,5 %)
15/1	850312	127	0 (0,0 %)	30 (23,6 %)	97 (76,4 %)	0 (0,0 %)	1 (0,8 %)	0 (0,0 %)	2 (1,6 %)
16/1	813121	97	0 (0,0 %)	27 (27,8 %)	70 (72,2 %)	0 (0,0 %)	1 (1,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,0 %)
17/1	813191	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/2	813126	21	0 (0,0 %)	6 (28,6 %)	15 (71,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/2	813129	26	0 (0,0 %)	1 (3,8 %)	25 (96,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (7,7 %)
17/3	850204	125	0 (0,0 %)	11 (8,8 %)	114 (91,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (1,6 %)
17/3	850205	19	0 (0,0 %)	7 (36,8 %)	12 (63,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	813128	10	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)	9 (90,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (10 %)
17/5	813130	71	0 (0,0 %)	3 (4,2 %)	68 (95,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,4 %)
18/1	813068	37	0 (0,0 %)	1 (2,7 %)	36 (97,3 %)	0 (0,0 %)	1 (2,7 %)	0 (0,0 %)	3 (8,1 %)
18/1	813069	32	0 (0,0 %)	6 (18,8 %)	26 (81,3 %)	0 (0,0 %)	1 (3,1 %)	0 (0,0 %)	1 (3,1 %)
21/3	813123	32	0 (0,0 %)	2 (6,3 %)	30 (93,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-KCH	813165	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Leistungs-bereich	AK-ID	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
HCH-KCH	815002	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-KCH	850324	0	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-CHIR	811809	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-CHIR	815005	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-CHIR	850332	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850282	17	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)	16 (94,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850288	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850323	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-KOMB	850325	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
NEO	850201	41	0 (0,0 %)	1 (2,4 %)	40 (97,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,4 %)
NEO	850202	54	0 (0,0 %)	5 (9,3 %)	48 (88,9 %)	1 (1,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,9 %)
NEO	850203	23	0 (0,0 %)	2 (8,7 %)	21 (91,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt		1.037	0 (0,0 %)	122 (11,8 %)	914 (88,1 %)	1 (0,1 %)	4 (0,4 %)	0 (0,0 %)	22 (2,1 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5.1.3. Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	82	0 (0,0 %)	38 (46,3 %)	44 (53,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	151	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	151 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	27	0 (0,0 %)	4 (14,8 %)	23 (85,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	24	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	24 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	6	0 (0,0 %)	3 (50,0 %)	3 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	10	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	105	0 (0,0 %)	1 (1,0 %)	104 (99,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	24	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	24 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	178	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	178 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	225	0 (0,0 %)	23 (10,2 %)	202 (89,8 %)	0 (0,0 %)	1 (0,4 %)	0 (0,0 %)	19 (8,4 %)
Rheinland-Pfalz	41	0 (0,0 %)	35 (85,4 %)	6 (14,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (88,9 %)	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	48	0 (0,0 %)	1 (2,1 %)	47 (97,9 %)	0 (0,0 %)	2 (4,2 %)	0 (0,0 %)	2 (4,2 %)
Sachsen-Anhalt	29	0 (0,0 %)	3 (10,3 %)	26 (89,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	21	0 (0,0 %)	1 (4,8 %)	20 (95,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	16	0 (0,0 %)	12 (75,0 %)	4 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	41	0 (0,0 %)	1 (2,4 %)	40 (97,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	1.037	0 (0,0 %)	122 (11,8 %)	914 (88,1 %)	1 (0,1 %)	4 (0,4 %)	0 (0,0 %)	22 (2,1 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5.1.4. Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

