

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung der Abschlussberichte 2014 zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung jeweils zum Erfassungsjahr 2013

Vom 5. August 2015

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 15 Abs. 2 Satz 1 QSKH-RL in seiner Sitzung am 5. August 2015 die Freigabe der Abschlussberichte 2014 zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung jeweils zum Erfassungsjahr 2013 gemäß **Anlage 1 und 2** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten der Institution nach § 137a SGB V beschlossen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 5. August 2015

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

Klakow-Franck



Abschlussbericht gemäß § 15 Abs. 2 QSKH-RL

Bericht zum Strukturierten Dialog 2014

Erfassungsjahr 2013

Stand: 26. Juni 2015

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Gemeinsamer Bericht zum Strukturierten Dialog 2014 – Erfassungsjahr 2013

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

jährlich

Datum der Abgabe:

13. Mai 2015

Redaktionelle Überarbeitung am 26. Juni 2015

Signatur:

15-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

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Leistungsbereiche in der externen Qualitätssicherung	9
Zusammenfassung	11
1 Einleitung	15
2 Hintergrund und Methodik.....	16
2.1 Zuständigkeiten	17
2.2 Rechnerische Auffälligkeiten.....	18
3 Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten	19
3.1 Fachgruppenarbeit auf Bundes- und Landesebene.....	19
3.2 Umgang mit Krankenhausergebnissen	20
3.3 Einstufungsmöglichkeiten und Bewertungskategorien	21
4 Rechnerische Auffälligkeiten, Maßnahmen und Ergebniseinstufungen	22
4.1 Ermittelte rechnerische Auffälligkeiten	22
4.2 Durchgeführte Maßnahmen	23
4.3 Abschließende Einstufung der rechnerischen Auffälligkeiten	28
4.4 Begründungen zu den Bewertungskategorien	34
4.4.1 Hinweise.....	34
4.4.2. Unauffällige Bewertungen und ihre Begründungen.....	34
4.4.3. Auffällige Bewertungen und ihre Begründungen.....	35
4.4.4. Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	35
4.4.5. Sonstiges.....	36
4.5 Weiterführende Maßnahmen.....	37
4.5.1. Kollegiale Gespräche und Begehungen	37
4.5.2 Zielvereinbarungen und deren Nachverfolgung	37
4.5.3. Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen.....	37
5 Betrachtung der Ergebnisse.....	39
5.1 Ergebnisse nach Leistungsbereichen, Empfehlungen der Bundesebene und Besonderheiten.....	39
5.1.1 Cholezystektomie (12/1).....	39
5.1.2 Karotis-Revaskularisation (10/2)	40
5.1.3 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU).....	41
5.1.4 Herzschrittmacher-Implantation, -Aggregatwechsel, -Revision/-Systemwechsel/ -Explantation (09/1 bis 09/3)	43

5.1.5	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, – Aggregatwechsel, – Revision/ Systemwechsel/Explantation (09/4 bis 09/6)	44
5.1.6	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (21/3)	46
5.1.7	Herzchirurgie (HCH).....	47
5.1.8	Herztransplantation, Lungen- und Herz-Lungentransplantation (HTX/LUTX).....	48
5.1.9	Lebertransplantation, Leberlebendspende (LTX/LLS)	49
5.1.10	Nierentransplantation, Nierenlebendspende, Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation (NTX/NLS/PNTX)	50
5.1.11	Geburtshilfe (16/1)	51
5.1.12	Neonatologie (NEO)	52
5.1.13	Gynäkologische Operationen (15/1).....	53
5.1.14	Mammachirurgie (18/1)	54
5.1.15	Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/1 bis 17/3).....	56
5.1.16	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation, Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/5 und 17/7)	57
5.1.17	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	58
5.2	Fallbeispiele.....	60
5.2.1	Herzchirurgie	60
5.2.2	Herzschrittmacher-Implantation	61
5.3	Landesspezifika	62
5.4	Empfehlungen aus den Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung	63
6	Schlussfolgerung und Ausblick	64
	Glossar.....	66

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) Erfassungsjahr 2013.....	11
Tabelle 2: Maßnahmen und Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	13
Tabelle 3: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs.....	21
Tabelle 4: Rechnerische Auffälligkeiten pro Leistungsbereich über einen 3-Jahres Zeitraum (EJ 2011-EJ 2013).....	22
Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich	24
Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2013)	26
Tabelle 7: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Leistungsbereich	29
Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland.....	33
Tabelle 9: Einstufungs- und Bewertungsschema- überarbeitet; Stand 12/2014	65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) des EJ 2013.....	14
Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs.....	16
Abbildung 3: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure.....	17
Abbildung 4: Strukturiertes Dialog – Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen	19
Abbildung 5: Strukturiertes Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung	20
Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen (gesamt) der Erfassungsjahre 2011 bis 2013	23
Abbildung 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2013, EJ 2012)	27
Abbildung 8: Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD (EJ 2013 und EJ 2012).....	28
Abbildung 9: Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland.....	31
Abbildung 10: Verteilung der Ergebniseinstufungen pro Leistungsbereich.....	32
Abbildung 11: Von Krankenhäusern bekanntgegebene Verbesserungsmaßnahmen (n = 17.233)	38
Abbildung 12: Ergebniseinstufungen der rechnerische Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für 12/1 (2-Jahres-Vergleich).....	40
Abbildung 13: Ergebniseinstufungen der rechnerische Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für 10/2 (2-Jahres-Vergleich).....	41
Abbildung 14: Ergebniseinstufungen der rechnerische Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für PNEU (2-Jahres-Vergleich)	42
Abbildung 15: Ergebniseinstufungen der rechnerische Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für 09/1 bis 09/3 (2-Jahres-Vergleich).....	44
Abbildung 16: Ergebniseinstufungen der rechnerische Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für 09/4 bis 09/6 (2-Jahres-Vergleich).....	45
Abbildung 17: Ergebniseinstufungen der rechnerische Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für 21/3 (2-Jahres-Vergleich).....	47
Abbildung 18: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für HCH (2-Jahres-Vergleich).....	48
Abbildung 19: Ergebniseinstufung nach Abschluss des SD für HTX und LUTX	49
Abbildung 20: Ergebniseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für LTX und LLS (2-Jahres-Vergleich)	50
Abbildung 21: Ergebniseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für NTX und NLS (2-Jahres-Vergleich)	51
Abbildung 22: Ergebniseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für 16/1 (2-Jahres-Vergleich).....	52
Abbildung 23: Ergebniseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für NEO (2-Jahres-Vergleich).....	53
Abbildung 24: Ergebniseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für 15/1 (2-Jahres-Vergleich).....	54

Abbildung 25: Ergebniseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für 18/1 (2-Jahres-Vergleich).....	56
Abbildung 26: Ergebniseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für 17/1 bis 17/3 (2-Jahres-Vergleich).....	57
Abbildung 27: Ergebniseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für 17/5 und 17/7 (2-Jahres-Vergleich).....	58
Abbildung 28: Ergebniseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für DEK (2-Jahres-Vergleich).....	59

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG	Arbeitsgemeinschaft
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ASA	American Society of Anesthesiologists
DDD	Defined Daily Dose (Definierte Tagesdosis)
EJ	Erfassungsjahr
FDP	Flächendosisprodukt
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HSM	Herzschrittmacher
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ID	Identifikationsnummer
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
NASCET	North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial
O/E	Observed to Expected Ratio
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	Perkutane Koronarintervention
PG	Projektgruppe
QI	Qualitätsindikator
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
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
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedure
TEP	Totalendoprothese
VVI	Ventrikel – Ventrikel – Inhibierung (Code für den Betriebsmodus eines Schrittmachers oder implantierbaren Defibrillators)

Leistungsbereiche in der externen Qualitätssicherung

Name des Leistungsbereichs	Abkürzung	Beschreibung
Cholezystektomie	12/1	Chirurgische Entfernung der Gallenblase
Karotis-Revaskularisation	10/2	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Herzschrittmacher-Implantation	09/1	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	09/2	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Herzschrittmacher-Revision/ Systemwechsel/-Explantation	09/3	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	09/4	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	09/5	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	09/6	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	21/3	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	HCH-KCH	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)
Aortenklappenchirurgie, isoliert	HCH-AORT- CHIR HCH-AORT- KATH	Ersatz der Aortenklappe (offen-chirurgisch) Implantation einer Aortenklappe (kathetergestützt)
Kombinierte Koronar- und Aorten- klappenchirurgie	HCH-KOMB	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aortenklappe
Herztransplantation	HTX	Transplantation eines Herzens von einem Organspender zu einem Empfänger
Lungen- und Herz-Lungentrans- plantation	LUTX	Transplantation einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem Organspender zu einem Empfänger
Lebertransplantation	LTX	Transplantation einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
Leberlebendspende	LLS	Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger
Nierentransplantation	NTX	Transplantation einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger

Name des Leistungsbereichs	Abkürzung	Beschreibung
Nierenlebenspende	NLS	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger
Pankreas- und Pankreas-Nieren- transplantation	PNTX	Transplantation der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Transplantation einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere von einem Spender zu einem Empfänger.
Geburtshilfe	16/1	Betreuung der Schwangeren, Geburtsverlauf und Komplikationen
Neonatalogie	NEO	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
Gynäkologische Operationen	15/1	Operationen in der Frauenheilkunde (ohne Hysterektomien)
Mammachirurgie	18/1	Operation an der Brust
Hüftgelenknahe Femurfraktur	17/1	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	17/2	Erstmaliges Einsetzen einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/3	Austausch einer Prothese (Ersatz) oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte bei Komplikationen oder Verschleiß
Knie-Totalendoprothesen- Erstimplantation	17/5	Erstmaliges Einsetzen einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	17/7	Austausch einer Prothese (Ersatz) oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies bei Komplikationen oder Verschleiß
Pflege: Dekubitusprophylaxe	DEK	Vorbeugung eines Druckgeschwürs während eines stationären Aufenthalts

Zusammenfassung

Für das Erfassungsjahr 2013 wurden bundesweit von 1.557 Krankenhäusern 3.153.099 QS-Datensätze übermittelt. Daraus ergaben sich nach Auswertung 17.233 rechnerische Auffälligkeiten bei 263 eingesetzten Qualitätsindikatoren, die es im Strukturierten Dialog zu überprüfen galt. Darauf entfielen für die 10 direkten Leistungsbereiche (Herzchirurgie und Transplantationsverfahren) 255 (1,5 %) rechnerische Auffälligkeiten und auf die 20 indirekten Verfahren auf Länderebene 16.978 (98,5 %) rechnerische Auffälligkeiten.

Aufgrund der 9.975 eingereichten Stellungnahmen wurden mit 100 Krankenhäusern Kollegiale Gespräche geführt und 13 Krankenhäuser wurden im Rahmen einer Vor-Ort Begehung besucht. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden insgesamt 10,2 % der rechnerischen Auffälligkeiten als qualitative Auffälligkeiten konstatiert. Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse im Überblick.

Im Strukturierten Dialog des Vorjahres (Erfassungsjahr 2012) wurde eine neue Einstufungs- und Bewertungssystematik eingesetzt. Deren Anwendung hatte sich für das Erfassungsjahr 2013 bereits erfolgreich etabliert. Dadurch, dass die Bewertungssystematik bereits im zweiten Jahr eingesetzt worden ist, sind teilweise Vergleiche zu Einstufungen und Bewertungen des Vorjahres möglich. Insofern finden sich in diesem Bericht einige Darstellungen und Tabellen, die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2013 sowie die Vorjahresergebnisse zeigen. Grundsätzlich sind Vergleiche jedoch immer vorbehaltlich zu sehen, denn durch Modifizierungen von Rechenregeln, Änderungen von Referenzbereichen, Aussetzen von Qualitätsindikatoren oder sonstige Anpassungen in den einzelnen Leistungsbereichen kann es zu Unterschieden zum Vorjahr bzw. zu den Vorjahren kommen.

Tabelle 1: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) Erfassungsjahr 2013

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	17.233	100 %	17.686	100 %
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen	122	0,7 %	12	0,1 %
Hinweise	7.131	41,4 %	7.459	42,2 %
Stellungnahmen	9.975	57,9 %	10.168	57,5 %
Sonstiges	5	0,0 %	47	0,3 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)				
Anlässe für Besprechungen	236	1,4 %	278	1,6 %
Anlässe für Begehungen	39	0,2 %	43	0,2 %
Zielvereinbarungen	610	3,5 %	714	4,0 %
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten				
Hinweise [H20/H99]	7.027	40,8	7.245	41,0 %
Nach Überprüfung der Stellungnahmen				
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U99]	6.570	38,1	6.401	36,2 %
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.763	10,2	1.805	10,2 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.489	8,7	1.838	10,4 %
Sonstiges [S90/S91/S99]	384	2,2	397	2,2 %

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Begründungen zu den Einstufungen				
Qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation [U31]	454	2,6 %	828	4,7 %
Qualitativ unauffällig: Bedingt durch Einzelfälle [U32]	4.997	29,0 %	5.086	28,8 %
Qualitativ unauffällig: Sonstiger Kommentar [U99]	1.119	6,5 %	487	2,8 %
Qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur-oder Prozessmängel [A41]	1.287	7,5 %	1.357	7,7 %
Qualitativ auffällig: Keine ausreichend erklärenden Gründe [A42]	273	1,6 %	269	1,5 %
Qualitativ auffällig: Sonstiger Kommentar [A99]	203	1,1 %	179	1,0 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation [D50]	1.369	8,0 %	1.766	10,0 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Bedingt durch Softwareprobleme [D51]	55	0,3 %	49	0,3 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Sonstiger Kommentar [D99]	65	0,4 %	23	0,1 %
Sonstiges: Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen [S91]	8	0,0 %	41	0,2 %
Sonstiges: Mit Kommentar [S99]	254	1,5 %	329	1,9 %

Anmerkung: Die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ ist nicht gleichzusetzen mit der Summe aus „H20“ und „H99“. Es wurden zudem teilweise Hinweise versendet (0,7 %) und die rechnerische Auffälligkeit wurde abschließend mit einer der Kategorien U, A oder S eingestuft.

Durch den Einsatz von Qualitätsindizes oder die Aussetzung von Indikatoren, wie z.B. im Leistungsbereich *Gynäkologische Operationen* für die Hysterektomien¹, ist im Vergleich zum Vorjahr die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten von 17.686 auf 17.233 gesunken. Die Anteile der abschließend vergebenen Einstufungs- und Bewertungskategorien sind hingegen nahezu konstant geblieben. (vgl. Abbildung 8).

Eine deutlich verbesserte Dokumentationsqualität wurde in den transplantationsmedizinischen Bereichen durch den Einsatz der Worst-Case-Indikatoren bzgl. der Follow-up-Verfahren erreicht. In einigen Leistungsbereichen ist jedoch auch ein Anstieg an rechnerischen Auffälligkeiten zu beobachten gewesen, wie z.B. im Leistungsbereich *Karotis-Revaskularisation*.

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 2013 zu den Leistungsbereichen *Lungen- und Herz-Lungentransplantation*, *Karotis-Revaskularisation* und *Knie-Totalendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel*.

¹ Die Hysterektomie ist die komplette operative Entfernung des Uterus, gegebenenfalls mit zusätzlicher Entfernung der Adnexe.

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 befindet sich in einem eigenen Bericht.

Tabelle 2: Maßnahmen und Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung zur Plausibilität und Vollständigkeit

Datenvalidierung 2014 (EJ 2013)	Anzahl	Anteil
Rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt)	967	100 %
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	2	0,2 %
Hinweise	183	18,9 %
Stellungnahmen	781	80,8 %
Sonstiges	1	0,1 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)		
Anlass für Besprechung	4	-
Anlass für Begehung	3	-
Zielvereinbarung	38	-
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde		
Korrekte Dokumentation bestätigt	376	48,1 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	376	48,1 %
Keine erklärenden Gründe genannt	15	1,9 %
Sonstiges	14	1,8 %

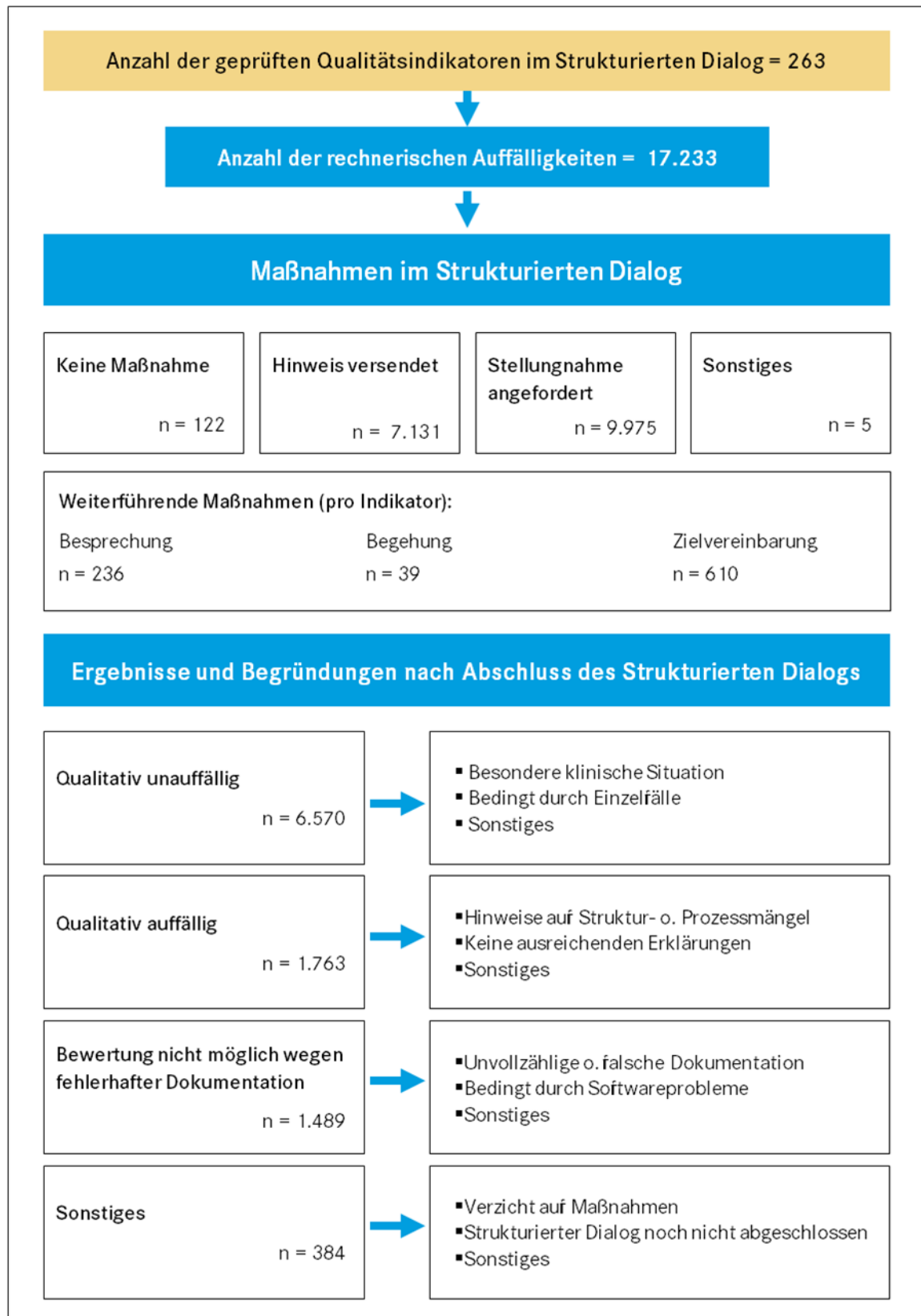


Abbildung 1: Ablauf und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) des EJ 2013

1 Einleitung

Mit dem vorliegenden Bericht erfüllt das AQUA-Institut die Berichtspflicht gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) §15 Absatz 2 gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der Bericht wird nach Prüfung und Freigabe durch den G-BA ebenfalls öffentlich einer interessierten Leserschaft zur Verfügung gestellt. Dazu veröffentlicht das AQUA-Institut diesen Bericht alljährlich auf seiner Homepage (siehe www.sqg.de/ergebnisse/strukturierter-dialog/berichte-strukturierter-dialog).

Der Bericht stellt die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs des Erfassungsjahres 2013 dar. In ihm sind sowohl die Ergebnisse der auf Landesebene erfolgten Strukturierten Dialoge als auch die Ergebnisse der auf Bundesebene ausgeführten Maßnahmen zu finden.

Ziel des Berichts ist es, die Arbeit aller am QS-Verfahren „Strukturierter Dialog“ beteiligten Akteure möglichst umfassend und transparent darzustellen. Anhand des Berichts lassen sich Geschehnisse, Entwicklungen und Tendenzen in den bundesweit verpflichtenden Leistungsbereichen feststellen. Darüber hinaus kann anhand der abschließenden Bewertungen zu den rechnerischen Auffälligkeiten eine Einschätzung zur Behandlungs- und Prozessqualität in den beteiligten Krankenhäusern getroffen werden.

Die Ergebnisse des parallel stattfindenden Datenvalidierungsverfahrens, wie die Statistische Basisprüfung und die Stichprobenprüfung vor Ort, werden in einem separaten Bericht inklusive eines Anhangs dargestellt. Da die Ergebnisse jedoch einen unmittelbaren Zusammenhang haben, finden die wichtigsten Ergebnisse auch in diesem Bericht in Kurzform Beachtung.

Neben der datengestützten Übermittlung von Ergebnissen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2013 aus den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) wurden auch gemäß QSKH-RL §15 Abs. 1–3 die jeweiligen Abschlussberichte der Landesebene als Informationsquelle für diesen Bericht herangezogen. Zunächst werden die Hintergrundinformationen und ab Kapitel 4 dann die aggregierten Ergebnisse in tabellarischer Form dargestellt. Sofern es möglich ist, sind Ergebnisse der Vorjahre berücksichtigt. Insbesondere in Kapitel 5 werden die Ergebnisse jedes Leistungsbereichs zusammenfassend betrachtet. Das komplette Zahlenwerk mit den detaillierten Ergebnissen zu allen überprüften Qualitätsindikatoren befindet sich im Anhang zu diesem Bericht.

Die Ergebnisse des Leistungsbereichs *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* werden aufgrund sehr geringer Fallzahlen kumuliert über zwei Jahre dargestellt. Die Auswertung dazu fand nicht für das Erfassungsjahr 2013 statt. Die Daten werden demnach erst wieder zum Erfassungsjahr 2014 berücksichtigt.

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 – zum Nutzen und Wohle 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.

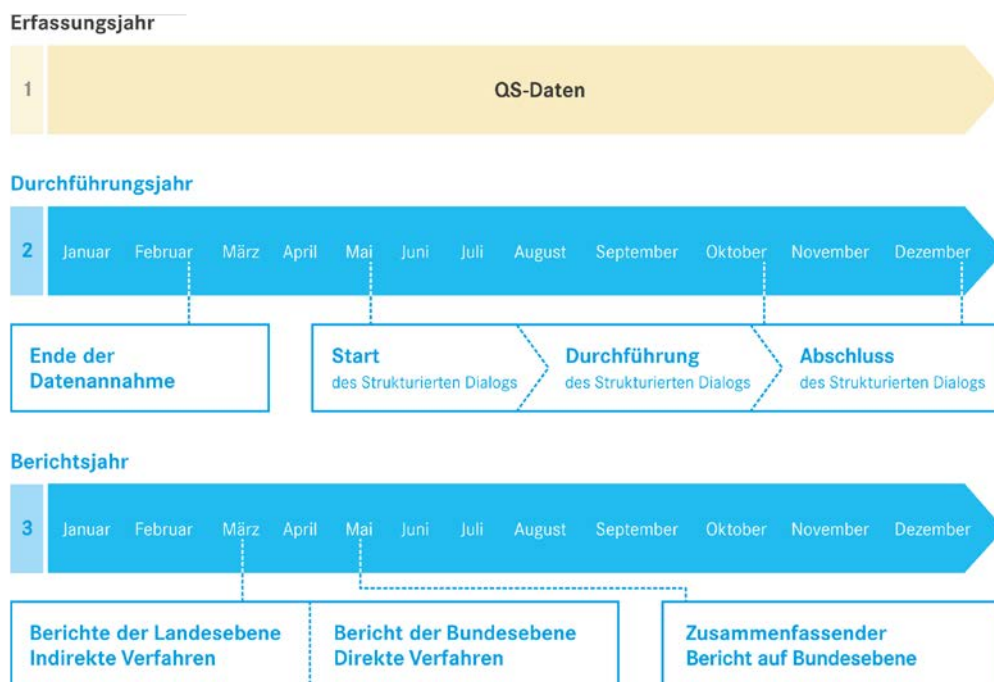


Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs

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 § 137a² SGB V (AQUA-Institut) betreut werden. Die indirekten Verfahren decken Leistungsbereiche mit 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 Lenkungsorgane 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.

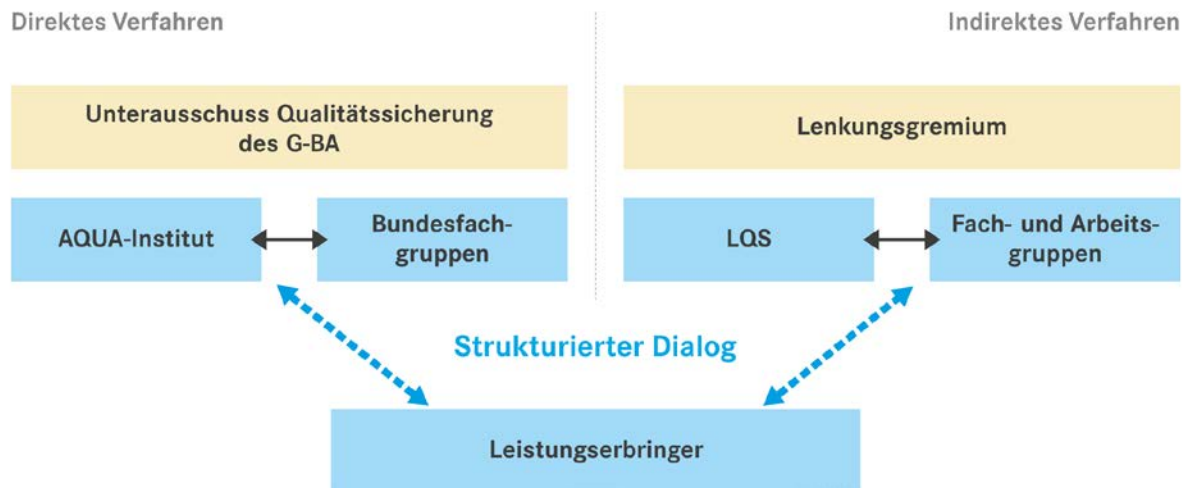


Abbildung 3: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure

² in der Fassung vom 01. Januar 2012

2.2 Rechnerische Auffälligkeiten

Die in der externen Qualitätssicherung eingesetzten Indikatoren und die Qualitätsindikatoren, die im Strukturierten Dialog Berücksichtigung finden, haben in der Regel einen definierten Referenzbereich. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Gemäß §10 (2) der QSKH-RL werden bei der Feststellung der rechnerischen Auffälligkeit Vertrauensbereiche und die Fallzahlen nicht berücksichtigt.

Die Lage eines Qualitätsindikatorwerts inner- oder außerhalb eines zuvor bestimmten 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 (G-BA), 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.

Mit Blick auf die QSKH-RL §10 (1) gelten die Ergebnisse eines Krankenhauses 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. Dementsprechend sind auch gute Krankenhausergebnisse im Strukturierten Dialog zu berücksichtigen und ggf. zu hinterfragen.

3 Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten

3.1 Fachgruppenarbeit auf Bundes- und Landesebene

Die von den Einrichtungen dokumentierten QS-Daten werden an die zuständigen Stellen (LOS und AQUA) übermittelt. Sobald ein rechnerisch auffälliges Ergebnis ermittelt worden ist, wird zunächst der Grad der Abweichung betrachtet.

Die eingesetzten Expertengruppen der jeweiligen beauftragten Stellen entscheiden dann, welche Maßnahmen einzuleiten sind. Es wird entweder ein Hinweis an das betroffene Krankenhaus versendet oder es wird eine Stellungnahme angefordert. Bezieht sich die rechnerische Auffälligkeit auf einen Einzelfall pro Qualitätsindikator, dann kann gemäß §10 Abs. 3 der QSKH-RL auch auf eine Maßnahme verzichtet werden (Ein-Fall-Regel).

Damit bundesweit eine ähnliche Vorgehensweise bei der Überprüfung der rechnerischen Auffälligkeiten möglich wird, sind die Anforderungen für eine zu übermittelnde Stellungnahme der Fach- und Arbeitsgruppen sehr ähnlich. In der Regel wird ein Ergebnis nach folgenden Kriterien beurteilt:

- Wurde das angefragte Ergebnis in der Einrichtung selber kritisch analysiert, reflektiert und diskutiert?
- War das Ergebnis bei diesem Indikator ebenfalls im Jahr zuvor auffällig oder unauffällig?
- Wie sind die Ergebnisse der anderen Qualitätsindikatoren in diesem Leistungsbereich?
- Sind die Ergebnisse der relevanten Auffälligkeitskriterien der Datenvalidierung plausibel im Zusammenhang mit dem Ergebnis des Indikators?
- Liegt ein Versorgungs- und/oder Dokumentationsproblem vor?
- Wurden das Problem und der damit verbundene Handlungsbedarf erkannt?
- Wurden bereits Lösungen zur Ergebnisverbesserung erarbeitet und eingeleitet?
- Sind die geplanten Maßnahmen Erfolg versprechend?
- Werden die eingeleiteten Maßnahmen nachhaltig durch das Krankenhaus kontrolliert?

Damit diese und ähnliche Fragen beantwortet werden können, sind von den Krankenhäusern aussagekräftige Stellungnahmen zu verfassen und in einem vorgegeben Zeitraum an die Fach- und Arbeitsgruppen zu übermitteln. Sollten die Stellungnahmen die Ursachen nicht erklären können, so können je nach Situation weitere Maßnahmen eingeleitet werden. Dies kann die Einladung zu einem Kollegialen Gespräch sein oder die Vor-Ort-Begehung.

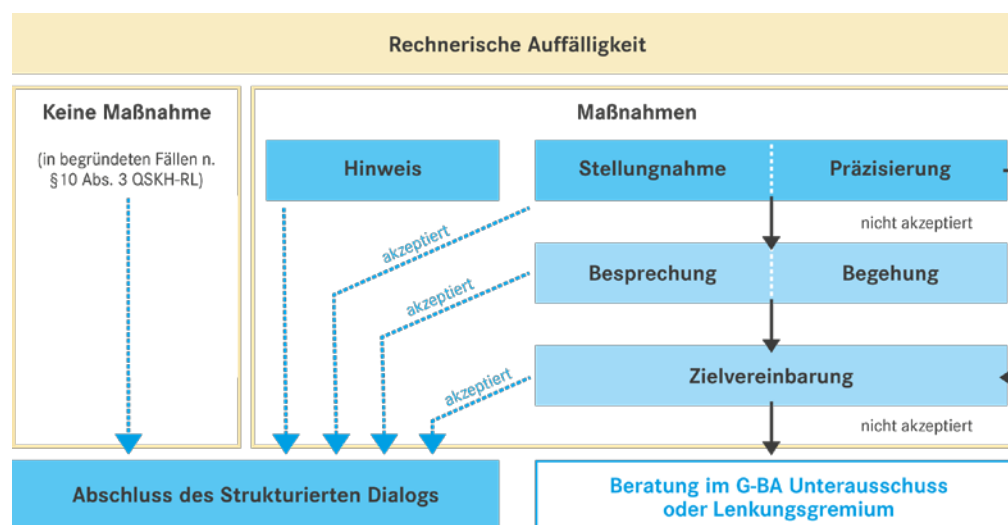


Abbildung 4: Strukturiertes Dialog – Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen

3.2 Umgang mit Krankenhausergebnissen

Abbildung 5 stellt die einzelnen Prüfschritte für Krankenhausergebnisse im Zusammenhang mit der abschließend zu erteilenden Einstufung/Bewertung dar, die im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfolgen muss.

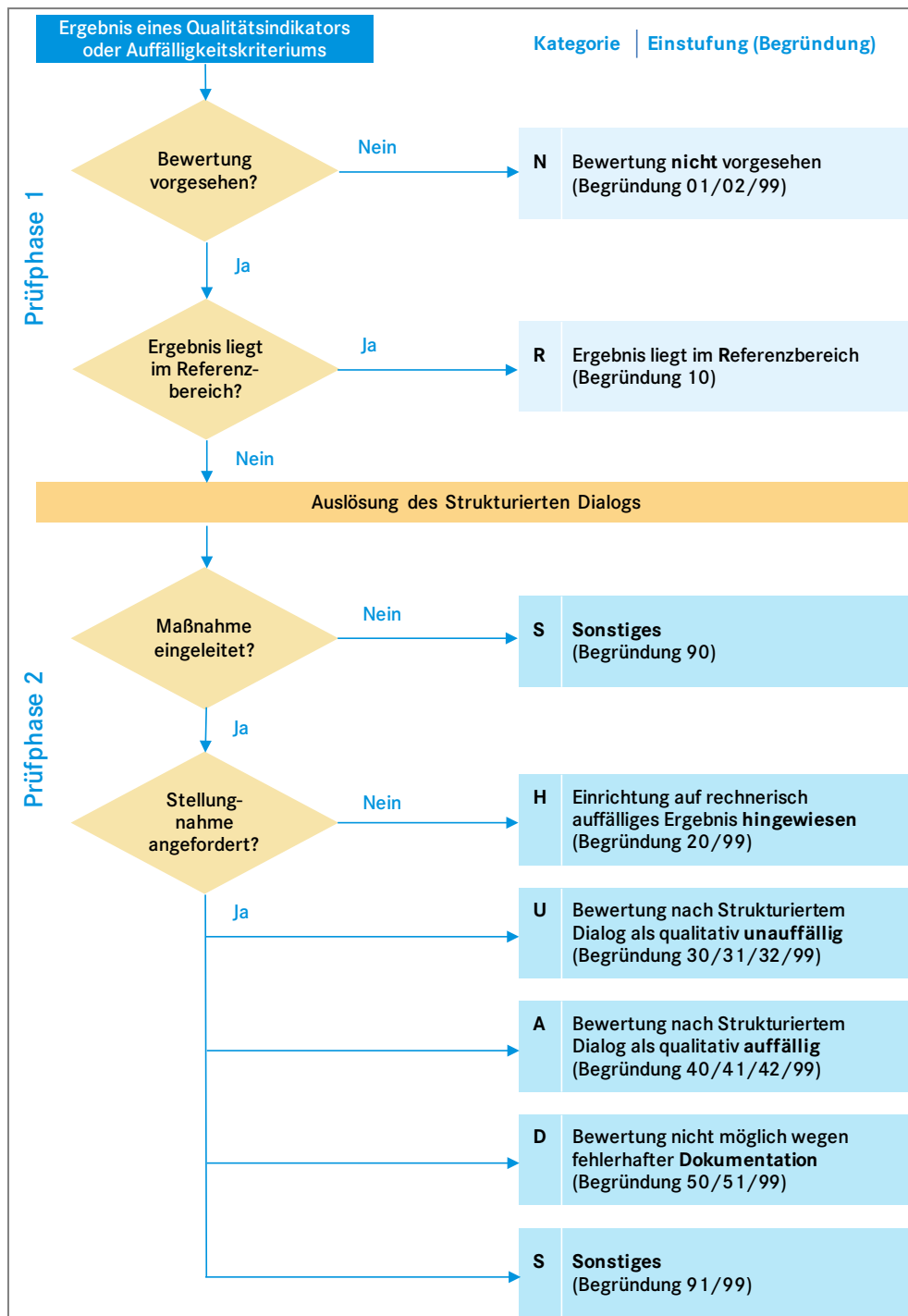


Abbildung 5: Strukturiertes Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung

3.3 Einstufungsmöglichkeiten und Bewertungskategorien

Die Krankenhausergebnisse erhalten nach Überprüfung und zum Abschluss des Strukturierten Dialogs jeweils eine endgültige Einstufung/Bewertung. Neben den eingesetzten Einstufungskategorien sind außerdem vorgegebene Ziffern mit einem entsprechenden, der Ursache angepassten, Begründungstext zu vergeben. Die Kategorien „N“ und „R“ sind nur für die Krankenhausberichte von Bedeutung und die Bewertungsziffern „30“ und „40“ (grau hinterlegt) sind ausschließlich für Ergebniseinstufungen im Bereich der Datenvalidierung anzuwenden.

Table 3: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs

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	Unvollständige 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)

4 Rechnerische Auffälligkeiten, Maßnahmen und Ergebniseinstufungen

4.1 Ermittelte rechnerische Auffälligkeiten

Tabelle 4 gibt Auskunft über die ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten der einzelnen Leistungsbereiche über die letzten drei Erfassungsjahre (EJ 2011 bis 2013). Nähere Erläuterungen zur Anzahl der rechnerischen Auffälligkeit bzgl. Zunahme bzw. Abnahme im Vergleich zu Ergebnissen der Vorjahre finden sich in Kapitel 5 bei den jeweiligen Leistungsbereichen.

Tabelle 4: Rechnerische Auffälligkeiten pro Leistungsbereich über einen 3-Jahres Zeitraum (EJ 2011–EJ 2013)

Leistungsbereich	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt)		
	EJ 2013	EJ 2012	EJ 2011
Cholezystektomie	764	840	907
Karotis-Revaskularisation	245	125	153
Ambulant erworbene Pneumonie	3.447	3.302	3.563
Herzschrittmacher-Implantation	819	849	966
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	713	814	906
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	633	748	780
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	566	770	934
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	181	313	375
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	402	263	279
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	963	1.074	943
Koronarchirurgie, isoliert	16	15	20
Aortenklappenchirurgie, isoliert	33	26	25
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	14	17	13
Herztransplantation	33	22	14
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	19	14	8
Lebertransplantation	23	32	22
Leberlebendspende	23	28	3
Nierentransplantation	39	29	22
Nierenlebendspende	55	77	10
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	-	21	-
Geburtshilfe	869	826	997
Neonatalogie	280	360	478
Gynäkologische Operationen	839	1.200	1.114
Mammachirurgie	703	1.140	1.689
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.339	1.108	1.264
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.130	1.180	1.299
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.094	1.226	1.265
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	679	524	743
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	517	484	398
Pflege: Dekubitusprophylaxe	795	259	250
Gesamt	17.233	17.686	19.440

4.2 Durchgeführte Maßnahmen

Für alle bundesweit ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten (n = 17.233) wurden in einem ersten Schritt von den beauftragten Stellen die in Abbildung 6 dargestellten Maßnahmen eingeleitet.

Für 122 rechnerische Auffälligkeiten wurden keine Maßnahmen ergriffen, da bei diesen Auffälligkeiten hauptsächlich bei einem Bundesland auf die Ein-Fall-Regel zurückgegriffen wurde. Diese besagt laut QSKH-RL, dass bei nur einem einzigen auftretendem Fall auf weitere qualitätssichernde Maßnahmen verzichtet werden kann.

Es wurden für 7.131 rechnerische Auffälligkeiten entsprechende Hinweise an die Krankenhäuser gesendet und für 9.975 festgestellte Abweichungen Stellungnahmen angefordert. Davon boten 275 Auffälligkeiten einen Anlass für zusätzliche Maßnahmen, wie die Besprechung oder die Vor-Ort Begehung.

Für fünf rechnerische Auffälligkeiten wurden sonstige Maßnahmen angegeben. Es handelte sich hierbei um die unterjährige Schließung zweier Einrichtungen. Bei zwei anderen Einrichtungen gab es umfangreiche organisatorische Veränderungen. Bei einer weiteren Einrichtung wurde das Behandlungsverfahren komplett eingestellt.

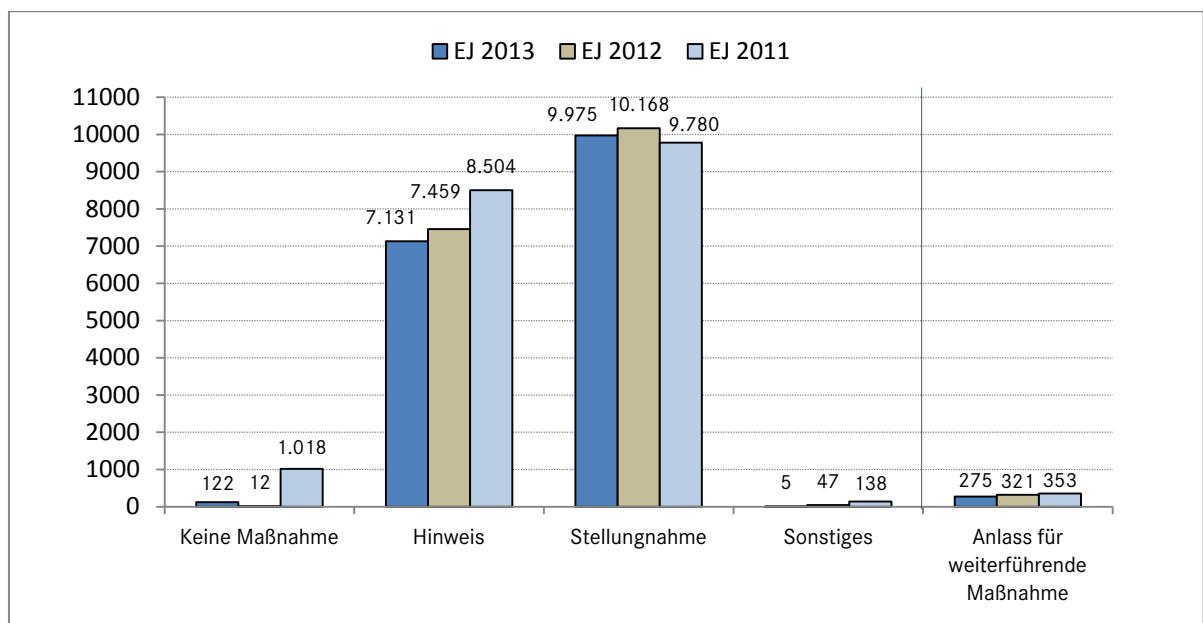


Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen (gesamt) der Erfassungsjahre 2011 bis 2013

Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cholezystektomie	764	4,4	4	0,5	221	28,9	539	70,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,7
Karotis-Revaskularisation	245	1,4	6	2,4	72	29,4	167	68,2	0	0,0	5	3,0	1	0,6	5	3,0
Ambulant erworbene Pneumonie	3.447	20,0	18	0,5	1.618	46,9	1.810	52,2	1	0,0	38	2,1	3	0,2	217	12,0
Herzschrittmacher-Implantation	819	4,8	3	0,4	366	44,7	450	54,9	0	0,0	9	2,0	0	0,0	28	6,2
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	713	4,1	14	2,0	330	46,3	367	51,5	2	0,3	0	0,0	0	0,0	6	1,6
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	633	3,7	11	1,7	322	50,9	300	47,4	0	0,0	2	0,7	0	0,0	12	4,0
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	566	3,3	12	2,1	279	49,3	275	48,6	0	0,0	8	2,9	0	0,0	22	8,0
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	181	1,1	3	1,7	67	37,0	111	61,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	402	2,3	7	1,7	172	42,8	223	55,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	3,1
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	963	5,6	0	0,0	406	42,2	557	57,8	0	0,0	22	3,9	1	0,2	41	7,4
Koronarchirurgie, isoliert	16	0,1	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	2	12,5	1	6,3	2	12,5
Aortenklappenchirurgie, isoliert	33	0,2	0	0,0	0	0,0	33	100,0	0	0,0	5	15,2	0	0,0	5	15,2
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	14	0,1	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	3	21,4	1	7,1	3	14,3
Herztransplantation	33	0,2	0	0,0	9	27,3	24	72,7	0	0,0	5	20,8	0	0,0	3	9,0
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	19	0,1	0	0,0	1	5,3	18	94,7	0	0,0	3	16,7	0	0,0	2	10,5
Leberlebenspende	23	0,1	0	0,0	0	0,0	23	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lebertransplantation	23	0,1	0	0,0	2	8,7	21	91,3	0	0,0	3	14,3	0	0,0	3	14,3
Nierenlebenspende	55	0,3	0	0,0	0	0,0	55	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierentransplantation	39	0,2	0	0,0	0	0,0	39	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geburtshilfe	869	5,0	16	1,8	303	34,9	549	63,2	1	0,1	16	2,9	20	3,6	19	3,5
Neonatalogie	280	1,6	1	0,4	94	33,6	185	66,1	0	0,0	5	2,7	1	0,5	28	15,1
Gynäkologische Operationen	839	4,9	3	0,4	419	49,9	417	49,7	0	0,0	2	0,5	1	0,2	8	1,9
Mammachirurgie	703	4,1	11	1,6	332	47,2	359	51,1	1	0,1	9	2,5	7	1,9	14	3,9

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.339	7,8	6	0,4	447	33,4	886	66,2	0	0,0	35	4,0	1	0,1	46	5,2
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.130	6,6	4	0,4	473	41,9	653	57,8	0	0,0	26	4,0	0	0,0	73	11,2
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.094	6,3	2	0,2	457	41,8	635	58,0	0	0,0	18	2,8	1	0,2	13	2,0
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	679	3,9	0	0,0	294	43,3	385	56,7	0	0,0	7	1,8	1	0,3	21	5,5
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	517	3,0	1	0,2	258	49,9	258	49,9	0	0,0	5	1,9	0	0,0	0	0,0
Pflege: Dekubitusprophylaxe	795	4,6	0	0,0	189	23,8	606	76,2	0	0,0	8	1,3	0	0,0	28	4,6
Gesamt	17.233	100	122	0,7	7.131	41,4	9.975	57,9	5	0,0	236	2,4	39	0,4	610	6,1

Anmerkung: Die Prozentangaben bei den weiterführenden Maßnahmen beziehen sich auf die Anzahl der angeforderten und überprüften Stellungnahmen.

Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2013)

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	3.002	17,4	0	0,0	1.944	64,8	1.058	35,2	0	0,0	5	0,2	26	0,9	0	0,0
Baden-Württemberg	1.914	11,1	3	0,2	1.216	63,5	694	36,3	1	0,1	15	0,8	0	0,0	98	5,1
Berlin	680	3,9	0	0,0	228	33,5	452	66,5	0	0,0	53	7,8	7	1,0	0	0,0
Brandenburg	522	3,0	0	0,0	81	15,5	441	84,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	143	0,8	0	0,0	9	6,3	134	93,7	0	0,0	3	2,1	0	0,0	3	2,1
Hamburg	287	1,7	0	0,0	134	46,7	153	53,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	948	5,5	1	0,1	279	29,4	668	70,5	0	0,0	14	1,5	0	0,0	13	1,4
Mecklenburg-Vorpommern	302	1,8	0	0,0	46	15,2	256	84,8	0	0,0	4	1,3	1	0,3	0	0,0
Niedersachsen	1.791	10,4	0	0,0	533	29,8	1.258	70,2	0	0,0	49	2,7	0	0,0	125	7,0
Nordrhein-Westfalen	3.521	20,4	0	0,0	1.396	39,6	2.125	60,4	0	0,0	15	0,4	0	0,0	294	8,3
Rheinland-Pfalz	952	5,5	0	0,0	484	50,8	468	49,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	1,5
Saarland	233	1,4	0	0,0	12	5,2	219	94,0	2	0,9	3	1,3	3	1,3	0	0,0
Sachsen	1.029	6,0	0	0,0	195	19,0	834	81,0	0	0,0	41	4,0	0	0,0	41	4,0
Sachsen-Anhalt	664	3,9	111*	16,7	259	39,0	292	44,0	2	0,3	7	1,1	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	538	3,1	7	1,3	130	24,2	401	74,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	452	2,6	0	0,0	173	38,3	279	61,7	0	0,0	6	1,3	0	0,0	4	0,9
AQUA-Institut	255	1,5	0	0,0	12	4,7	243	95,3	0	0,0	23	9,0	2	0,8	18	7,1
Gesamt	17.233	100,0	122	0,7	7.131	41,4	9.975	57,9	5	0,0	238	1,4	39	0,2	610	3,5

* Gemäß QSKH-RL § 10 (3) : Verzicht auf Maßnahmen bei rechnerischen Auffälligkeiten, die sich nur durch einen Fall pro Qualitätsindikator ergeben haben.

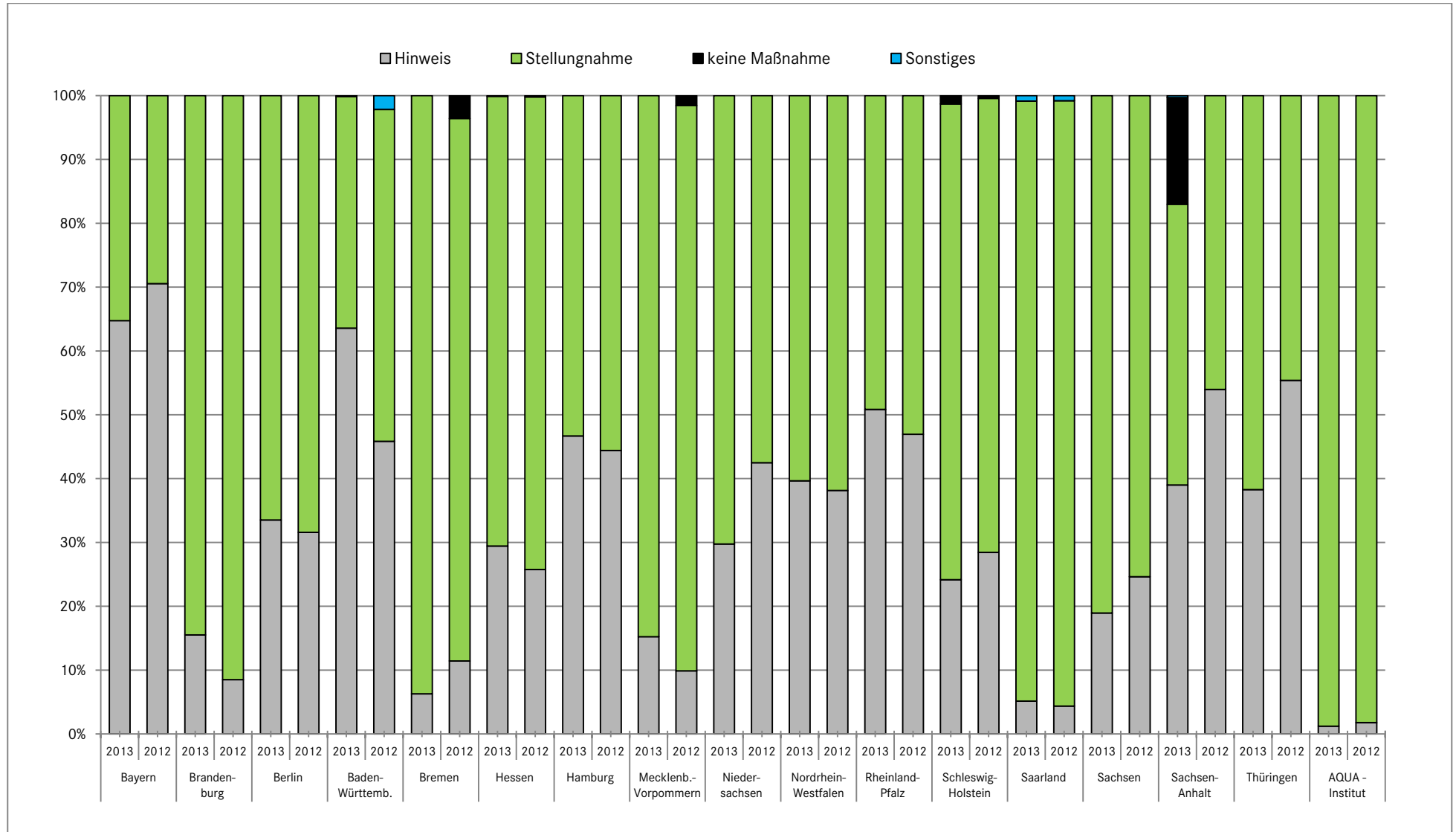


Abbildung 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2013, EJ 2012)

4.3 Abschließende Einstufung der rechnerischen Auffälligkeiten

Die rechnerisch auffälligen Indikatoregebnisse wurden von den betreuenden Stellen und ihren Expertengruppen mit Abschluss des Strukturierten Dialogs eingestuft bzw. bewertet. Die beiden nachfolgenden Kreisdiagramme (Abbildung 8) zeigen die jeweiligen Anteile der zur Verfügung stehenden und erteilten Einstufungen. Dargestellt sind die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2013 und die des Vorjahres (EJ 2012). Die Grundgesamtheit bilden alle für das jeweilige Erfassungsjahr festgestellten rechnerischen Auffälligkeiten.

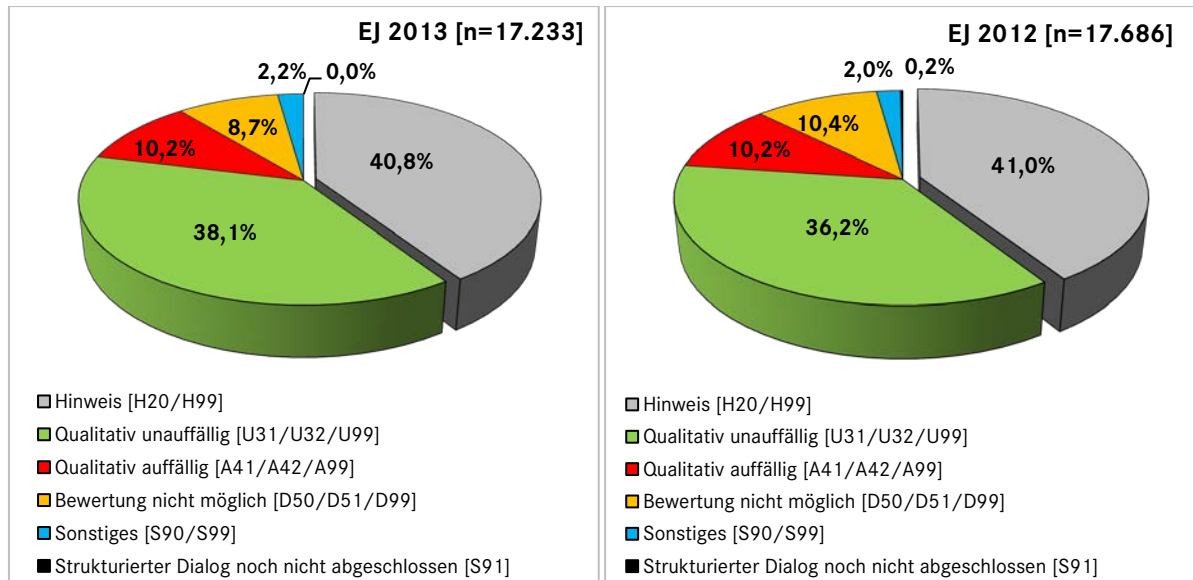


Abbildung 8: Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD (EJ 2013 und EJ 2012)

Tabelle 7: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit n	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	%
Cholezystektomie	764	25	3,3	415	54,3	50	6,5	11	1,4	3	0,4	1	0,1	27	3,5	0	0,0	1	0,1	4	0,5	1	0,1	5	0,7	221	28,9
Karotis-Revaskularisation	245	7	2,9	81	33,1	37	15,1	12	4,9	2	0,8	5	2,0	22	9,0	0	0,0	1	0,4	6	2,4	0	0,0	0	0,0	72	29,4
Ambulant erworbene Pneumonie	3.447	116	3,4	575	16,7	183	5,3	453	13,1	43	1,2	24	0,7	343	10,0	6	0,2	16	0,5	18	0,5	0	0,0	63	1,8	1.607	46,6
Herzschrittmacher-Implantation	819	22	2,7	294	35,9	23	2,8	66	8,1	14	1,7	7	0,9	16	2,0	2	0,2	1	0,1	3	0,4	0	0,0	5	0,6	366	44,7
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	713	11	1,5	161	22,6	50	7,0	67	9,4	10	1,4	18	2,5	43	6,0	0	0,0	0	0,0	14	2,0	0	0,0	9	1,3	330	46,3
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	633	7	1,1	194	30,6	16	2,5	45	7,1	9	1,4	2	0,3	18	2,8	1	0,2	0	0,0	11	1,7	2	0,3	6	0,9	322	50,9
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	566	9	1,6	128	22,6	45	8,0	28	4,9	25	4,4	8	1,4	28	4,9	0	0,0	0	0,0	12	2,1	0	0,0	4	0,7	279	49,3
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	181	1	0,6	64	35,4	16	8,8	15	8,3	2	1,1	2	1,1	9	5,0	0	0,0	0	0,0	3	1,7	0	0,0	2	1,1	67	37,0
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	402	7	1,7	147	36,6	15	3,7	19	4,7	7	1,7	3	0,7	17	4,2	1	0,2	1	0,2	7	1,7	1	0,2	5	1,2	172	42,8
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	963	72	7,5	204	21,2	41	4,3	77	8,0	25	2,6	22	2,3	70	7,3	15	1,6	11	1,1	0	0,0	0	0,0	20	2,1	406	42,2
Koronarchirurgie, isoliert	16	0	0,0	10	62,5	1	6,3	3	18,8	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
Aortenklappenchirurgie, isoliert	33	0	0,0	13	39,4	2	6,1	7	21,2	7	21,2	1	3,0	3	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	14	0	0,0	8	57,1	0	0,0	5	35,7	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
Herztransplantation	33	1	3,0	18	54,5	1	3,0	4	12,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	27,3
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	19	0	0,0	18	94,7	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	5,3
Leberlebenspende	23	0	0,0	7	30,4	2	8,7	3	13,0	0	0,0	0	0,0	11	47,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Leistungsbereich	Rechnerische Auffälligkeit n	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	%
		Lebertransplantation	23	0	0,0	10	43,5	0	0,0	9	39,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierenlebenspende	55	0	0,0	8	14,5	16	29,1	3	5,5	1	1,8	23	41,8	1	1,8	3	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierentransplantation	39	1	2,6	14	35,9	3	7,7	18	46,2	0	0,0	3	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geburtshilfe	869	18	2,1	169	19,4	110	12,7	96	11,0	12	1,4	9	1,0	90	10,4	2	0,2	3	0,3	16	1,8	2	0,2	45	5,2	297	34,2
Neonatologie	280	10	3,6	75	26,8	20	7,1	28	10,0	1	0,4	5	1,8	28	10,0	1	0,4	4	1,4	1	0,4	0	0,0	13	4,6	94	33,6
Gynäkologische Operationen	839	8	1,0	230	27,4	82	9,8	14	1,7	7	0,8	5	0,6	73	8,7	0	0,0	1	0,1	3	0,4	1	0,1	12	1,4	403	48,0
Mammachirurgie	703	19	2,7	166	23,6	34	4,8	58	8,3	13	1,8	8	1,1	53	7,5	2	0,3	0	0,0	11	1,6	0	0,0	13	1,8	326	46,4
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.339	39	2,9	538	40,2	128	9,6	90	6,7	15	1,1	8	0,6	44	3,3	6	0,4	7	0,5	6	0,4	0	0,0	12	0,9	446	33,3
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.130	27	2,4	339	30,0	75	6,6	47	4,2	18	1,6	14	1,2	116	10,3	2	0,2	7	0,6	4	0,4	0	0,0	18	1,6	463	41,0
Hüft-Endoprothesen-wechsel und -komponentenwechsel	1.094	15	1,4	491	44,9	27	2,5	27	2,5	15	1,4	11	1,0	58	5,3	0	0,0	1	0,1	2	0,2	0	0,0	12	1,1	435	39,8
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	679	5	0,7	233	34,3	25	3,7	13	1,9	17	2,5	13	1,9	89	13,1	3	0,4	3	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,3	276	40,6
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	517	4	0,8	195	37,7	21	4,1	8	1,5	9	1,7	1	0,2	17	3,3	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2	0,4	258	49,9
Pflege: Dekubitusprophylaxe	795	30	3,8	192	24,2	96	12,1	61	7,7	17	2,1	10	1,3	191	24,0	11	1,4	5	0,6	0	0,0	1	0,1	6	0,8	175	22,0
Gesamt	17.233	454	2,6	4.997	29,0	1.119	6,5	1.287	7,5	273	1,6	203	1,2	1.369	7,9	55	0,3	65	0,4	122	0,7	8	0,0	254	1,5	7.027	41,0

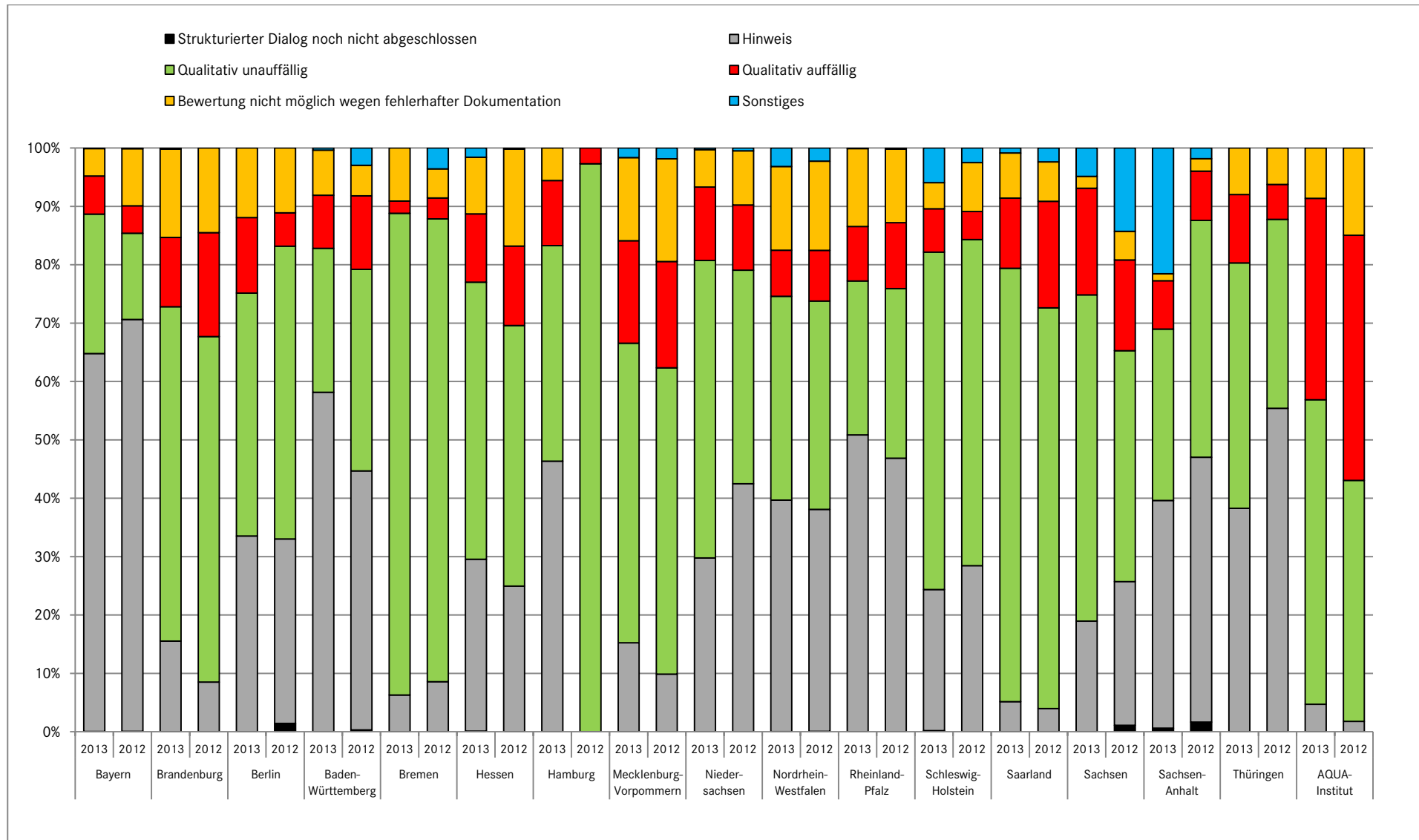


Abbildung 9: Hinweise und der Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

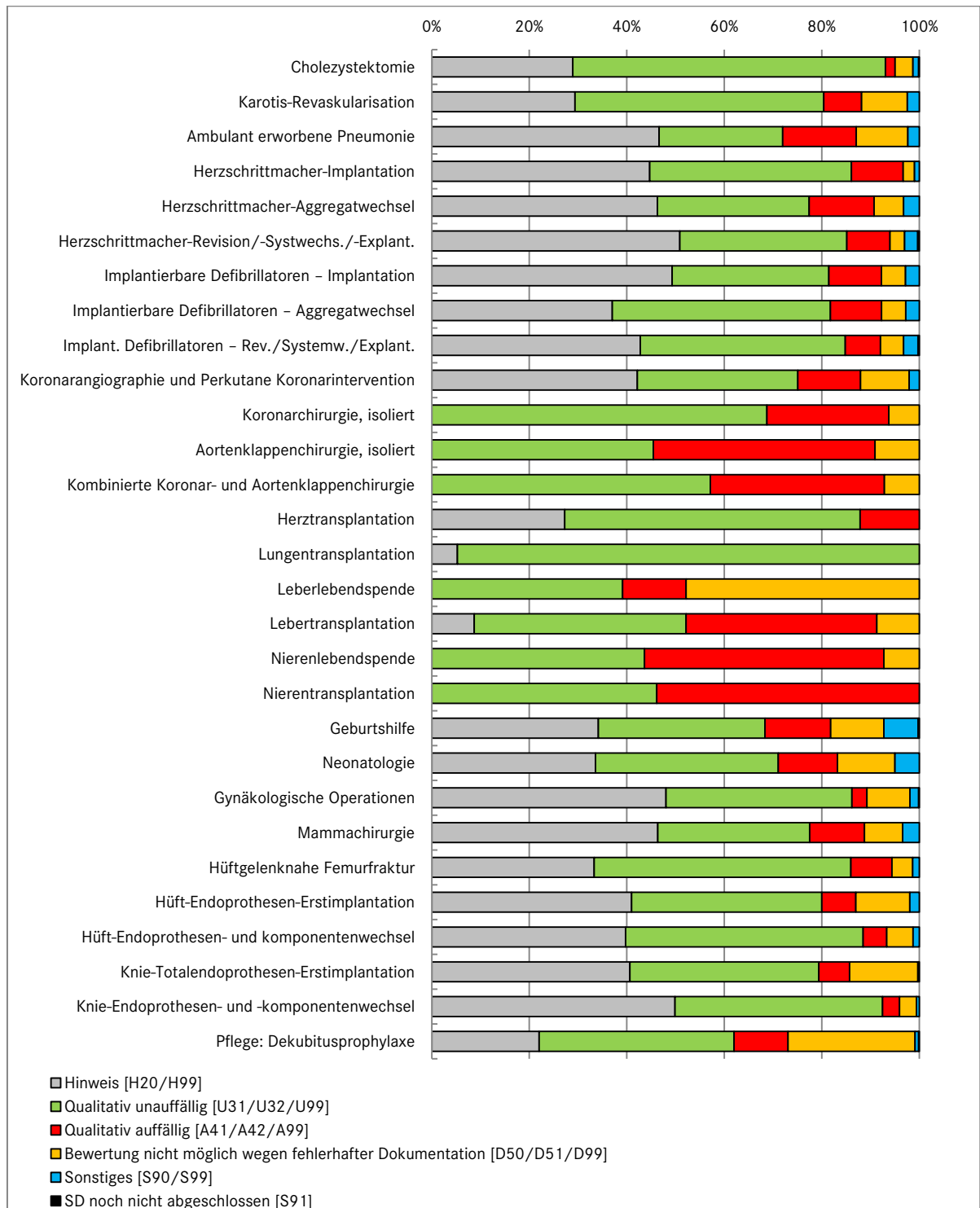


Abbildung 10: Verteilung der Ergebniseinstufungen pro Leistungsbereich

Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit n	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	%
Bayern	3.002	46	1,5	494	16,5	177	5,9	136	4,5	60	2,0	0	0,0	130	4,3	11	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,0	3	0,1	1.944	64,8
Baden-Württemberg	1.914	34	1,8	298	15,6	140	7,3	127	6,6	43	2,2	4	0,2	141	7,4	4	0,2	3	0,2	3	0,2	0	0,0	4	0,2	1.113	58,2
Berlin	680	33	4,9	250	36,8	0	0,0	73	10,7	12	1,8	3	0,4	71	10,4	10	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	228	33,5
Brandenburg	522	12	2,3	254	48,7	33	6,3	50	9,6	4	0,8	8	1,5	77	14,8	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	81	15,5
Bremen	143	19	13,3	97	67,8	2	1,4	0	0,0	0	0,0	3	2,1	11	7,7	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	6,3
Hamburg	287	10	3,5	82	28,6	14	4,9	8	2,8	0	0,0	24	8,4	15	5,2	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	133	46,3
Hessen	948	6	0,6	352	37,1	92	9,7	76	8,0	30	3,2	5	0,5	83	8,8	1	0,1	8	0,8	1	0,1	1	0,1	14	1,5	279	29,4
Mecklenburg-Vorpommern	302	6	2,0	136	45,0	13	4,3	37	12,3	3	1,0	13	4,3	40	13,2	1	0,3	2	0,7	0	0,0	0	0,0	5	1,7	46	15,2
Niedersachsen	1.791	61	3,4	747	41,7	105	5,9	200	11,2	18	1,0	7	0,4	105	5,9	0	0,0	10	0,6	0	0,0	0	0,0	5	0,3	533	29,8
Nordrhein-Westfalen	3.521	153	4,3	899	25,5	177	5,0	232	6,6	37	1,1	9	0,3	462	13,1	14	0,4	29	0,8	0	0,0	1	0,0	112	3,2	1.396	39,6
Rheinland-Pfalz	952	6	0,6	239	25,1	6	0,6	56	5,9	32	3,4	1	0,1	125	13,1	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	484	50,8
Saarland	233	1	0,4	172	73,8	0	0,0	22	9,4	4	1,7	2	0,2	12	5,2	3	1,3	3	1,3	0	0,0	0	0,0	2	0,9	12	5,2
Sachsen	1.029	11	1,1	371	36,1	193	18,8	129	12,5	11	4,7	48	4,7	21	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	50	4,9	195	19,0
Sachsen-Anhalt	664	25	3,8	150	22,6	20	3,0	39	5,9	4	0,6	12	1,8	6	0,9	0	0,0	2	0,3	111	16,7	4	0,6	32	4,8	259	39,0
Schleswig-Holstein	538	29	5,4	184	34,2	98	18,2	4	0,7	5	0,9	31	5,8	17	3,2	3	0,6	4	0,7	7	1,3	1	0,2	25	4,6	130	24,2
Thüringen	452	0	0,0	166	36,7	24	5,3	46	10,2	1	0,2	6	1,3	36	8,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	173	38,3
AQUA-Institut	255	2	0,8	106	41,6	25	9,8	52	20,4	9	3,5	27	10,6	17	6,7	3	1,2	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	4,7
Gesamt	17.233	454	2,6	4.997	29,0	1.119	6,5	1.287	7,5	273	1,6	203	1,2	1.369	7,9	55	0,3	65	0,4	122	0,7	8	0,0	254	1,5	7.027	40,8

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 Erfassungsjahr 2012 zwei eigene Einstufungskategorien. Ein Hinweis kann versendet werden, wenn trotz rechnerischer Auffälligkeit keine Qualitätsdefizite vermutet werden und nicht davon auszugehen ist, dass eine Stellungnahme einen zusätzlichen Informationsgewinn liefert. Dies ist zum Beispiel gegeben, wenn es sich bei der rechnerischen Auffälligkeit um einen einzelnen Fall (Ein-Fall-Regel) handelt, der die rechnerische Abweichung bedingte. Diese Einstufungsoption kann aber auch angewendet werden, wenn das Krankenhaus bereits im Vorjahr 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. Da aber dennoch im Folgejahr eine rechnerische Auffälligkeit aufgetreten war, die jedoch nach abgeschlossenen Umsetzungsmaßnahmen behoben sein sollte, kann auch hier ein Hinweis versendet werden. Die Einrichtungen erhalten in den erwähnten Fällen ein Hinweis-schreiben mit der Aufforderung, die rechnerische Auffälligkeit im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu analysieren. Insgesamt wurde bei 6.230 rechnerischen Auffälligkeiten auf einen Hinweis dieser Art 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 797-mal diese Begründungskategorie gewählt. Nachstehend sind die beiden in diesem Jahr verwendeten Begründungskommentare aufgeführt:

- Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden³.
- Vorgänge wurden bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres überprüft.

Obwohl die Bewertungssystematik dies nicht vorsieht, erfolgte nach Versand eines Hinweises die Einstufung in eine andere Kategorie (U, A oder S) als die dafür vorgesehenen H20 oder H99. Dies betraf 104 Indikatorergebnisse. Insofern ist die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweis“ 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 einen Standort bzw. ein Krankenhaus handelt, welches eine spezielle Behandlungsmethodik/spezielles Leistungsspektrum (z.B. Lungenfachklinik) anbietet und dadurch eine besondere Patienten Klientel vorhanden ist. Die Vergleichbarkeit mit üblichen Leistungserbringern kann dadurch bedingt eingeschränkt sein. Insgesamt kam dies 454-mal für das Erfassungsjahr 2013 vor.

U32 Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Diese Bewertungskategorie wird vergeben, wenn anhand der dargestellten anonymisierten Fälle aus den übermittelten Stellungnahmen und/oder Kollegialen Gesprächen von schicksalhaften Behandlungsverläufen auszugehen ist. Bundesweit wurde diese Einstufungsbegründung für 4.997 geprüfte rechnerische Auffälligkeiten 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 der Situation angepassten Kommentar zu erläutern. Insgesamt wurde diese Einstufungsoption 1.119-mal gewählt. Beispielhaft finden sich im Folgenden verschiedene Kommentare, die verwendet worden sind:

³ Projektgruppe Leitfaden: bestehend aus Mitgliedern der LQS und des AQUA-Instituts, die sich mit der Weiterentwicklung und Umsetzung der Maßnahmen des Strukturierten Dialogs beschäftigt.

- Dokumentationsfehler in Einzelfällen. Fallanalyse ist erfolgt. Keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität.
- 3x U32 + 2x D50
- Dokumentationsfehler haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Die Abweichung ergab sich durch Fehlkodierungen aufgrund von Definitionsproblemen und gut begründeten Einzelfällen (Fallanalyse erfolgt).
- Im kommenden Jahr werden die Ergebnisse von der Fachgruppe gesondert angeschaut.
- Die Fachgruppe empfiehlt, verstärkt auf die Übereinstimmung der Zytologie und Histologie zu achten.
- Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass es gehäuft zur postoperativen Blutungsanämie kam. Diese stellt jedoch keine allgm. Komplikation gemäß der Ausfüllhinweise dar.
- Es handelt sich um eine Verbringungsleistung, im leistungserbringenden Haus ist im QI-2073 keine rechnerische Auffälligkeit zu erkennen.

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 erkennen lässt oder/und sie sich im Rahmen des Kollegialen Gesprächs oder der Vor-Ort Begehung bestätigen. Für 1.287 Indikatorergebnisse wurde für das Erfassungsjahr 2013 ein qualitatives Defizit bestätigt.

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

Diese Bewertungskategorie kann vergeben werden, wenn keine oder eine unzureichende Stellungnahme bzw. Präzisierung abgegeben wird oder wenn die Stellungnahme nicht erkennen lässt, was die Ursache für die ermittelte rechnerische Auffälligkeit gewesen ist. Diese Bewertung wurde bundesweit 273-mal vergeben.

A99 Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Passt die Ursache für die festgestellte Auffälligkeit des Indikatorergebnisses nicht in die vorstehenden zwei Begründungskategorien (A41 oder A42), dann kann unter A99 jede Art eines auffälligen Ergebnisses individuell begründet werden. Nachstehend sind einige Kommentare aufgeführt, die im Strukturierten Dialog für das Erfassungsjahr 2013 zu 203 Indikatorergebnissen verfasst worden sind:

- Das Fachgremium bittet, die Arbeitsabläufe noch einmal zu überprüfen und im Sinne der Patienten anzupassen.
- Einzelfälle gut begründet, aber hohe Rate bei geringer Fallzahl.
- Sowohl Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität und begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Der Anteil an Adnexentfernungen auf Grund polyzystischer Veränderungen erscheint zu hoch und wurde nicht plausibel begründet.
- Der Fachausschuss wertet das Ergebnis weiterhin als „qualitativ auffällig“, auch wenn die Klinik bereits Maßnahmen zur Abhilfe des Problems ergriffen hat.
- Keine ausreichenden Nachsorgebemühungen.

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 1.369 Indikatorergebnisse angegeben.

D51 Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht

Es kann vorkommen, 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 2013 wurde diese Einstufung für 55 Indikatorergebnisse vergeben.

D99 Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Individuelle Begründungen für Dokumentationsmängel können unter Anwendung der Begründung D99 beschrieben werden. Insgesamt 65 Indikatorergebnisse erhielten diese Begründung. Folgende Kommentare wurden angegeben:

- Erhebliche systematische Fehldokumentation bei indikatorbezogenem unauffälligen Sachverhalt.
- Ein Fall mit Fraktur, hier falscher Bogen übermittelt.
- Bogenfreigabe ohne Übertragen des gemessenen FDP (Flächendosisprodukts) in die QS Dokumentation.
- Dokumentationsstatus in Einzelfällen nicht beurteilbar bzw. nicht zu klären.
- Die Fachgruppe bittet, die ICD-10-Schlüssel zu überprüfen.

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. 0,7 % an allen 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 122 rechnerischen Auffälligkeiten. Folgende Gründe für den Verzicht auf Maßnahmen wurden angegeben:

- Abteilung wurde geschlossen
- Geburtshilfe bereits Ende 2012 eingestellt, einziger Datensatz 2013, Staatsanwaltschaftliche Ermittlungen zu Todesfall
- Verzicht auf Strukturierten Dialog wegen besonderer klinischer Situation
- Abweichung durch einen Fall bedingt (Anwendung von §10 Abs. 3 QSKH-RL)

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 ein, wenn z.B. ein Termin für ein Kollegiales Gespräch oder für eine Vor-Ort-Begehung noch aussteht (nach dem 30. Oktober eines jeden Jahres) und somit die Ursache für das abweichende Indikatorergebnis erst nach Durchführung der zusätzlichen Maßnahme bewertet werden kann. Insgesamt wurde diese Einstufungskategorie 8-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 254-mal zur Anwendung. Folgende Kommentare wurden beispielsweise vergeben:

- Dokumentationsfehler haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Sowohl Dokumentationsfehler als auch begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Die Gründe für die hohe Rate an Sonden- und Taschenproblemen sind nicht abschließend bewertet. Der Strukturierte Dialog wird fortgeführt.
- Verbringung in Geriatrie/Operierende Abteilung an einem anderen Standort. Dort sind die Ergebnisse unauffällig.
- Eine technische Fehleinstellung der Herzkatheteranlage hat zur Abweichung geführt und wurde korrigiert.
- Die Abweichungen vom Bundesreferenzwert ergaben sich überwiegend aufgrund von Fehlcodierungen (Druckgeschwüre lagen bei Aufnahme vor).
- Die Mitarbeiter sind in beiden Krankenhäusern im 2. Halbjahr 2013 geschult worden.
- Abteilung geschlossen

4.5 Weiterführende Maßnahmen

Sobald die in der Stellungnahme geschilderten Umstände keine eindeutige Beurteilung der Situation bzw. der Behandlungsprozesse zulassen, können im Rahmen des Strukturierten Dialogs weiterführende Maßnahmen ergriffen werden. Neben der Einladung zu einem Kollegialen Gespräch mit den Fachexperten kann auch eine Vor-Ort-Begehung notwendig sein. Um erkannte Qualitätspotenziale zu nutzen und um Verbesserungen zu erreichen, ist eine schriftlich fixierte Zielvereinbarung mit dem beteiligten Krankenhaus zu treffen.

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 zu 25 Qualitätsindikatoren (als Auslösekriterium) in 13 Krankenhäusern Vor-Ort-Begehungen durchgeführt. Ein Großteil der Begehungen war für Indikatoren des Leistungsbereichs *Geburtshilfe* zu verzeichnen. Weitere 208 Qualitätsindikatoren (als Auslösekriterium) boten einen Anlass für Kollegiale Gespräche. Daran waren Vertreter von bundesweit 100 Krankenhäusern/Standorten beteiligt. Die meisten Kollegialen Gespräche wurden im Bereich der Orthopädie/Unfallchirurgie und für den Bereich der *ambulant erworbenen Pneumonie* geführt. Die Anzahl an beteiligten Einrichtungen im Rahmen der weiterführenden Maßnahmen entspricht ungefähr der Anzahl des Vorjahres (n = 115).

4.5.2 Zielvereinbarungen und deren Nachverfolgung

Zu insgesamt 610 rechnerischen Auffälligkeiten bzw. Indikatorergebnissen des Erfassungsjahres 2013 wurden Zielvereinbarungen verfasst. Im Vergleich dazu, im Vorjahr wurden zu 714 Indikatorergebnissen Zielvereinbarungen geschlossen.

Die am häufigsten vereinbarten Ziele und Verbesserungsmaßnahmen, die zu den abweichenden Indikatorergebnissen verfasst worden sind, betrafen die Optimierung des Dokumentationswesens, Mitarbeiterschulungen zu diversen Themenbereichen (z.B. externe Qualitätssicherung, Bedienung technischer Apparaturen etc.), die Überarbeitung von Arbeitsanweisungen/Konzepten sowie die Förderung der interdisziplinären kollegialen Zusammenarbeit.