Leistungs-bereich	AK-ID	Ange-forderte Stellung-nahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges		
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S90	S91	S99
09n1	813070	13	7 (53,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (46,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09n1	813071	10	2 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (80,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
10/2	815004	20	18 (90,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,0 %)	1 (5,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850189	87	73 (83,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	11 (12,6 %)	1 (1,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (2,3 %)
12/1	850192	105	88 (83,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	12 (11,4 %)	2 (1,9 %)	2 (1,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,0 %)
15/1	811823	19	9 (47,4 %)	0 (0,0 %)	1 (5,3 %)	7 (36,8 %)	2 (10,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
15/1	850312	97	85 (87,6 %)	0 (0,0 %)	1 (1,0 %)	7 (7,2 %)	3 (3,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,0 %)
16/1	813121	70	30 (42,9 %)	0 (0,0 %)	2 (2,9 %)	34 (48,6 %)	4 (5,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/1	813191	9	4 (44,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (55,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/2	813126	15	3 (20,0 %)	0 (0,0 %)	2 (13,3 %)	9 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (6,7 %)
17/2	813129	25	17 (68,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (24,0 %)	1 (4,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/3	850204	114	48 (42,1 %)	0 (0,0 %)	4 (3,5 %)	36 (31,6 %)	2 (1,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	24 (21,1 %)
17/3	850205	12	8 (66,7 %)	0 (0,0 %)	1 (8,3 %)	3 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	813128	9	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (88,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	813130	68	44 (64,7 %)	0 (0,0 %)	1 (1,5 %)	17 (25,0 %)	4 (5,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (2,9 %)
18/1	813068	36	9 (25,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,8 %)	22 (61,1 %)	2 (5,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (5,6 %)
18/1	813069	26	19 (73,1 %)	0 (0,0 %)	3 (11,5 %)	4 (15,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Leistungs-bereich	AK-ID	Ange-forderte Stellung-nahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges		
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S90	S91	S99
21/3	813123	30	22 (73,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (13,3 %)	3 (10 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,3 %)
HCH-KCH	813165	3	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-KCH	815002	4	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-KCH	850324	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HCH-AORT-CHIR	811809	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-CHIR	815005	3	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-CHIR	850332	4	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850282	16	6 (37,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (56,3 %)	1 (6,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850288	4	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850323	4	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-KOMB	850325	1	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
NEO	850201	40	36 (90 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (7,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,5 %)	0 (0,0 %)
NEO	850202	48	38 (79,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (12,5 %)	1 (2,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,1 %)	2 (4,2 %)
NEO	850203	21	7 (33,3 %)	0 (0,0 %)	4 (19,0 %)	9 (42,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,8 %)
Gesamt		914	590 (64,6 %)	0 (0,0 %)	20 (2,2 %)	235 (25,7 %)	27 (3,0 %)	2 (0,2 %)	1 (0,1 %)	2 (0,2 %)	37 (4,0 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

5.1.5. Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges		
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S90	S91	S99
Baden-Württemberg	44	28 (63,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	16 (36,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	151	74 (49,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,7 %)	54 (35,8 %)	22 (14,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	23	2 (8,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	19 (82,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (8,7 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	24	19 (79,2 %)	0 (0,0 %)	1 (4,2 %)	4 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	3	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	10	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	104	59 (56,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	42 (40,4 %)	2 (19,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	24	14 (58,3 %)	0 (0,0 %)	3 (12,5 %)	4 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (12,5 %)
Niedersachsen	178	148 (83,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	29 (16,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,6 %)
Nordrhein-Westfalen	202	141 (69,8 %)	0 (0,0 %)	2 (1,0 %)	28 (13,9 %)	2 (1,0 %)	2 (1,0 %)	1 (0,5 %)	0 (0,0 %)	26 (12,9 %)
Rheinland-Pfalz	6	5 (83,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	8	5 (62,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (37,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	47	28 (59,6 %)	0 (0,0 %)	2 (4,3 %)	12 (25,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (10,6 %)
Sachsen-Anhalt	26	25 (96,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	20	14 (70,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,0 %)
Thüringen	4	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	40	22 (55,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	17 (42,5 %)	1 (2,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	914	590 (64,6 %)	0 (0,0 %)	20 (2,2 %)	235 (25,7 %)	27 (3,0 %)	2 (0,2 %)	1 (0,1 %)	2 (0,2 %)	37 (4,0 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6. Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