Die Nachweise zu den Zielvereinbarungen sind zumeist in schriftlicher Form z.B. als Workflow, 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 längeren Zeitraum anhand der Daten beobachtet. Sind eingeleitete Maßnahmen nicht erfolversprechend, so wird wiederholt geprüft, was verbessert werden kann, bis die Zielvorgabe erreicht ist. Dieser Prozess kann durchaus mehrere Monate andauern. Bei Nichteinhaltung der Vorgaben werden das zuständige Lenkungsgremium oder für die direkten Verfahren der Unterausschuss des G-BA hinzugezogen.

4.5.3. Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens sind von den Krankenhäusern nicht nur die Ursachen zu benennen, die vermutlich für die rechnerische Auffälligkeit verantwortlich gewesen sind, sondern es wird in der Regel auch nach dem aktuellen Stand von bereits eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen oder nach geplanten Optimierungsschritten gefragt. Nicht alle Krankenhäuser gaben darüber Auskunft, aber es sind doch zahlreiche Einrichtungen gewesen, die Angaben zu diesen Punkten gemacht haben. Für die indirekten Verfahren wurden von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung unterschiedliche Kommentare an das AQUA-Institut übermittelt. Die meisten Angaben waren vergleichbar mit denen der direkten Verfahren. Insbesondere wollten die Krankenhäuser eine Verbesserung der Dokumentations- und Kodierqualität erreichen. Die Durchführung von Einzelfallanalysen (z.B. M&M-Konferenzen) und internen Klinikgesprächen wurden ebenfalls als Verbesserungspotenziale angegeben. In wenigen Fällen wurden auch zu behebbende strukturelle Probleme benannt, wie beispielsweise die Verlegung von Patienten in eine andere Klinik oder die Schließung einer Abteilung.

Parallel wurden die meisten Einrichtungen seitens der beauftragten Stellen zum Ergreifen von Maßnahmen aufgefordert oder es wurden Empfehlungen gegeben.

Das AQUA-Institut hatte für die direkten Verfahren die Krankenhäuser erstmalig auch nach **nachweisbar** eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen gefragt. So konnte bei Bedarf das betroffene Krankenhaus auch um anonymisierte Dokumente wie z.B. Protokolle zu M&M-Konferenzen gebeten und somit ggf. auf eine Zielvereinbarung verzichtet werden. Von den im Rahmen des Strukturierten Dialogs beteiligten 110 Krankenhäusern haben 70 Krankenhäuser mindestens eine Angabe hierzu gemacht.

Die meisten Angaben zu Verbesserungsmaßnahmen, die seitens der Krankenhäuser gemacht worden sind, bezogen sich auch hier auf die bereits ausgeführten Einzelfallanalysen (z.B. M&M-Konferenzen) und auf Teambesprechungen (interdisziplinäre Zusammenarbeit). Etliche gaben außerdem Mitarbeiterschulungen (im Bereich der Dokumentationen) an. Abbildung 11 zeigt den Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen Angaben gemacht wurden (direkte und indirekte Verfahren).

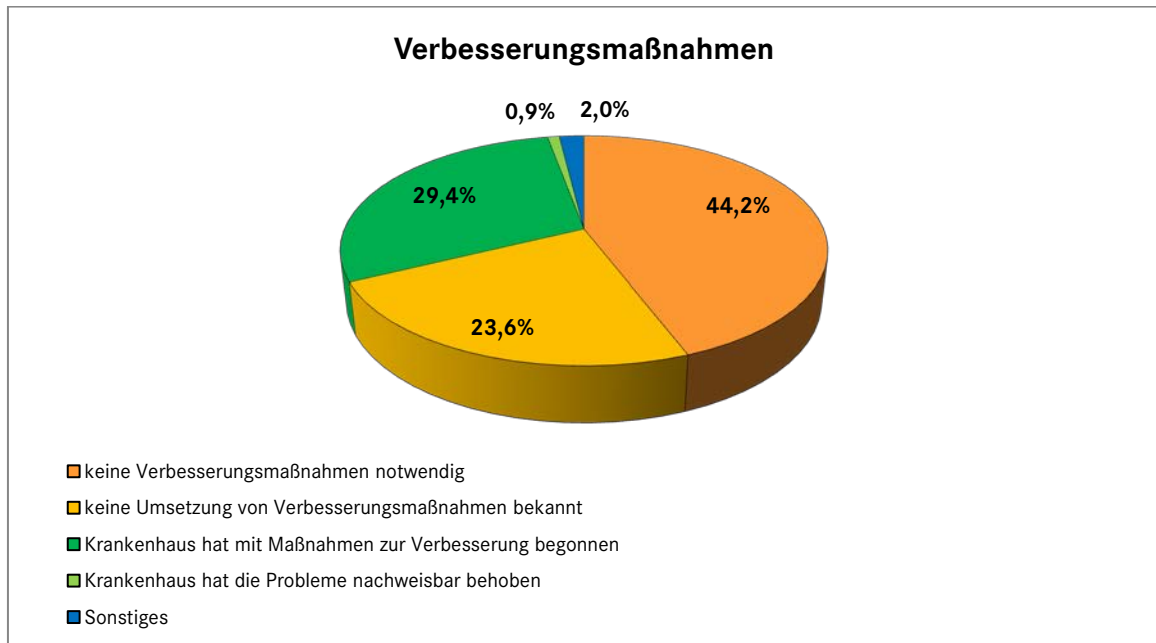


Abbildung 11: Von Krankenhäusern bekanntgegebene Verbesserungsmaßnahmen (n = 17.233)

5 Betrachtung der Ergebnisse

5.1 Ergebnisse nach Leistungsbereichen, Empfehlungen der Bundesebene und Besonderheiten

Die Ergebnisse der geführten Strukturierten Dialoge werden in den nachfolgenden Abschnitten ausführlicher betrachtet. Hierbei werden u.a. die vor Beginn des Strukturierten Dialogs erteilten Empfehlungen der Bundesfachgruppen an die Landesarbeitsgruppen berücksichtigt. Empfehlungen werden bei Bedarf von den Bundesfachgruppen ausgesprochen, wenn sich aus den Bundesauswertungen besondere Fragen ergeben. Es kann sich aber auch um andere verfahrensspezifische Besonderheiten handeln, wie z.B. eine Abfrage zu speziellen Behandlungsabläufen. Aus den Rückmeldungen und den weitergehenden Analysen von Ergebnissen lassen sich ggf. wertvolle Hinweise ableiten, die die Arbeit in der Bundesfachgruppe unterstützen.

Zu den Leistungsbereichen finden sich jeweils Kreisdiagramme, in denen die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2013 im Vergleich zum Vorjahr (Erfassungsjahr 2012) dargestellt sind. Im Anschluss an die jeweiligen Ergebnismbetrachtungen auf Leistungsbereichsebene finden sich Fallbeispiele in Abschnitt 5.2. Die bestehenden Landesspezifika befinden sich im Anschluss daran, gefolgt von den Empfehlungen der Landesarbeitsgruppen an die Bundesfachgruppen bzw. an das AQUA-Institut.

5.1.1 Cholezystektomie (12/1)

Insgesamt wurden 764 rechnerische Auffälligkeiten im Leistungsbereich *Cholezystektomie* für das Erfassungsjahr 2013 festgestellt. Für 221 rechnerische Auffälligkeiten wurde ein jeweils ein Hinweis an die betroffene Einrichtung versendet und für 539 Indikatorergebnisse wurde der Strukturierte Dialog eröffnet. Nach Analyse der Stellungnahmen wurden 64,1 % (n = 490) rechnerische Auffälligkeiten als „qualitativ unauffällig“ bewertet. In 2,0 % (n = 15) der rechnerischen Auffälligkeiten wurden qualitative Mängel festgestellt, die im Wesentlichen auf Struktur- und Prozessprobleme zurückzuführen waren. Zu 4 rechnerischen Auffälligkeiten wurden Zielvereinbarungen geschlossen.

Für die Sentinel-Event-Indikatoren QI-ID 50824 „Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko“ und QI-ID 220 „Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus“ wurde für jeden Fall eine Stellungnahme angefordert. Die von den Krankenhäusern eingereichten Stellungnahmen machten in den allermeisten Fällen deutlich, dass es sich um jeweils gut begründete Einzelfälle handelte.

In einigen Fällen konnte jedoch eine fehlerhafte oder unvollständige Dokumentation der ASA-Klassifikation oder eine Fehlkodierung der Prozedur (OPS-Kodes) als Auslöser für die rechnerische Auffälligkeit im Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko“ festgestellt werden. Alle Fälle mit „Okklusion oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus“ konnten nach Überprüfung durch die Fachausschüsse als „qualitativ unauffällig“ eingestuft werden. Die Sterblichkeit bei geringem Sterblichkeitsrisiko lag für das Erfassungsjahr 2013 unverändert zum Vorjahr bei 0,12 %.

Insgesamt wurde die Versorgungssituation seitens der Landesarbeitsgruppen als gut bezeichnet, es fanden sich im Strukturierten Dialog keine Hinweise auf gravierende qualitative Defizite. Eine Landesfachgruppe bedauert es aber ausdrücklich, dass der Leistungsbereich *Cholezystektomie* für das Erfassungsjahr 2015 zunächst ausgesetzt wird. Dies erschwere nach Ansicht der Fachgruppe Chirurgie die Aussage zur Qualität der Versorgung im Langzeitverlauf. Ein anderes Bundesland hatte bereits im Vorjahr ein Konzept entwickelt, um in diesem Leistungsbereich ein – über drei Jahre laufendes, modifiziertes – Peer-Review-Verfahren einzusetzen.

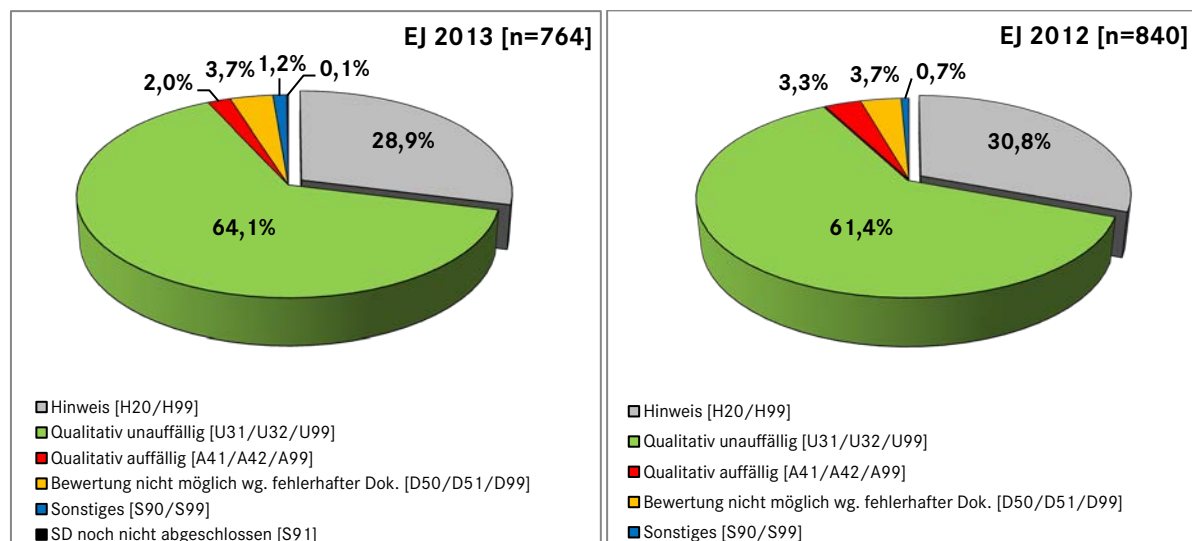


Abbildung 12: Ergebnisseinstufungen der rechnerische Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für 12/1 (2-Jahres-Vergleich)

5.1.2 Karotis-Revaskularisation (10/2)

Für den Leistungsbereich *Karotis-Revaskularisation* wurden im Erfassungsjahr 2013 insgesamt 245 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Der Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2012; n = 125) ist darauf zurückzuführen, dass durch Referenzwertdefinitionen der Strukturierte Dialog bei insgesamt 8 Indikatoren, und nicht wie in 2012 nur bei 4 Indikatoren, zu führen war. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden insgesamt 72 Hinweise versendet und 167 Stellungnahmen angefordert. In der weiteren Überprüfung fanden 5 Kollegiale Gespräche sowie eine Vor-Ort-Begehung statt.

Für das Erfassungsjahr 2013 wurden die kathetergestützten Karotiseingriffe zum zweiten Mal erfasst. Für die Auslösung des Strukturierten Dialogs kamen erstmals auch perzentilbasierte Referenzbereiche für die Indikatoren zur Indikationsstellung sowie für die risikoadjustierten Ergebnisindikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt“ (QI-ID 51873) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt“ (QI-ID 51865) zur Anwendung.

Insgesamt wurden für das kathetergestützte Verfahren im Rahmen des Strukturierten Dialogs 129 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt; davon 66 für die Indikationsindikatoren (QI-ID 51437 und QI-ID 51443). Daraus resultierte lediglich eine Bewertung als „qualitativ auffällig“. Insgesamt wurden für die kathetergestützten Revaskularisationen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs sieben qualitative Auffälligkeiten konstatiert.

Bei der offen-chirurgischen Revaskularisation wurden insgesamt 116 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Zu 27 Auffälligkeiten wurde ein Hinweis verschickt, da sich die abweichenden Ergebnisse überwiegend durch Einzelfälle erklärten. Eine Stellungnahme wurde zu jeweils 89 rechnerischen Auffälligkeiten angefordert. Nach Durchsicht der Stellungnahmen wurden 65,5 % der rechnerischen Auffälligkeiten daraufhin als „qualitativ unauffällig“ bewertet. Für 10 rechnerische Auffälligkeiten (8,6 %) war eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Der Anteil an ermittelten qualitativen Auffälligkeiten ist mit 9,5 % etwas höher als im Vorjahr (8 %). Neben den 89 überprüften Stellungnahmen wurden zu 13 rechnerischen Auffälligkeiten weiterführende Maßnahmen durchgeführt. Es gab drei Anlässe für Kollegiale Gespräche mit konsekutiver Zielvereinbarung.

Eine vergleichende Betrachtung kathetergestützte versus offen-chirurgische Interventionen zeigt, dass die relative Häufigkeit rechnerischer Auffälligkeiten (pro Krankenhaus) im kathetergestützten Verfahren (36,3 %) deutlich höher war als beim offen-chirurgischen Verfahren (22,4 %). Das ist vor allem auf die Auffälligkeiten bei den Indikationsindikatoren und hier besonders auf den Indikator QI-ID 51437 „Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt“ zurückzuführen.

Bei der Verteilung der Ergebnisse ist bemerkenswert, dass sich im Vergleich zum Vorjahr der Anteil „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ von 4 % auf 9,4 % mehr als verdoppelt hat. Wie aus den Länderberichten hervorgeht ist das auf häufige Fehldokumentationen bei den Indikatoren zur asymptomatischen Karotisstenose (QI-ID 603 und QI-ID-51437) zurückzuführen. Eine mögliche Ursache dieser Dokumentationsfehler könnte sein, dass die Umrechnung des Stenosegrades nach NASCET nicht korrekt war, oder es wurde der Stenosegrad der nicht-therapierten Seite angegeben.

Die Gesamtzahl der qualitativen Auffälligkeiten für diesen Leistungsbereich (7,8 %) ist gegenüber dem Vorjahr (8,0 %) praktisch unverändert und wird in der Ergebnisbetrachtung des Strukturierten Dialogs von den Ländern als Ausdruck einer guten Versorgungsqualität gesehen. Weiterhin kritisch hinterfragt und beobachtet werden sollte jedoch die höhere Zahl qualitativer Auffälligkeiten beim kathetergestützten Verfahren (9,5 %) im Vergleich zum offen-chirurgischen Verfahren (6,2 %).

Zudem wurde zum Erfassungsjahr 2013 im Zuge der Datenvalidierung ein Stichprobenverfahren mit Datenabgleich für den Leistungsbereich *Karotis-Revaskularisation* durchgeführt. Dabei wurden insgesamt 696 Fallakten aus 37 Krankenhäusern einer Zweiterfassung anhand vorab ausgewählter Datenfelder unterzogen. Abschließend konnte die Datenvalidität von 42,3 % der überprüften Datenfelder mit „hervorragend“ und 38,5 % mit „gut“ bewertet werden. Für die übrigen 19,2 % der Datenfelder musste aufgrund von Dokumentationsproblemen die Einstufung „verbesserungsbedürftig“ vorgenommen werden.

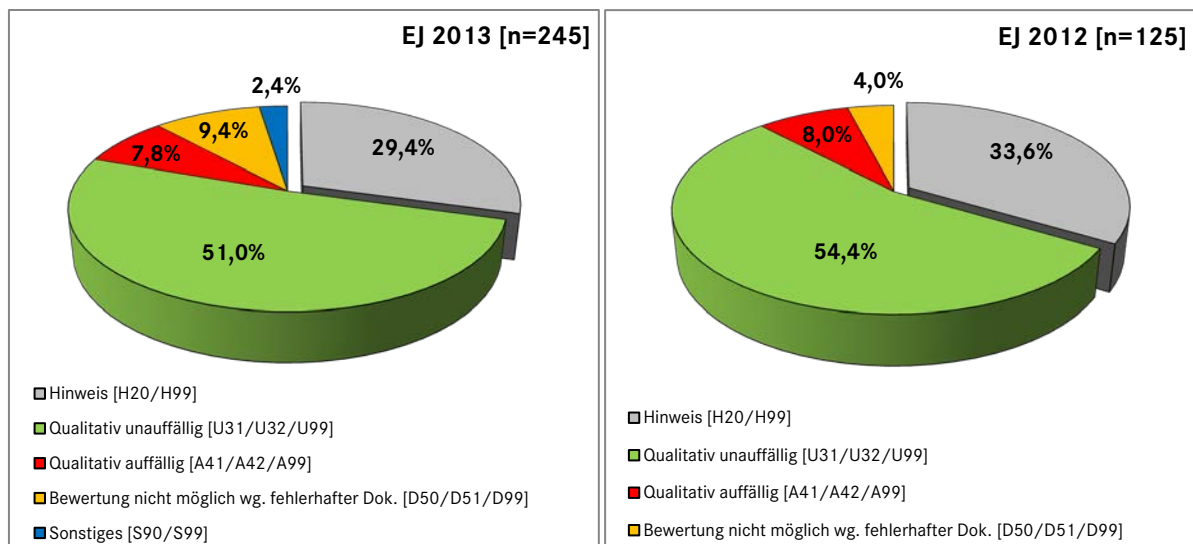


Abbildung 13: Ergebnisseinstufungen der rechnerische Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für 10/2 (2-Jahres-Vergleich)

5.1.3 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Im Erfassungsjahr 2013 wurden im Leistungsbereich *Ambulant erworbene Pneumonie* von 1.257 Einrichtungen QS-Datensätze geliefert. Nach deren Auswertung wurden 3.447 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Im Vorjahr waren es 3.302. Diese Steigerung von 4,4 % an rechnerischen Auffälligkeiten, führt im Wesentlichen auf die beiden Indikatoren zur Frühmobilisation (QI-ID 2012 und QI-ID 2013) zurück, denn für diese wurden die Referenzbereiche für das Erfassungsjahr 2013 verändert.

Der Anteil, der nach dem Strukturierten Dialog, als „qualitativ auffällig“ bewerteten Indikatoren, hat sich von 17,6 % (n = 580) im Vorjahr auf 15,1 % (n = 520) im Erfassungsjahr 2013 leicht reduziert. Ebenso hat sich der Anteil, der als „qualitativ unauffällig“ eingestufteten Ergebnissen leicht verringert. Die deutlichste Veränderung findet sich beim Versand von Hinweisen, der Anteil ist angestiegen (vgl. Abbildung 14). Dokumentationsmängel führten bei 10,6 % der rechnerischen Auffälligkeiten dazu, dass diese nicht bewertet werden konnten. Bundesweit boten 217 Indikatorergebnisse einen Anlass für Zielvereinbarungen, es boten sich 38 Anlässe für Kollegiale Gespräche und 3 Anlässe für eine Vor-Ort-Begehung.

Von den insgesamt 520 als „qualitativ auffällig“ bewerteten rechnerischen Auffälligkeiten gehen nahezu 80 % (n = 406) auf vier Indikatoren zurück:

- QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (n = 182)“
- QI-ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (n = 128)
- QI-ID 2009: „Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)“ (n = 51)
- QI-ID 2005: „Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme“ (n = 45)

Insgesamt ist aber bei den genannten Indikatoren anhand der Ergebnisse eine leichte Verbesserung gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Wenngleich hier immer noch Verbesserungspotenzial vorhanden ist. Grundsätzlich wird der Indikator QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ samt Referenzbereich immer noch kritisch diskutiert. Im Vorjahr wurde für diesen Indikator das Qualitätsziel nicht erreicht. Nach Aussage einiger Landesgeschäftsstellen erhielten Einrichtungen für die Ergebnisse in diesem Indikator hauptsächlich deshalb die Bewertung „qualitativ auffällig“, da es immer noch nicht flächendeckender Standard sei, dass die Atemfrequenz bei der Aufnahme gemessen würde. Auch werde die Relevanz des Indikators unterschätzt oder es fehle an geeigneten Verfahrensabläufen, auch hinsichtlich der korrekten QS-Dokumentation. In einigen Häusern seien des Weiteren strukturelle Veränderungen, personelle Engpässe und häufige Personalwechsel ein Problem. Andere Landesarbeitsgruppen stellen im Gegensatz dazu positiv heraus, dass viele Krankenhäuser die Messung der Atemfrequenz mittlerweile – auch durch die Anstöße der externen Qualitätssicherung – in ihr Routineaufnahmeverfahren integriert hätten.

In Häusern, die im Indikator QI-ID 2028 „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ qualitativ auffällig bewertet wurden, ist die routinemäßige Messung dieser Parameter über die Abteilungs-grenzen hinweg nicht immer sichergestellt. Eine Landesarbeitsgruppe stellt dar, dass insbesondere die fehlende Messung der Atemfrequenz zur Auffälligkeit führe. Kliniken würden hierzu ärztliches und pflegerisches Personal schulen. Von mehreren Ländern wird berichtet, dass es sich auch um Probleme bei der Dokumentation handelte. Als Hauptursache für die rechnerischen Auffälligkeiten beim QI-ID 2005 „Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme“ konnte festgestellt werden, dass die Werte nicht regelmäßig gemessen würden. Insbesondere kleinere Häuser hätten hiermit Probleme.

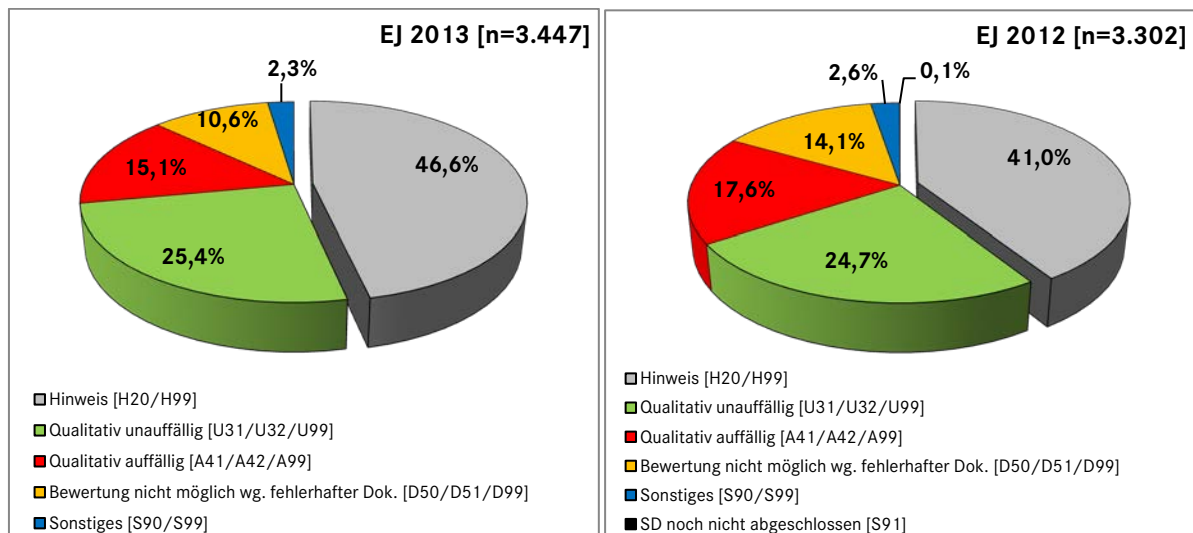


Abbildung 14: Ergebnisseinstufungen der rechnerische Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für PNEU (2-Jahres-Vergleich)

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

Für das Erfassungsjahr 2013 waren insgesamt für die drei Leistungsbereiche 2.165 rechnerische Auffälligkeiten zu bearbeiten. Dies sind deutlich weniger als im vorhergehenden Jahr ($n = 2.411$). Etwa ein Drittel der rechnerischen Auffälligkeiten wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ und 11 % als „qualitativ auffällig“ bewertet. Dies entspricht ungefähr den Vorjahreswerten. Reduziert hat sich der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten, die wegen fehlerhafter Dokumentation nicht bewertbar waren (im EJ 2013 = 3,7 %; EJ2012 = 5,4 %). Hinweise wurden zu 47 % der rechnerischen Auffälligkeiten versendet.

Herzschrittmacher-Implantation

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

Eine (zu) lange Eingriffsdauer oder Durchleuchtungszeit kann ein Hinweis auf prozedurale Probleme der Schrittmacher-Implantation sein. Im Falle der als „qualitativ auffällig“ bewerteten Ergebnisse bestätigten sich entsprechende Vermutungen; dies führte in einigen Fällen zu Kollegialen Gesprächen und/oder zu konkreten Zielvereinbarungen mit den betroffenen Krankenhäusern. Sondendislokationen und chirurgische Komplikationen (z.B. Taschenhämatome oder Myokardperforationen) sind – in der Regel vermeidbare – prozedurale Probleme bei der Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren. Sie stellen eine erhebliche zusätzliche Belastung der betroffenen Patienten dar. Auch in diesem Bereich wurden Kollegiale Gespräche geführt bzw. Zielvereinbarungen abgeschlossen.

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. Qualitative Auffälligkeiten wurden auch für die (unzureichende) Dokumentation der Laufzeit des ausgetauschten Herzschrittmacher-Aggregats⁴ ermittelt.

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Ein bekanntes Problemfeld in diesem Leistungsbereich sind prozedurbedingte Komplikationen der Aggregat-tasche (z.B. Taschenhämatome) oder der Sonden (z.B. Dislokationen) eines Herzschrittmachersystems, die ab dem Erfassungsjahr 2013 durch den Indikator „Prozedurassoziertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff“ (QI-ID 51988) erfasst werden. Für diesen Indikator werden alle prozedurbedingte Komplikationen berücksichtigt, die innerhalb eines Jahres nach dem mutmaßlich verursachenden Eingriff auftreten.

Wegen der relativ hohen Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten ($n = 171$) sah die Bundesfachgruppe für diesen Indikator besonderen Handlungsbedarf. Es wurden zu diesem Indikator insgesamt 113 Stellungnahmen angefordert, nach Überprüfung ergaben sich 43 (25,1 %) qualitativ auffällige Indikatorergebnisse. Als mögliche Ursachen prozedurbedingter Komplikationen werden seitens der LQS „geringe Fallzahlen“ und „mangelnde Routine“ genannt. Für 11 Indikatorergebnisse wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen; in einem Bundesland geschah dies vor allem dann, wenn die betroffene Einrichtung auch hinsichtlich perioperativer Komplikationen im Leistungsbereich *Herzschrittmacher-Implantation* qualitativ auffällig war.

⁴ Zu dokumentieren ist das Jahr der Implantation des ausgetauschten Aggregats. Derzeit wird anhand des erst zum Zeitpunkt des Wechsels dokumentierten Implantationsjahrs die Laufzeit des alten Schrittmacheraggregats berechnet. Mit der Einführung des stationären Follow-up für Herzschrittmacher ab dem Erfassungsjahr 2015 wird es möglich, Aggregatlaufzeiten als Zeitdifferenz zwischen (stationären) Eingriffen zu bestimmen. Eine Erfassung des Implantationsjahres im Rahmen der Falldokumentation wird dann nicht mehr erforderlich sein.

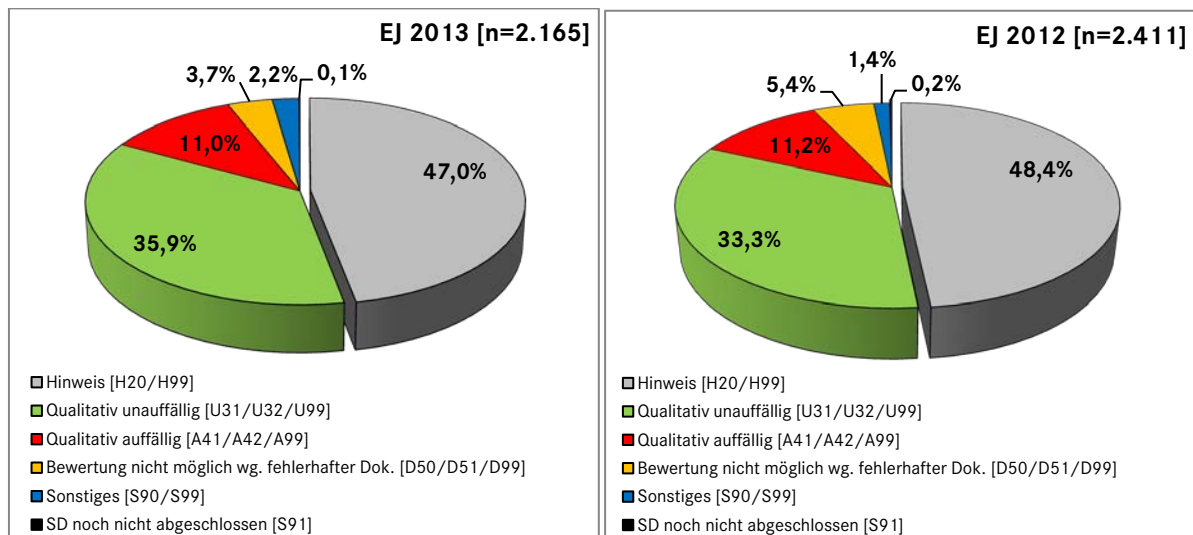


Abbildung 15: Ergebniseinstufungen der rechnerische Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für 09/1 bis 09/3 (2-Jahres-Vergleich)

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

Für das Erfassungsjahr 2013 waren für die drei Leistungsbereiche insgesamt 1.149 rechnerische Auffälligkeiten zu bearbeiten. Dies sind deutlich weniger als im vorhergehenden Jahr ($n = 1.346$). Für das Erfassungsjahr 2013 hat sich der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten, die im Strukturierten Dialog als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, gegenüber dem Vorjahr etwas erhöht (37,6 %). Ebenfalls erhöht hat sich der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten, bei denen Hinweise an die auffälligen Einrichtungen versendet wurden (45,1 %). Deutlich angestiegen ist der Anteil, der nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ auffällig“ gewertet wurde (EJ 2012 = 5,9 %; EJ 2013 = 9,5 %). Reduziert hingegen hat sich der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten, bei denen eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich war (EJ 2012 = 13,9 %; EJ 2013 = 4,9 %).

Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Schwerpunkte der im Strukturierten Dialog ermittelten qualitativen Auffälligkeiten waren die leitlinienkonforme Indikationsstellung zur Implantation eines Defibrillators, die leitlinienkonforme Wahl des Defibrillatorsystems sowie die Eingriffsdauer bei der Implantation.

Der Indikator zur leitlinienkonformen Indikation (QI-ID 50004) wurde durch die Bundesfachgruppe als Indikator mit besonderem Handlungsbedarf eingestuft, weil die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse in Einrichtungen hoch war und sich im Vergleich zum Vorjahr nicht substantiell reduziert hatte. Außerdem besteht Überarbeitungsbedarf der verfügbaren Leitlinien. Die Bundesfachgruppe hatte daher empfohlen, Unklarheiten aufgrund der aktuellen Leitliniensituation nicht zu Lasten der Einrichtungen zu werten. Bei rechnerischer Auffälligkeit sollte zunächst nachvollzogen werden, wie es zur Indikationsstellung kam und wie schlüssig die dokumentierten Befunde eine Defibrillator-Implantation nahelegten. Nur bei offensichtlich nicht indizierten Implantationen sollte eine Bewertung als „qualitativ auffällig“ erfolgen. Vor diesem Hintergrund wurden 22 Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ eingestuft; neun Ergebnisse davon boten einen Anlass für Zielvereinbarungen und mit vier Einrichtungen wurde ein Kollegiales Gespräch geführt. Nach der Überprüfung von Stellungnahmen zur leitlinienkonformen Systemwahl wurden sieben Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Der im Vorjahr angepasste Indikator zur Eingriffsdauer bei Defibrillator-Erstimplantationen ergab nach Überprüfung der Stellungnahmen 13 qualitativ auffällige Indikatorergebnisse.

Für den letztgenannten Indikator zeigt sich eine deutliche Veränderung zum Vorjahr: Im Erfassungsjahr 2012 wurden noch drei Indikatoren (für unterschiedliche Defibrillatorsysteme) zur Eingriffsdauer eingesetzt. Bei insgesamt 83 rechnerischen Auffälligkeiten wurden schließlich nur zwei Häuser als „qualitativ auffällig“ bewertet. Für das Erfassungsjahr 2013 wurde anstelle von drei separaten Indikatoren ein Qualitätsindex verwendet, der

64 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse aufwies. Hier konnte eine deutliche Verbesserung der Trennschärfe der Ergebnisse erreicht werden.

Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

Für das Erfassungsjahr 2013 wurde der Qualitätsindikator zur intraoperativen Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden grundlegend überarbeitet. Beim neuen Indikator werden linksventrikuläre Sonden ausgeschlossen (für die keine Amplitudenbestimmung erforderlich ist). Dies führte zu einer deutlichen Reduktion der ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten. Dennoch waren – wie bei den Herzschrittmachern – qualitative Auffälligkeiten beim Austausch von Defibrillator-Aggregaten vor allem bei den Prozessindikatoren zur Amplituden- und Reizschwellenbestimmung bei Vorhof- und Ventrikelsonden zu beobachten. Entsprechend sind die Ergebnisse zu kommentieren: Wenn bei Aggregatwechseln auf den Nachweis adäquater Wahrnehmungs- und Stimulationsfunktionen eines Defibrillatorsystems verzichtet wird, kann dessen Funktionsfähigkeit nicht als gesichert vorausgesetzt werden.

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

Probleme dieses Leistungsbereichs sind prozedurbedingte Komplikationen der Aggregattasche (z.B. Taschenhämatome) oder der Sonden (z.B. Dislokationen) des Defibrillatorsystems. Es sind parallele Entwicklungen zum analogen Indikator „Prozedurassoziiertes Problem“ bei den Herzschrittmachern zu verzeichnen:

- Der Indikator „Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff“ wurde mit dem Erfassungsjahr 2013 neu eingeführt. Für den Indikator wurde – einheitlich für Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren – ein fixer Referenzbereich ($\leq 6.0\%$) festgelegt, der sich an Ergebnissen nationaler und internationaler Studien orientiert.
- Wegen der relativ hohen Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten ($n = 195$) sah die Bundesfachgruppe für diesen Indikator besonderen Handlungsbedarf. Wie bei den Herzschrittmachern sind bei den implantierbaren Defibrillatoren die überwiegende Zahl der prozedurassoziierten Probleme Sondendislokationen. Für den bis 2012 verwendeten Indikator „Sondenproblem als Indikation zum Eingriff“ galt ein sehr großzügiger Perzentil-Referenzbereich (2012: $\leq 24.1\%$). Entsprechend hatte die Einführung des neuen Indikators „Prozedurassoziiertes Problem“ mit fixem Referenzbereich bei den implantierbaren Defibrillatoren eine deutlich Zunahme der rechnerischen Auffälligkeiten zur Folge.
- Deshalb verschickten einige Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung lediglich Hinweise an rechnerisch auffällige Einrichtungen.

Nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen ($n = 129$) wurden 26 Krankenhäuser wegen prozedurassoziierten Probleme als „qualitativ auffällig“ bewertet; es kam zu Zielvereinbarungen mit sechs Einrichtungen.

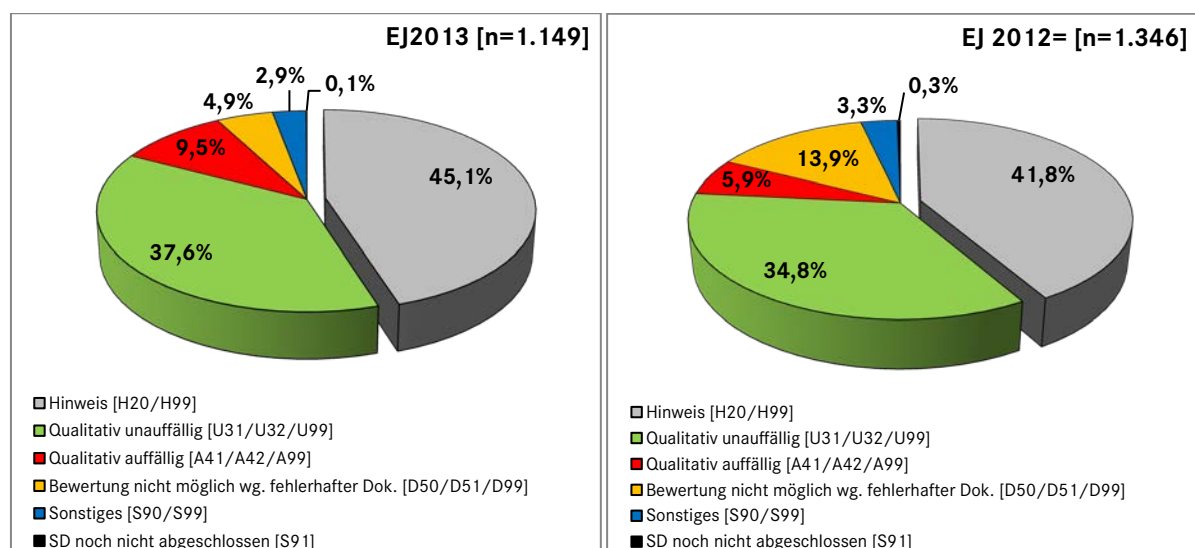


Abbildung 16: Ergebnisseinstufungen der rechnerische Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für 09/4 bis 09/6 (2-Jahres-Vergleich)

5.1.6 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (21/3)

Im Leistungsbereich *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)* wurden die Bundesergebnisse des Erfassungsjahres 2013 von der Bundesfachgruppe als gute Versorgungsqualität bewertet. Für keinen Indikator wurde besonderer Handlungsbedarf festgestellt. Die Erkennung und Umsetzung von Verbesserungspotenzialen in einzelnen Einrichtungen sollte damit vor allem durch den Strukturierten Dialog gefördert werden.

Bundesweit wurden für das Erfassungsjahr 2013 insgesamt 963 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Für 557 (58 %) rechnerische Auffälligkeiten wurden Stellungnahmen der Einrichtungen erbeten. In allen anderen Fällen wurden lediglich Hinweise an die verantwortlichen Leistungserbringer versandt. Bei Auswertung der Stellungnahmen durch die jeweiligen Landesfachgruppen konnten 87 rechnerische Auffälligkeiten wegen fehlerhafter Dokumentationen nicht bewertet werden. 16-mal waren Softwareprobleme hierfür verantwortlich. 22 rechnerische Auffälligkeiten waren Anlass für ein Kollegiales Gespräch. Eine rechnerische Auffälligkeiten führte zu einer Vor-Ort-Begehung der verantwortlichen Einrichtung. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden zu 41 Indikatorergebnissen Zielvereinbarungen geschlossen. Letztlich wurden 12,9 % (124) der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Damit ist die Anzahl der qualitativen Auffälligkeiten weiter angestiegen.

Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung verweisen darauf, dass immer wieder Einrichtungen rechnerisch auffällig werden, die nur Verbringungsleistungen und diese in relativ niedriger Anzahl abrechnen. In den Strukturierten Dialogen sei es dann oft kaum möglich, die für eine Fallbeurteilung notwendigen Detailinformationen zu erhalten, da diese dem verbringenden Krankenhaus nicht vorlägen. Auch liefe die Suche nach Struktur- und Prozessmängeln ins Leere, da diese nicht die verbringende Einrichtung betreffen.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten (101 Einrichtungen) fanden sich im Indikator QI-ID 12773 „Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts“, da dies der einzige Indikator dieses Leistungsbereichs mit einem Referenzwert am 90. Perzentil ist. Zwar fanden sich bundesweit nur in 0,3 % (1.992) der stationären (koronaren) Herzkatheteruntersuchungen keine Angaben zum Flächendosisprodukt. Da aber die Strahlenschutzverordnung vorschreibt, dass für jeden Patienten die applizierte Strahlendosis zu dokumentieren ist, hatte die Bundesfachgruppe hier einen strengeren Referenzbereich gesetzt. Rechnerisch auffällig wurden damit alle Einrichtungen mit einer Rate fehlender Dokumentation des Flächendosisprodukts über 0,9 %. Von diesen wurden im Strukturierten Dialog 10 Einrichtungen als „qualitativ auffällig“ bewertet. Bei 34 Einrichtungen wurde die Kategorie „D“ vergeben, die besagt, dass eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich ist.

Am häufigsten wurden qualitativen Auffälligkeiten (je 18 Einrichtungen) in den Indikatoren QI-ID 12774 „Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²“ und QI-ID 50749 „Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²“ festgestellt. Da sich die Indikatoren zum Strahlenschutz bundesweit seit der Einführung der an den Dosisreferenzwerten des Bundesamts für Strahlenschutz orientierten ratenbasierten Indikatoren kontinuierlich verbessert haben, wird der konsequent geführte Strukturierte Dialog bei diesen Indikatoren als besonders zielführend und effektiv erachtet.

Die meisten Zielvereinbarungen (n = 8) wurden im Indikator QI-ID 399 „Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie“ geschlossen. Eine Vor-Ort-Begehung erfolgte im Zusammenhang mit einer rechnerischen Auffälligkeit beim Indikator QI-ID 11863 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei PCI“. Für die Ergebnisse in diesem Indikator waren acht Einrichtungen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ auffällig“ bewertet worden.

Aus den von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung an das AQUA-Institut übermittelten Informationen lassen sich leider keine (anonymisierten) Details zu den als „qualitativ auffällig“ vergebenen Bewertungen der Kategorie „A4.1“ (Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel) entnehmen. Gleiches gilt für die Inhalte der geschlossenen Zielvereinbarungen.

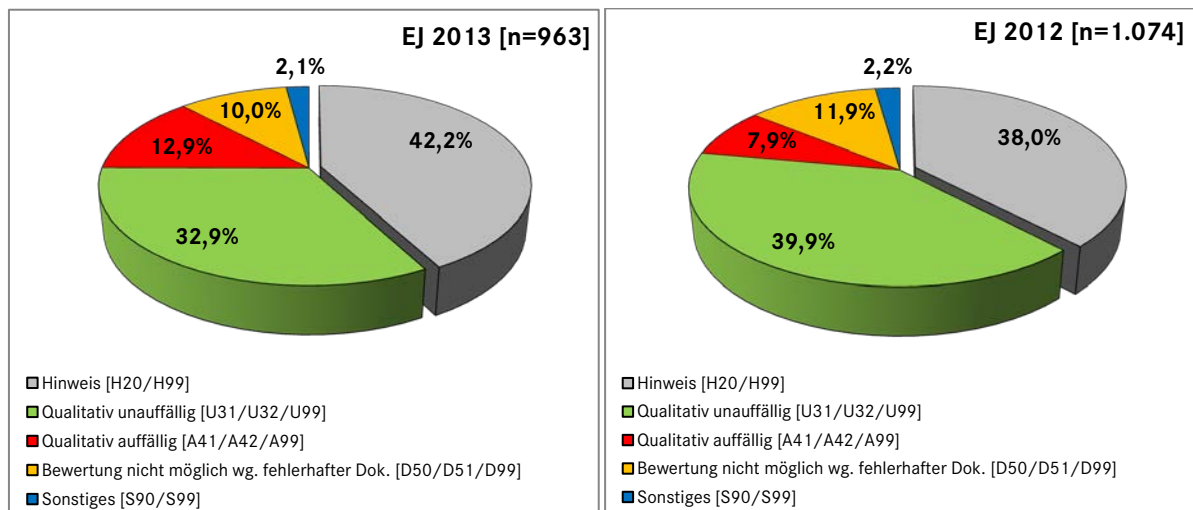


Abbildung 17: Ergebnisseinstufungen der rechnerische Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für 21/3 (2-Jahres-Vergleich)

5.1.7 Herzchirurgie (HCH)

Für den Bereich Herzchirurgie wurden von 97 Krankenhäusern Daten zu den Leistungsbereichen *Koronarchirurgie, isoliert, Aortenklappenchirurgie, isoliert* und /oder *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* an das AQUA-Institut übermittelt. Mit insgesamt 64 Krankenhäusern davon wurde der Strukturierte Dialog, auch im Rahmen der Datenvalidierung zu den rechnerisch auffälligen Ergebnissen der Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien geführt. Von diesen 64 Krankenhäusern waren bei 11 Krankenhäusern die Ergebnisse allein in der Datenvalidierung auffällig. Sämtliche Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren waren bei diesen 11 Einrichtungen rechnerisch unauffällig. Bei sechs Krankenhäusern waren die Ergebnisse der risikoadjustierten Sterblichkeit in mindestens einem der herzchirurgischen Leistungsbereiche wiederholt rechnerisch auffällig.

Insgesamt fanden sich 63 rechnerische Auffälligkeiten bei den überprüften Qualitätsindikatoren und 36 rechnerische Auffälligkeiten im Rahmen der Datenvalidierung. Davon wurde für eine rechnerische Auffälligkeit wegen eines Einzelfalles ein Hinweis versendet, für alle anderen Auffälligkeiten wurden von den Krankenhäusern Stellungnahmen erbeten. Die überwiegende Anzahl der eingereichten Stellungnahmen war ausführlich und nachvollziehbar. Der im Vorjahr neu eingeführte Indikator „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem Euroscore“ für den Bereich der *Aortenklappenchirurgie, isoliert* wurde nach Diskussion in den entsprechenden Fachgremien und der Bundesfachgruppe weiter modelliert bzw. angepasst. Die ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog entsprachen ungefähr denen des Vorjahres (EJ 2012 n = 10; EJ 2013 n = 9). Sieben Krankenhäuser davon erhielten nach Abschluss des Strukturierten Dialoges eine Einstufung als „qualitativ auffällig“, da sich aus den eingereichten Stellungnahmen inklusive weiterer Nachfrage nicht entnehmen ließ, wie in den Einzelfällen die Indikationsstellung konkret erfolgt war.

Mit vier Einrichtungen konnte der Strukturierte Dialog erst nach einem Kollegialen Gespräch geschlossen werden. Bei drei Einrichtungen erfolgte die Einladung aufgrund rechnerisch auffälliger Ergebnisse beim Indikator zur risikoadjustierten Sterblichkeit in mindestens zwei der herzchirurgischen Leistungsbereiche. Die vierte Einladung eines Krankenhauses erfolgte aufgrund erheblicher Dokumentationsprobleme. Alle Gespräche verliefen konstruktiv und wurden mit Zielvereinbarungen zur Verringerung der Sterblichkeit bzw. zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen.

Im Vorfeld hatte sich bereits ein weiteres Krankenhaus gemeldet und ein Kollegiales Gespräch erbeten. Da das Krankenhaus bezüglich der Sterblichkeitsraten seit Jahren immer mal wieder schlechte Ergebnisse aufzuweisen hatte und von bereits teilweise implementierten Maßnahmen berichtete, entschloss sich die Bundesfachgruppe zu einer Vor-Ort- Begehung.

Abschließend wurden 38,1 % (n = 34) aller rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ bewertet. Die Ergebnisse liegen somit insgesamt in einem ähnlichen Bereich wie im Vorjahr.

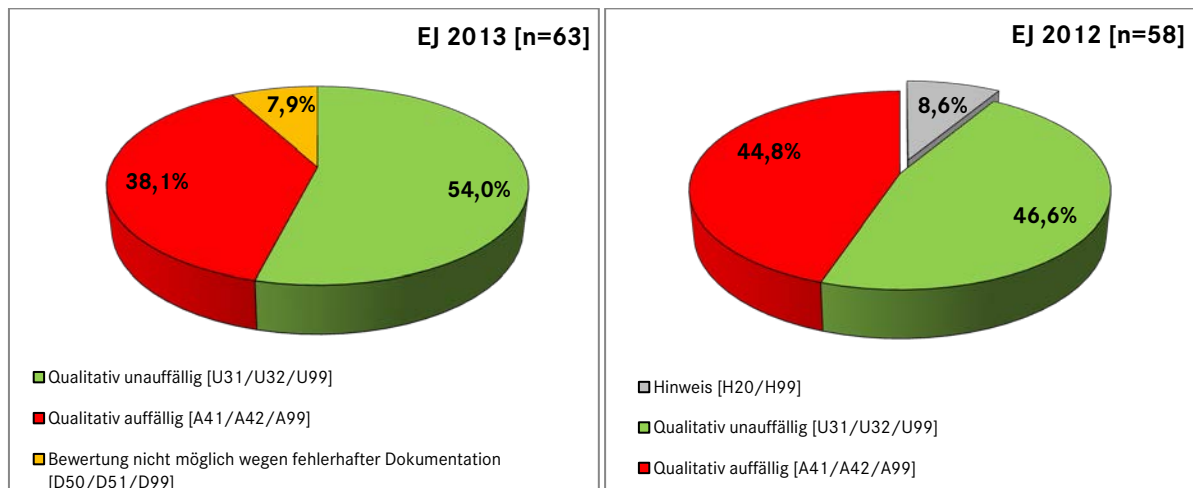


Abbildung 18: Ergebnisseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD für HCH (2-Jahres-Vergleich)

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

Von insgesamt 23 Einrichtungen wurden im Leistungsbereich *Herztransplantation* 273 Datensätze geliefert. Für den Leistungsbereich *Lungen- und Herzlungentransplantation* konnten von 16 Zentren 348 Datensätze ausgewertet werden. Die Anzahl der ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten im Leistungsbereich *Herztransplantation* ist auf den ersten Blick angestiegen (EJ 2013: n = 33; EJ 2012: n = 22), zieht man jedoch die Fälle bei den 1-, 2,- und 3-Jahres-Überlebens-Indikatoren (Worst-Case-Analyse; n = 9), die im Strukturierten Dialog des Vorjahres bereits überprüft wurden ab, so erhält man eine nahezu ähnliche Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten wie im Erfassungsjahr 2012.

Im Bereich der *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* ist die Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten (n = 14) im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2012; n = 19) leicht angestiegen. Nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen sind jedoch für dieses Erfassungsjahr keine qualitativen Auffälligkeiten festgestellt worden.

Der Leistungsbereich *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* wurde für das Erfassungsjahr 2013 zudem einem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich unterzogen, dazu wurden vier Krankenhäuser besucht. Die Auswertungen des Datenvalidierungsverfahrens ergaben zusammenfassend ein gutes Ergebnis. Nähere Informationen dazu sind dem Bericht zu den Ergebnissen der Datenvalidierung zu entnehmen. Hinweise seitens der Krankenhäuser bzgl. Anpassungen zu Ausfüllhinweisen/Datenfeldern wurden bereits in der Bundesfachgruppe beraten und vorgenommen.

Insgesamt wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs drei Krankenhäuser zum Kollegialen Gespräch eingeladen, wobei zwei Krankenhäuser sowohl im Leistungsbereich *Herztransplantation* als auch im Leistungsbereich *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* auffällige Ergebnisse aufwiesen und somit um persönliche Stellungnahme gebeten wurden. In diesem Zusammenhang sind während der Kollegialen Gespräche auch die geringe Anzahl an Behandlungsfällen und die Erfolgsaussichten entsprechend der Vorgaben des Transplantationsgesetzes diskutiert worden. Weiterhin ist erstmals im Rahmen des Strukturierten Dialogs, bei der genauen Analyse der Behandlungsunterlagen, bei drei Todesfällen die verminderte Organqualität aufgrund fehlender Koronarangiographie aufgefallen. Die Bundesfachgruppe versah die Ergebnisbewertungen jeweils mit einem entsprechenden Kommentar. Seitens der Bundesfachgruppe wurde das Thema ausführlich diskutiert und bereits auf der Qualitätssicherungskonferenz des G-BA im Oktober 2014 zur Kenntnis gebracht.

Bei Betrachtung sämtlich erfolgter Bewertungen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs für beide Leistungsbereiche für die Indikatorergebnisse, zeigt sich im Vergleich zu den Vorjahresbewertungen eine leichte Verbesserung. Auch musste ein Kollegiales Gespräch weniger als im Vorjahr geführt werden. Als Ursachen für die festgestellten qualitativen Auffälligkeiten wurden im Vorjahr mehr Struktur- und Prozessprobleme festgestellt. Für dieses Berichtsjahr war vor allem die geringe Fallzahlproblematik, ausbaufähige Fachexpertise sowie die verschlechterte Organqualität ursächlich.

Hervorzuheben sind in beiden Leistungsbereichen die Vollzähligkeitsraten. Die Bundesfachgruppe und das AQUA-Institut werten das Erreichen der Vollzähligkeitsraten u.a. auch als Erfolg, der durch den Einsatz der im Vorjahr eingeführten Worst-Case-Indikatoren, zurückzuführen ist. Ebenfalls positiv zu sehen ist, dass erstmals kein rechnerisch auffälliges Ergebnis im Leistungsbereich *Herztransplantation* für den Indikator QI-ID 12539 „Unbekannter Überlebensstatus 30 Tage postoperativ“ verzeichnet wurde.

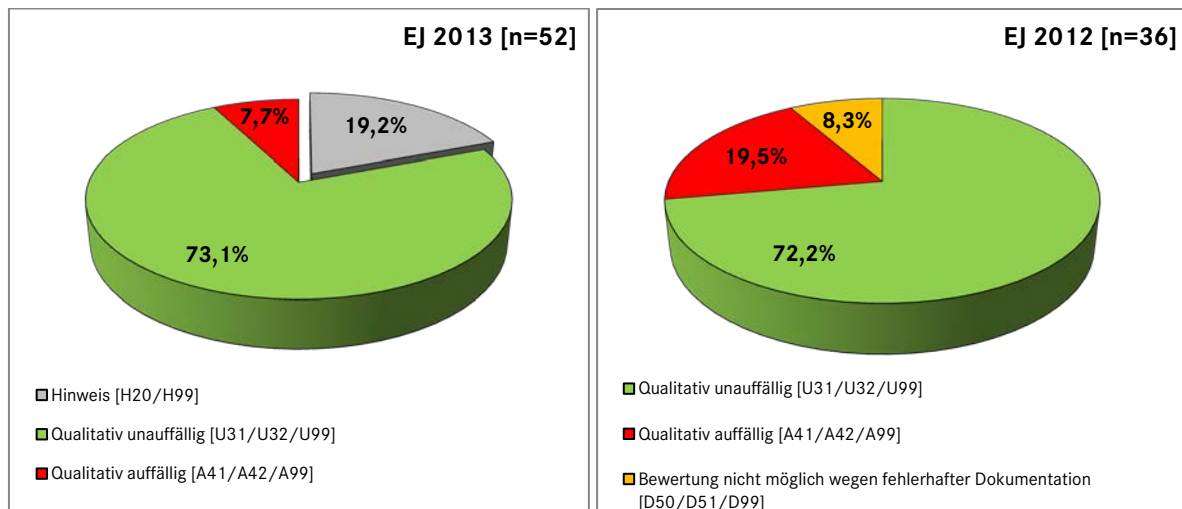


Abbildung 19: Ergebnisseinstufung nach Abschluss des SD für HTX und LUTX

5.1.9 Lebertransplantation, Leberlebendspende (LTX/LLS)

Für die beiden Leistungsbereiche *Lebertransplantation* und *Leberlebendspende* wurden von 24 Krankenhäusern insgesamt 1.070 Datensätze geliefert. Für die beiden Leistungsbereiche *Lebertransplantation* und *Leberlebendspende* wurden nach Auswertung 46 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren verzeichnet. Davon wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs 12 (26,1 %) als „qualitativ auffällig“ bewertet. Die Einstufungen begründen sich überwiegend durch eine erhöhte Sterblichkeit im Krankenhaus nach Lebertransplantation und fehlende Follow-up Dokumentationen in beiden Leistungsbereichen.

Im Vorjahr waren noch deutlich mehr rechnerische Auffälligkeiten zu verzeichnen ($n = 60$). Der Rückgang an rechnerischen Auffälligkeiten und der damit verbesserten Ergebnisse ist ausschließlich auf die im Vorjahr eingeführten Worst-Case-Indikatoren zurückzuführen. Die im Erfassungsjahr 2013 zum zweiten Mal angewendete Worst-Case-Analyse zeigt eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der Nachsorgedokumentation im 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up. Weiterer Verbesserungsbedarf wird im Leistungsbereich *Leberlebendspende* gesehen, da es sich hierbei um einen hochsensiblen Bereich handelt, in welchem die Nachbetreuung der Patienten und die Dokumentation zum Zustand der Patienten einen besonderen Stellenwert einnehmen. Durch die Stellungnahmen wurde jedoch deutlich, dass der Anteil an Patienten zu denen keine Informationen vorlagen letztendlich sehr gering ist. Die Probleme bestanden hauptsächlich bei der fristgerechten und vollzähligen Übermittlung der Daten. Insbesondere ein Transplantationszentrum beeinflusste durch die Nichtbekanntgabe des Überlebensstatus zu den in den Vorjahren behandelten Patienten, das Bundesergebnis für das Erfassungsjahr und für die Vorjahre.

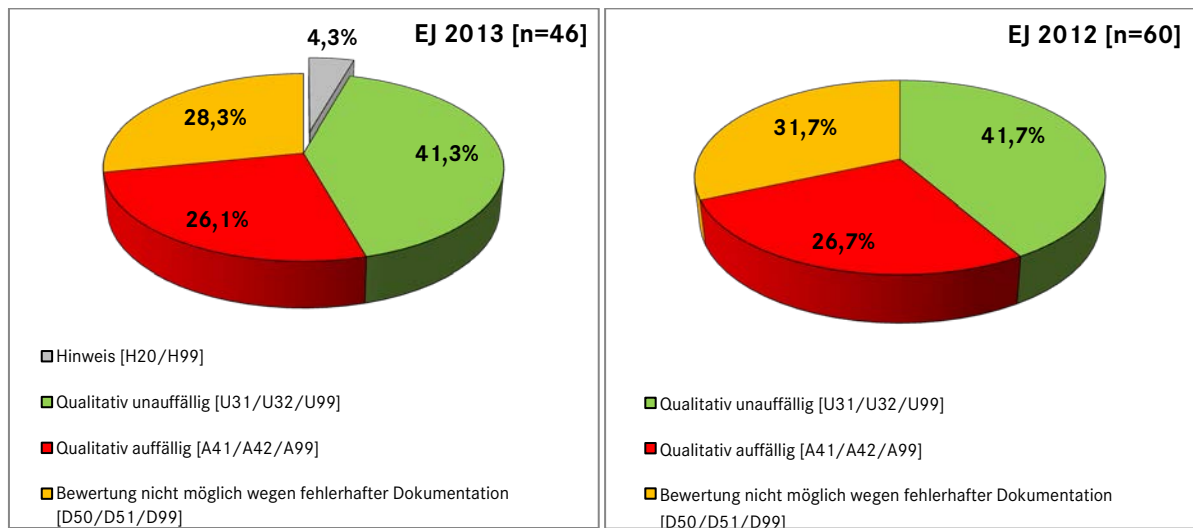


Abbildung 20: Ergebnisseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für LTX und LLS (2-Jahres-Vergleich)

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

In den Leistungsbereichen *Nierentransplantation* sowie *Nierenlebendspende* gab es im Erfassungsjahr 2013 insgesamt 94 rechnerische Auffälligkeiten in Bezug auf die Qualitätsindikatoren. Die Verringerung der Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr ($n = 127$) beruht auf der Aussetzung des Leistungsbereichs *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* aufgrund der über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung sowie auf den verbesserten Ergebnissen bei den Worst-Case-Indikatoren zum Überleben.

Von den 94 überprüften rechnerischen Auffälligkeiten wurden 48 identifizierte Abweichungen (51,06 %) nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ auffällig“ bewertet, was jedoch hauptsächlich auf Versäumnisse bzgl. der Dokumentation zur Nachbetreuung der Patienten zurückzuführen war. Insbesondere ein vergleichsweise großes Zentrum kommt der Dokumentation bzgl. der Nachsorge seit Jahren nicht zufriedenstellend nach, sodass durch das Ergebnis des Zentrums das Bundesergebnis (gesamt) deutlich verzerrt wurde. Um dem entgegenzusteuern wurden von der Bundesfachgruppe bereits weitere Schritte beschlossen. Die im Erfassungsjahr 2013 zum zweiten Mal angewendete Worst-Case-Analyse zeigte dennoch insgesamt eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der Dokumentation zur Nachbetreuung der Patienten im 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up im Vergleich zum Vorjahr.

Rechnerische Auffälligkeiten, die auf Mängel in den Behandlungsabläufen zurückzuführen waren, konnten für das Erfassungsjahr 2013 nur in einem sehr geringen Ausmaß festgestellt werden. Aus Sicht der Bundesfachgruppe bestand keine Notwendigkeit für weiterführende Maßnahmen wie z.B. ein Kollegiales Gespräch und/oder eine Vor-Ort-Begehung.

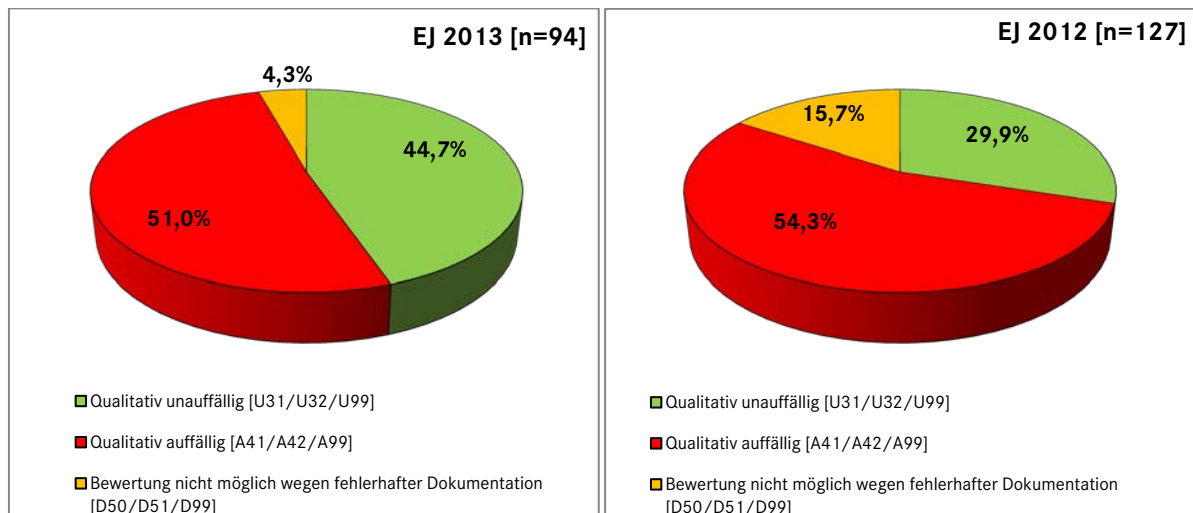


Abbildung 21: Ergebnisseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für NTX und NLS (2-Jahres-Vergleich)

5.1.11 Geburtshilfe (16/1)

Im Leistungsbereich Geburtshilfe wurden von 744 Krankenhäusern Daten übermittelt. Nach Auswertung ergaben sich 869 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse. Es wurden zu 303 Indikatorergebnissen Hinweise versendet und zu 549 rechnerischen Auffälligkeiten wurden Stellungnahmen angefordert.

Der Strukturierte Dialog wurde vor allem zu den Indikatoren „Anwesenheit eines Pädiateers bei Frühgeburten“, „Antibiotika bei vorzeitigem Blasensprung“ und „Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung“ durchgeführt.

Der Indikator „Anwesenheit eines Pädiateers bei Frühgeburten“ wurde von der Bundesfachgruppe auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2013 als Indikator mit besonderem Handlungsbedarf eingestuft und hierzu sollte der Strukturierte Dialog intensiviert durchgeführt werden.

Nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen, wurden bei diesem Indikator weiterhin Struktur- bzw. Prozessmängel festgestellt. Aber auch besondere Einzelfälle (Notaufnahme bei fortgeschrittener Geburt) sowie Dokumentationsprobleme führten zu den Abweichungen.

Für den Indikator „Antibiotika bei vorzeitigem Blasensprung“ führten hauptsächlich Dokumentationsprobleme zu den Auffälligkeiten. Von einigen Kliniken wurde rückgemeldet, dass die Operationalisierung des Indikators zu überarbeiten sei, da die Zeitspanne zwischen Blasensprung und Geburt bzw. Aufnahme und Geburt zu gering ist, um eine Antibiotikagabe einzuleiten. Zum aktuellen Erfassungsjahr 2015 erfolgt eine minutengenaue Erfassung des Aufnahmezeitpunktes der Mutter. Anhand der dann festgestellten Ergebnisse wird die Bundesfachgruppe eine Überarbeitung bzw. Präzisierung der Rechenregel erneut überprüfen.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Indikator „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnitt“ zeigte sich, dass einige Kliniker eine präoperative Antibiotikaphylaxe generell ablehnten, zumal derzeit keine aktuelle Leitlinie der DGGG (Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.) veröffentlicht ist. Die Bundesfachgruppe sieht die Relevanz des Themas und wird sich diesem annehmen.

Insgesamt ist im Leistungsbereich Geburtshilfe die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten minimal angestiegen (EJ 2012 = 826; EJ2013 = 869). Die Anzahl der nach Abschluss des Strukturierten Dialogs ermittelten qualitativen Auffälligkeiten ist jedoch gesunken (EJ2012 = 20,6 %; EJ2013 = 3,5 %). 16 rechnerische Auffälligkeiten boten einen Anlass für Kollegiale Gespräche. Es wurden 20 Vor-Ort-Begehungen durchgeführt (so viel wie in keinem anderen Leistungsbereich). Abschließend wurden 19 Zielvereinbarungen mit Einrichtungen geschlossen. Hauptsächlich betraf dies die folgenden Indikatoren:

- QI-ID 51397: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
- QI-ID 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
- QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung
- QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

Die Indikatoreergebnisse, die aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht bewertet werden konnten, haben gegenüber dem Vorjahr nur leicht abgenommen (10,9 %). Fehldokumentation oder Softwareprobleme wurden vorrangig bei den Indikatoren „Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen“ sowie der „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt“ festgestellt.

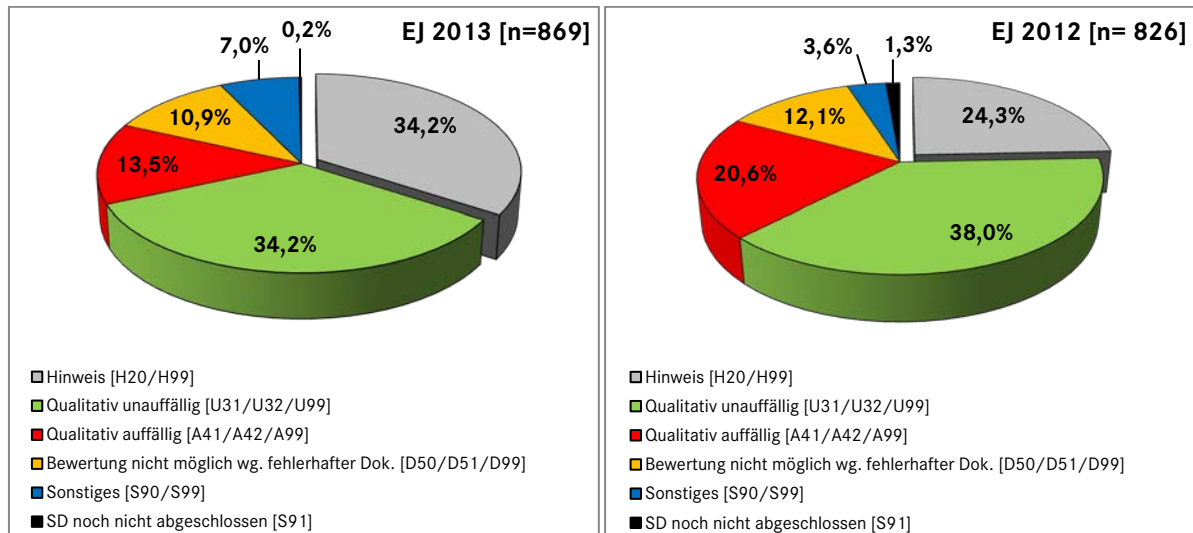


Abbildung 22: Ergebnisseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für 16/1 (2-Jahres-Vergleich)

5.1.12 Neonatologie (NEO)

Im Leistungsbereich *Neonatologie* wurden insgesamt 280 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Es wurden zu 94 Indikatoregebnissen Hinweise versendet und für 185 rechnerische Abweichungen Stellungnahmen angefordert. Der Strukturierte Dialog wurde vor allem zu den Indikatoren „Durchführung eines Hörtest“, „Index zur Frühgeborenenversorgung“ sowie zu den Indikatoren zur Sterblichkeit geführt. Der für das Erfassungsjahr 2013 eingeführte Index zur Frühgeborenenversorgung kam erstmalig zur Anwendung.

Insgesamt ist die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten des Erfassungsjahres 2013 im Leistungsbereich *Neonatologie* von 360 (EJ 2012) auf 280 gesunken. Zu beachten ist jedoch, dass diese Ergebnisse nur bedingt mit dem Vorjahr vergleichbar sind, da Indikatoren, die auch im Qualitätsindex berücksichtigt werden, seit dem Erfassungsjahr 2013 ohne Referenzbereich ausgewiesen werden. Somit gibt es weniger Indikatoren zu denen potenziell ein Strukturierter Dialog zu führen gewesen ist.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs sind 12,1 % der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ eingestuft worden. Dies ist ein Anstieg gegenüber dem Vorjahr (EJ 2012 = 9,4 %). Ursächlich hierfür sind vor allem die Indikatoren zur Aufnahmetemperatur sowie der Indikator QI-ID 50061 „Verhältnis zur beobachteten Rate (O/E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)“. Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten, die als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, ist demgegenüber von 44,2 % (EJ 2012) auf 37,5 % (EJ 2013) gesunken. Die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten, die wegen fehlerhafter Dokumentation nicht bewertbar waren, ist leicht gestiegen. Zu sechs rechnerischen Auffälligkeiten wurden Kollegiale Gespräche und/oder Vor-Ort-Begehungen durchgeführt. Zu 28 Indikatoregebnissen wurden Zielvereinbarungen geschlossen.

Für den Leistungsbereich *Neonatologie* gab und gibt es viele Anregungen aus den Landesgeschäftsstellen, die neben der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung noch eigene QS-Projekte zu diesem Bereich fördern. Auch der Qualitätsindex zur Frühgeborenenversorgung wird diskutiert. Generell wird die Darstellung des Index befürwortet, bemängelt wurde z.B. jedoch die fallbasierte Auswertung (Doppelzählung von Patienten). Geäußert wurde auch, dass die Ergebnisse des Indexindikators für die Krankenhäuser nur teilweise nachvollziehbar seien. Die Bundesfachgruppe hatte hierzu bereits Kriterien für die Durchführung des Strukturierten Dialogs veröffentlicht, wird jedoch erneut prüfen, ob diese angepasst bzw. erweitert werden müssen.

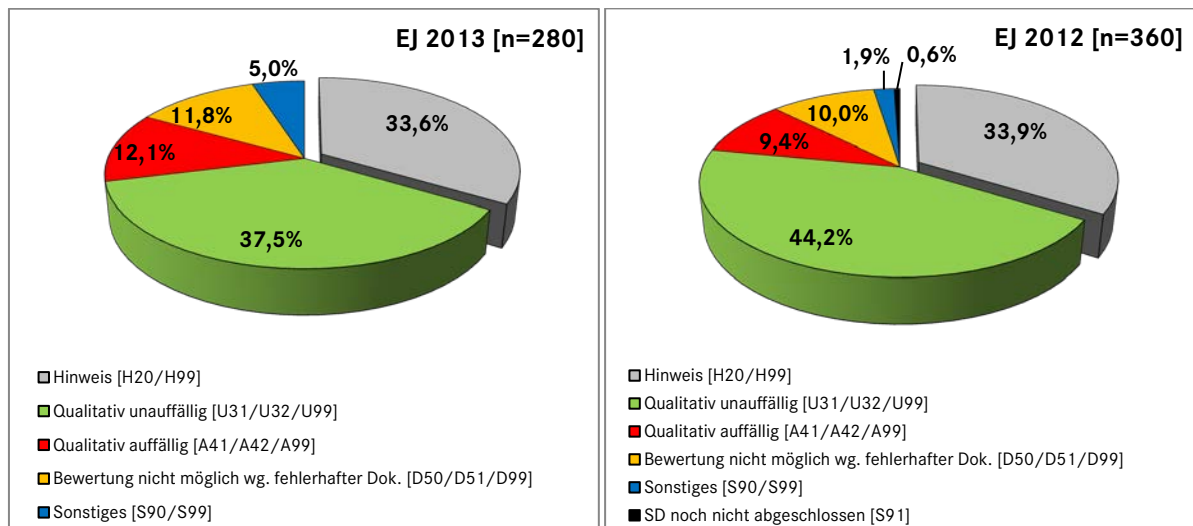


Abbildung 23: Ergebnisseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für NEO (2-Jahres-Vergleich)

5.1.13 Gynäkologische Operationen (15/1)

Die Grundlage für den Strukturierten Dialog 2014 im Leistungsbereich *Gynäkologische Operationen* zum Erfassungsjahr 2013 bildeten 839 ermittelte rechnerische Auffälligkeiten. Es wurden diesbezüglich insgesamt 403 Hinweise versendet und 417 Stellungnahmen von den beteiligten Krankenhäusern angefordert.

Aufgrund der Aussetzung der Erfassung der Hysterektomien ab dem Erfassungsjahr 2013 ist die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr deutlich zurückgegangen (EJ 2012: n = 1.200). Dementsprechend ist auch die Anzahl der versendeten Hinweise sowie der angeforderten Stellungnahmen rückläufig (EJ 2011: 544 Hinweise, 652 Stellungnahmen). Dennoch ist der Anteil der versendeten Hinweise mit insgesamt 48,0 % im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen ist (EJ 2012: 45,0 %). Als Konsequenz aus den überprüften Stellungnahmen wurden zu vier Qualitätsindikatoren des Leistungsbereichs insgesamt acht Zielvereinbarungen geschlossen. Desweiteren gaben die Ergebnisse und Rückmeldungen aus den Stellungnahmen bzgl. der Indikatoren „Organerhaltung bei Ovareingriffen“ (QI-ID 612) sowie „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ (QI-ID 10211) den Anlass für jeweils ein Kollegiales Gespräch und der letztgenannte Indikator bot zudem einen Anlass für eine Vor-Ort-Begehung. Mit den Klinikmitarbeitern wurden Optimierungsmaßnahmen besprochen, sodass in den nächsten Jahren eine effektive Verbesserung erwartet wird.

Bei der Mehrzahl der eingereichten Stellungnahmen konnten die Leistungserbringer die rechnerischen Abweichungen nachvollziehbar erklären und darlegen. Die zuständigen Stellen auf Landesebene bewerteten bei 38,1 % (n = 320) der rechnerischen Auffälligkeiten das Ergebnis nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“. Häufig wurde das abweichende Ergebnis durch Einzelfälle begründet (n = 230). Darüber hinaus waren besondere klinische Situationen oder sonstige Gründe (z.B. Fehldokumentationen) Ursache für die rechnerische Auffälligkeit.

Aufgrund fehlerhafter Dokumentation konnten 8,8 % (n = 74) der rechnerischen Auffälligkeiten im Strukturierten Dialog nicht bewertet werden. Die Mehrzahl der Probleme konnte dabei auf eine unvollständige oder falsche Dokumentation zurückgeführt werden (n = 73).

Mit „qualitativ auffällig“ wurden 3,1 % (n = 26) der rechnerischen Auffälligkeiten bewertet. Hier kann im Vergleich zum Strukturierten Dialog 2013 ein deutlicher Rückgang verzeichnet werden (EJ 2012: 4,2 %). Bei 14 Auffälligkeiten wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Sieben Krankenhäuser konnten keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benennen. Bei dem im Erfassungsjahr 2013 neu eingeführten Indikator QI-ID 51907 „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund“ führten fehlerhafte Einordnungen der histologischen Befunde zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen, welche von der Arbeitsgruppe auf Landesebene als „qualitativ auffällig“ bewertet wurden. Auf Grundlage der Rückmeldungen der Landesgeschäftsstellen konnte eine Überarbeitung des Schlüssels „Histologie“ für die Spezifikation 2016 erfolgen.

Insgesamt bewerteten die Landesgeschäftsstellen das Ergebnis des Strukturierten Dialogs als erfreulich, die Behandlungsqualität in diesem Leistungsbereich als gut und auf einem konstant hohen Niveau.

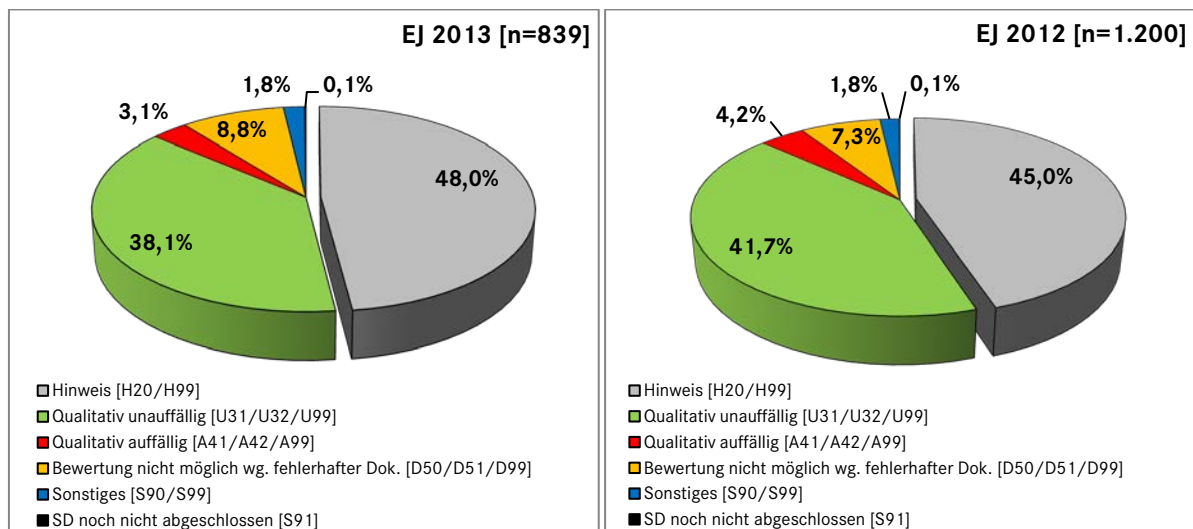


Abbildung 24: Ergebniseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für 15/1 (2-Jahres-Vergleich)

5.1.14 Mammachirurgie (18/1)

Im Leistungsbereich *Mammachirurgie* ist mit einer Anzahl von 703 rechnerischen Auffälligkeiten im Erfassungsjahr 2013 ein deutlicher Rückgang im Vergleich zum Vorjahr ($n = 1.140$) zu verzeichnen. Diese Entwicklung resultiert vorwiegend aus dem Wegfall der Indikatorengruppe „Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes“ (QI-ID 2131 und QI-ID 2162) und des Indikators „Brusterhaltende Therapie bei pT1“ (QI-ID 2167).

Es wurden 359 Stellungnahmen von den betroffenen Krankenhäusern angefordert. Unter der Option Hinweis sind 46,4 % rechnerischen Auffälligkeiten eingestuft worden. Im Vorjahr lag der Anteil noch bei 53,1 %. Eine Ursache hierfür ist möglicherweise der Wegfall des Indikators zur brusterhaltenden Therapie, für den im Vorjahr überwiegend mit Hinweisen gearbeitet worden war. Für den, für das Erfassungsjahr 2013 erstmalig mit besonderem Handlungsbedarf bewerteten Indikator „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (QI-ID 50719), wurden deutlich mehr Stellungnahmen angefordert (59,6 %) als im Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2012 (37,5 %).

31,2 % ($n = 219$) der rechnerischen Auffälligkeiten wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ eingestuft, insbesondere da es sich um gut begründete Einzelfälle handelte. 79-mal wurde die Bewertung „qualitativ auffällig“ vergeben, was einem im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegenen Anteil von 11,2 % an allen zuvor ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten entspricht. Auch für diese Entwicklung spielt das Wegfallen des Indikators zur brusterhaltenden Therapie eine Rolle, da im Strukturierten Dialog des Vorjahres ein äußerst geringer Anteil aller 233 rechnerischen Auffälligkeiten in diesem Indikator als „qualitativ auffällig“ bewertet worden war. Zu dem deutlichen Anstieg des Anteils an Bewertungen als „qualitativ auffällig“ hat außerdem der Indikator „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (QI-ID 51847) wesentlich beigetragen, der aufgrund der Notwendigkeit der Überarbeitung eines Datenfeldes kein Bestandteil des Strukturierten Dialogs des Vorjahres war.