6.1. Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

6.1.1. Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich

Leistungs-bereich	AK-ID	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
09n1	850097	42	0 (0,0 %)	5 (11,9 %)	37 (88,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (16,7 %)
09n2	850164	21	0 (0,0 %)	8 (38,1 %)	13 (61,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (14,3 %)
09n3	850166	62	0 (0,0 %)	15 (24,2 %)	47 (75,8 %)	0 (0,0 %)	1 (1,6 %)	0 (0,0 %)	12 (19,4 %)
09n4	850193	26	0 (0,0 %)	9 (34,6 %)	17 (65,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,8 %)
09n5	850196	10	0 (0,0 %)	2 (20,0 %)	8 (80 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)
09n6	850197	21	0 (0,0 %)	6 (28,6 %)	15 (71,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (9,5 %)
10n2	850085	30	0 (0,0 %)	6 (20,0 %)	24 (80,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (20,0 %)
12n1	850168	26	0 (0,0 %)	4 (15,4 %)	22 (84,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,8 %)
15n1	850099	19	0 (0,0 %)	2 (10,5 %)	17 (89,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16n1	850081	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)
17n1	850091	34	1 (2,9 %)	4 (11,8 %)	29 (85,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (5,9 %)
17n2	850089	35	0 (0,0 %)	10 (28,6 %)	25 (71,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,9 %)
17n3	850170	79	0 (0,0 %)	21 (26,6 %)	58 (73,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (5,1 %)
17n5	850083	13	0 (0,0 %)	2 (15,4 %)	11 (84,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17n7	850172	35	0 (0,0 %)	10 (28,6 %)	25 (71,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (8,6 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Leistungs-bereich	AK-ID	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
18n1	850093	30	1 (3,3 %)	4 (13,3 %)	25 (83,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (10,0 %)
21n3	850087	44	0 (0,0 %)	5 (11,4 %)	39 (88,6 %)	0 (0,0 %)	1 (2,3 %)	0 (0,0 %)	10 (22,7 %)
DEK	850095	89	2 (2,2 %)	23 (25,8 %)	63 (70,8 %)	1 (1,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (10,1 %)
NEO	850199	59	0 (0,0 %)	26 (44,1 %)	33 (55,9 %)	0 (0,0 %)	1 (1,7 %)	0 (0,0 %)	9 (15,3 %)
PNEU	850101	58	0 (0,0 %)	3 (5,2 %)	55 (94,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (13,8 %)
HCH	850253	0	-	-	-	-	-	-	-
HTX	850239	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
LLS	850241	0	-	-	-	-	-	-	-
LTX	850243	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
LUTX	850245	0	-	-	-	-	-	-	-
NLS	850247	0	-	-	-	-	-	-	-
PNTX	850255	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt		746	4 (0,5 %)	165 (22,1 %)	576 (77,2 %)	1 (0,1 %)	3 (0,4 %)	0 (0,0 %)	83 (11,1 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.1.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	87	0 (0,0 %)	58 (66,7 %)	29 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	188	0 (0,0 %)	62 (33,0 %)	126 (67,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	16	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	16 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	7	1 (14,3 %)	2 (28,6 %)	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	15	0 (0,0 %)	2 (13,3 %)	13 (86,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	24	0 (0,0 %)	5 (20,8 %)	18 (75,0 %)	1 (4,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	15	3 (20,0 %)	0 (0,0 %)	12 (80,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	61	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	61 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	211	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	211 (100,0 %)	0 (0,0 %)	3 (1,4 %)	0 (0,0 %)	80 (37,9 %)