Der Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten, bei denen eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich war, liegt im Strukturierten Dialog für das Erfassungsjahr 2013 bei 7,8 % ($n = 55$) und ist damit gegenüber dem Vorjahreswert (13,5 %) deutlich gesunken. Diese Entwicklung lässt sich vorwiegend auf das Streichen der Indikatoren zur metrischen Angabe des Sicherheitsabstandes zurückführen, zu denen in den Vorjahren häufig fehlerhafte Dokumentationen zu verzeichnen waren. Während für die meisten Indikatoren des Leistungsbereichs Dokumentationsfehler eher selten auftraten, war für den Indikator „Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 303) erneut zu einem auffallend hohen Anteil der auf den Indikator bezogenen rechnerischen Auffälligkeiten (25 %) die Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation

nicht möglich. Die für die Erfassungsjahre 2014 und 2015 vorgenommene sukzessive Überarbeitung der im Dokumentationsbogen verwendeten Datenfelder soll dazu beitragen, fehlerhafte Dokumentationen für diesen Indikator künftig zu reduzieren.

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Indikatoren, die auf Grundlage der Bundesauswertung 2013 mit besonderem oder erweitertem Handlungsbedarf bewertet wurden, näher beschrieben.

- Angesichts der bundesweiten Gesamtrate von 16,0 % lässt sich für den Indikator „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (QI-ID 50719) vermuten, dass ein verhältnismäßig hoher Anteil der Patientinnen nicht leitliniengerecht versorgt wird. Von Seiten der Bundesfachgruppe und des AQUA-Instituts wurde deshalb besonderer Handlungsbedarf gesehen und den Landesgeschäftsstellen wurde empfohlen, zur Bewertung der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser alle Einzelfälle zu prüfen. Zu den 109 rechnerischen Auffälligkeiten forderten die Landesgeschäftsstellen 65-mal eine Stellungnahme an. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurde 14-mal die Einstufung „qualitativ auffällig“ gewählt, was 12,8 % der rechnerischen Auffälligkeiten in diesem Indikator entspricht. Aus einigen Länderberichten geht hervor, dass die so bewerteten Krankenhäuser die Gründe für die Abweichung von der Leitlinienempfehlung nicht ausreichend oder nicht nachvollziehbar für alle Behandlungsfälle darstellen konnten. Laut Einstufungen der Landesgeschäftsstellen war das abweichende Ergebnis allerdings auch häufig durch medizinisch begründbare Einzelfälle erklärbar (n = 33) oder es lag eine besondere klinische Situation vor (n = 6). In einigen Fällen war die Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentationen (n = 7) nicht möglich.
- In der Bundesauswertung 2013 zum Indikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (QI-ID 51846) weichen die Ergebnisse der Gruppe der Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in der Grundgesamtheit des Indikators deutlich von den Ergebnissen der anderen Krankenhäuser ab. Die Bundesfachgruppe und das AQUA-Institut bewerteten den Indikator deshalb mit erweitertem Handlungsbedarf. Den Landesgeschäftsstellen wurde empfohlen, mit rechnerisch auffälligen Krankenhäusern dieser Gruppe im Strukturierten Dialog zu klären, inwieweit die für Stanz- und die Vakuumbiopsien jeweils notwendigen apparativen Ausstattungen vorhanden sind und ob die Möglichkeiten zur Durchführung sonographisch gesteuerter sowie stereotaktischer Biopsien gegeben sind. Die Nachfragen ergaben, dass einige Krankenhäuser entweder keinerlei Möglichkeiten für die Durchführung von Stanz- oder Vakuumbiopsien haben oder ausschließlich sonographisch gesteuerte Biopsien durchführen können. Anhand weiterer Rückmeldungen in den Länderberichten ist davon auszugehen, dass bei dem Großteil der als „qualitativ auffällig“ eingestuftem Krankenhäusergebnisse, die strukturellen Voraussetzungen zwar vorliegen, diese jedoch für ein leitliniengerechtes Vorgehen nicht immer genutzt werden. Insgesamt wurde bei 23 der 203 rechnerischen Auffälligkeiten (11,3 %) die Bewertung „qualitativ auffällig“ vergeben.
- Für den Indikator „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (QI-ID 51847) sahen die Bundesfachgruppe und das AQUA-Institut ebenfalls erweiterten Handlungsbedarf, da die Ergebnisse der Gruppe der Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in der Grundgesamtheit deutlich von den Ergebnissen der anderen Krankenhäuser abweichen. Die Landesgeschäftsstellen wurden gebeten, bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern mit null Fällen im Zähler des Indikators nachzufragen, ob die strukturellen Voraussetzungen für die Durchführung der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie vorliegen. Im Strukturierten Dialog bestätigte sich die Vermutung, dass einige Krankenhäuser keine Möglichkeiten zur Durchführung von Sentinel-Lymphknoten-Biopsien haben. Die Nachfragen ergaben, dass in den betreffenden Krankenhäusern weder Gammasonden vorhanden sind, noch Kooperationen mit dem Fachbereich Nuklearmedizin bestehen. Mit 26 der 124 rechnerischen Auffälligkeiten wurde in diesem Indikator ein vergleichsweise hoher Anteil (21,0 %) als „qualitativ auffällig“ bewertet. Laut Länderberichten verfügt der überwiegende Teil dieser Krankenhäuser zwar über die strukturellen Voraussetzungen zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie, ein leitliniengerechtes Vorgehen findet jedoch nicht immer statt.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen können die Mitglieder der Bundesfachgruppe und die entsprechenden Fachgesellschaften mögliche Optimierungspotenziale ableiten und ggf. weitere Maßnahmen für das Verfahren selber erarbeiten.

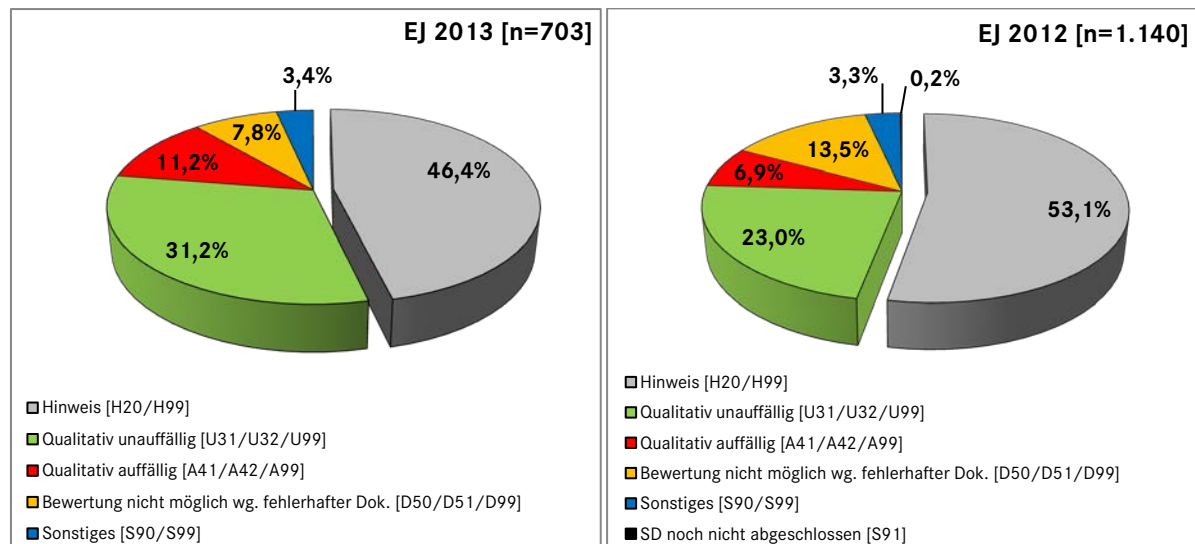


Abbildung 25: Ergebnisseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für 18/1 (2-Jahres-Vergleich)

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

In den Leistungsbereichen *Hüftgelenknahe Femurfraktur*, *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* und *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* wurden insgesamt zu 3.563 rechnerischen Auffälligkeiten festgestellt. Davon wurden für 1.377 Indikatorergebnisse ausschließlich Hinweise an die entsprechenden Krankenhäuser versendet und für 2.174 festgestellte rechnerische Auffälligkeiten wurden Stellungnahmen angefordert. Bei 12 Einzelfällen wurden keine Maßnahmen ergriffen. Nach Bearbeitung der Stellungnahmen boten sich 79 Anlässe für Kollegiale Gespräche. Zu 132 rechnerischen Auffälligkeiten wurden Zielvereinbarungen geschlossen.

Aufgrund von zwei rechnerisch auffälligen Ergebnissen fanden Vor-Ort Begehungen statt. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden letztlich insgesamt 245 (6,9 %) Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Im Vergleich zum Vorjahr ist dies eine geringfügige Zunahme, die sich jedoch nur bedingt mit den Vorjahresergebnissen vergleichen lässt, da bei einigen Indikatoren Änderungen zum Erfassungsjahr vorgenommen wurden. Die Einstufungsoptionen „Hinweise“ sowie „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ sind rückläufig gewesen (vgl. Abbildung 26).

Im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur* ist für den Indikator QI-ID 2266 „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus“ eine Erhöhung der rechnerischen Auffälligkeiten (EJ2012, n = 224; EJ 2013, n = 377) bei gleichzeitiger Erhöhung der qualitativ auffälligen Ergebnisse von 38 auf 67 zu konstatieren. Dies ist hauptsächlich auf eine Umstellung bei der Ermittlung der Verweildauer zurückzuführen. Denn ab dem Erfassungsjahr 2013 wurde die präoperative Verweildauer nicht mehr manuell anhand von drei vorgegebenen Zeiträumen dokumentiert, sondern minutengenau automatisch durch das KIS-System berechnet. Dadurch wurde bei Patienten, die während eines Krankenhausaufenthaltes gestürzt waren, die präoperative Verweildauer vor einer Operation nicht korrekt berechnet. Dieser Umstand wurde im Strukturierten Dialog berücksichtigt und eine Anpassung der Rechenmethodik ist bereits erfolgt. Die Indikatorergebnisse wurden durch die Arbeitsgruppen eingehend überprüft, es ergaben sich jedoch etliche Rückschlüsse auf Struktur- und Prozessprobleme, die mit den Krankenhäusern in insgesamt 19 Kollegiale Gespräche erörtert wurden. Des Weiteren erfolgte eine Vor-Ort-Begehung.

In dem Leistungsbereich *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* kam es im QI-ID 2223: „Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode“ zu insgesamt 265 rechnerischen Auffälligkeiten, für 82 Auffälligkeiten wurden von den betroffenen Krankenhäusern Stellungnahmen erbeten. Nach Überprüfung wurden 13 rechnerische Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Die betroffenen Krankenhäuser erhielten unter anderem Anleitungen zur konsequenten Bewegungsprüfung und zur korrekten Dokumentation. Einzelne Landesfachgruppen favorisieren einen Verzicht auf die Daten-

erhebung zu diesem Indikator und regen an, eine erwartete frühe Mobilisation durch die Gehfähigkeit abzubilden. Da jedoch die Bundesauswertung zeigt, dass die Anwendung der Neutral-Null-Methode insgesamt rückläufig ist, sieht die Bundesfachgruppe die Entwicklung kritisch und verweist auf die als allgemein anerkannte Neutral-Null-Methode zur Bestimmung des Bewegungsausmaßes.

Im Leistungsbereich *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* kam es insgesamt zu 1.094 rechnerischen Auffälligkeiten. Nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen wurde die höchste Anzahl der qualitativen Auffälligkeiten im Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen“ (QI-ID 50989) in Höhe von 18 Indikatorergebnissen festgestellt. Die zweithöchste qualitative Auffälligkeit mit einer Anzahl von 11 Indikatorergebnissen wurde für den Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ angegeben (QI-ID 471). Obwohl es sich bei diesem Indikator um ein Sentinel-Event handelt und die Bundesfachgruppe wiederholt auf die Pflicht zur Anforderung einer Stellungnahme hingewiesen hat, wurden nur 64 von 304 rechnerische Auffälligkeiten überprüft. Andererseits wurde die aufwendige Analyse der Sterbefälle bereits mehrfach durch die Landesfachgruppen kritisiert. Die Diskussion der Stellungnahmen und der Behandlungsunterlagen der teilweise komplexen Einzelfallkonstellationen zeigen aus Sicht einzelner Landesfachgruppen nur selten Ansätze für ein systematisches Verbesserungspotenzial. Die Bundesfachgruppe nimmt die entsprechenden Hinweise zur Kenntnis, empfiehlt jedoch auch weiterhin bei Todesfällen die Einzelfallanalyse.

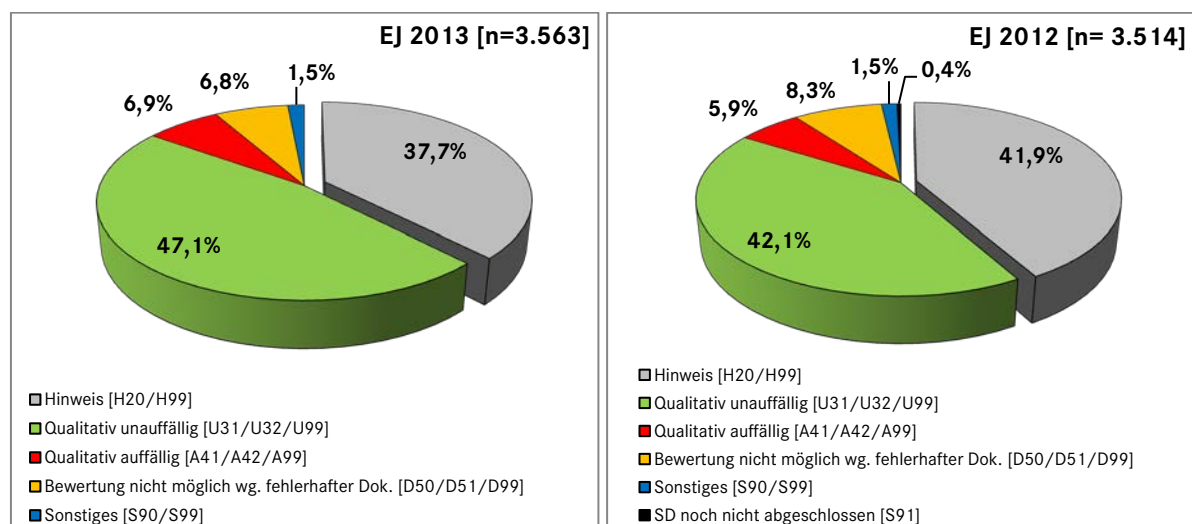


Abbildung 26: Ergebniseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für 17/1 bis 17/3 (2-Jahres-Vergleich)

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

In den Leistungsbereichen *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* und *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* konnten für das Erfassungsjahr 2013 insgesamt 1.196 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt werden. Für 552 rechnerische Auffälligkeiten wurden Hinweise an das entsprechende Krankenhaus versandt und bei 644 Auffälligkeiten wurden detaillierte Stellungnahmen angefordert. Nach Anforderung und Überprüfung der Stellungnahmen wurden zu 12 (1,8 %) Auffälligkeiten Kollegiale Gespräche geführt und es boten sich 21 (3,2 %) Anlässe für Zielvereinbarungen, jedoch nur im Bereich *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation*. 5,1 % aller Ereignisse, deren Bewertung im Rahmen des Strukturierten Dialogs möglich war, wurden durch die Fachgruppen auf Landesebene als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Für 9,4 % Indikatorergebnisse war die Bewertung aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht möglich. Dennoch hat sich der Anteil im Vergleich zum Vorjahr reduziert.

Im Leistungsbereich *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* wurden nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen die meisten qualitativen Auffälligkeiten im Qualitätsindikator „Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien“ (QI-ID 276) in Höhe von 17 festgestellt. Zweimal wurde hierzu mit den betroffenen Krankenhäusern ein Kollegiales Gespräch geführt, für neun Indikatorergebnisse wurden Zielvereinbarungen getroffen. Für den Indikator „Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 nach Neut-

ral-Null-Methode“ (QI-ID 10953) wurden die meisten rechnerischen Auffälligkeiten (n = 120) festgestellt. Es wurden 78 Hinweise versendet und 42 Stellungnahmen angefordert. Für 22 Indikatorergebnisse wurde eine unvollständige oder falsche Dokumentation festgestellt, sodass diese nicht bewertet werden konnten. Nach Abschluss des Dialogs konnten acht qualitative Auffälligkeiten bestätigt werden. Es folgten unter anderem für die Krankenhäuser Anleitungen zur konsequenten Bewegungsprüfung und zur korrekten Dokumentation.

Der Leistungsbereich *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* wurde des Weiteren für das Erfassungsjahr 2013 im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich betrachtet. Insgesamt äußern sich die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung hierzu positiv und konnten keine Hinweise einer systematischen Fehldokumentation feststellen. Einige Bundesländer informierten die Krankenhäuser bereits über die Erkenntnisse aus der Datenvalidierung.

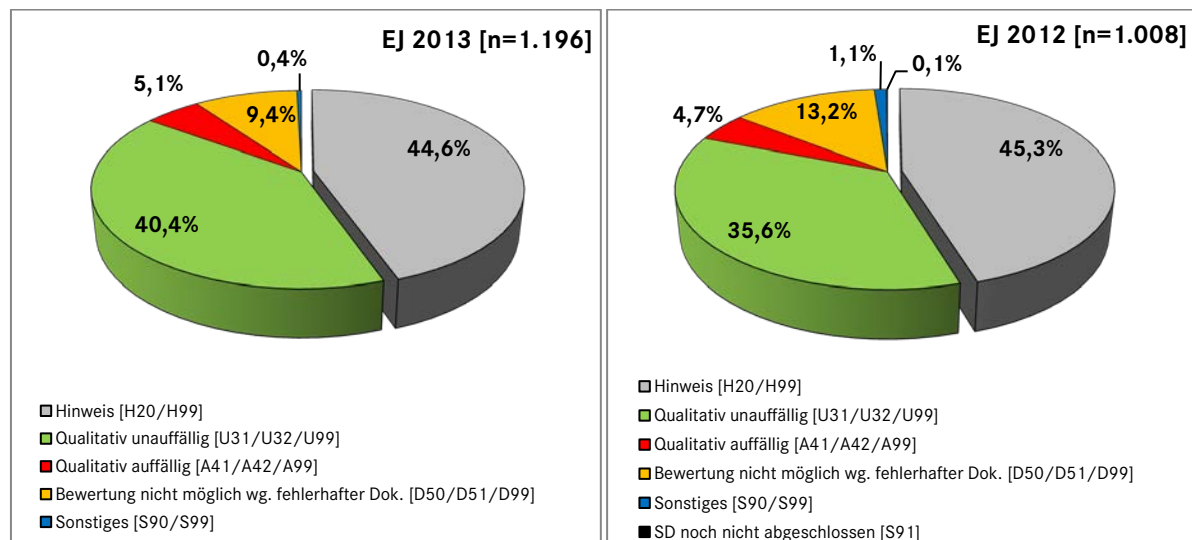


Abbildung 27: Ergebnisseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für 17/5 und 17/7 (2-Jahres-Vergleich)

5.1.17 Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)

Der Strukturierte Dialog konnte im Leistungsbereich *Pflege: Dekubitusprophylaxe* von allen Landesfachgruppen fristgerecht, bis auf einen Fall, beendet werden. Insgesamt wurden bei den zwei zu prüfenden Indikatoren 795 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, wovon nach Abschluss des Strukturierten Dialogs 11,1 % (n = 88) als „qualitativ auffällig“ bewertet wurden. Für 61 als „qualitativ auffällig“ eingestufte Indikatorergebnisse wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen. Für 17 Indikatorergebnisse wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten genannt und zu 10 rechnerischen Auffälligkeiten erfolgte die Einstufung als „qualitativ auffällig“ aus sonstigen Gründen (z.B. „Eine fehlerhafte Risikostatistik hat das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht“ oder „Dokumentationsfehler und fachlich pflegerischer Schulungsbedarf“). Für 207 rechnerische Abweichungen war nach Abschluss des Strukturierten Dialogs eine Bewertung aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht möglich, dies betraf hauptsächlich den Qualitätsindikator QI-ID 52010 „Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 4“ (n = 169). Die Zunahme an rechnerischen Auffälligkeiten (im Vergleich zu den Vorjahren (EJ 2012, n = 259; EJ 2011, n = 250)) beruht auf der veränderten Art der Datenerfassung.

Von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung wurde berichtet, dass verschiedene Dokumentations-, Kommunikations- und Verständnisprobleme aufgetreten sind. Ursächlich dafür ist die Umstellung der Datenerfassung von einer manuellen Dokumentation zu einer Nutzung der im Krankenhaus vorhandenen Routedaten (Abrechnungsdaten). Die Einstufung „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ (D50/D51/D99) wurde jedoch im Vergleich zum letzten Jahr (EJ2012) nicht deutlich häufiger im Strukturierten Dialog vergeben. Hervorzuheben ist, dass mehrere Länder ihrer Aufforderung zur Stellungnahme eine strukturierte Abfrage zu Detailinformationen beifügen, um die Auswertung der Stellungnahmen zu vereinfachen. Trotz der Dokumentationsprobleme konnten die Länder viele Probleme bei der Dekubitusprophylaxe erkennen und Maßnahmen ein-

leiten, wie z.B. Anregungen für entsprechende Fortbildungen für pflegerisches und ärztlich betreuendes Personal zu geben, um die pflegerische Qualität in den Krankenhäusern weiter zu verbessern. Seitens der Bundesfachgruppe wurden zudem die Ausfüllhinweise überarbeitet und konkretisiert. Beispielsweise wurde bzgl. des Datenfeldes „War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? („Present on Admission“)“ ein Hinweis aufgenommen, dass sich die Dokumentation bei Wiederaufnahmen mit Fallzusammenführung an dieser Stelle auf die erste Aufnahme bezieht. Hierdurch sollten künftig Verständnisprobleme bzgl. der Dokumentation minimiert werden.

Am 20. Januar 2015 hat in Berlin erfolgreich eine Bund-Land-Konferenz „Dekubitusprophylaxe“ stattgefunden auf der unter anderem ausführlich über die ersten Ergebnisse des neuen Erhebungsverfahrens diskutiert wurde. Im Fokus der Länder und Landesfachgruppen stand auch die Frage, wie mit der hohen Anzahl an Stellungnahmen durch die ganzjährige Erhebung und der Einbeziehung aller erwachsenen Patienten umgegangen wurde und wie künftig damit umgegangen werden soll. Insbesondere auch die Handhabung der Dekubitalulcera Grad 4 als Sentinel-Event-Indikator. Der intensive Austausch zwischen der Bundes- und Landesebene soll im nächsten Jahr in einer weiteren Konferenz fortgesetzt werden.

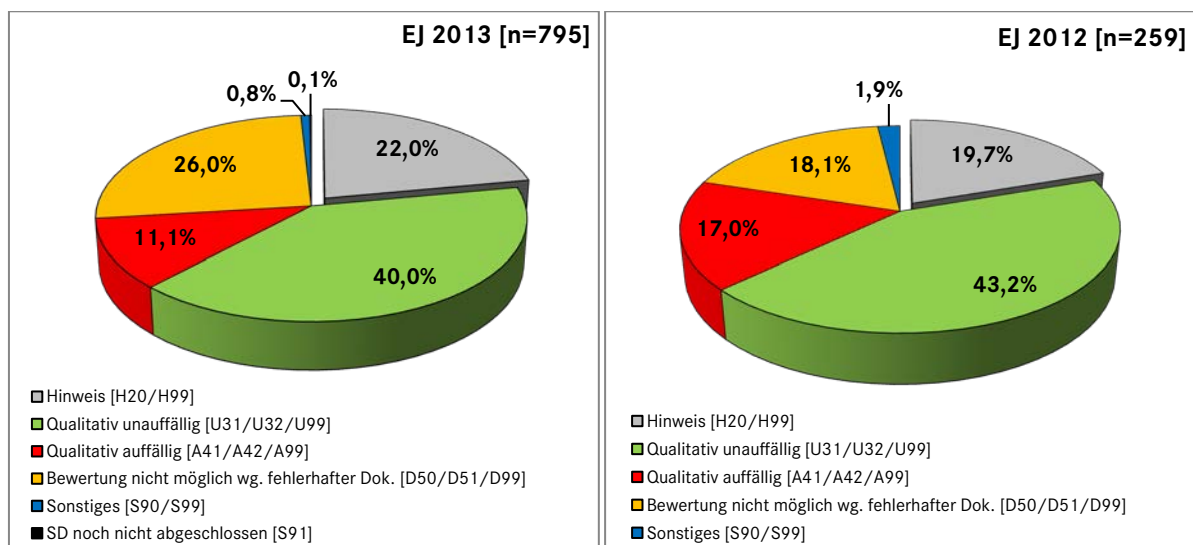


Abbildung 28: Ergebniseinstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD für DEK (2-Jahres-Vergleich)

5.2 Fallbeispiele

Anhand der nachstehenden Fallbeispiele lässt sich der praktische Ablauf der geführten Strukturierten Dialoge nachvollziehen. Die beiden aufgeführten Beispiele betreffen die direkten Verfahren aus der Herzchirurgie und ein indirektes Verfahren (*Herzschrittmacher-Implantation*). Es wurde von einer Landesgeschäftsstelle für den Bericht zur Verfügung gestellt.

5.2.1 Herzchirurgie

Herzchirurgie [HCH]	
Bereiche	<i>Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell</i> <i>Koronarchirurgie, isoliert</i> <i>Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie</i>
Indikator aus der Indikatorengruppe Sterblichkeit	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit: Sterblichkeit im Krankenhaus und risikoadjustierte Sterblichkeit im Krankenhaus

Ausgangssituation

Das Krankenhaus hatte bereits im Erfassungsjahr 2012 in drei herzchirurgischen Bereichen (*Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell; Koronarchirurgie, isoliert; Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*) rechnerisch auffällige Ergebnisse in der Indikatorgruppe Sterblichkeit zu verzeichnen. Daher wurde von der Bundesfachgruppe dringender Handlungsbedarf gesehen und das Krankenhaus zu einem Kollegialen Gespräch eingeladen, das im Sommer 2012 stattgefunden hat.

Der Strukturierte Dialog wird bei dieser Indikatorgruppe zur risikoadjustierten Sterblichkeit (Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen) geführt. Dies ermöglicht einen Vergleich der Ergebnisse der verschiedenen Krankenhäuser unter Berücksichtigung des Schweregrades der von ihnen behandelten Patienten.

Maßnahmen

Das Krankenhaus hatte in Vorbereitung zum Gespräch bereits teilweise eine interne Analyse bzgl. der verstorbenen Patienten durchgeführt und auch schon einige Veränderungen zur Verbesserung der Situation in Erwägung gezogen. Die noch zu implementierenden Maßnahmen wurden von der Bundesfachgruppe begrüßt, aber es wurde zudem weiteres Optimierungspotenzial gesehen, weshalb zusätzliche Verbesserungsmaßnahmen im Rahmen einer Zielvereinbarung beschlossen wurden. Das Krankenhaus sollte neben einer umfassenden Analyse in allen herzchirurgischen Leistungsbereichen, die Ergebnisse in einer interdisziplinär besetzten, internen M&M-Konferenz darstellen. Die Diskussionsergebnisse aller künftigen, regelmäßig stattfindenden M&M-Konferenzen sollen außerdem protokolliert werden und aus den Fällen ableitbare Konsequenzen respektive Verbesserungsmaßnahmen vorgenommen werden. Darüber hinaus bat die Bundesfachgruppe um die zeitnahe Vorlage eines Konzepts zum Komplikationsmanagement.

Die Vertreter des Krankenhauses lieferten fristgerecht die Nachweise und erbetenen Unterlagen. Die Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren, die mit Datenlieferung zum 28. Februar 2013 vom Krankenhaus übermittelt wurden, ließen eine deutliche Verbesserung in den Sterblichkeitsraten erkennen. Lediglich im Bereich der kathetergestützten Aortenklappenchirurgie wurde erneut eine Abweichung vom Referenzbereich ausgemacht, welche im Strukturierten Dialog des Erfassungsjahres 2013 überprüft wurde. Die Verbesserungsmaßnahmen und die künftigen Ergebnisse des Krankenhauses werden im weiteren Verlauf von der Bundesfachgruppe intensiv beobachtet.

Fazit

Der Strukturierte Dialog mit seiner Maßnahme „Kollegiales Gespräch“ gab dem Krankenhaus den Anlass, das tägliche Handeln in dem herzchirurgischen Bereich mit seinen beteiligten Disziplinen differenziert zu betrachten und zu hinterfragen. Es wurden Mängel in den Strukturen und Prozessabläufen sichtbar, wie z.B. fehlende

bzw. unzureichende Arbeits- und Handlungsanweisungen. Durch die Auslösung des Strukturierten Dialogs sind die Mitarbeiter des Krankenhauses noch einmal mehr für die Wichtigkeit der konkreten Überprüfung ihrer Arbeitsabläufe sensibilisiert worden.

5.2.2 Herzschrittmacher-Implantation

Herzschrittmacher-Implantation [09/1]	
Indikator	QI-ID 52 128: Eingriffsdauer
Qualitätsziel	Möglichst kurze Eingriffsdauer

Ausgangssituation

Nach wiederholt rechnerisch auffälligen Werten in Bezug auf das Erfassungsjahr 2011 und einer Stellungnahme zu den aktuellen Ergebnissen (EJ 2013), die erhebliche Mängel der Prozessqualität vermuten ließ, wurde das Krankenhaus zum Kollegialen Gespräch eingeladen. Die Landesarbeitsgruppe wollte sich unter Berücksichtigung der niedrigen Fallzahl über die Struktur und die Entwicklung des Leistungsbereiches in dem betroffenen Krankenhaus austauschen.

Strukturierter Dialog des Erfassungsjahres 2013

An dem Kollegialen Gespräch nahmen der Oberarzt der Inneren Medizin und der QM-Beauftragte als Vertretung der Geschäftsführung teil.

Im Krankenhaus nimmt der Oberarzt seit 20 Jahren selbstständig Herzschrittmacher-Implantationen vor. Üblich ist die Subclaviapunktion (Punktion der Schlüsselbeinvene). Bei komplizierten Konstellationen präpariert ein Chirurg die Vena cephalica (große Vene an der Außenseite des Oberarms). Während der Abwesenheit des Oberarztes werden die Patienten in ein Kooperationskrankenhaus verlegt. Im Gespräch bleibt ungeklärt, wer letztlich die medizinische Hauptverantwortung trägt. Darüber hinaus bestehen Dokumentationsmängel. Auch für diesen Bereich ist die Zuständigkeit nicht geregelt. Im Verlauf des Gespräches werden erhebliche Mängel bezüglich der Organisationsstruktur deutlich. Die Führungsstrukturen im Krankenhaus sind scheinbar nicht eindeutig geregelt. Die Organisationsverantwortung der Krankenhausleitung und des Trägers wurde im Kollegialen Gespräch erörtert.

Maßnahmen

Mit dem Krankenhaus wurden folgende Ziele vereinbart:

Das Krankenhaus wurde aufgefordert, ein Konzept für Herzschrittmachereingriffe, das die Indikation, die Operation, das Einmessen, die Dokumentation sowohl in der Krankenakte als auch für die Qualitätssicherung, die Benennung der verantwortlichen Personen und eine Vertretungsregelung umfasst, zu erstellen.

In diesem Konzept musste auch namentlich ein hauptverantwortlicher Arzt benannt werden, der – ohne weisungsgebunden zu sein – sowohl die fachliche als auch die organisatorische Verantwortung für die Herzschrittmacher-Therapie trägt und dies auch nach außen repräsentiert. Das Konzept wurde fristgerecht der Landesgeschäftsstelle bis zum Ende des Jahres 2014 zugesandt. Es wird in der nächsten Arbeitsgruppensitzung (Frühjahr 2015) bewertet werden.

Die für das Erfassungsjahr 2014 ermittelten Qualitätssicherungsdaten für Herzschrittmacher-Eingriffe wurden durch die Einrichtung zeitgleich überprüft, ggfs. korrigiert und neu übermittelt. Das Krankenhaus berichtete der Projektgeschäftsstelle darüber ebenfalls bis zum Dezember 2014.

Fazit

Seit dem Erfassungsjahr 2013 wird die Eingriffsdauer für VVI-Einkammersysteme und DDD-Zweikammersysteme in einem Indikator zusammengefasst. Der neue Indikator bietet nicht nur den Vorteil einer geringeren Anfälligkeit für das Problem kleiner Fallzahlen, sondern ermöglicht auch die Einbeziehung von AAI-, VDD- und CRT-Systemen⁵, für die bisher keine Überprüfung der Eingriffsdauer möglich war. Die Eingriffsdauer ist ein wichtiger Indikator der Struktur- und Prozessqualität. Im beschriebenen Beispiel hat sich der geänderte Indikator eindeutig be-

⁵ AAI: Einkammer-Herzschrittmacher, der nur im Vorhof (A) wahrnimmt und stimuliert.

VDD: Zweikammer-Herzschrittmacher, der im Vorhof und Kammer (D= dual) wahrnimmt, aber nur im Ventrikel (V) stimuliert.

CRT: Kardiale Resynchronisations-Therapie ist eine besondere Form der künstlichen Stimulation des Herzens für Patienten mit einer Herzmuskelschwäche und einem Linksschenkelblock (= Unterbrechung der Reizleitung in den beiden linken Tawara-Schenkeln).

währt. Qualitätsdefizite wurden anhand der festgestellten Abweichung, der übermittelten Stellungnahme und des geführten Kollegialen Gesprächs aufgedeckt.

5.3 Landesspezifika

Das Thema „externe stationäre Qualitätssicherung“ wird bundesweit bereits seit vielen Jahren beachtet und gefördert. Die QS-Projektstellen der Bundesländer führen neben der verpflichtenden gesetzlichen Qualitätssicherung stets eigene qualitätsgestützte Projekte aus. Diese basieren vielfach auf modifizierten Indikatoren der Bundesebene und werden in den Strukturierten Dialog mit einbezogen. 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. Nachfolgend sind jedoch einige medizinische Bereiche in denen qualitätssichernde bzw. -fördernde Maßnahmen ausgeführt worden sind, beispielhaft erwähnt:

- Anästhesie
- im Krankenhaus erworbene Infektionen (MRSA)
- Pflege (Dekubitusprophylaxe)
- Radiologie
- Schlaganfallversorgung
- Neugeborenen-Hörscreening
- Neonatologie
- Patientensicherheit

Die Ergebnisse der geführten Strukturierten Dialoge werden von den meisten Landesgeschäftsstellen auf eigenen Ergebniskonferenzen präsentiert. Häufig werden Schwerpunktthemen zu einem Leistungsbereich gebildet. Auch sogenannte best practice Modelle (Lernen von den Besten) werden in den entsprechenden Konferenzen vorgestellt. Zusätzlich werden ausgewählte Ergebnisse in Fachzeitschriften oder in QS-Rundschreiben und Newslettern publiziert. Darüber hinaus bestehen in einigen Ländern Netzwerke zur Förderung von qualitätssichernden Aspekten zu bestimmten medizinischen Behandlungen. Weitere an die Landesgeschäftsstellen angegliederte und kooperierende Initiativen bilden Qualitätszirkel, wie auch Peer-Review Verfahren. Nachstehend sind einige Landesspezifika aufgeführt:

- So werden z.B. in einem Bundesland jährlich Qualitätsinitiativen gebildet, in denen Schwerpunktindikatoren ausgewählt werden, zu denen verstärkt Umfragen, Besprechungen oder Begehungen mit Krankenhäusern zu rechnerischen Auffälligkeiten durchgeführt werden. Für die ausgewählten Schwerpunktthemen werden zusätzlich interne Zielvorgaben formuliert, wie z.B. das Überschreiten des Bundesreferenzwertes bei dem zuvor ausgewählten Qualitätsindikator.
- Einige Landesarbeitsgruppen sehen für bestimmte Indikatoren keinen Erkenntnisgewinn und sehen daher von der Überprüfung der Indikatoren im Rahmen des Strukturierten Dialogs ab.
- Um an Informationen zu gelangen, die andere Abteilungen und Krankenhäuser bei Ihrer Arbeit unterstützen könnten (im Sinne des best practice Prinzips), fordern zwei Landesgeschäftsstellen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens Informationen von Einrichtungen an, deren Ergebnisse nicht rechnerisch auffällig sind. Zum Teil werden spezifisch entwickelte Fragebögen dazu eingesetzt.
- Eine andere Landesgeschäftsstelle verzichtet auf die Anonymisierung der Krankenhäuser vor den Mitgliedern der Fachgruppen, um deren Kenntnisse der Gegebenheiten vor Ort zu nutzen.
- Wiederum eine andere Landesgeschäftsstelle verwendet für drei Leistungsbereiche, aus Einzelindikatoren gebildete Indikatorensets, um die potenziellen Qualitätsdefizite zielgerichteter zu bestimmen. Darüber hinaus bietet diese LQS den Einrichtungen ein unterjähriges Feedback zu den laufenden Ergebnissen an, um aufkommenden Problemen dann schneller gezielt gegensteuern zu können.

Diese und andere landesspezifischen Maßnahmen, Vorgehensweisen und weitere qualitätsfördernde Modelle können Anregungen sein, um Weiterentwicklungen auf Bundesebene zu initiieren. Insbesondere landesspezifische Qualitätsindikatoren werden in den Bundesfachgruppen – in denen auch jeweils mindestens zwei Vertreter der Landesebene vertreten sind – diskutiert und gegebenenfalls bundesweit umgesetzt. Detaillierte Angaben zu den Ergebnissen von landesspezifischen Kennzahlen befinden sich in eigenen Berichten der entspre-

chenden Landesgeschäftsstellen. Denn jede Landesgeschäftsstelle stellt die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs in ihrem Bundesland ebenfalls jährlich in einem separaten Bericht dar. Dieser wird in erster Linie als Ergebnisbericht dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem jeweiligen Lenkungsgremium zur Verfügung gestellt.

5.4 Empfehlungen aus den Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung

Mit den Ergebnisberichten der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung werden jährlich Anregungen der jeweiligen Landesarbeits-/Landesfachgruppen zur kontinuierlichen Verbesserung und Weiterentwicklung der betreffenden QS-Verfahren/Leistungsbereiche an das AQUA-Institut weitergegeben. Im Rahmen der Systempflege und Weiterentwicklung werden diese Änderungsvorschläge von den entsprechenden Bundesfachgruppen bezüglich ihrer Umsetzbarkeit geprüft und ggf. etabliert.

Ideen und Verbesserungspotenziale werden zudem von den in den jeweiligen Bundesfachgruppen der indirekten Verfahren entsendeten Landesvertretern (in der Regel sind dies zwei Personen) eingebracht. Die Kommunikation mit den Vertretern der Landesebene und den Experten der Bundesfachgruppe ist besonders wichtig, um Erkenntnisse auszutauschen, die im Strukturierten Dialog gewonnen werden und Weiterentwicklungen zu initiieren.

In den vorstehenden Abschnitten 5.1.1 bis 5.1.17 zu den Ergebnissen, unterteilt nach Leistungsbereichen, finden bereits einige dieser Empfehlungen Erwähnung. Daher werden nachfolgend nur einzelne Aspekte in kurzer Form und beispielhaft dargelegt.

Hinweise und Anregungen betreffen wie auch im Vorjahr Überarbeitungsbedarf an den Qualitätsindikatoren und der Spezifikation, wie bspw. die Anpassung und Änderung von Indikatorbeschreibungen, Referenzwerten und Algorithmen, sowie in den Dokumentationsbögen die Anpassung von Definitionen und Ausfüllhinweisen. Kommentare finden sich außerdem zur Risikoadjustierung, der Optimierung der Datenqualität als auch zur Entwicklung von Auffälligkeitskriterien für die Datenvalidierung. Auch das Aussetzen bzw. Streichen von Indikatoren wurde vorgeschlagen.

Vielfach wird in den Empfehlungen auf die Problematik von Dokumentationsfehlern hingewiesen, hauptsächlich begründet durch Fehlkodierungen, fachliche Widersprüche oder Definitions-/Verständnisprobleme. In Bezug auf eine unklare Kodierung wird für einzelne Leistungsbereiche empfohlen, einen Austausch zwischen den am Verfahren beteiligten Disziplinen anzuregen, um Fehlkodierungen im Vorfeld zu vermeiden.