Rheinland-Pfalz	26	0 (0,0 %)	17 (65,4 %)	9 (34,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (11,5 %)
Saarland	8	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)	7 (87,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	28	0 (0,0 %)	5 (17,9 %)	23 (82,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	30	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	30 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	3	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	16	0 (0,0 %)	12 (75,0 %)	4 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	746	4 (0,5 %)	165 (22,1 %)	576 (77,2 %)	1 (0,1 %)	3 (0,4 %)	0 (0,0 %)	83 (11,1 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.1.3. Ergebnisse pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig				Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation		Sonstiges		
			U30	U32	U99	A40	A41	A42	A99	D50	D51	S90	S91	S99
09n1	850097	37	5 (13,5 %)	0 (0,0 %)	2 (5,4 %)	17 (45,9 %)	0 (0,0 %)	4 (10,8 %)	3 (8,1 %)	0 (0,0 %)	1 (2,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (13,5 %)
09n2	850164	13	2 (15,4 %)	0 (0,0 %)	1 (7,7 %)	7 (53,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (7,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (15,4 %)
09n3	850166	47	3 (6,4 %)	0 (0,0 %)	2 (4,3 %)	29 (61,7 %)	0 (0,0 %)	3 (6,4 %)	4 (8,5 %)	0 (0,0 %)	2 (4,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (8,5 %)
09n4	850193	17	1 (5,9 %)	0 (0,0 %)	4 (23,5 %)	7 (41,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (11,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (17,6 %)
09n5	850196	8	2 (25,0 %)	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)	3 (37,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (25,0 %)
09n6	850197	15	2 (13,3 %)	0 (0,0 %)	1 (6,7 %)	9 (60,0 %)	0 (0,0 %)	2 (13,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (6,7 %)
10n2	850085	24	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (8,0 %)	18 (72,0 %)	0 (0,0 %)	2 (8,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (12,0 %)
12n1	850168	22	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (9,1 %)	13 (59,1 %)	0 (0,0 %)	1 (4,5 %)	2 (9,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,5 %)	0 (0,0 %)	3 (13,6 %)
15n1	850099	17	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (17,6 %)	9 (52,9 %)	0 (0,0 %)	2 (11,8 %)	2 (11,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16n1	850081	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (22,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)
17n1	850091	29	2 (6,7 %)	0 (0,0 %)	2 (6,7 %)	16 (53,3 %)	0 (0,0 %)	2 (6,7 %)	3 (10,0 %)	1 (3,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (10,0 %)
17n2	850089	25	1 (3,8 %)	0 (0,0 %)	2 (11,5 %)	12 (46,2 %)	0 (0,0 %)	2 (7,7 %)	4 (15,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,8 %)	3 (11,5 %)
17n3	850170	58	5 (8,6 %)	1 (1,7 %)	2 (3,4 %)	30 (51,7 %)	0 (0,0 %)	5 (8,6 %)	5 (8,6 %)	1 (1,7 %)	1 (1,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (13,8 %)
17n5	850083	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (18,2 %)	6 (54,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)
17n7	850172	25	1 (4,0 %)	0 (0,0 %)	3 (12,0 %)	13 (52,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (8,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (20,0 %)
18n1	850093	25	2 (7,7 %)	0 (0,0 %)	2 (7,7 %)	17 (65,4 %)	0 (0,0 %)	2 (7,7 %)	1 (3,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (3,8 %)	0 (0,0 %)	1 (3,8 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig				Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation		Sonstiges		
			U30	U32	U99	A40	A41	A42	A99	D50	D51	S90	S91	S99
21n3	850087	39	5 (12,8 %)	0 (0,0 %)	1 (2,6 %)	25 (64,1 %)	0 (0,0 %)	3 (7,7 %)	3 (7,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (5,1 %)