Speziell für den Leistungsbereich *Neonatologie* wird angeregt, eine Kooperation mit anderen Fachgruppen (Gynäkologie, Geburtshilfe) in Bezug auf die Analyse von neonatalen Todesfällen als auch die Zusammenführung von Indikatoren (aus den Leistungsbereichen *Geburtshilfe und Neonatologie*) voranzutreiben.

Auch im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie wird Verbesserungsbedarf gesehen, beispielsweise fallen auch Qualitätsdefizite von Leistungserbringern außerhalb des Fachgebietes Orthopädie/Unfallchirurgie auf, die jedoch unmittelbar im Zusammenhang mit dem entsprechenden Modul stehen. Hier besteht nach Auskunft einer Landesgeschäftsstelle noch Klärungsbedarf, da nicht eindeutig ist, wie man damit umgehen soll.

Anpassungsbedarf wird seitens einiger Landesgeschäftsstellen des Weiteren für das Vorgehen im Strukturierten Dialog gesehen. Diese betreffen eine stärkere Fokussierung von einzelnen Indikatoren und ein einheitliches Vorgehen, wann die Anforderung einer Stellungnahme oder die eines Hinweises zu erfolgen hat. Für die orthopädischen Leistungsbereiche wurde zudem der Wunsch geäußert, den Umfang des Strukturierten Dialogs in der Gesamtheit zu reduzieren, um den Fokus auf versorgungsrelevante Schwerpunkte zu ermöglichen.

6 Schlussfolgerung und Ausblick

Unter Berücksichtigung des vorgegebenen engen Zeitrahmens stellte der Strukturierte Dialog wie in jedem Jahr für alle Akteure eine Herausforderung dar. Doch durch die zumeist sehr kooperative Mitarbeit der beteiligten Krankenhäuser bzw. durch das Engagement der Krankenhausmitarbeiter sowie durch den konstruktiven Einsatz der Mitarbeiter der Landesgeschäftsstellen und des AQUA-Instituts und unter Beteiligung der Expertengruppen konnte der Strukturierte Dialog bundesweit fristgerecht beendet werden.

Die Kliniken sind zumeist bemüht, durch die geführten Strukturierten Dialoge die geforderten Qualitätsziele durch strukturelle Verbesserungen, wie z.B. Optimierungen bei den Arbeitsabläufen etc. nachhaltig zu erreichen. Außerdem bestätigte sich für dieses Erfassungsjahr erneut, dass das Kollegiale Gespräch eine der sinnvollsten Maßnahmen im Strukturierten Dialog ist. Durch das persönliche Gespräch mit den eingesetzten Fachexperten können wertvolle Erfahrungen ausgetauscht werden. Zudem können Tipps und Hinweise von extern sehr hilfreich sein, um bereits einrichtungsintern angedachte Verbesserungen endgültig umzusetzen. Darüber hinaus wird die Akzeptanz der Qualitätssicherungsinstrumente gestärkt.

Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs des Erfassungsjahres 2013 zeigen einen leichten Rückgang bei der Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten, bei einem nahezu gleichbleibenden Anteil an geprüften qualitativen Auffälligkeiten. Der Anteil an qualitativ unauffälligen Bewertungen, die nach Abschluss des Strukturierten Dialogs vergeben worden sind, hat minimal zugenommen. Der Anteil an Bewertungen, die wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich gewesen sind, hat wiederum leicht abgenommen. Die Ergebnisse der beiden letztgenannten Einstufungsoptionen zeigen somit eine geringfügig positive Tendenz. Zu erwähnen bleibt noch der Hinweisversand, der seit Jahren einen recht stabilen Wert von etwa 40 % an allen rechnerischen Auffälligkeiten aufweist.

Im vergangenen Jahr gab es keine wesentlichen Veränderungen der gesetzlichen Anforderungen, die den Ablauf des Strukturierten Dialogs beeinflussten. Es sind, bereits im Vorjahr, einige Weiterentwicklungsmaßnahmen im Rahmen von Workshops, mit den beteiligten Akteuren diskutiert worden. Etliche Aufgabenpakete sind im Zuge dessen erstellt worden, weitere prozessoptimierende Maßnahmen für das Verfahren selber, sind jedoch noch in der Beratung und in Planung.

Unabhängig davon konnten jedoch weitere Schritte in der Projektgruppe „Leitfaden“ unternommen werden. So wurde sich z.B. eingehend mit den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs des Vorjahres beschäftigt. Denn nachdem für das Erfassungsjahr 2012 das neue Bewertungsschema erstmalig angewendet worden war, erfolgten im Nachgang nach Abschluss des Strukturierten Dialogs durch die Projektgruppe Leitfaden, diverse Analysen bzgl. der korrekten Verwendung der eingesetzten Einstufungsoptionen. Die Auswertungen ergaben, dass ein Kommentar bzgl. der Einstufung „U = Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig“ bundesweit häufig gleich formuliert und angewendet wurde. Somit erschien es den beauftragten Stellen sinnvoll diesen Kommentar zu standardisieren. Es wurde eine neue Ziffer mit folgendem Begründungstext geschaffen: „U33 = Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig. Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme).“ Die neue Ziffer inkl. des Begründungstextes wurde in den beteiligten Gremien beschlossen und in das untenstehende Schema (vgl. Tabelle 9) aufgenommen. Die neue Ziffer kann bereits für den aktuellen Strukturierten Dialog (EJ 2014) verwendet werden. Eine weitere minimale Änderung betraf eine redaktionelle Anpassung: Im Begründungstext H20 wurde wegen unnötiger Doppelung einmal das Wort Einrichtung gelöscht.

Tabelle 9: Einstufungs- und Bewertungsschema- überarbeitet; Stand 12/2014

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 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
		33	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		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)

Da die Aufgaben in der stationären Qualitätssicherung grundsätzlich einer kontinuierlichen Optimierung- und Verbesserungsphase unterliegen, stehen Anpassungen für den Strukturierten Dialog und für die Datenvalidierung jährlich an.

Bereits im Vorjahr (EJ 2013) wurde beschlossen, dass es für das Erfassungsjahr 2014 u.a. eine Umstellung bzgl. der Auswertungseinheiten der QS-Daten geben wird. Die Auswertungen erfolgen gemäß QSKH-RL dann auf Basis des entlassenden Standortes. Erste Ergebnisse dazu werden sich im gemeinsamen Abschlussbericht des nächsten Jahres (2016) befinden.

Glossar

Begriff	Beschreibung
Abrechnungsdaten	Daten, die von Leistungserbringern über von ihnen erbrachte Leistungen zum Zweck der Abrechnung mit den Kostenträgern dokumentiert und übermittelt wurden.
Anonymisierung	Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können. (§3 Abs. 6a BDSG)
ASA-Klassifikation	In der Medizin weitverbreitetes Schema der American Society of Anesthesiologists (ASA) zur Stratifizierung von Patienten nach ihrem allgemeinen Gesundheitszustand (ASA 1 bis 6). Anwendung findet das Schema vor allem zur Einschätzung von individuellen Operationsrisiken.
Ausfüllhinweise	Hinweise zur besseren Verständlichkeit einzelner Datenfelder in Bezug auf die QS-Dokumentation. Sie erläutern, welche Informationen ausgefüllt werden müssen bzw. dürfen und wie die Feldbezeichnungen oder Schlüssel zu verstehen sind.
Bundesauswertung	Auswertung und Darstellung der aggregierten Ergebnisse der bundesweiten stationären Qualitätssicherung.
Bundesfachgruppen	Beratende Expertengruppen auf Bundesebene für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.
Datenfeld	Kleinste Einheit eines Datensatzes (z. B. Angabe des Geschlechts im Dokumentationsbogen).
Datensatz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
Datenvalidierung	Verfahren zur Überprüfung von QS-Daten einerseits auf Vollständigkeit, Vollständigkeit und Plausibilität (statistische Basisprüfung), andererseits 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 Vollständigkeit (der Datensätze insgesamt) abgebildet wird.
Ein-Fall-Regel	Bei rechnerischen Auffälligkeiten, die sich nur durch einen Fall pro Qualitätsindikator pro Standort ergeben, kann ohne Begründung auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog verzichtet werden (§10 QSKH-RL).
Einrichtung	siehe: Leistungserbringer
Erfassungsjahr	Das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen die Ergebnisse der Indikatoren.
Fallzahl	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z.B. in einem bestimmten 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.

Begriff	Beschreibung
Gemeinsamer Bundes-ausschuss (G-BA)	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.
Indikator	„Anzeiger“. Auch: Qualitätsindikator. Quantitatives Maß zur Bewertung der Erreichung eines Qualitätsziels einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung.
Kennzahl	siehe: Indikator
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.
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.
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.
Outcome	Ergebnis einer medizinischen Behandlung.
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, definierte Anforderungen erfüllen.
Qualitätsindex	Fasst mehrere Qualitätsindikatoren in einer Maßzahl zusammen.
Qualitätsindikator	siehe: Indikator

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.
Qualitätssicherung, externe stationäre	Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung für medizinisch-pflegerische Leistungen, die ausschließlich im stationären Sektor erbracht werden.
Qualitätssicherung, 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-Daten	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben und ausgewertet werden.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen der Leistungserbringer zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten durch die Leistungserbringer für die Qualitätssicherung.
QS-Filter	Algorithmus, der auf Grundlage festgelegter Kriterien die für die Qualitätssicherung durch die Leistungserbringer zu dokumentierenden Patienten und deren Daten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.
Rechenregeln	hier: Regeln zur Berechnung von Indikatoren.
Referenzbereich	Gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise Qualitätssicherungsmaßnahmen nach sich. 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. Abrechnungsdaten, personenbezogene administrative Daten). Abseits des uneinheitlichen Sprachgebrauchs stehen die Sozialdaten bei den gesetzlichen Krankenkassen (auch: GKV-Routinedaten) im Vordergrund des Interesses, da sie gem. §299 Abs. 1a 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 Versichererstammdaten (§284 SGB V). Das AQUA-Institut verwendet den Begriff derzeit für Sozialdaten bei den Krankenkassen, die Morbi-RSA-Daten (§303a-e SGB V) und die Abrechnungsdaten nach §21 KHEntgG (Abrechnungsdaten des stationären Sektors). Siehe auch: Datenarten.
Sentinel-Event	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.

Begriff	Beschreibung
Sektor	Institutionell, d.h. durch unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten getrennte Bereiche der medizinisch-therapeutischen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (z.B. ambulant/stationär).
Sozialdaten	Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen, die vom Krankenhaus durch Konformitätserklärung schriftlich bestätigt wird. Sie gibt die zu erwartende Anzahl von Fällen in den einzelnen Leistungsbereichen (Soll) an und bildet zusammen mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist) die Grundlage der Vollzähligkeitsprüfung.
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Daten für die Qualitätssicherung erhoben bzw. übermittelt werden müssen, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen (z.B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die QS-Auslösung operationalisiert ist. 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“.
Verfahren	siehe: Leistungsbereich
Verweildauer	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.
Verweildauer, postoperative	Abstand zwischen dem Operationstag und dem Entlassungstag.
Verweildauer, präoperative	Abstand zwischen dem Aufnahmetag und dem Operationstag.
Vollständigkeit	Erfassung aller zu einem einzelnen Behandlungsfall erforderlichen Angaben (Daten).
Vollzähligkeit	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.
Worst-Case-Indikator	Bei Worst-Case-Indikatoren werden alle Patienten, zu denen keine Informationen zum Überlebensstatus vorliegen, als verstorben betrachtet. Gemessen werden demnach tatsächliche und aufgrund mangelhafter Dokumentation nicht auszuschließende Todesfälle. Sie treffen somit eine Aussage über die Dokumentations- bzw. Nachsorgequalität der Einrichtungen.



Abschlussbericht gemäß § 15 Abs. 2 QSKH-Richtlinie

Bericht zum Strukturierten Dialog 2014

Anhang

Stand: 13. Mai 2015

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Gemeinsamer Bericht zum Strukturierten Dialog 2014 – Erfassungsjahr 2013 (Anhang)

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

13. Mai 2015

Signatur:

15-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

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.....	16
3 Ambulant erworbene Pneumonie.....	17
3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	17
3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	18
3.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator	19
3.4 Ergebnisse pro Bundesland.....	21
4 Herzschrittmacher-Implantation	22
4.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	22
4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	23
4.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator	24
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

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.....	49
10	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	50
10.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	50
10.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	51
10.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	52
10.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	54
11	Koronarchirurgie, isoliert	55
11.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	55
11.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	56
12	Aortenklappenchirurgie, isoliert.....	57
12.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	57
12.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	58
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	59
13.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	59
13.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	59
14	Herztransplantation.....	60
14.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	60
14.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	60
15	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	61
15.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	61
15.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	61
16	Lebertransplantation	62
16.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	62
16.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	63
17	Leberlebendspende	64
17.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	64

17.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	65
18	Nierentransplantation.....	66
18.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	66
18.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	67
19	Nierenlebenspende.....	68
19.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	68
19.2	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	69
20	Geburtshilfe.....	70
20.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	70
20.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	71
20.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	72
20.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	74
21	Neonatologie	75
21.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	75
21.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	76
21.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	77
21.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	79
22	Gynäkologische Operationen	80
22.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	80
22.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	81
22.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	82
22.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	83
23	Mammachirurgie	84
23.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	84
23.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	85
23.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	86
23.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	87
24	Hüftgelenknahe Femurfraktur.....	88
24.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	88
24.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	89
24.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	90
24.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	92
25	Hüft-Endoprothesen – Erstimplantation.....	93
25.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	93
25.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	94
25.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	95
25.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	97

26	Hüft-Endoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel.....	98
26.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	98
26.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	99
26.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	100
26.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	102
27	Knie-Endoprothesen – Erstimplantation.....	103
27.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	103
27.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	104
27.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	105
27.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	107
28	Knie-Endoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel.....	108
28.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	108
28.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	109
28.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	110
28.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	112
29	Pflege: Dekubitusprophylaxe	113
29.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator	113
29.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	114
29.3	Ergebnisse pro Qualitätsindikator	115
29.4	Ergebnisse pro Bundesland.....	116
30	Auszüge aus der QSKH-Richtlinie.....	117

Redaktionelle Hinweise

Im vorliegenden Anhang dieses Berichtes werden zahlreiche Ergebnisse des Strukturierten Dialogs des Erfassungsjahres 2013 dargestellt. Für die Leistungsbereiche der 20 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 10 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 Ergebnisse des Leistungsbereichs *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* werden aufgrund sehr geringer Fallzahlen kumuliert über zwei Jahre dargestellt. Die Auswertung dazu fand nicht für das Erfassungsjahr 2013 statt. Die Daten werden demnach erst wieder mit dem Erfassungsjahr 2014 berücksichtigt.

Die Hinweiskategorien „H20“ und „H99“ sind in den Ergebnis-Tabellen nicht weiter unterteilt worden, die Gesamtanzahl der versendeten Hinweise ist, wie gehabt, in den Maßnahmentabellen aufgeführt. Die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ ist nicht gleichzusetzen mit der Summe der Einstufungsoptionen aus „H20“ und „H99“. Es wurden zudem teilweise Hinweise versendet (0,7 %) und die rechnerische Auffälligkeit wurde abschließend mit einer der Kategorien U, A oder S eingestuft.

Tabelle 1: Eingesetztes Einstufungs- und Bewertungsschema für die Ergebnisse des SD ab EJ 2013

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	Unvollständige 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)

1 Cholezystektomie

Anzahl Datensätze: 173.375
Anzahl Krankenhäuser: 1.084

1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

12/1-CHOL 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 220: Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus	191	1,1	0	0,0	28	14,7	163	85,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6
QI-ID 224: Allgemeine postoperative Komplikationen	64	0,4	1	1,6	27	42,2	36	56,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,8
QI-ID 225: Allgemeine postoperative Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	55	0,3	1	1,8	35	63,6	19	34,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 226: Allgemeine postoperative Komplikationen nach offen-chirurgischer Operation	107	0,6	2	1,9	64	59,8	41	38,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 613: Behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	60	0,3	0	0,0	11	18,3	49	81,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0
QI-ID 5079 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen	60	0,3	0	0,0	11	18,3	49	81,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0
QI-ID 50824: Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko	175	1,0	0	0,0	25	14,3	150	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 5139 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	52	0,3	0	0,0	20	38,5	32	61,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	764	4,4	4	0,5	221	28,9	539	70,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,7

1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

12/1-CHOL	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	77	0,4	0	0,0	22	28,6	55	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8
Bayern	133	0,8	0	0,0	109	82,0	24	18,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	31	0,2	0	0,0	10	32,3	21	67,7	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	3	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	9	0,1	0	0,0	1	11,1	8	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	32	0,2	0	0,0	0	0,0	32	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	14	0,1	0	0,0	1	7,1	13	92,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	69	0,4	0	0,0	0	0,0	69	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	177	1,0	0	0,0	39	22,0	138	78,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,2
Rheinland-Pfalz	41	0,2	0	0,0	12	29,3	29	70,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	10	0,1	0	0,0	0	0,0	10	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	59	0,3	0	0,0	0	0,0	59	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	32	0,2	4	12,5	11	34,4	17	53,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	38	0,2	0	0,0	15	39,5	23	60,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	17	0,1	0	0,0	1	5,9	16	94,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	764	4,4	4	0,5	221	28,9	539	70,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,7

1.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

12/1-CHOL	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 220: Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus	191	7	3,7	136	71,2	10	5,2	3	1,6	2	1,0	0	0,0	5	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	14,7
QI-ID 224: Allgemeine postoperative Komplikationen	64	2	3,1	24	37,5	3	4,7	1	1,6	0	0,0	1	1,6	5	7,8	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	42,2
QI-ID 225: Allgemeine postoperative Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	55	2	3,6	11	20,0	3	5,5	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	1,8	35	63,6		
QI-ID 226: Allgemeine postoperative Komplikationen nach offenchirurgischer Operation	107	1	0,9	31	29,0	8	7,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,9	0	0,0	1	0,9	64	59,8		
QI-ID 613: Behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	60	3	5,0	26	43,3	11	18,3	2	3,3	1	1,7	0	0,0	4	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,7	11	18,3		
QI-ID 50791: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen	60	1	1,7	35	58,3	5	8,3	3	5,0	0	0,0	0	0,0	5	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	18,3
QI-ID 50824: Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko	175	6	3,4	125	71,4	10	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	3,4	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	2	1,1	25	14,3		
QI-ID 51391: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	52	3	5,8	27	51,9	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	38,5		
Gesamt	764	25	3,3	415	54,3	50	6,5	11	1,4	3	0,4	1	0,1	27	3,5	0	0,0	1	0,1	4	0,5	1	0,1	5	0,7	221	28,9		

1.4 Ergebnisse pro Bundesland

12/1-CHOL	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	77	0	0,0	43	55,8	11	14,3	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	0	0,0	22	28,6
Bayern	133	1	0,8	16	12,0	3	2,3	1	0,8	1	0,8	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	109	82,0		
Berlin	31	0	0,0	17	54,8	0	0,0	3	9,7	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	32,3		
Brandenburg	22	0	0,0	19	86,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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
Bremen	3	1	33,3	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	0	0,0	0	0,0
Hamburg	9	0	0,0	6	66,7	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	1	11,1
Hessen	32	0	0,0	25	78,1	5	15,6	1	3,1	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	0	0,0
Mecklenburg- Vorpommern	14	0	0,0	11	78,6	2	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	0	0,0	1	7,1
Niedersachsen	69	1	1,4	67	97,1	1	1,4	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	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	177	19	10,7	93	52,5	9	5,1	1	0,6	0	0,0	0	0,0	14	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,1	39	22,0		
Rheinland-Pfalz	41	0	0,0	20	48,8	0	0,0	4	9,8	0	0,0	0	0,0	5	12,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	29,3		
Saarland	10	0	0,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	59	3	5,1	40	67,8	14	23,7	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0		
Sachsen-Anhalt	32	0	0,0	14	43,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	4	12,5	0	0,0	2	6,3	11	34,4		
Schleswig-Holstein	38	0	0,0	20	52,6	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	0	0,0	15	39,5		
Thüringen	17	0	0,0	13	76,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9		
Gesamt	764	25	3,3	415	54,3	50	6,5	11	1,4	3	0,4	1	0,1	27	3,5	0	0,0	1	0,1	4	0,5	1	0,1	5	0,7	221	28,9		

2 Karotis-Revaskularisation

Anzahl Datensätze: 32.486
Anzahl Krankenhäuser: 602

2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

10/2-KAROT	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	33	0,2	1	3,0	5	15,2	27	81,8	0	0,0	1	3,7	1	3,7	1	3,7
QI-ID 604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	8	0,0	0	0,0	6	75,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 11704: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch	44	0,3	0	0,0	6	13,6	38	86,4	0	0,0	2	5,3	0	0,0	2	5,3
QI-ID 11724: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch	31	0,2	0	0,0	10	32,3	21	67,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51437: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	51	0,3	4	7,8	22	43,1	25	49,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51443: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	15	0,1	1	6,7	9	60,0	5	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51865: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt	21	0,1	0	0,0	7	33,3	14	66,7	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	7,1
QI-ID 51873: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt	42	0,2	0	0,0	7	16,7	35	83,3	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	2,9
Gesamt	245	1,4	6	2,4	72	29,4	167	68,2	0	0,0	5	3,0	1	0,6	5	3,0

2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

10/2-KAROT	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	22	0,1	0	0,0	0	0,0	22	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	27	0,2	0	0,0	11	40,7	16	59,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	6	0,0	0	0,0	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	8	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100	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	11	0,1	0	0,0	11	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	13	0,1	0	0,0	3	23,1	10	76,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
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	25	0,1	0	0,0	0	0,0	25	100	0	0,0	4	16,0	0	0,0	4	16,0
Nordrhein-Westfalen	56	0,3	0	0,0	32	57,1	24	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
Rheinland-Pfalz	21	0,1	0	0,0	7	33,3	14	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	4	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100	0	0,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0
Sachsen	13	0,1	0	0,0	3	23,1	10	76,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	13	0,1	6	46,2	2	15,4	5	38,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	10	0,1	0	0,0	0	0,0	10	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	7	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	245	1,4	6	2,4	72	29,4	167	68,2	0	0,0	5	3,0	1	0,6	5	3,0

2.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

10/2-KAROT	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	33	1	3,0	5	15,2	10	30,3	1	3,0	0	0,0	0	0,0	10	30,3	0	0,0	0	0,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	5	15,2
QI-ID 604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	8	0	0,0	1	12,5	1	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	6	75,0
QI-ID 11704: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch	44	2	4,5	27	61,4	3	6,8	3	6,8	1	2,3	2	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	13,6
QI-ID 11724: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch	31	0	0,0	14	45,2	3	9,7	1	3,2	1	3,2	2	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	32,3
QI-ID 51437: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	51	0	0,0	2	3,9	12	23,5	1	2,0	0	0,0	0	0,0	9	17,6	0	0,0	1	2,0	4	7,8	0	0,0	0	0,0	22	43,1
QI-ID 51443: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	15	0	0,0	1	6,7	4	26,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	9	60,0
QI-ID 51865: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt	21	1	4,8	6	28,6	2	9,5	3	14,3	0	0,0	0	0,0	2	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	33,3

10/2-KAROT	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 51873: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt	42	3	7,1	25	59,5	2	4,8	3	7,1	0	0,0	1	2,4	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	16,7
Gesamt	245	7	2,9	81	33,1	37	15,1	12	4,9	2	0,8	5	2,0	22	9,0	0	0,0	1	0,4	6	2,4	0	0,0	0	0,0	72	29,4		

2.4 Ergebnisse pro Bundesland

10/2-KAROT	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	%
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	22	0	0,0	13	59,1	9	40,9	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
Bayern	27	1	3,7	11	40,7	3	11,1	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	40,7
Berlin	6	0	0,0	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	3	50,0
Brandenburg	8	2	25,0	1	12,5	2	25,0	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	0	0,0
Bremen	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	0,0
Hamburg	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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	100
Hessen	13	0	0,0	1	7,7	5	38,5	0	0,0	0	0,0	4	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	23,1
Mecklenburg- Vorpommern	8	0	0,0	5	62,5	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	25	0	0,0	16	64,0	0	0,0	3	12,0	0	0,0	0	0,0	6	24,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	56	4	7,1	10	17,9	2	3,6	2	3,6	0	0,0	0	0,0	6	10,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	57,1
Rheinland-Pfalz	21	0	0,0	5	23,8	0	0,0	2	9,5	2	9,5	0	0,0	5	23,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	33,3
Saarland	4	0	0,0	3	75,0	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
Sachsen	13	0	0,0	4	30,8	5	38,5	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	3	23,1
Sachsen-Anhalt	13	0	0,0	2	15,4	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	6	46,2	0	0,0	0	0,0	2	15,4
Schleswig-Holstein	10	0	0,0	3	30,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	7	0	0,0	4	57,1	2	28,6	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
Gesamt	245	7	2,9	81	33,1	37	15,1	12	4,9	2	0,8	5	2,0	22	9,0	0	0,0	1	0,4	6	2,4	0	0,0	0	0,0	72	29,4

3 Ambulant erworbene Pneumonie

Anzahl Datensätze: 259.737
Anzahl Krankenhäuser: 1.257

3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

PNEU	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 2005: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	235	1,4	1	0,4	74	31,5	160	68,1	0	0,0	5	3,1	0	0,0	23	14,4
QI-ID 2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	230	1,3	0	0,0	71	30,9	158	68,7	1	0,4	3	1,9	0	0,0	16	10,1
QI-ID 2012: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	344	2,0	2	0,6	249	72,4	93	27,0	0	0,0	2	2,2	0	0,0	7	7,5
QI-ID 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	476	2,8	2	0,4	325	68,3	149	31,3	0	0,0	2	1,3	0	0,0	16	10,7
QI-ID 2015: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme	106	0,6	0	0,0	43	40,6	63	59,4	0	0,0	3	4,8	1	1,6	3	4,8
QI-ID 2018: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	174	1,0	0	0,0	108	62,1	66	37,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	6,1
QI-ID 2019: Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	29	0,2	0	0,0	1	3,4	28	96,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,1
QI-ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	436	2,5	1	0,2	163	37,4	272	62,4	0	0,0	7	2,6	0	0,0	48	17,6
QI-ID 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	190	1,1	7	3,7	80	42,1	103	54,2	0	0,0	4	3,9	0	0,0	15	14,6
QI-ID 11878: Sterblichkeit im Krankenhaus	122	0,7	0	0,0	45	36,9	77	63,1	0	0,0	1	1,3	0	0,0	13	16,9
QI-ID 11879: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	132	0,8	0	0,0	53	40,2	79	59,8	0	0,0	1	1,3	0	0,0	2	2,5
QI-ID 11880: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	128	0,7	1	0,8	60	46,9	67	52,3	0	0,0	2	3,0	1	1,5	10	14,9
QI-ID 11881: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	178	1,0	3	1,7	87	48,9	88	49,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
QI-ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	667	3,9	1	0,1	259	38,8	407	61,0	0	0,0	8	2,0	1	0,2	57	14,0
Gesamt	3.447	20,0	18	0,5	1.618	46,9	1.810	52,5	1	0,0	38	2,1	3	0,2	217	12,0

3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

PNEU	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	378	2,2	0	0,0	298	78,8	80	21,2	0	0,0	6	7,5	0	0,0	53	66,3
Bayern	655	3,8	0	0,0	419	64,0	236	36,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	183	1,1	0	0,0	94	51,4	89	48,6	0	0,0	7	7,9	3	3,4	0	0,0
Brandenburg	116	0,7	0	0,0	0	0,0	116	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	33	0,2	0	0,0	7	21,2	26	78,8	0	0,0	3	11,5	0	0,0	3	11,5
Hamburg	56	0,3	0	0,0	20	35,7	36	64,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	137	0,8	0	0,0	30	21,9	107	78,1	0	0,0	6	5,6	0	0,0	6	5,6
Mecklenburg-Vorpommern	74	0,4	0	0,0	15	20,3	59	79,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	391	2,3	0	0,0	209	53,5	182	46,5	0	0,0	10	5,5	0	0,0	19	10,4
Nordrhein-Westfalen	645	3,7	0	0,0	220	34,1	425	65,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	128	30,1
Rheinland-Pfalz	173	1,0	0	0,0	101	58,4	72	41,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	5,6
Saarland	57	0,3	0	0,0	12	21,1	45	78,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	192	1,1	0	0,0	65	33,9	127	66,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	168	1,0	11	6,5	78	46,4	78	46,4	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	114	0,7	7	6,1	26	22,8	81	71,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	75	0,4	0	0,0	24	32,0	51	68,0	0	0,0	6	11,8	0	0,0	4	7,8
Gesamt	3.447	20,0	18	0,5	1.618	46,9	1.810	52,5	1	0,0	38	2,1	3	0,2	217	12,0

3.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

PNEU	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
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	235	7	3,0	45	19,1	19	8,1	39	16,6	5	2,1	1	0,4	32	13,6	1	0,4	1	0,4	1	0,4	0	0,0	10	4,3	74	31,5
QI-ID 2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	230	18	7,8	66	28,7	7	3,0	47	20,4	1	0,4	3	1,3	10	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	3,0	71	30,9
QI-ID 2012: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	344	8	2,3	40	11,6	13	3,8	7	2,0	2	0,6	1	0,3	15	4,4	0	0,0	3	0,9	2	0,6	0	0,0	4	1,2	249	72,4
QI-ID 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	476	20	4,2	46	9,7	20	4,2	17	3,6	5	1,1	2	0,4	36	7,6	0	0,0	1	0,2	2	0,4	0	0,0	3	0,6	324	68,1
QI-ID 2015: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme	106	4	3,8	21	19,8	5	4,7	14	13,2	1	0,9	1	0,9	7	6,6	0	0,0	2	1,9	0	0,0	0	0,0	8	7,5	43	40,6
QI-ID 2018: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	174	5	2,9	26	14,9	12	6,9	5	2,9	1	0,6	0	0,0	15	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,1	108	62,1

PNEU	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2019: Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	29	2	6,9	16	55,2	4	13,8	1	3,4	1	3,4	0	0,0	3	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	3,4
QI-ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	436	10	2,3	34	7,8	18	4,1	106	24,3	11	2,5	11	2,5	68	15,6	1	0,2	4	0,9	1	0,2	0	0,0	9	2,1	163	37,4
QI-ID 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	190	3	1,6	17	8,9	17	8,9	27	14,2	5	2,6	1	0,5	40	21,1	0	0,0	2	1,1	7	3,7	0	0,0	1	0,5	70	36,8
QI-ID 11878: Sterblichkeit im Krankenhaus	122	11	9,0	29	23,8	4	3,3	7	5,7	2	1,6	0	0,0	22	18,0	1	0,8	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	45	36,9
QI-ID 11879: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	132	2	1,5	68	51,5	1	0,8	3	2,3	0	0,0	0	0,0	5	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	53	40,2
QI-ID 11880: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	128	5	3,9	25	19,5	14	10,9	7	5,5	0	0,0	0	0,0	14	10,9	1	0,8	0	0,0	1	0,8	0	0,0	1	0,8	60	46,9
QI-ID 11881: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	178	3	1,7	62	34,8	10	5,6	4	2,2	0	0,0	0	0,0	8	4,5	0	0,0	0	0,0	3	1,7	0	0,0	1	0,6	87	48,9
QI-ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	667	18	2,7	80	12,0	39	5,8	169	25,3	9	1,3	4	0,6	68	10,2	2	0,3	2	0,3	1	0,1	0	0,0	16	2,4	259	38,8
Gesamt	3.447	116	3,4	575	16,7	183	5,3	453	13,1	43	1,2	24	0,7	343	10,0	6	0,2	16	0,5	18	0,5	0	0,0	63	1,8	1.607	46,6

3.4 Ergebnisse pro Bundesland

PNEU	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	378	2	0,5	11	2,9	13	3,4	34	9,0	4	1,1	0	0,0	26	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	288	76,2
Bayern	655	12	1,8	74	11,3	37	5,6	35	5,3	20	3,1	0	0,0	58	8,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	419	64,0
Berlin	183	10	5,5	29	15,8	0	0,0	39	21,3	0	0,0	0	0,0	11	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	51,4
Brandenburg	116	0	0,0	67	57,8	11	9,5	26	22,4	1	0,9	3	2,6	7	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Bremen	33	2	6,1	19	57,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	9,1	2	6,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	21,2
Hamburg	56	10	17,9	3	5,4	1	1,8	7	12,5	0	0,0	0	0,0	15	26,8	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	33,9
Hessen	137	0	0,0	36	26,3	13	9,5	22	16,1	8	5,8	0	0,0	21	15,3	0	0,0	7	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	21,9
Mecklenburg- Vorpommern	74	4	5,4	20	27,0	0	0,0	21	28,4	0	0,0	0	0,0	13	17,6	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	20,3
Niedersachsen	391	12	3,1	66	16,9	4	1,0	77	19,7	4	1,0	4	1,0	15	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	209	53,5
Nordrhein-Westfalen	645	23	3,6	95	14,7	30	4,7	103	16,0	2	0,3	0	0,0	135	20,9	3	0,5	4	0,6	0	0,0	0	0,0	30	4,7	220	34,1		
Rheinland-Pfalz	173	3	1,7	27	15,6	6	3,5	13	7,5	0	0,0	1	0,6	22	12,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	101	58,4
Saarland	57	0	0,0	27	47,4	0	0,0	12	21,1	0	0,0	0	0,0	3	5,3	0	0,0	3	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	21,1
Sachsen	192	1	0,5	36	18,8	58	30,2	21	10,9	0	0,0	8	4,2	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,0	65	33,9		
Sachsen-Anhalt	168	23	13,7	11	6,5	1	0,6	24	14,3	3	1,8	5	3,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	11	6,5	0	0,0	11	6,5	78	46,4		
Schleswig-Holstein	114	14	12,3	37	32,5	7	6,1	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	3	2,6	0	0,0	7	6,1	0	0,0	19	16,7	26	22,8		
Thüringen	75	0	0,0	17	22,7	2	2,7	19	25,3	0	0,0	0	0,0	13	17,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	32,0
Gesamt	3.447	116	3,4	575	16,7	183	5,3	453	13,1	43	1,2	24	0,7	343	10,0	6	0,2	16	0,5	18	0,5	0	0,0	63	1,8	1.607	46,6		

4 Herzschrittmacher-Implantation

Anzahl Datensätze: 75.575
Anzahl Krankenhäuser: 977

4.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

09/1-HSM-IMPL 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 209: Vorhofsendendislokation	134	0,8	1	0,7	52	38,8	81	60,4	0	0,0	2	2,5	0	0,0	4	4,9
QI-ID 581: Ventrikelsendendislokation	99	0,6	1	1,0	39	39,4	59	59,6	0	0,0	2	3,4	0	0,0	7	11,9
QI-ID 582: Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV	42	0,2	1	2,4	25	59,5	16	38,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3
QI-ID 583: Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV	13	0,1	0	0,0	9	69,2	4	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 690: Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	56	0,3	0	0,0	26	46,4	30	53,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 1103: Chirurgische Komplikationen	174	1,0	0	0,0	65	37,4	109	62,6	0	0,0	1	0,9	0	0,0	4	3,7
QI-ID 2196: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	61	0,4	0	0,0	32	52,5	29	47,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4
QI-ID 10223: Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	35	0,2	0	0,0	20	57,1	15	42,9	0	0,0	1	6,7	0	0,0	3	20,0
QI-ID 10249: Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)	12	0,1	0	0,0	8	66,7	4	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
QI-ID 51191: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	69	0,4	0	0,0	16	23,2	53	76,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 52128: Eingriffsdauer	124	0,7	0	0,0	74	59,7	50	40,3	0	0,0	3	6,0	0	0,0	7	14,0
Gesamt	819	4,8	3	0,4	366	44,7	450	54,9	0	0,0	9	2,0	0	0,0	28	6,2

4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

09/1-HSM-IMPL	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	83	0,5	0	0,0	38	45,8	45	54,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	13,3
Bayern	169	1,0	0	0,0	58	34,3	111	65,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	36	0,2	0	0,0	21	58,3	15	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	16	0,1	0	0,0	8	50,0	8	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	12	0,1	0	0,0	0	0,0	12	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	14	0,1	0	0,0	10	71,4	4	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	46	0,3	0	0,0	19	41,3	27	58,7	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	89	0,5	0	0,0	4	4,5	85	95,5	0	0,0	4	4,7	0	0,0	7	8,2
Nordrhein-Westfalen	206	1,2	0	0,0	139	67,5	67	32,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	14,9
Rheinland-Pfalz	52	0,3	0	0,0	34	65,4	18	34,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	12	0,1	0	0,0	0	0,0	12	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	33	0,2	0	0,0	15	45,5	18	54,5	0	0,0	5	27,8	0	0,0	5	27,8
Sachsen-Anhalt	15	0,1	3	20,0	4	26,7	8	53,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	12	0,1	0	0,0	5	41,7	7	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	12	0,1	0	0,0	11	91,7	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	819	4,8	3	0,4	366	44,7	450	54,9	0	0,0	9	2,0	0	0,0	28	6,2

4.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

09/1-HSM-IMPL Qualitätsindikator	Rechnerische Aufälligkeit n	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	%
QI-ID 209: Vorhofsendendislokation	134	2	1,5	60	44,8	2	1,5	11	8,2	2	1,5	2	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	2	1,5	52	38,8
QI-ID 581: Ventrikelsendendislokation	99	2	2,0	41	41,4	1	1,0	7	7,1	4	4,0	1	1,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	2	2,0	39	39,4
QI-ID 582: Vorhofsenden mit intrakardialer Signal- amplitude ab 1,5 mV	42	2	4,8	7	16,7	0	0,0	3	7,1	2	4,8	0	0,0	2	4,8	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	25	59,5
QI-ID 583: Ventrikelsenden mit intrakardialer Signal- amplitude ab 4 mV	13	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	69,2
QI-ID 690: Leitlinienkon- forme Indikation bei bradykarden Herzrhyth- musstörungen	56	1	1,8	9	16,1	8	14,3	0	0,0	1	1,8	2	3,6	7	12,5	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	26	46,4
QI-ID 1103: Chirurgische Komplikationen	174	3	1,7	89	51,1	5	2,9	10	5,7	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	65	37,4
QI-ID 2196: Leitlinienkon- forme Systemwahl bei bradykarden Herzrhyth- musstörungen	61	1	1,6	18	29,5	5	8,2	3	4,9	1	1,6	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	52,5
QI-ID 10223: Durchleuch- ungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	35	3	8,6	5	14,3	0	0,0	5	14,3	1	2,9	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	57,1
QI-ID 10249: Durchleuch- ungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zwei- kammersystems (DDD)	12	2	16,7	1	8,3	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	66,7
QI-ID 51191: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	69	0	0,0	52	75,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	23,2
QI-ID 52128: Eingriffsdauer	124	6	4,8	11	8,9	2	1,6	26	21,0	0	0,0	2	1,6	1	0,8	1	0,8	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	74	59,7
Gesamt	819	22	2,7	294	35,9	23	2,8	66	8,1	14	1,7	7	0,9	16	2,0	2	0,2	1	0,1	3	0,4	0	0,0	5	0,6	366	44,7

4.4 Ergebnisse pro Bundesland

09/1-HSM-IMPL	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	83	10	12,0	23	27,7	5	6,0	7	8,4	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	38	45,8
Bayern	169	1	0,6	91	53,8	3	1,8	13	7,7	1	0,6	0	0,0	2	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	58	34,3
Berlin	36	3	8,3	7	19,4	0	0,0	1	2,8	1	2,8	0	0,0	2	5,6	1	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	58,3
Brandenburg	16	0	0,0	5	31,3	1	6,3	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	8	50,0
Bremen	12	0	0,0	11	91,7	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	0	0,0
Hamburg	14	0	0,0	3	21,4	0	0,0	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	10	71,4
Hessen	46	1	2,2	8	17,4	6	13,0	9	19,6	2	4,3	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	41,3
Mecklenburg- Vorpommern	12	0	0,0	10	83,3	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	89	0	0,0	63	70,8	1	1,1	16	18,0	2	2,2	0	0,0	2	2,2	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	4,5
Nordrhein-Westfalen	206	5	2,4	31	15,0	4	1,9	10	4,9	6	2,9	1	0,5	6	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,9	139	67,5
Rheinland-Pfalz	52	0	0,0	15	28,8	0	0,0	1	1,9	1	1,9	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	65,4
Saarland	12	0	0,0	8	66,7	0	0,0	2	16,7	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	0	0,0
Sachsen	33	0	0,0	8	24,2	2	6,1	7	21,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,0	15	45,5
Sachsen-Anhalt	15	2	13,3	5	33,3	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	26,7
Schleswig-Holstein	12	0	0,0	6	50,0	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	0	0,0	5	41,7
Thüringen	12	0	0,0	0	0,0	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	11	91,7
Gesamt	819	22	2,7	294	35,9	23	2,8	66	8,1	14	1,7	7	0,9	16	2,0	2	0,2	1	0,1	3	0,4	0	0,0	5	0,6	366	44,7		