DEK	850095	63	4 (6,1 %)	0 (0,0 %)	3 (4,5 %)	42 (63,6 %)	0 (0,0 %)	2 (3,0 %)	1 (1,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (3,0 %)	0 (0,0 %)	11 (18,2 %)
NEO	850199	33	3 (9,1 %)	1 (3,0 %)	4 (12,1 %)	18 (54,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,0 %)	0 (0,0 %)	2 (6,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (12,1 %)
PNEU	850101	55	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (3,6 %)	38 (69,1 %)	1 (1,8 %)	1 (1,8 %)	7 (12,7 %)	0 (0,0 %)	1 (1,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (9,1 %)
HCH	850253	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HTX	850239	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
LLS	850241	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LTX	850243	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
LUTX	850245	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NLS	850247	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PNTX	850255	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt		576	38 (6,6 %)	2 (0,3 %)	40 (6,9 %)	339 (58,9 %)	1 (0,2 %)	31 (5,4 %)	44 (7,6 %)	2 (0,3 %)	9 (1,6 %)	2 (0,3 %)	1 (0,2 %)	67 (11,6 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.1.4. Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig				Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation		Sonstiges		
		U30	U32	U99	A40	A41	A42	A99	D50	D51	S90	S91	S99
Baden-Württemberg	29	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (10,3 %)	24 (82,8 %)	0 (0,0 %)	2 (6,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	126	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	104 (82,5 %)	0 (0,0 %)	17 (13,5 %)	5 (4,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	16	7 (43,8 %)	0 (0,0 %)	1 (6,3 %)	7 (43,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (6,3 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	7	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (71,4 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	13	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	13 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	18	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	16 (88,9 %)	0 (0,0 %)	2 (11,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	12	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (16,7 %)	0 (0,0 %)	1 (8,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	61	2 (3,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	55 (90,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (3,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (3,3 %)
Nordrhein-Westfalen	211	25 (11,8 %)	0 (0,0 %)	13 (6,2 %)	94 (44,5 %)	0 (0,0 %)	3 (1,4 %)	27 (12,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (0,9 %)	0 (0,0 %)	47 (22,3 %)
Rheinland-Pfalz	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (77,8 %)	0 (0,0 %)	2 (22,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	7	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	5 (71,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	23	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	12 (52,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (39,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (8,7 %)
Sachsen-Anhalt	30	3 (10,0 %)	0 (0,0 %)	7 (23,3 %)	6 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (46,7 %)
Schleswig-Holstein	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)
Thüringen	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	576	38 (6,6 %)	2 (0,3 %)	40 (6,9 %)	339 (58,9 %)	1 (0,2 %)	31 (5,4 %)	44 (7,6 %)	2 (0,3 %)	9 (1,6 %)	2 (0,3 %)	1 (0,2 %)	67 (11,6 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.2. Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