5 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Anzahl Datensätze: 17.740
Anzahl Krankenhäuser: 920

5.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

09n2-HSM-AGGW	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 210: Eingriffsdauer bis 45 Minuten	26	0,2	1	3,8	20	76,9	5	19,2	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)	69	0,4	3	4,3	53	76,8	13	18,8	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)	26	0,2	2	7,7	21	80,8	3	11,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 482: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	91	0,5	2	2,2	38	41,8	51	56,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0
QI-ID 483: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	65	0,4	0	0,0	26	40,0	39	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6
QI-ID 484: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	69	0,4	0	0,0	23	33,3	45	65,2	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 1092: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)	34	0,2	0	0,0	6	17,6	28	82,4	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)	71	0,4	0	0,0	28	39,4	43	60,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 1096: Chirurgische Komplikationen	28	0,2	4	14,3	14	50,0	10	35,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 1099: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	67	0,4	1	1,5	27	40,3	38	56,7	1	1,5	0	0,0	0	0,0	1	2,6
QI-ID 11484: Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats	133	0,8	1	0,8	74	55,6	58	43,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,2
QI-ID 51398: Sterblichkeit im Krankenhaus	34	0,2	0	0,0	0	0,0	34	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	713	4,1	14	2,0	330	46,3	367	51,5	2	0,3	0	0,0	0	0,0	6	1,6

5.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

09/2-HSM-AGGW	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	63	0,4	0	0,0	18	28,6	45	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,4
Bayern	175	1,0	0	0,0	55	31,4	120	68,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	37	0,2	0	0,0	18	48,6	19	51,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	19	0,1	0	0,0	8	42,1	11	57,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	14	0,1	0	0,0	3	21,4	11	78,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	50	0,3	0	0,0	17	34,0	33	66,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
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	69	0,4	0	0,0	47	68,1	22	31,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	124	0,7	0	0,0	98	79,0	26	21,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	15,4
Rheinland-Pfalz	44	0,3	0	0,0	27	61,4	17	38,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	11	0,1	0	0,0	0	0,0	9	81,8	2	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	36	0,2	0	0,0	14	38,9	22	61,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	35	0,2	14	40,0	4	11,4	17	48,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	21	0,1	0	0,0	18	85,7	3	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	7	0,0	0	0,0	3	42,9	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	713	4,1	14	2,0	330	46,3	367	51,5	2	0,3	0	0,0	0	0,0	6	1,6

5.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

09/2-HSM-AGGW	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 210: Eingriffsdauer bis 45 Minuten	26	1	3,8	4	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0	0	0,0	20	76,9
QI-ID 480: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)	69	1	1,4	8	11,6	2	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,9	0	0,0	0	0,0	3	4,3	0	0,0	0	0,0	53	76,8
QI-ID 481: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	26	1	3,8	2	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	21	80,8
QI-ID 482: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	91	1	1,1	18	19,8	7	7,7	16	17,6	3	3,3	2	2,2	3	3,3	0	0,0	0	0,0	2	2,2	0	0,0	1	1,1	38	41,8
QI-ID 483: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	65	0	0,0	12	18,5	2	3,1	17	26,2	1	1,5	3	4,6	3	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	26	40,0
QI-ID 484: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	69	0	0,0	11	15,9	9	13,0	16	23,2	2	2,9	2	2,9	3	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,3	23	33,3
QI-ID 1092: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)	34	2	5,9	17	50,0	6	17,6	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	6	17,6
QI-ID 1093: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	71	1	1,4	27	38,0	9	12,7	0	0,0	1	1,4	0	0,0	5	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	39,4
QI-ID 1096: Chirurgische Komplikationen	28	0	0,0	10	35,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	14,3	0	0,0	0	0,0	14	50,0

09/2-HSM-AGGW	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 1099: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	67	0	0,0	10	14,9	5	7,5	14	20,9	2	3,0	2	3,0	4	6,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	2	3,0	27	40,3
QI-ID 11484: Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats	133	1	0,8	13	9,8	10	7,5	3	2,3	0	0,0	9	6,8	21	15,8	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	1	0,8	74	55,6
QI-ID 51398: Sterblichkeit im Krankenhaus	34	3	8,8	29	85,3	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	713	11	1,5	161	22,6	50	7,0	67	9,4	10	1,4	18	2,5	43	6,0	0	0,0	0	0,0	14	2,0	0	0,0	9	1,3	330	46,3

5.4 Ergebnisse pro Bundesland

09/2-HSM-AGGW	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	63	3	4,8	14	22,2	12	19,0	10	15,9	3	4,8	2	3,2	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	28,6
Bayern	175	0	0,0	50	28,6	24	13,7	28	16,0	5	2,9	0	0,0	13	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	55	31,4
Berlin	37	1	2,7	12	32,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	16,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	48,6
Brandenburg	19	0	0,0	4	21,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	36,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	42,1
Hamburg	14	0	0,0	1	7,1	1	7,1	0	0,0	0	0,0	9	64,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	21,4
Hessen	50	2	4,0	11	22,0	9	18,0	9	18,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	34,0
Mecklenburg- Vorpommern	8	0	0,0	1	12,5	1	12,5	1	12,5	0	0,0	3	37,5	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	69	0	0,0	15	21,7	0	0,0	2	2,9	0	0,0	0	0,0	5	7,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	68,1
Nordrhein-Westfalen	124	5	4,0	11	8,9	1	0,8	1	0,8	0	0,0	0	0,0	7	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	98	79,0
Rheinland-Pfalz	44	0	0,0	7	15,9	0	0,0	8	18,2	1	2,3	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	61,4
Saarland	11	0	0,0	9	81,8	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	2	18,2	0	0,0
Sachsen	36	0	0,0	10	27,8	2	5,6	2	5,6	0	0,0	4	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	11,1	14	38,9		
Sachsen-Anhalt	35	0	0,0	9	25,7	0	0,0	6	17,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	40,0	0	0,0	2	5,7	4	11,4		
Schleswig-Holstein	21	0	0,0	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	0	0,0	0	0,0	18	85,7
Thüringen	7	0	0,0	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	0	0,0	3	42,9
Gesamt	713	11	1,5	161	22,6	50	7,0	67	9,4	10	1,4	18	2,5	43	6,0	0	0,0	0	0,0	14	2,0	0	0,0	9	1,3	330	46,3		

6 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Anzahl Datensätze: 13.525
Anzahl Krankenhäuser: 885

6.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

09/3-HSM-REV	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 494: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	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 495: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	17	0,1	0	0,0	10	58,8	7	41,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 496: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	20	0,1	0	0,0	13	65,0	7	35,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 497: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	28	0,2	0	0,0	14	50,0	14	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 584: Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV	88	0,5	4	4,5	58	65,9	26	29,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 585: Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV	23	0,1	1	4,3	14	60,9	8	34,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 1089: Chirurgische Komplikationen	81	0,5	4	4,9	46	56,8	31	38,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 10638: Dislokation revidierter Vorhofsonden bei Indikation Sondenproblem im Vorhof	21	0,1	1	4,8	13	61,9	7	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 10639: Dislokation revidierter Ventrikelsonden bei Indikation Sondenproblem im Ventrikel	27	0,2	0	0,0	17	63,0	10	37,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51404: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	39	0,2	0	0,0	18	46,2	21	53,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51987: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	39	0,2	1	2,6	13	33,3	25	64,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51988: Prozedurassoziertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	171	1,0	0	0,0	58	33,9	113	66,1	0	0,0	2	1,8	0	0,0	11	9,7
QI-ID 51994: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff	55	0,3	0	0,0	34	61,8	21	38,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8
Gesamt	633	3,7	11	1,7	322	50,9	300	47,4	0	0,0	2	0,7	0	0,0	12	4,0

6.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

09/3-HSM-REV	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	66	0,4	0	0,0	39	59,1	27	40,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Bayern	116	0,7	0	0,0	69	59,5	47	40,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	24	0,1	0	0,0	10	41,7	14	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	28	0,2	0	0,0	16	57,1	12	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	6	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	42	0,2	0	0,0	20	47,6	22	52,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	11	0,1	0	0,0	5	45,5	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	58	0,3	0	0,0	5	8,6	53	91,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	137	0,8	0	0,0	80	58,4	57	41,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	15,8
Rheinland-Pfalz	45	0,3	0	0,0	36	80,0	9	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	30	0,2	0	0,0	8	26,7	22	73,3	0	0,0	2	9,1	0	0,0	2	9,1
Sachsen-Anhalt	22	0,1	11	50,0	4	18,2	7	31,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	16	0,1	0	0,0	7	43,8	9	56,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	20	0,1	0	0,0	17	85,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	633	3,7	11	1,7	322	50,9	300	47,4	0	0,0	2	0,7	0	0,0	12	4,0

6.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

09/3-HSM-REV	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 494: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	24	1	4,2	5	20,8	1	4,2	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	0	0,0	14	58,3
QI-ID 495: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	17	0	0,0	3	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	3	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	58,8
QI-ID 496: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	20	0	0,0	2	10,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	65,0
QI-ID 497: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	28	0	0,0	5	17,9	5	17,9	0	0,0	0	0,0	1	3,6	3	10,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	50,0
QI-ID 584: Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV	88	0	0,0	21	23,9	0	0,0	3	3,4	1	1,1	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	4	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	58	65,9
QI-ID 585: Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV	23	0	0,0	4	17,4	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	4,3	1	4,3	14	60,9
QI-ID 1089: Chirurgische Komplikationen	81	0	0,0	28	34,6	1	1,2	2	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	46	56,8
QI-ID 10638: Dislokation revidierter Vorhofsonden bei Indikation Sondenproblem im Vorhof	21	0	0,0	6	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	61,9
QI-ID 10639: Dislokation revidierter Ventrikelsonden bei Indikation Sondenproblem im Ventrikel	27	0	0,0	9	33,3	0	0,0	1	3,7	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	17	63,0
QI-ID 51404: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	39	0	0,0	21	53,8	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	0	0,0	18	46,2

09/3-HSM-REV	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 51987: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	39	2	5,1	18	46,2	2	5,1	0	0,0	1	2,6	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	1	2,6	13	33,3
QI-ID 51988: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	171	4	2,3	54	31,6	4	2,3	37	21,6	6	3,5	0	0,0	1	0,6	1	0,6	0	0,0	0	0,0	2	1,2	4	2,3	58	33,9		
QI-ID 51994: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff	55	0	0,0	18	32,7	0	0,0	2	3,6	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	61,8
Gesamt	633	7	1,1	194	30,6	16	2,5	45	7,1	9	1,4	2	0,3	18	2,8	1	0,2	0	0,0	0	0,0	11	1,7	2	0,3	6	0,9	322	50,9

6.4 Ergebnisse pro Bundesland

09/3-HSM-REV	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	66	0	0,0	14	21,2	4	6,1	8	12,1	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	39	59,1
Bayern	116	1	0,9	37	31,9	7	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	69	59,5
Berlin	24	1	4,2	9	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	41,7
Brandenburg	28	0	0,0	9	32,1	0	0,0	1	3,6	0	0,0	0	0,0	2	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	57,1
Bremen	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	0	0,0
Hamburg	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100
Hessen	42	0	0,0	6	14,3	2	4,8	12	28,6	1	2,4	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	47,6
Mecklenburg- Vorpommern	11	0	0,0	4	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	45,5
Niedersachsen	58	0	0,0	48	82,8	0	0,0	3	5,2	1	1,7	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	8,6
Nordrhein-Westfalen	137	5	3,6	27	19,7	3	2,2	12	8,8	4	2,9	0	0,0	1	0,7	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,9	80	58,4
Rheinland-Pfalz	45	0	0,0	5	11,1	0	0,0	0	0,0	2	4,4	0	0,0	2	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	80,0
Saarland	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	0	0,0
Sachsen	30	0	0,0	13	43,3	0	0,0	7	23,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7	8	26,7		
Sachsen-Anhalt	22	0	0,0	4	18,2	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	50,0	2	9,1	0	0,0	4	18,2		
Schleswig-Holstein	16	0	0,0	5	31,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	43,8
Thüringen	20	0	0,0	1	5,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	85,0
Gesamt	633	7	1,1	194	30,6	16	2,5	45	7,1	9	1,4	2	0,3	18	2,8	1	0,2	0	0,0	11	1,7	2	0,3	6	0,9	322	50,9		

7 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Anzahl Datensätze: 29.458
Anzahl Krankenhäuser: 673

7.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

09/4-DEFHIMPL Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50004: Leitlinienkonforme Indikation	140	0,8	1	0,7	55	39,3	84	60,0	0	0,0	4	4,8	0	0,0	9	10,7
QI-ID 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl	95	0,6	0	0,0	47	49,5	48	50,5	0	0,0	1	2,1	0	0,0	5	10,4
QI-ID 50010: Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	16	0,1	1	6,3	8	50,0	7	43,8	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	14,3
QI-ID 50011: Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)	46	0,3	0	0,0	35	76,1	11	23,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
QI-ID 50012: Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems	36	0,2	0	0,0	23	63,9	13	36,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50015: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	7	0,0	1	14,3	3	42,9	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50016: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	12	0,1	1	8,3	7	58,3	4	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50017: Chirurgische Komplikationen	37	0,2	3	8,1	14	37,8	20	54,1	0	0,0	1	5,0	0	0,0	3	15,0
QI-ID 50018: Vorhofsendendislokation oder -dysfunktion	34	0,2	4	11,8	19	55,9	11	32,4	0	0,0	1	9,1	0	0,0	1	9,1
QI-ID 50019: Ventrikelsendendislokation oder -dysfunktion	34	0,2	1	2,9	10	29,4	23	67,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3
QI-ID 51186: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	40	0,2	0	0,0	15	37,5	25	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 52129: Eingriffsdauer	69	0,4	0	0,0	43	62,3	26	37,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8
Gesamt	566	3,3	12	2,1	279	49,3	275	48,6	0	0,0	8	2,9	0	0,0	22	8,0

7.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

09/4-DEFI-IMPL	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	82	0,5	0	0,0	32	39,0	50	61,0	0	0,0	2	4,0	0	0,0	5	10,0
Bayern	117	0,7	0	0,0	61	52,1	56	47,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	17	0,1	0	0,0	8	47,1	9	52,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	19	0,1	0	0,0	14	73,7	5	26,3	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	14	0,1	0	0,0	9	64,3	5	35,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	34	0,2	0	0,0	18	52,9	16	47,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	4	0,0	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	38	0,2	0	0,0	0	0,0	38	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6
Nordrhein-Westfalen	115	0,7	0	0,0	73	63,5	42	36,5	0	0,0	2	4,8	0	0,0	12	28,6
Rheinland-Pfalz	31	0,2	0	0,0	23	74,2	8	25,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	38	0,2	0	0,0	16	42,1	22	57,9	0	0,0	4	18,2	0	0,0	4	18,2
Sachsen-Anhalt	21	0,1	12	57,1	5	23,8	4	19,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	14	0,1	0	0,0	5	35,7	9	64,3	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	566	3,3	12	2,1	279	49,3	275	48,6	0	0,0	8	2,9	0	0,0	22	8,0

7.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

09/4-DEFI-IMPL	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50004: Leitlinien- konforme Indikation	140	1	0,7	19	13,6	23	16,4	8	5,7	10	7,1	4	2,9	17	12,1	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	2	1,4	55	39,3
QI-ID 50005: Leitlinien- konforme Systemwahl	95	2	2,1	20	21,1	14	14,7	2	2,1	1	1,1	4	4,2	5	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	49,5
QI-ID 50010: Durchleuch- tungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	16	0	0,0	1	6,3	1	6,3	2	12,5	2	12,5	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	8	50,0
QI-ID 50011: Durchleuch- tungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)	46	0	0,0	4	8,7	2	4,3	2	4,3	1	2,2	0	0,0	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	35	76,1
QI-ID 50012: Durchleuch- tungszeit bis 60 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems	36	0	0,0	11	30,6	0	0,0	0	0,0	1	2,8	0	0,0	1	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	63,9
QI-ID 50015: Intraoperati- ve Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	7	0	0,0	1	14,3	1	14,3	0	0,0	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
QI-ID 50016: Intraoperati- ve Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	12	0	0,0	0	0,0	3	25,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	7	58,3
QI-ID 50017: Chirurgische Komplikationen	37	0	0,0	15	40,5	1	2,7	3	8,1	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,1	0	0,0	0	0,0	14	37,8
QI-ID 50018: Vorhofsendislokation oder -dysfunktion	34	0	0,0	8	23,5	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	2	5,9	0	0,0	0	0,0	4	11,8	0	0,0	0	0,0	19	55,9
QI-ID 50019: Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion	34	0	0,0	20	58,8	0	0,0	1	2,9	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	2,9	10	29,4

09/4-DEFI-IMPL	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 51186: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	40	0	0,0	22	55,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5	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 52129: Eingriffsdauer	69	6	8,7	7	10,1	0	0,0	9	13,0	4	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	43	62,3		
Gesamt	566	9	1,6	128	22,6	45	8,0	28	4,9	25	4,4	8	1,4	28	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	2,1	0	0,0	4	0,7	279	49,3

7.4 Ergebnisse pro Bundesland

09/4-DEFI-IMPL	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	82	2	2,4	22	26,8	15	18,3	6	7,3	5	6,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	39,0
Bayern	117	2	1,7	32	27,4	15	12,8	3	2,6	1	0,9	0	0,0	3	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	61	52,1
Berlin	17	2	11,8	3	17,6	0	0,0	0	0,0	3	17,6	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	47,1
Brandenburg	19	0	0,0	4	21,1	1	5,3	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	14	73,7
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	0	0,0
Hamburg	14	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	4	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	64,3
Hessen	34	0	0,0	6	17,6	4	11,8	2	5,9	3	8,8	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	52,9
Mecklenburg- Vorpommern	4	0	0,0	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	0	0,0	2	50,0
Niedersachsen	38	0	0,0	27	71,1	0	0,0	4	10,5	4	10,5	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
Nordrhein-Westfalen	115	3	2,6	10	8,7	4	3,5	9	7,8	0	0,0	2	1,7	12	10,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,7	73	63,5
Rheinland-Pfalz	31	0	0,0	4	12,9	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	3	9,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	74,2
Saarland	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	0	0,0
Sachsen	38	0	0,0	10	26,3	1	2,6	3	7,9	6	15,8	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	16	42,1		
Sachsen-Anhalt	21	0	0,0	3	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	57,1	0	0,0	1	4,8	5	23,8		
Schleswig-Holstein	14	0	0,0	3	21,4	4	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	35,7
Thüringen	19	0	0,0	2	10,5	0	0,0	1	5,3	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	13	68,4
Gesamt	566	9	1,6	128	22,6	45	8,0	28	4,9	25	4,4	8	1,4	28	4,9	0	0,0	0	0,0	12	2,1	0	0,0	4	0,7	279	49,3		

8 Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Anzahl Datensätze: 8.419
Anzahl Krankenhäuser: 596

8.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

09/5-DEFI-AGGW	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 50025: Eingriffsdauer bis 60 Minuten	31	0,2	2	6,5	22	71,0	7	22,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50026: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	23	0,1	0	0,0	11	47,8	12	52,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50027: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	36	0,2	1	2,8	18	50,0	17	47,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50028: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	21	0,1	0	0,0	8	38,1	13	61,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50030: Chirurgische Komplikationen	31	0,2	0	0,0	0	0,0	31	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50031: Sterblichkeit im Krankenhaus	15	0,1	0	0,0	0	0,0	15	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 52003: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Pace/Sense-Sonde (1. oder 2. Ventrikelsonde)	24	0,1	0	0,0	8	33,3	16	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	181	1,1	3	1,7	67	37,0	111	61,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

8.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

09/5-DEFI-AGGW	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	24	0,1	0	0,0	12	50,0	12	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	34	0,2	0	0,0	8	23,5	26	76,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	15	0,1	0	0,0	7	46,7	8	53,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	6	0,0	0	0,0	3	50,0	3	50,0	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	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	16	0,1	0	0,0	5	31,3	11	68,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	9	0,1	0	0,0	4	44,4	5	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	31	0,2	0	0,0	18	58,1	13	41,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rheinland-Pfalz	9	0,1	0	0,0	5	55,6	4	44,4	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	17	0,1	0	0,0	0	0,0	17	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	9	0,1	3	33,3	1	11,1	5	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	5	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	181	1,1	3	1,7	67	37,0	111	61,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

8.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

09/5-DEFI-AGGW	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50025: Eingriffsdauer bis 60 Minuten	31	1	3,2	3	9,7	0	0,0	3	9,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,5	0	0,0	0	0,0	22	71,0
QI-ID 50026: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	23	0	0,0	4	17,4	3	13,0	3	13,0	0	0,0	1	4,3	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	47,8
QI-ID 50027: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	36	0	0,0	3	8,3	5	13,9	3	8,3	1	2,8	1	2,8	4	11,1	0	0,0	0	0,0	1	2,8	0	0,0	0	0,0	18	50,0
QI-ID 50028: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	21	0	0,0	5	23,8	4	19,0	3	14,3	0	0,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	38,1
QI-ID 50030: Chirurgische Komplikationen	31	0	0,0	29	93,5	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	1	3,2	0	0,0
QI-ID 50031: Sterblichkeit im Krankenhaus	15	0	0,0	14	93,3	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	0	0,0
QI-ID 52003: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Pace/Sense-Sonde (1. oder 2. Ventrikelsonde)	24	0	0,0	6	25,0	4	16,7	2	8,3	1	4,2	0	0,0	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	8	33,3
Gesamt	181	1	0,6	64	35,4	16	8,8	15	8,3	2	1,1	2	1,1	9	5,0	0	0,0	0	0,0	3	1,7	0	0,0	2	1,1	67	37,0

8.4 Ergebnisse pro Bundesland

09/5-DEFI-AGGW	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	24	0	0,0	7	29,2	2	8,3	1	4,2	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	50,0
Bayern	34	0	0,0	10	29,4	7	20,6	7	20,6	0	0,0	0	0,0	2	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	23,5
Berlin	15	1	6,7	3	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	26,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	46,7
Brandenburg	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	50,0
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	0	0,0
Hamburg	1	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	0	0,0	0	0,0
Hessen	16	0	0,0	7	43,8	3	18,8	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	0	0,0	5	31,3
Niedersachsen	9	0	0,0	5	55,6	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	0	0,0	4	44,4
Nordrhein-Westfalen	31	0	0,0	10	32,3	0	0,0	2	6,5	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	58,1
Rheinland-Pfalz	9	0	0,0	4	44,4	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	0	0,0	5	55,6
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	0	0,0
Sachsen	17	0	0,0	7	41,2	4	23,5	4	23,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,8	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	9	0	0,0	5	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1
Schleswig-Holstein	5	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	0	0,0	0	0,0	4	80,0
Thüringen	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	0	0,0
Gesamt	181	1	0,6	64	35,4	16	8,8	15	8,3	2	1,1	2	1,1	9	5,0	0	0,0	0	0,0	3	1,7	0	0,0	2	1,1	67	37,0		

9 Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/- Explantation

Anzahl Datensätze: 9.160
Anzahl Krankenhäuser: 558

9.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

09/6-DEFI-REV	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 50037: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	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 50038: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	19	0,1	1	5,3	11	57,9	7	36,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50039: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	13	0,1	0	0,0	9	69,2	4	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50040: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	13	0,1	1	7,7	6	46,2	6	46,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50041: Chirurgische Komplikationen	29	0,2	1	3,4	15	51,7	13	44,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50042: Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion	14	0,1	2	14,3	8	57,1	4	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50043: Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion	21	0,1	0	0,0	12	57,1	9	42,9	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	24	0,1	0	0,0	10	41,7	14	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 52000: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	29	0,2	1	3,4	10	34,5	18	62,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6
QI-ID 52001: Prozedurassoziertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	195	1,1	1	0,5	65	33,3	129	66,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	4,7
QI-ID 52002: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	31	0,2	0	0,0	16	51,6	15	48,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	402	2,3	7	1,7	172	42,8	223	55,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	3,1

9.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

09/6-DEFI-REV	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	58	0,3	0	0,0	34	58,6	24	41,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	68	0,4	0	0,0	32	47,1	36	52,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	22	0,1	0	0,0	12	54,5	10	45,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	17	0,1	0	0,0	7	41,2	10	58,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	11	0,1	0	0,0	6	54,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	23	0,1	0	0,0	7	30,4	16	69,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	4	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	30	0,2	0	0,0	3	10,0	27	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	73	0,4	0	0,0	33	45,2	40	54,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	17,5
Rheinland-Pfalz	17	0,1	0	0,0	15	88,2	2	11,8	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	19	0,1	0	0,0	4	21,1	15	78,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	22	0,1	7	31,8	3	13,6	12	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	17	0,1	0	0,0	6	35,3	11	64,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	20	0,1	0	0,0	10	50,0	10	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	402	2,3	7	1,7	172	42,8	223	55,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	3,1

9.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

09/6-DEFI-REV	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 50037: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde	14	0	0,0	1	7,1	2	14,3	0	0,0	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	10	71,4
QI-ID 50038: Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden	19	0	0,0	3	15,8	3	15,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	57,9
QI-ID 50039: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde	13	0	0,0	1	7,7	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	69,2
QI-ID 50040: Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden	13	0	0,0	1	7,7	3	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	46,2
QI-ID 50041: Chirurgische Komplikationen	29	0	0,0	11	37,9	0	0,0	1	3,4	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	51,7
QI-ID 50042: Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion	14	0	0,0	3	21,4	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	57,1
QI-ID 50043: Ventrikelsondendislokation oder -dysfunktion	21	0	0,0	9	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	12	57,1
QI-ID 51196: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	24	0	0,0	13	54,2	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	1	4,2	10	41,7		
QI-ID 52000: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	29	1	3,4	13	44,8	2	6,9	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	34,5
QI-ID 52001: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	195	5	2,6	89	45,6	0	0,0	17	8,7	6	3,1	3	1,5	3	1,5	1	0,5	0	0,0	1	0,5	1	0,5	4	2,1	65	33,3		

09/6-DEFI-REV	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 52002: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	31	1	3,2	3	9,7	2	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	25,8	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	51,6
Gesamt	402	7	1,7	147	36,6	15	3,7	19	4,7	7	1,7	3	0,7	17	4,2	1	0,2	1	0,2	7	1,7	1	0,2	5	1,2	172	42,8

9.4 Ergebnisse pro Bundesland

09/6-DEFI-REV	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	58	1	1,7	17	29,3	3	5,2	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	0	0,0	34	58,6
Bayern	68	2	2,9	19	27,9	12	17,6	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	32	47,1		
Berlin	22	0	0,0	5	22,7	0	0,0	0	0,0	2	9,1	0	0,0	3	13,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	54,5		
Brandenburg	17	0	0,0	6	35,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	23,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	41,2		
Hamburg	11	0	0,0	4	36,4	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	54,5		
Hessen	23	0	0,0	11	47,8	0	0,0	4	17,4	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	30,4		
Mecklenburg- Vorpommern	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		
Niedersachsen	30	0	0,0	22	73,3	0	0,0	1	3,3	1	3,3	0	0,0	3	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0		
Nordrhein-Westfalen	73	3	4,1	24	32,9	0	0,0	4	5,5	3	4,1	0	0,0	3	4,1	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	2	2,7	33	45,2		
Rheinland-Pfalz	17	1	5,9	1	5,9	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	15	88,2		
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	19	0	0,0	11	57,9	0	0,0	3	15,8	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	21,1		
Sachsen-Anhalt	22	0	0,0	9	40,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	31,8	1	4,5	2	9,1	3	13,6		
Schleswig-Holstein	17	0	0,0	6	35,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	17,6	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	35,3		
Thüringen	20	0	0,0	8	40,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	50,0		
Gesamt	402	7	1,7	147	36,6	15	3,7	19	4,7	7	1,7	3	0,7	17	4,2	1	0,2	1	0,2	7	1,7	1	0,2	5	1,2	172	42,8		

10 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

Anzahl Datensätze: 729.451
Anzahl Krankenhäuser: 885

10.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

21/3-KORO-PCI	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 399: Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie	64	0,4	0	0,0	18	28,1	46	71,9	0	0,0	2	4,3	0	0,0	8	17,4
QI-ID 414: MACCE bei isolierter Koronarangiographie	51	0,3	0	0,0	16	31,4	35	68,6	0	0,0	1	2,9	0	0,0	2	5,7
QI-ID 415: MACCE bei PCI	51	0,3	0	0,0	14	27,5	37	72,5	0	0,0	3	8,1	0	0,0	3	8,1
QI-ID 419: Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie	44	0,3	0	0,0	36	81,8	8	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5
QI-ID 2062: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nicht-invasiver Ischämiezeichen	45	0,3	0	0,0	12	26,7	33	73,3	0	0,0	1	3,0	0	0,0	2	6,1
QI-ID 2063: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h“	24	0,1	0	0,0	9	37,5	15	62,5	0	0,0	2	13,3	0	0,0	2	13,3
QI-ID 2064: Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI	27	0,2	0	0,0	13	48,1	14	51,9	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	7,1
QI-ID 2073: Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI	87	0,5	0	0,0	64	73,6	23	26,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2232: MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts	49	0,3	0	0,0	25	51,0	24	49,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	1	4,2
QI-ID 11863: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI	69	0,4	0	0,0	6	8,7	63	91,3	0	0,0	2	3,2	1	1,6	4	6,3
QI-ID 12773: Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts	101	0,6	0	0,0	32	31,7	69	68,3	0	0,0	1	1,4	0	0,0	4	5,8
QI-ID 12774: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²	64	0,4	0	0,0	23	35,9	41	64,1	0	0,0	2	4,9	0	0,0	3	7,3
QI-ID 12775: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²	37	0,2	0	0,0	16	43,2	21	56,8	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50749: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²	56	0,3	0	0,0	25	44,6	31	55,4	0	0,0	3	9,7	0	0,0	5	16,1
QI-ID 50829: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie	47	0,3	0	0,0	10	21,3	37	78,7	0	0,0	1	2,7	0	0,0	1	2,7
QI-ID 51405: Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml	48	0,3	0	0,0	24	50,0	24	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,3
QI-ID 51406: Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml	40	0,2	0	0,0	27	67,5	13	32,5	0	0,0	1	7,7	0	0,0	2	15,4
QI-ID 51407: Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml	59	0,3	0	0,0	36	61,0	23	39,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	963	5,6	0	0,0	406	42,2	557	57,8	0	0,0	22	3,9	1	0,2	41	7,4

10.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

21/3-KORO-PCI	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	114	0,7	0	0,0	56	49,1	58	50,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	10,3
Bayern	208	1,2	0	0,0	107	51,4	101	48,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	35	0,2	0	0,0	2	5,7	33	94,3	0	0,0	2	6,1	1	3,0	0	0,0
Brandenburg	29	0,2	0	0,0	25	86,2	4	13,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	30	0,2	0	0,0	1	3,3	29	96,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	19	0,1	0	0,0	14	73,7	5	26,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	37	0,2	0	0,0	29	78,4	8	21,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	11	0,1	0	0,0	1	9,1	10	90,9	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	77	0,4	0	0,0	8	10,4	69	89,6	0	0,0	10	14,5	0	0,0	14	20,3
Nordrhein-Westfalen	247	1,4	0	0,0	99	40,1	148	59,9	0	0,0	3	2,0	0	0,0	19	12,8
Rheinland-Pfalz	50	0,3	0	0,0	31	62,0	19	38,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	5	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	45	0,3	0	0,0	10	22,2	35	77,8	0	0,0	2	5,7	0	0,0	2	5,7
Sachsen-Anhalt	16	0,1	0	0,0	9	56,3	7	43,8	0	0,0	4	57,1	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	17	0,1	0	0,0	4	23,5	13	76,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	23	0,1	0	0,0	10	43,5	13	56,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	963	5,6	0	0,0	406	42,2	557	57,8	0	0,0	22	3,9	1	0,2	41	7,4

10.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

21/3-KORO-PCI	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 399: Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie	64	2	3,1	16	25,0	3	4,7	4	6,3	2	3,1	0	0,0	15	23,4	2	3,1	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	1,6	18	28,1
QI-ID 414: MACCE bei isolierter Koronarangiographie	51	9	17,6	19	37,3	3	5,9	1	2,0	2	3,9	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	31,4
QI-ID 415: MACCE bei PCI	51	7	13,7	22	43,1	0	0,0	5	9,8	0	0,0	2	3,9	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	27,5
QI-ID 419: Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie	44	1	2,3	3	6,8	0	0,0	2	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	81,8
QI-ID 2062: PCI trotz fehlender klinischer und/oder nicht-invasiver Ischämiezeichen	45	1	2,2	13	28,9	5	11,1	2	4,4	2	4,4	1	2,2	7	15,6	0	0,0	2	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	26,7
QI-ID 2063: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h“	24	0	0,0	9	37,5	1	4,2	4	16,7	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	37,5
QI-ID 2064: Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI	27	2	7,4	5	18,5	1	3,7	2	7,4	0	0,0	1	3,7	2	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	13	48,1
QI-ID 2073: Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI	87	7	8,0	4	4,6	2	2,3	2	2,3	1	1,1	4	4,6	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,3	64	73,6
QI-ID 2232: MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts	49	9	18,4	9	18,4	0	0,0	2	4,1	0	0,0	3	6,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	25	51,0
QI-ID 11863: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI	69	3	4,3	47	68,1	0	0,0	3	4,3	4	5,8	1	1,4	4	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	6	8,7

21/3-KORO-PCI	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 12773: Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts	101	0	0,0	4	4,0	20	19,8	6	5,9	0	0,0	4	4,0	27	26,7	4	4,0	3	3,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	32	31,7
QI-ID 12774: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²	64	7	10,9	2	3,1	2	3,1	16	25,0	1	1,6	1	1,6	4	6,3	1	1,6	1	1,6	0	0,0	0	0,0	6	9,4	23	35,9
QI-ID 12775: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²	37	5	13,5	6	16,2	1	2,7	5	13,5	0	0,0	1	2,7	1	2,7	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	16	43,2
QI-ID 50749: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²	56	3	5,4	2	3,6	1	1,8	14	25,0	2	3,6	2	3,6	1	1,8	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	8,9	25	44,6
QI-ID 50829: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie	47	1	2,1	28	59,6	0	0,0	2	4,3	1	2,1	0	0,0	4	8,5	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	21,3
QI-ID 51405: Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml	48	5	10,4	5	10,4	2	4,2	1	2,1	3	6,3	0	0,0	4	8,3	1	2,1	2	4,2	0	0,0	0	0,0	1	2,1	24	50,0
QI-ID 51406: Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml	40	5	12,5	4	10,0	0	0,0	2	5,0	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	67,5
QI-ID 51407: Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml	59	5	8,5	6	10,2	0	0,0	4	6,8	5	8,5	1	1,7	0	0,0	1	1,7	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	61,0
Gesamt	963	72	7,5	204	21,2	41	4,3	77	8,0	25	2,6	22	2,3	70	7,3	15	1,6	11	1,1	0	0,0	0	0,0	20	2,1	406	42,2

10.4 Ergebnisse pro Bundesland

21/3-KORO-PCI	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	114	15	13,2	8	7,0	7	6,1	16	14,0	4	3,5	1	0,9	7	6,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	56	49,1
Bayern	208	9	4,3	48	23,1	11	5,3	4	1,9	4	1,9	0	0,0	21	10,1	4	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	107	51,4
Berlin	35	5	14,3	19	54,3	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	2,9	7	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,7		
Brandenburg	29	0	0,0	4	13,8	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	0	0,0	25	86,2
Bremen	30	12	40,0	16	53,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
Hamburg	19	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	21,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	73,7
Hessen	37	0	0,0	2	5,4	4	10,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	29	78,4		
Mecklenburg- Vorpommern	11	0	0,0	3	27,3	0	0,0	0	0,0	3	27,3	1	9,1	1	9,1	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	9,1		
Niedersachsen	77	5	6,5	25	32,5	0	0,0	32	41,6	0	0,0	0	0,0	4	5,2	0	0,0	3	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	10,4
Nordrhein-Westfalen	247	19	7,7	34	13,8	13	5,3	16	6,5	11	4,5	1	0,4	31	12,6	3	1,2	8	3,2	0	0,0	0	0,0	12	4,9	99	40,1		
Rheinland-Pfalz	50	0	0,0	12	24,0	0	0,0	5	10,0	0	0,0	0	0,0	2	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	62,0
Saarland	5	0	0,0	2	40,0	0	0,0	2	40,0	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
Sachsen	45	5	11,1	20	44,4	2	4,4	0	0,0	1	2,2	6	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	10	22,2		
Sachsen-Anhalt	16	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	5	31,3	9	56,3		
Schleswig-Holstein	17	2	11,8	2	11,8	4	23,5	0	0,0	1	5,9	3	17,6	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	23,5
Thüringen	23	0	0,0	6	26,1	0	0,0	1	4,3	0	0,0	6	26,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	43,5
Gesamt	963	72	7,5	204	21,2	41	4,3	77	8,0	25	2,6	22	2,3	70	7,3	15	1,6	11	1,1	0	0,0	0	0,0	20	2,1	406	42,2		

11 Koronarchirurgie, isoliert

Anzahl Datensätze: 39.907
Anzahl Krankenhäuser: 80

11.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

HCH-KCH	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 332: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	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 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	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 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	2	28,6	1	14,3	2	28,6
Gesamt	16	0,1	0	0,0	0	0,0	16	100	0	0,0	2	12,5	1	6,3	2	12,5

11.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

HCH-KCH	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 332: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	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	0	0,0
QI-ID 2257: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	2	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2259: 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	0	0,0
QI-ID 11617: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	7	0	0,0	2	28,6	0	0,0	3	42,9	1	14,3	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
Gesamt	16	0	0,0	10	62,5	1	6,3	3	18,8	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

12 Aortenklappenchirurgie, isoliert

Anzahl Datensätze: 20.719
 Anzahl Krankenhäuser (KATH): 93
 Anzahl Krankenhäuser (CHIR): 80

12.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

HCH-AORT-CHIR	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 2280: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	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 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	8	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100	0	0,0	3	37,5	0	0,0	3	37,5
QI-ID 12001: 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 12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	2	33,3	0	0,0	2	33,3
QI-ID 51914: Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I	9	0,1	0	0,0	0	0,0	9	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	33	0,2	0	0,0	0	0,0	33	100	0	0,0	5	15,2	0	0,0	5	15,2

12.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

HCH-AORT-CHIR	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 2280: Postoperative Mediastinitis bei Risiko-klasse 0 oder 1 (nach NNIS)	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	0	0,0
QI-ID 2282: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	3	0	0,0	1	33,3	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	0	0,0
QI-ID 12092: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	8	0	0,0	3	37,5	0	0,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	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	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	0	0,0
QI-ID 12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	6	0	0,0	1	16,7	0	0,0	3	50,0	0	0,0	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
QI-ID 51914: Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I	9	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	7	77,8	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	33	0	0,0	13	39,4	2	6,1	7	21,2	7	21,2	1	3,0	3	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

13 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Anzahl Datensätze: 6.901
Anzahl Krankenhäuser: 78

13.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

HCH-KOMB	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme							
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Qualitätsindikator																		
QI-ID 2284: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	3	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
QI-ID 2286: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	3	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12193: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	8	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100	0	0,0	2	25	1	12,5	2	25,0	2	25,0
Gesamt	14	0,1	0	0,0	0	0,0	14	100	0	0,0	3	21,4	1	7,1	2	14,3	2	14,3

13.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

HCH-KOMB	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	%
Qualitätsindikator	n																										
QI-ID 2284: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	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 2286: 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 12193: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	8	0	0,0	2	25,0	0	0,0	5	62,5	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	14	0	0,0	8	57,1	0	0,0	5	35,7	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

14 Herztransplantation

Anzahl Datensätze: 273
Anzahl Krankenhäuser: 23

14.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

HTX	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme						
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Qualitätsindikator																	
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	3	33,3	
QI-ID 51629: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	9	0,1	0	0,0	4	44,4	5	55,6	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	
QI-ID 51631: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	7	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	
QI-ID 51633: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	8	0,0	0	0,0	5	62,5	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Gesamt	33	0,2	0	0,0	9	27,3	24	72,7	0	0,0	5	20,8	0	0,0	3	9,0	

14.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

HTX	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	%
Qualitätsindikator	n																										
QI-ID 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	9	1	11,1	3	33,3	1	11,1	4	44,4	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
QI-ID 51629: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	9	0	0,0	5	55,6	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	4	44,4
QI-ID 51631: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	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
QI-ID 51633: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	8	0	0,0	3	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	0	0,0	5	62,5
Gesamt	33	1	3,0	18	54,5	1	3,0	4	12,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	27,3

15 Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Anzahl Datensätze: 348
Anzahl Krankenhäuser: 16