6.2.1. Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich

Leistungs-bereich	AK-ID	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
09n1	850098	16	0 (0,0 %)	7 (43,8 %)	9 (56,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09n2	850165	13	0 (0,0 %)	2 (15,4 %)	11 (84,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09n3	850167	3	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09n4	850194	8	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)	7 (87,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09n5	850195	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)
09n6	850198	2	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
10n2	850086	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12n1	850169	9	0 (0,0 %)	5 (55,6 %)	4 (44,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)
15n1	850100	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16n1	850082	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17n1	850092	17	1 (5,9 %)	8 (47,1 %)	8 (47,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17n2	850090	8	0 (0,0 %)	2 (25,0 %)	6 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17n3	850171	4	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)
17n5	850084	7	0 (0,0 %)	3 (42,9 %)	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17n7	850173	3	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
18n1	850094	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
21n3	850088	17	0 (0,0 %)	4 (23,5 %)	13 (76,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (11,8 %)
DEK	850096	10	0 (0,0 %)	6 (60,0 %)	4 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Leistungs-bereich	AK-ID	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
NEO	850200	27	0 (0,0 %)	10 (37,0 %)	17 (63,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,7 %)
PNEU	850102	36	0 (0,0 %)	8 (22,2 %)	28 (77,8 %)	0 (0,0 %)	1 (2,8 %)	0 (0,0 %)	1 (2,8 %)
HCH	850254	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HTX	850240	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
LLS	850242	0	-	-	-	-	-	-	-
LTX	850244	0	-	-	-	-	-	-	-
LUTX	850246	0	-	-	-	-	-	-	-
NLS	850248	0	-	-	-	-	-	-	-
PNTX	850256	0	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		198	1 (0,5 %)	64 (32,3 %)	133 (67,2 %)	0 (0,0 %)	1 (0,5 %)	0 (0,0 %)	7 (3,5 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.2.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	19	0 (0,0 %)	8 (42,1 %)	11 (57,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	27	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	27 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	0	-	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	1	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	22	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	22 (95,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	4	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	14	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	54	0 (0,0 %)	40 (74,1 %)	14 (25,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (9,3 %)
Rheinland-Pfalz	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)
Saarland	0	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen	18	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	18 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,6 %)	0 (0,0 %)	1 (5,6 %)
Sachsen-Anhalt	7	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	7	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)	5 (71,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	6	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	198	1 (0,5 %)	64 (32,3 %)	133 (67,2 %)	0 (0,0 %)	1 (0,5 %)	0 (0,0 %)	7 (3,5 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.2.3. Ergebnisse pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig				Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation		Sonstiges		
			U30	U32	U99	A40	A41	A42	A99	D50	D51	S90	S91	S99
09n1	850098	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)	5 (55,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (22,2 %)
09n2	850165	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)	9 (81,8 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09n3	850167	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09n4	850194	7	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09n5	850195	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09n6	850198	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10n2	850086	1	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12n1	850169	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)
15n1	850100	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16n1	850082	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17n1	850092	8	1 (12,5 %)	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)	3 (37,5 %)	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)	1 (12,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)	0 (0,0 %)
17n2	850090	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)
17n3	850171	3	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)
17n5	850084	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17n7	850173	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18n1	850094	5	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)	2 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)
21n3	850088	13	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (69,2 %)	0 (0,0 %)	1 (7,7 %)	1 (7,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (15,4 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig				Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation		Sonstiges		
			U30	U32	U99	A40	A41	A42	A99	D50	D51	S90	S91	S99
DEK	850096	4	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
NEO	850200	17	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (11,8 %)	8 (47,1 %)	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (11,8 %)	1 (5,9 %)	0 (0,0 %)	3 (17,6 %)
PNEU	850102	28	1 (3,6 %)	0 (0,0 %)	1 (3,6 %)	19 (67,9 %)	0 (0,0 %)	4 (14,3 %)	1 (3,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (7,1 %)
HCH	850253	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HTX	850239	4	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
LLS	850241	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LTX	850243	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LUTX	850245	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NLS	850247	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PNTX	850255	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		133	9 (6,8 %)	0 (0,0 %)	9 (6,8 %)	80 (60,2 %)	0 (0,0 %)	10 (7,5 %)	7 (5,3 %)	0 (0,0 %)	2 (1,5 %)	1 (0,8 %)	2 (1,5 %)	13 (9,8 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.2.4. Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig				Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation		Sonstiges		
		U30	U32	U99	A40	A41	A42	A99	D50	D51	S90	S91	S99
Baden-Württemberg	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)	10 (90,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	27	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	21 (77,8 %)	0 (0,0 %)	6 (22,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	22	1 (4,5 %)	0 (0,0 %)	2 (9,1 %)	12 (54,5 %)	0 (0,0 %)	2 (9,1 %)	3 (13,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (9,1 %)
Mecklenburg-Vorpommern	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	14	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	12 (85,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	14	3 (21,4 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	5 (35,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	4 (28,6 %)
Rheinland-Pfalz	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen	18	4 (22,2 %)	0 (0,0 %)	2 (11,1 %)	5 (27,8 %)	0 (0,0 %)	2 (11,1 %)	2 (11,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,6 %)	2 (11,1 %)
Sachsen-Anhalt	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)
Thüringen	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AQUA-Institut	7	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (85,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	133	9 (6,8 %)	0 (0,0 %)	9 (6,8 %)	80 (60,2 %)	0 (0,0 %)	10 (7,5 %)	7 (5,3 %)	0 (0,0 %)	2 (1,5 %)	1 (0,8 %)	2 (1,5 %)	13 (9,8 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.3. Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz

6.3.1. Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich

Leistungs-bereich	AK-ID	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
09n1	850217	0	-	-	-	-	-	-	-
09n2	850218	1	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09n3	850219	9	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)	8 (88,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09n4	850220	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09n5	850221	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09n6	850222	7	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)	5 (71,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
10n2	850223	12	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	12 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (8,3 %)
12n1	850224	0	-	-	-	-	-	-	-
15n1	850225	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16n1	850226	0	-	-	-	-	-	-	-
18n1	850227	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	11 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
21n3	850228	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
DEK	850230	0	-	-	-	-	-	-	-
PNEU	850229	20	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	20 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH	850281	0	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		70	0 (0,0 %)	4 (5,7 %)	66 (94,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,4 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.3.2. Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechne-rische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	11	0 (0,0 %)	2 (18,2 %)	9 (81,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	0	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	8	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	0	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	11 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	14	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)
Rheinland-Pfalz	2	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	0	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	0	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	70	0 (0,0 %)	4 (5,7 %)	66 (94,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,4 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.3.3. Ergebnisse pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig				Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation		Sonstiges		
			U30	U32	U99	A40	A41	A42	A99	D50	D51	S90	S91	S99
09/1	850217	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
09/2	850218	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
09/3	850219	8	4 (50,0 %)	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)	2 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)
09/4	850220	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/5	850221	2	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/6	850222	5	4 (80,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
10/2	850223	12	6 (50,0 %)	0 (0,0 %)	3 (25,0 %)	3 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850224	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15/1	850225	3	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16/1	850226	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18/1	850227	11	6 (54,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (27,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (18,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
21/3	850228	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
DEK	850230	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PNEU	850229	20	13 (65,0 %)	0 (0,0 %)	2 (10,0 %)	5 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH	850281	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		66	36 (54,5 %)	0 (0,0 %)	6 (9,1 %)	19 (28,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (6,1 %)	0 (0,0 %)	1 (1,5 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.3.4. Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig				Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation		Sonstiges		
		U30	U32	U99	A40	A41	A42	A99	D50	D51	S90	S91	S99
Baden-Württemberg	9	7 (77,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (22,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	5	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	3	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	1	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	8	4 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	11	5 (45,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (54,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	14	6 (42,9 %)	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)	2 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (28,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Rheinland-Pfalz	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saarland	1	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	6	2 (33,3 %)	0 (0,0 %)	2 (33,3 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)
Sachsen-Anhalt	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	5	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	1	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	66	36 (54,5 %)	0 (0,0 %)	6 (9,1 %)	19 (28,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (6,1 %)	0 (0,0 %)	1 (1,5 %)

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.4. Weitere Auffälligkeitskriterien

6.4.1. Isolierte Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850289: Unterdokumentation endovaskulär
- AK-ID 850290: Überdokumentation endovaskulär
- AK-ID 850291: Unterdokumentation transapikal
- AK-ID 850292: Überdokumentation transapikal

	AK-ID 850289	AK-ID 850290	AK-ID 850291	AK-ID 850292	Gesamt
Referenzbereich	≥ 95 %	≤ 110 %	≥ 95 %	≤ 110 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	91	91	91	91	91
Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser	4	3	7	1	15
Maßnahmen					
Hinweise	0	0	0	0	0
Stellungnahmen	4	3	7	1	15
Weiterführende Maßnahmen					
Anlass für Besprechungen	0	1	1	0	2
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0
Ergebnisse					
Korrekte Dokumentation [U30]	0	0	1	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	4	3	6	1	14

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.4.1. Herztransplantation

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850257: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850258: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850294: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850259: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850257	AK-ID 850258	AK-ID 850294	AK-ID 850259	Gesamt
Referenzbereich	≥ 95 %	≥ 95 %	≤ 5 %	≥ 95 %	
Betrachtete Krankenhäuser	21	22	21	23	23
Rechnerische Auffälligkeiten	2	1	1	1	5
Maßnahmen					
Hinweise	0	0	0	0	0
Stellungnahmen	2	1	1	1	5
Weiterführende Maßnahmen					
Anlass für Besprechungen	1	0	0	0	1
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0
Ergebnisse					
Qualitativ unauffällig [U99]	0	0	0	1	1
Korrekte Dokumentation [U30]	1	0	1	0	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	1	1	0	0	2

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.4.2. Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850266: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850267 : Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850303: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850304: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850266	AK-ID 850267	AK-ID 850303	AK-ID 850304	Gesamt
Referenzbereich	≥ 95 %	≥ 95 %	≤ 5 %	≤ 5 %	
Betrachtete Krankenhäuser	15	12	12	12	15
Rechnerische Auffälligkeiten	1	1	1	2	5
Maßnahmen					
Hinweise	0	0	0	0	0
Stellungnahmen	1	1	1	2	5
Weiterführende Maßnahmen					
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0
Ergebnisse					
Qualitativ unauffällig [U99]	0	0	0	1	1
Korrekte Dokumentation [U30]	0	0	0	1	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	1	1	1	0	3

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.4.3. Lebertransplantation

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850263: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850299: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850264: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850300: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850265: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850301: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850263	AK-ID 850299	AK-ID 850264	AK-ID 850300	AK-ID 850265	AK-ID 850301	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95 %	≤ 5 %	≥ 95 %	≤ 5 %	≥ 95 %	≤ 5 %	
Betrachtete Krankenhäuser	24	24	24	23	23	21	24
Rechnerische Auffälligkeiten	9	1	9	5	6	3	33
Maßnahmen							
Hinweise	9	1	3	1	2	1	17
Stellungnahmen	0	0	6	4	4	2	16
Weiterführende Maßnahmen							
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0	0	0
Ergebnisse							
Hinweis [H20/H99]	9	1	3	1	2	1	17
Korrekte Dokumentation [U30]	0	0	0	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	0	6	4	4	2	16

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.4.4. Leberlebendspende

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850260: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850261: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850262: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850260	AK-ID 850261	AK-ID 850262	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95 %	≥ 95 %	≥ 95 %	
Betrachtete Krankenhäuser	11	11	10	14
Rechnerische Auffälligkeiten	2	3	2	7
Maßnahmen				
Hinweise	2	3	2	7
Stellungnahmen	0	0	0	0
Weiterführende Maßnahmen				
Besprechungen	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0
Ergebnisse				
Hinweis [H20/H99]	2	3	2	7

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.4.5. Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850278: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850308: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850279: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850309: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850280: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850310: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850278	AK-ID 850308	AK-ID 850279	AK-ID 850309	AK-ID 850280	AK-ID 850310	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95 %	≤5 %	≥ 95 %	≤5 %	≥ 95 %	≤5 %	
Betrachtete Krankenhäuser	40	40	40	40	40	40	40
Rechnerische Auffälligkeiten	8	2	10	3	10	6	39
Maßnahmen							
Hinweise	2	0	0	0	0	0	2
Stellungnahmen	6	2	10	3	10	6	37
Weiterführende Maßnahmen							
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0	0	0
Ergebnisse							
Hinweis [H20/H99]	2	0	0	0	0	0	2
Korrekte Dokumentation[U30]	0	1	0	0	0	1	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	6	1	10	3	10	5	35

© 2014 AQUA-Institut GmbH

6.4.6. Nierenlebendspende

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850269: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850270: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850271: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850269	AK-ID 850270	AK-ID 850271	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95 %	≥ 95 %	≥ 95 %	
Betrachtete Krankenhäuser	37	37	37	37
Rechnerische Auffälligkeiten	9	10	9	28
Maßnahmen				
Hinweise	9	8	9	26
Stellungnahmen	0	2	0	2
Weiterführende Maßnahmen				
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0
Ergebnisse				
Hinweis [H20/H99]	9	8	9	26
Korrekte Dokumentation [U30]	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	2	0	2

© 2014 AQUA-Institut GmbH