15.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

LUTX	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme						
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Qualitätsindikator																	
QI-ID 2155: Sterblichkeit im Krankenhaus	5	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100	0	0,0	2	40,0	0	0,0	1	20,0	
QI-ID 51636: 1-Jahres-Überleben (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 51639: 2-Jahres-Überleben (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 51641: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	7	0,0	0	0,0	1	14,3	6	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Gesamt	19	0,1	0	0,0	1	5,3	18	94,7	0	0,0	3	16,7	0	0,0	2	10,5	

15.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

LUTX	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	%
Qualitätsindikator	n																										
QI-ID 2155: Sterblichkeit im Krankenhaus	5	0	0,0	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
QI-ID 51636: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	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 51639: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	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
QI-ID 51641: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	7	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	0	0,0	0	0,0	1	14,3
Gesamt	19	0	0,0	18	94,7	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	5,3

16 Lebertransplantation

Anzahl Datensätze: 838
Anzahl Krankenhäuser: 24

16.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

LTX	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus	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 2097: Tod durch operative Komplikationen	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 2133: Postoperative Verweildauer	8	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100	0	0,0	1	12,5	0	0,0	1	12,5
QI-ID 51596: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	4	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3
QI-ID 51599: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	5	0,0	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51602: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	23	0,1	0	0,0	2	8,7	21	91,3	0	0,0	3	14,3	0	0,0	3	14,3

16.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

LTX	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus	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	0,0	0	0,0
QI-ID 2097: Tod durch operative Komplikationen	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	0	0,0
QI-ID 2133: Postoperative Verweildauer	8	0	0,0	7	87,5	0	0,0	1	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	0	0,0
QI-ID 51596: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	4	0	0,0	1	25,0	0	0,0	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	1	25,0
QI-ID 51599: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	5	0	0,0	1	20,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0
QI-ID 51602: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	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	0	0,0
Gesamt	23	0	0,0	10	43,5	0	0,0	9	39,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7

17 Leberlebendspende

Anzahl Datensätze: 83
Anzahl Krankenhäuser: 10

17.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

LLS	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 2128: Eingriffsspezifische oder allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	7	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (3 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 51603: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	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 oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	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 51605: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	23	0,1	0	0,0	0	0,0	23	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

17.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

LLS	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 2128: Eingriffsspezifische oder allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	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	0	0,0
QI-ID 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (3 Jahre nach Leberlebenspende)	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	0	0,0
QI-ID 51603: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51604: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	4	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	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
QI-ID 51605: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	6	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	16,7	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
Gesamt	23	0	0,0	7	30,4	2	8,7	3	13,0	0	0,0	0	0,0	11	47,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

18 Nierentransplantation

Anzahl Datensätze: 2.189
Anzahl Krankenhäuser: 40

18.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

NTX	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 2171: Sterblichkeit im Krankenhaus	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 2184: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen 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 2185: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	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 2188: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortalen 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 2189: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende	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 12809: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	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 51557: Intra- oder postoperative Komplikationen	10	0,1	0	0,0	0	0,0	10	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51560: 1-Jahres-Überleben (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 51561: 2-Jahres-Überleben (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 51562: 3-Jahres-Überleben (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
Gesamt	39	0,2	0	0,0	0	0,0	39	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

18.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

NTX	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 2171: Sterblichkeit im Krankenhaus	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	0	0,0
QI-ID 2184: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	4	0	0,0	1	25,0	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	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2185: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	8	1	12,5	5	62,5	0	0,0	2	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
QI-ID 2188: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung 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	0	0,0
QI-ID 2189: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende	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	0,0	0	0,0
QI-ID 12809: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	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	0	0,0
QI-ID 51557: Intra- oder postoperative Komplikationen	10	0	0,0	2	20,0	0	0,0	7	70,0	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
QI-ID 51560: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	4	0	0,0	1	25,0	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	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51561: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	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
QI-ID 51562: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	4	0	0,0	1	25,0	2	50,0	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	0	0,0	0	0,0
Gesamt	39	1	2,6	14	35,9	3	7,7	18	46,2	0	0,0	3	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

19 Nierenlebenspende

Anzahl Datensätze: 725
Anzahl Krankenhäuser: 38

19.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

NLS	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende)	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 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebenspende)	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 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)	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 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen	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 51568: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	11	0,1	0	0,0	0	0,0	11	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51569: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	17	0,1	0	0,0	0	0,0	17	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51570: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	18	0,1	0	0,0	0	0,0	18	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	55	0,3	0	0,0	0	0,0	55	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

19.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

NLS	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
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 Nierenlebenspende)	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	0,0	0	0,0
QI-ID 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebenspende)	2	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)	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	0,0	0	0,0
QI-ID 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen	4	0	0,0	3	75,0	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	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51568: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	11	0	0,0	1	9,1	3	27,3	1	9,1	0	0,0	5	45,5	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51569: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	17	0	0,0	2	11,8	6	35,3	1	5,9	0	0,0	6	35,3	1	5,9	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51570: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	18	0	0,0	1	5,6	3	16,7	1	5,6	1	5,6	11	61,1	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	55	0	0,0	8	14,5	16	29,1	3	5,5	1	1,8	23	41,8	1	1,8	3	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

20 Geburtshilfe

Anzahl Datensätze: 658.735
Anzahl Krankenhäuser: 744

20.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

16/1-GEBH	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 318: Anwesenheit eines Pädiateurs bei Frühgeburten	201	1,2	0	0,0	84	41,8	117	58,2	0	0,0	0	0,0	3	2,6	0	0,0
QI-ID 319: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebend geborenen Einlingen	14	0,1	0	0,0	3	21,4	11	78,6	0	0,0	1	9,1	3	27,3	1	9,1
QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	86	0,5	4	4,7	32	37,2	50	58,1	0	0,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0
QI-ID 331: Müttersterblichkeit bei Geburten	17	0,1	0	0,0	0	0,0	16	94,1	1	5,9	1	6,3	0	0,0	0	0,0
QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	58	0,3	1	1,7	1	1,7	56	96,6	0	0,0	2	3,6	2	3,6	3	5,4
QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	45	0,3	1	2,2	8	17,8	36	80,0	0	0,0	2	5,6	3	8,3	1	2,8
QI-ID 50046: Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung	178	1,0	8	4,5	81	45,5	89	50,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,1
QI-ID 51181: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	38	0,2	0	0,0	20	52,6	18	47,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6
QI-ID 51397: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	147	0,9	1	0,7	33	22,4	113	76,9	0	0,0	7	6,2	3	2,7	9	8,0
QI-ID 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	38	0,2	1	2,6	6	15,8	31	81,6	0	0,0	3	9,7	4	12,9	2	6,5
QI-ID 51831: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	47	0,3	0	0,0	35	74,5	12	25,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	869	5,0	16	1,8	303	34,9	549	63,2	1	0,1	16	2,9	20	3,6	19	3,5

20.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

16/1-GEBH	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	100	0,6	3	3,0	66	66,0	30	30,0	1	1,0	3	10,0	0	0,0	3	10,0
Bayern	142	0,8	0	0,0	75	52,8	67	47,2	0	0,0	5	7,5	19	28,4	0	0,0
Berlin	21	0,1	0	0,0	0	0,0	21	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	29	0,2	0	0,0	0	0,0	29	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	7	0,0	0	0,0	1	14,3	6	85,7	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	55	0,3	1	1,8	20	36,4	34	61,8	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	1	7,1	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	96	0,6	0	0,0	12	12,5	84	87,5	0	0,0	4	4,8	0	0,0	4	4,8
Nordrhein-Westfalen	172	1,0	0	0,0	74	43,0	98	57,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	9	9,2
Rheinland-Pfalz	52	0,3	0	0,0	10	19,2	42	80,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,1
Saarland	13	0,1	0	0,0	0	0,0	13	100	0	0,0	1	7,7	1	7,7	0	0,0
Sachsen	68	0,4	0	0,0	5	7,4	63	92,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	34	0,2	12	35,3	10	29,4	12	35,3	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	37	0,2	0	0,0	17	45,9	20	54,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	24	0,1	0	0,0	11	45,8	13	54,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	869	5,0	16	1,8	303	34,9	549	63,2	1	0,1	16	2,9	20	3,6	19	3,5

20.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

16/1-GEBH	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	201	3	1,5	56	27,9	25	12,4	7	3,5	3	1,5	0	0,0	19	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,0	84	41,8
QI-ID 319: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebend geborenen Einlingen	14	1	7,1	0	0,0	0	0,0	6	42,9	0	0,0	0	0,0	4	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	2	14,3
QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	86	1	1,2	9	10,5	22	25,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	15,1	1	1,2	0	0,0	4	4,7	0	0,0	4	4,7	32	37,2
QI-ID 331: Müttersterblichkeit bei Geburten	17	3	17,6	9	52,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,8	2	11,8	0	0,0
QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	58	3	5,2	6	10,3	22	37,9	7	12,1	1	1,7	1	1,7	15	25,9	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	2	3,4	0	0,0
QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	45	2	4,4	0	0,0	7	15,6	13	28,9	0	0,0	3	6,7	4	8,9	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	8	17,8	7	15,6
QI-ID 50046: Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung	178	1	0,6	22	12,4	28	15,7	4	2,2	1	0,6	1	0,6	25	14,0	1	0,6	2	1,1	8	4,5	0	0,0	4	2,2	81	45,5
QI-ID 51181: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	38	0	0,0	5	13,2	1	2,6	7	18,4	1	2,6	0	0,0	2	5,3	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	2	5,3	19	50,0

16/1-GEBH	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 51397: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	147	3	2,0	46	31,3	3	2,0	38	25,9	5	3,4	2	1,4	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	15	10,2	33	22,4
QI-ID 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	38	0	0,0	8	21,1	2	5,3	11	28,9	1	2,6	2	5,3	5	13,2	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	3	7,9	5	13,2
QI-ID 51831: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	47	1	2,1	8	17,0	0	0,0	3	6,4	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	72,3
Gesamt	869	18	2,1	169	19,4	110	12,7	96	11,0	12	1,4	9	1,0	90	10,4	2	0,2	3	0,3	16	1,8	2	0,2	45	5,2	297	34,2

20.4 Ergebnisse pro Bundesland

16/1-GEBH	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	100	0	0,0	6	6,0	11	11,0	10	10,0	0	0,0	0	0,0	8	8,0	0	0,0	0	0,0	3	3,0	0	0,0	2	2,0	60	60,0
Bayern	142	2	1,4	11	7,7	23	16,2	21	14,8	2	1,4	0	0,0	8	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	75	52,8
Berlin	21	1	4,8	10	47,6	0	0,0	0	0,0	2	9,5	0	0,0	8	38,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	29	5	17,2	8	27,6	3	10,3	4	13,8	0	0,0	0	0,0	8	27,6	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	7	2	28,6	2	28,6	0	0,0	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	1	14,3
Hamburg	5	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	0	0,0	2	40,0
Hessen	55	0	0,0	9	16,4	7	12,7	0	0,0	1	1,8	0	0,0	4	7,3	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	13	23,6	20	36,4
Mecklenburg- Vorpommern	14	0	0,0	3	21,4	1	7,1	5	35,7	0	0,0	1	7,1	4	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	96	4	4,2	46	47,9	18	18,8	9	9,4	0	0,0	0	0,0	5	5,2	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	12	12,5
Nordrhein-Westfalen	172	3	1,7	26	15,1	15	8,7	12	7,0	0	0,0	1	0,6	20	11,6	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,6	19	11,0	74	43,0
Rheinland-Pfalz	52	0	0,0	8	15,4	0	0,0	11	21,2	7	13,5	0	0,0	15	28,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9	10	19,2
Saarland	13	0	0,0	6	46,2	0	0,0	4	30,8	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
Sachsen	68	0	0,0	10	14,7	18	26,5	17	25,0	0	0,0	2	2,9	9	13,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	10,3	5	7,4
Sachsen-Anhalt	34	0	0,0	4	11,8	4	11,8	2	5,9	0	0,0	2	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	35,3	0	0,0	0	0,0	10	29,4
Schleswig-Holstein	37	1	2,7	8	21,6	6	16,2	1	2,7	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	2	5,4	17	45,9
Thüringen	24	0	0,0	9	37,5	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	11	45,8
Gesamt	869	18	2,1	169	19,4	110	12,7	96	11,0	12	1,4	9	1,0	90	10,4	2	0,2	3	0,3	16	1,8	2	0,2	45	5,2	297	34,2

21 Neonatologie

Anzahl Datensätze: 95.580
Anzahl Krankenhäuser: 567

21.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

NEO	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 50048: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)	26	0,2	0	0,0	12	46,2	14	53,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	22	0,1	0	0,0	8	36,4	14	63,6	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	7,1
QI-ID 50061: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	25	0,1	0	0,0	9	36,0	16	64,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,5
QI-ID 50062: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) bei beatmeten Kindern mit Pneumothorax (ohne zuverlegte Kinder)	35	0,2	0	0,0	6	17,1	29	82,9	0	0,0	1	3,4	0	0,0	3	10,3
QI-ID 50063: Durchführung eines Hörtests	59	0,3	1	1,7	27	45,8	31	52,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	19,4
QI-ID 50064: Aufnahmetemperatur unter 36.0 Grad	16	0,1	0	0,0	5	31,3	11	68,8	0	0,0	1	9,1	1	9,1	6	54,5
QI-ID 50103: Aufnahmetemperatur über 37.5 Grad	21	0,1	0	0,0	4	19,0	17	81,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	17,6
QI-ID 51119: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten	28	0,2	0	0,0	12	42,9	16	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51845: Aufnahmetemperatur nicht angegeben	17	0,1	0	0,0	3	17,6	14	82,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	28,6
QI-ID 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	31	0,2	0	0,0	8	25,8	23	74,2	0	0,0	2	8,7	0	0,0	3	13,0
Gesamt	280	1,6	1	0,4	94	33,6	185	66,1	0	0,0	5	2,7	1	0,5	28	15,1

21.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

NEO	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	33	0,2	0	0,0	15	45,5	18	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	55,6
Bayern	30	0,2	0	0,0	18	60,0	12	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	11	0,1	0	0,0	0	0,0	11	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	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	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	1	16,7	5	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	11	0,1	0	0,0	0	0,0	11	100	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0
Niedersachsen	17	0,1	0	0,0	0	0,0	17	100	0	0,0	2	11,8	0	0,0	6	35,3
Nordrhein-Westfalen	63	0,4	0	0,0	24	38,1	39	61,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	20,5
Rheinland-Pfalz	9	0,1	0	0,0	5	55,6	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Saarland	5	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	35	0,2	0	0,0	11	31,4	24	68,6	0	0,0	3	12,5	0	0,0	3	12,5
Sachsen-Anhalt	18	0,1	1	5,6	7	38,9	10	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	8	0,0	0	0,0	0	0,0	8	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	18	0,1	0	0,0	12	66,7	6	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	280	1,6	1	0,4	94	33,6	185	66,1	0	0,0	5	2,7	1	0,5	28	15,1

21.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

NEO	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
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)	26	0	0,0	13	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	1	3,8	12	46,2
QI-ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	22	2	9,1	5	22,7	0	0,0	2	9,1	0	0,0	2	9,1	2	9,1	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	36,4
QI-ID 50061: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	25	0	0,0	5	20,0	2	8,0	0	0,0	1	4,0	1	4,0	5	20,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	1	4,0	9	36,0
QI-ID 50062: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) bei beatmeten Kindern mit Pneumothorax (ohne zuverlegte Kinder)	35	0	0,0	19	54,3	0	0,0	6	17,1	0	0,0	2	5,7	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	6	17,1
QI-ID 50063: Durchführung eines Hörtests	59	1	1,7	5	8,5	11	18,6	1	1,7	0	0,0	0	0,0	8	13,6	0	0,0	1	1,7	1	1,7	0	0,0	4	6,8	27	45,8
QI-ID 50064: Aufnahme-temperatur unter 36.0 Grad	16	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	56,3	0	0,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3	5	31,3
QI-ID 50103: Aufnahme-temperatur über 37.5 Grad	21	4	19,0	5	23,8	2	9,5	6	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	4	19,0

NEO	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 51119: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten	28	1	3,6	11	39,3	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,7	12	42,9
QI-ID 51845: Aufnahme-temperatur nicht angegeben	17	0	0,0	0	0,0	2	11,8	3	17,6	0	0,0	0	0,0	7	41,2	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	3	17,6
QI-ID 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenen-versorgung	31	2	6,5	12	38,7	2	6,5	1	3,2	0	0,0	0	0,0	4	12,9	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	1	3,2	8	25,8
Gesamt	280	10	3,6	75	26,8	20	7,1	28	10,0	1	0,4	5	1,8	28	10,0	1	0,4	4	1,4	1	0,4	0	0,0	13	4,6	94	33,6

21.4 Ergebnisse pro Bundesland

NEO	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	33	1	3,0	7	21,2	1	3,0	8	24,2	0	0,0	0	0,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	45,5
Bayern	30	0	0,0	4	13,3	3	10,0	1	3,3	1	3,3	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7	18	60,0		
Berlin	11	2	18,2	8	72,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Brandenburg	12	1	8,3	8	66,7	1	8,3	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	0	0,0		
Bremen	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		
Hamburg	2	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	0	0,0	1	50,0		
Hessen	6	0	0,0	1	16,7	2	33,3	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	1	16,7		
Mecklenburg- Vorpommern	11	1	9,1	5	45,5	1	9,1	1	9,1	0	0,0	2	18,2	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Niedersachsen	17	1	5,9	6	35,3	0	0,0	4	23,5	0	0,0	0	0,0	6	35,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Nordrhein-Westfalen	63	3	4,8	7	11,1	5	7,9	5	7,9	0	0,0	1	1,6	7	11,1	1	1,6	3	4,8	0	0,0	0	0,0	7	11,1	24	38,1		
Rheinland-Pfalz	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	55,6		
Saarland	5	0	0,0	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		
Sachsen	35	1	2,9	11	31,4	3	8,6	6	17,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,6	11	31,4		
Sachsen-Anhalt	18	0	0,0	9	50,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	7	38,9		
Schleswig-Holstein	8	0	0,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	2	25,0	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0		
Thüringen	18	0	0,0	4	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	66,7		
Gesamt	280	10	3,6	75	26,8	20	7,1	28	10,0	1	0,4	5	1,8	28	10,0	1	0,4	4	1,4	1	0,4	0	0,0	13	4,6	94	33,6		

22 Gynäkologische Operationen

Anzahl Datensätze: 165.624
Anzahl Krankenhäuser: 1.028

22.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

15/1-GYN-OP	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 612: Organerhaltung bei Ovarieingriffen	98	0,6	1	1,0	56	57,1	41	41,8	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0
QI-ID 665: Konisation bei Ektopie oder Normalbefund	74	0,4	1	1,4	49	66,2	24	32,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	12,5
QI-ID 666: Fehlende postoperative Histologie nach Konisation	19	0,1	0	0,0	9	47,4	10	52,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	196	1,1	0	0,0	128	65,3	68	34,7	0	0,0	1	1,5	1	1,5	2	2,9
QI-ID 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovarieingriff mit Gewebsentfernung	97	0,6	1	1,0	41	42,3	55	56,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8
QI-ID 51417: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	44	0,3	0	0,0	24	54,5	20	45,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51418: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	129	0,7	0	0,0	22	17,1	107	82,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,9
QI-ID 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	55	0,3	0	0,0	20	36,4	35	63,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51907: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund	127	0,7	0	0,0	70	55,1	57	44,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	839	4,9	3	0,4	419	49,9	417	49,7	0	0,0	2	0,5	1	0,2	8	1,9

22.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

15/1-GYN-OP	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	103	0,6	0	0,0	72	69,9	31	30,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,2
Bayern	134	0,8	0	0,0	121	90,3	13	9,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	37	0,2	0	0,0	19	51,4	18	48,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	24	0,1	0	0,0	0	0,0	24	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	7	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	15	0,1	0	0,0	7	46,7	8	53,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	55	0,3	0	0,0	11	20,0	44	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	17	0,1	0	0,0	2	11,8	15	88,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	95	0,6	0	0,0	23	24,2	72	75,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	166	1,0	0	0,0	96	57,8	70	42,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	10,0
Rheinland-Pfalz	43	0,2	0	0,0	24	55,8	19	44,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	14	0,1	0	0,0	0	0,0	14	100	0	0,0	1	7,1	1	7,1	0	0,0
Sachsen	62	0,4	0	0,0	24	38,7	38	61,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	21	0,1	3	14,3	6	28,6	12	57,1	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	24	0,1	0	0,0	5	20,8	19	79,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	22	0,1	0	0,0	9	40,9	13	59,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	839	4,9	3	0,4	419	49,9	417	49,7	0	0,0	2	0,5	1	0,2	8	1,9

22.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

15/1-GYN-OP	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 612: Organerhaltung bei Ovariectomien	98	1	1,0	34	34,7	2	2,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	3	3,1	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	1,0	0	0,0	54	55,1
QI-ID 665: Konisation bei Ektopie oder Normalbefund	74	0	0,0	14	18,9	5	6,8	3	4,1	0	0,0	0	0,0	3	4,1	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	48	64,9
QI-ID 666: Fehlende postoperative Histologie nach Konisation	19	0	0,0	0	0,0	6	31,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	26,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	42,1
QI-ID 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	196	0	0,0	37	18,9	11	5,6	5	2,6	4	2,0	1	0,5	9	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,5	126	64,3
QI-ID 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovariectomie mit Gewebsentfernung	97	0	0,0	14	14,4	17	17,5	2	2,1	2	2,1	0	0,0	20	20,6	0	0,0	1	1,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0	39	40,2
QI-ID 51417: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	44	0	0,0	16	36,4	2	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	22	50,0
QI-ID 51418: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	129	1	0,8	65	50,4	20	15,5	0	0,0	1	0,8	0	0,0	17	13,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	3,9	20	15,5
QI-ID 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	55	2	3,6	22	40,0	10	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	32,7
QI-ID 51907: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund	127	4	3,1	28	22,0	9	7,1	2	1,6	0	0,0	4	3,1	10	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6	68	53,5
Gesamt	839	8	1,0	230	27,4	82	9,8	14	1,7	7	0,8	5	0,6	73	8,7	0	0,0	1	0,1	3	0,4	1	0,1	12	1,4	403	48,0

22.4 Ergebnisse pro Bundesland

15/1-GYN-OP	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	103	0	0,0	17	16,5	11	10,7	0	0,0	2	1,9	0	0,0	17	16,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	56	54,4
Bayern	134	2	1,5	7	5,2	2	1,5	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	121	90,3
Berlin	37	1	2,7	7	18,9	0	0,0	3	8,1	2	5,4	0	0,0	5	13,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	51,4
Brandenburg	24	0	0,0	11	45,8	3	12,5	4	16,7	0	0,0	0	0,0	6	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	7	1	14,3	4	57,1	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	0	0,0	0	0,0
Hamburg	15	0	0,0	6	40,0	1	6,7	0	0,0	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	7	46,7
Hessen	55	0	0,0	32	58,2	9	16,4	1	1,8	0	0,0	0	0,0	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	20,0
Mecklenburg- Vorpommern	17	0	0,0	5	29,4	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	29,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	23,5	2	11,8		
Niedersachsen	95	2	2,1	46	48,4	22	23,2	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	24,2
Nordrhein-Westfalen	166	0	0,0	29	17,5	10	6,0	3	1,8	2	1,2	0	0,0	19	11,4	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	6	3,6	96	57,8		
Rheinland-Pfalz	43	0	0,0	9	20,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	23,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	55,8
Saarland	14	0	0,0	12	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	62	0	0,0	21	33,9	10	16,1	1	1,6	0	0,0	3	4,8	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,2	24	38,7		
Sachsen-Anhalt	21	0	0,0	8	38,1	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1	4,8	1	4,8	0	0,0	0	0,0	3	14,3	1	4,8	0	0,0	6	28,6		
Schleswig-Holstein	24	2	8,3	5	20,8	12	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	5	20,8
Thüringen	22	0	0,0	11	50,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	40,9
Gesamt	839	8	1,0	230	27,4	82	9,8	14	1,7	7	0,8	5	0,6	73	8,7	0	0,0	1	0,1	3	0,4	1	0,1	12	1,4	403	48,0		

23 Mammachirurgie

Anzahl Datensätze: 115.399
Anzahl Krankenhäuser: 904

23.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

18/1-MAMMA 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 303: Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung	120	0,7	1	0,8	50	41,7	68	56,7	1	0,8	1	1,5	1	1,5	4	5,9
QI-ID 2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS	41	0,2	0	0,0	25	61,0	16	39,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0
QI-ID 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	109	0,6	1	0,9	43	39,4	65	59,6	0	0,0	1	1,5	0	0,0	2	3,1
QI-ID 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	72	0,4	1	1,4	43	59,7	28	38,9	0	0,0	2	7,1	1	3,6	2	7,1
QI-ID 51371: Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation	34	0,2	0	0,0	24	70,6	10	29,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	203	1,2	4	2,0	99	48,8	100	49,3	0	0,0	3	3,0	2	2,0	3	3,0
QI-ID 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	124	0,7	4	3,2	48	38,7	72	58,1	0	0,0	2	2,8	2	2,8	3	4,2
Gesamt	703	4,1	11	1,6	332	47,2	359	51,1	1	0,1	9	2,5	7	1,9	14	3,9

23.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

18/1-MAMMA	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	70	0,4	0	0,0	52	74,3	18	25,7	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	5,6
Bayern	150	0,9	0	0,0	93	62,0	57	38,0	0	0,0	0	0,0	7	12,3	0	0,0
Berlin	11	0,1	0	0,0	3	27,3	8	72,7	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	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	10	58,8	7	41,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	46	0,3	0	0,0	12	26,1	34	73,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	14	0,1	0	0,0	4	28,6	10	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	65	0,4	0	0,0	15	23,1	50	76,9	0	0,0	1	2,0	0	0,0	4	8,0
Nordrhein-Westfalen	152	0,9	0	0,0	115	75,7	37	24,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,1
Rheinland-Pfalz	31	0,2	0	0,0	9	29,0	22	71,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	48	0,3	0	0,0	5	10,4	43	89,6	0	0,0	6	14,0	0	0,0	6	14,0
Sachsen-Anhalt	26	0,2	11	42,3	3	11,5	11	42,3	1	3,8	1	9,1	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	25	0,1	0	0,0	4	16,0	21	84,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	20	0,1	0	0,0	7	35,0	13	65,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	703	4,1	11	1,6	332	47,2	359	51,1	1	0,1	9	2,5	7	1,9	14	3,9

23.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

18/1-MAMMA	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 303: Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung	120	1	0,8	9	7,5	16	13,3	6	5,0	4	3,3	2	1,7	29	24,2	1	0,8	0	0,0	1	0,8	0	0,0	2	1,7	49	40,8
QI-ID 2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS	41	0	0,0	5	12,2	4	9,8	2	4,9	0	0,0	0	0,0	5	12,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	24	58,5
QI-ID 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	109	6	5,5	33	30,3	1	0,9	9	8,3	3	2,8	2	1,8	7	6,4	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	5	4,6	42	38,5
QI-ID 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	72	3	4,2	17	23,6	2	2,8	2	2,8	0	0,0	0	0,0	2	2,8	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	3	4,2	42	58,3
QI-ID 51371: Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation	34	2	5,9	6	17,6	2	5,9	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	23	67,6
QI-ID 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	203	3	1,5	64	31,5	6	3,0	19	9,4	4	2,0	0	0,0	4	2,0	0	0,0	0	0,0	4	2,0	0	0,0	0	0,0	99	48,8
QI-ID 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	124	4	3,2	32	25,8	3	2,4	20	16,1	2	1,6	4	3,2	5	4,0	1	0,8	0	0,0	4	3,2	0	0,0	2	1,6	47	37,9
Gesamt	703	19	2,7	166	23,6	34	4,8	58	8,3	13	1,8	8	1,1	53	7,5	2	0,3	0	0,0	11	1,6	0	0,0	13	1,8	326	46,4

23.4 Ergebnisse pro Bundesland

18/1-MAMMA	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	70	0	0,0	7	10,0	4	5,7	6	8,6	1	1,4	0	0,0	6	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	46	65,7
Bayern	150	6	4,0	25	16,7	6	4,0	12	8,0	7	4,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	93	62,0
Berlin	11	4	36,4	1	9,1	0	0,0	0	0,0	2	18,2	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	27,3
Brandenburg	18	0	0,0	6	33,3	0	0,0	7	38,9	0	0,0	0	0,0	5	27,8	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	3	75,0	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	0	0,0
Hamburg	17	0	0,0	2	11,8	3	17,6	0	0,0	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	10	58,8
Hessen	46	2	4,3	20	43,5	2	4,3	3	6,5	0	0,0	1	2,2	6	13,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	26,1
Mecklenburg- Vorpommern	14	0	0,0	9	64,3	0	0,0	0	0,0	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	4	28,6
Niedersachsen	65	3	4,6	29	44,6	1	1,5	3	4,6	1	1,5	0	0,0	13	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	23,1
Nordrhein-Westfalen	152	1	0,7	13	8,6	3	2,0	2	1,3	0	0,0	0	0,0	11	7,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	4,6	115	75,7
Rheinland-Pfalz	31	0	0,0	9	29,0	0	0,0	4	12,9	1	3,2	0	0,0	7	22,6	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	29,0
Saarland	6	0	0,0	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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
Sachsen	48	0	0,0	18	37,5	5	10,4	13	27,1	1	2,1	3	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,3	5	10,4		
Sachsen-Anhalt	26	0	0,0	5	19,2	0	0,0	2	7,7	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	42,3	0	0,0	3	11,5	3	11,5		
Schleswig-Holstein	25	3	12,0	8	32,0	8	32,0	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	0,0	0	0,0	4	16,0
Thüringen	20	0	0,0	7	35,0	2	10,0	4	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	7	35,0
Gesamt	703	19	2,7	166	23,6	34	4,8	58	8,3	13	1,8	8	1,1	53	7,5	2	0,3	0	0,0	11	1,6	0	0,0	13	1,8	326	46,4		

24 Hüftgelenknahe Femurfraktur

Anzahl Datensätze: 106.795
Anzahl Krankenhäuser: 1.096

24.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

17/1-HÜFT-FRAK	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 2115: Endoprothetische Versorgung bei Patienten über 80 Jahren mit medialer Schenkelhalsfraktur (Garden III oder IV)	33	0,2	0	0,0	21	63,6	12	36,4	0	0,0	1	8,3	0	0,0	1	8,3
QI-ID 2266: Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus	377	2,2	3	0,8	155	41,1	219	58,1	0	0,0	19	8,7	1	0,5	7	3,2
QI-ID 2277: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2	161	0,9	0	0,0	24	14,9	137	85,1	0	0,0	2	1,5	0	0,0	21	15,3
QI-ID 2278: Sterblichkeit im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung	73	0,4	0	0,0	27	37,0	46	63,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	1	2,2
QI-ID 2279: Sterblichkeit im Krankenhaus bei osteosynthetischer Versorgung	63	0,4	0	0,0	25	39,7	38	60,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 10361: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei osteosynthetischer Versorgung	60	0,3	0	0,0	31	51,7	29	48,3	0	0,0	1	3,4	0	0,0	2	6,9
QI-ID 10364: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei endoprothetischer Versorgung	17	0,1	0	0,0	8	47,1	9	52,9	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	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 50858: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	52	0,3	1	1,9	13	25,0	38	73,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6
QI-ID 50864: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	16	0,1	1	6,3	7	43,8	8	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50874: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	59	0,3	0	0,0	22	37,3	37	62,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	10,8
QI-ID 50879: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen	217	1,3	0	0,0	66	30,4	151	69,6	0	0,0	5	3,3	0	0,0	4	2,6
QI-ID 50884: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen	33	0,2	0	0,0	6	18,2	27	81,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
QI-ID 50889: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen	101	0,6	1	1,0	16	15,8	84	83,2	0	0,0	4	4,8	0	0,0	3	3,6
QI-ID 50894: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	58	0,3	0	0,0	12	20,7	46	79,3	0	0,0	2	4,3	0	0,0	0	0,0
Gesamt	1.339	7,8	6	0,4	447	33,4	886	66,2	0	0,0	35	4,0	1	0,1	46	5,2

24.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

17/1-HÜFT-FRAK	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	126	0,7	0	0,0	48	38,1	78	61,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	199	1,2	0	0,0	150	75,4	49	24,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	39	0,2	0	0,0	1	2,6	38	97,4	0	0,0	15	39,5	1	2,6	0	0,0
Brandenburg	64	0,4	0	0,0	0	0,0	64	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	9	0,1	0	0,0	0	0,0	9	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	26	0,2	0	0,0	10	38,5	16	61,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	86	0,5	0	0,0	12	14,0	74	86,0	0	0,0	2	2,7	0	0,0	3	4,1
Mecklenburg-Vorpommern	34	0,2	0	0,0	8	23,5	26	76,5	0	0,0	1	3,8	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	153	0,9	0	0,0	70	45,8	83	54,2	0	0,0	1	1,2	0	0,0	22	26,5
Nordrhein-Westfalen	288	1,7	0	0,0	52	18,1	236	81,9	0	0,0	9	3,8	0	0,0	14	5,9
Rheinland-Pfalz	81	0,5	0	0,0	40	49,4	41	50,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	18	0,1	0	0,0	0	0,0	18	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	77	0,4	0	0,0	2	2,6	75	97,4	0	0,0	7	9,3	0	0,0	7	9,3
Sachsen-Anhalt	54	0,3	6	11,1	34	63,0	14	25,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	37	0,2	0	0,0	4	10,8	33	89,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	48	0,3	0	0,0	16	33,3	32	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	1.339	7,8	6	0,4	447	33,4	886	66,2	0	0,0	35	4,0	1	0,1	46	5,2

24.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

17/1-HÜFT-FRAK	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 2115: Endoprothetische Versorgung bei Patienten über 80 Jahren mit medialer Schenkelhalsfraktur (Garden III oder IV)	33	0	0,0	7	21,2	2	6,1	1	3,0	0	0,0	0	0,0	1	3,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	63,6
QI-ID 2266: Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus	377	10	2,7	103	27,3	28	7,4	55	14,6	7	1,9	5	1,3	4	1,1	5	1,3	0	0,0	3	0,8	0	0,0	3	0,8	154	40,8		
QI-ID 2277: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2	161	1	0,6	67	41,6	50	31,1	5	3,1	0	0,0	2	1,2	11	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	24	14,9		
QI-ID 2278: Sterblichkeit im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung	73	3	4,1	42	57,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	37,0		
QI-ID 2279: Sterblichkeit im Krankenhaus bei osteosynthetischer Versorgung	63	1	1,6	36	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	1	1,6	25	39,7		
QI-ID 10361: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei osteosynthetischer Versorgung	60	1	1,7	6	10,0	15	25,0	2	3,3	0	0,0	0	0,0	3	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3	31	51,7		
QI-ID 10364: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei endoprothetischer Versorgung	17	0	0,0	1	5,9	4	23,5	0	0,0	1	5,9	0	0,0	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	8	47,1		
QI-ID 50853: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	19	0	0,0	4	21,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	73,7		

17/1-HÜFT-FRAK	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
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	52	2	3,8	26	50,0	3	5,8	2	3,8	0	0,0	0	0,0	4	7,7	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	1,9	13	25,0
QI-ID 50864: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	16	0	0,0	7	43,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3	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 Gehunfähigkeit bei Entlassung	59	5	8,5	13	22,0	7	11,9	0	0,0	1	1,7	1	1,7	10	16,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	37,3
QI-ID 50879: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen	217	8	3,7	117	53,9	7	3,2	9	4,1	2	0,9	0	0,0	2	0,9	0	0,0	5	2,3	0	0,0	0	0,0	1	0,5	66	30,4
QI-ID 50884: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen	33	0	0,0	20	60,6	1	3,0	3	9,1	0	0,0	0	0,0	2	6,1	0	0,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	18,2
QI-ID 50889: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen	101	4	4,0	59	58,4	6	5,9	6	5,9	4	4,0	0	0,0	3	3,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	2	2,0	16	15,8
QI-ID 50894: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	58	4	6,9	30	51,7	5	8,6	7	12,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	20,7
Gesamt	1.339	39	2,9	538	40,2	128	9,6	90	6,7	15	1,1	8	0,6	44	3,3	6	0,4	7	0,5	6	0,4	0	0,0	12	0,9	446	33,3

24.4 Ergebnisse pro Bundesland

17/1-HÜFT-FRAK	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	126	0	0,0	52	41,3	18	14,3	7	5,6	1	0,8	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	37,3
Bayern	199	3	1,5	16	8,0	9	4,5	9	4,5	6	3,0	0	0,0	4	2,0	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	150	75,4
Berlin	39	0	0,0	30	76,9	0	0,0	8	20,5	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	2,6
Brandenburg	64	0	0,0	48	75,0	7	10,9	3	4,7	1	1,6	1	1,6	3	4,7	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	9	1	11,1	6	66,7	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	26	0	0,0	16	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	0	0,0	10	38,5
Hessen	86	0	0,0	49	57,0	18	20,9	3	3,5	0	0,0	0	0,0	3	3,5	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	14,0
Mecklenburg- Vorpommern	34	1	2,9	20	58,8	1	2,9	4	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	0	0,0	8	23,5
Niedersachsen	153	6	3,9	54	35,3	11	7,2	5	3,3	0	0,0	0	0,0	2	1,3	0	0,0	5	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	70	45,8
Nordrhein-Westfalen	288	27	9,4	125	43,4	35	12,2	19	6,6	2	0,7	1	0,3	21	7,3	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	4	1,4	52	18,1		
Rheinland-Pfalz	81	0	0,0	29	35,8	0	0,0	2	2,5	3	3,7	0	0,0	7	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	40	49,4
Saarland	18	1	5,6	16	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	77	0	0,0	22	28,6	16	20,8	25	32,5	2	2,6	3	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	9,1	2	2,6		
Sachsen-Anhalt	54	0	0,0	9	16,7	2	3,7	0	0,0	0	0,0	2	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	11,1	0	0,0	1	1,9	34	63,0		
Schleswig-Holstein	37	0	0,0	21	56,8	9	24,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,4	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	10,8
Thüringen	48	0	0,0	25	52,1	1	2,1	5	10,4	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	33,3
Gesamt	1.339	39	2,9	538	40,2	128	9,6	90	6,7	15	1,1	8	0,6	44	3,3	6	0,4	7	0,5	6	0,4	0	0,0	12	0,9	446	33,3		

25 Hüft-Endoprothesen – Erstimplantation

Anzahl Datensätze: 152.519
Anzahl Krankenhäuser: 1.075

25.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

17/2-HÜFT-TEP	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 265: Perioperative Antibiotikaphylaxe	6	0,0	0	0,0	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 446: Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode	51	0,3	0	0,0	39	76,5	12	23,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7
QI-ID 457: Sterblichkeit im Krankenhaus	248	1,4	0	0,0	44	17,7	204	82,3	0	0,0	8	3,9	0	0,0	2	1,0
QI-ID 1082: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	200	1,2	0	0,0	75	37,5	125	62,5	0	0,0	5	4,0	0	0,0	46	36,8
QI-ID 2223: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	265	1,5	0	0,0	183	69,1	82	30,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	12,2
QI-ID 50909: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	59	0,3	0	0,0	36	61,0	23	39,0	0	0,0	2	8,7	0	0,0	2	8,7
QI-ID 50914: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	53	0,3	2	3,8	16	30,2	35	66,0	0	0,0	2	5,7	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50919: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen	78	0,5	1	1,3	21	26,9	56	71,8	0	0,0	2	3,6	0	0,0	6	10,7
QI-ID 50924: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen	25	0,1	0	0,0	9	36,0	16	64,0	0	0,0	2	12,5	0	0,0	1	6,3
QI-ID 50929: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen	48	0,3	1	2,1	18	37,5	29	60,4	0	0,0	1	3,4	0	0,0	1	3,4
QI-ID 50934: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	9	0,1	0	0,0	5	55,6	4	44,4	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	66	0,4	0	0,0	17	25,8	49	74,2	0	0,0	2	4,1	0	0,0	2	4,1
QI-ID 50944: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	22	0,1	0	0,0	7	31,8	15	68,2	0	0,0	2	13,3	0	0,0	1	6,7
Gesamt	1.130	6,6	4	0,4	473	41,9	653	57,8	0	0,0	26	4,0	0	0,0	73	11,2

25.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

17/2-HÜFT-TEP	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	134	0,8	0	0,0	103	76,9	31	23,1	0	0,0	2	6,5	0	0,0	6	19,4
Bayern	186	1,1	0	0,0	165	88,7	21	11,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	39	0,2	0	0,0	14	35,9	25	64,1	0	0,0	8	32,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	24	0,1	0	0,0	0	0,0	24	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	14	0,1	0	0,0	0	0,0	14	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	16	0,1	0	0,0	8	50,0	8	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	62	0,4	0	0,0	12	19,4	50	80,6	0	0,0	2	4,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	21	0,1	0	0,0	2	9,5	19	90,5	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	133	0,8	0	0,0	36	27,1	97	72,9	0	0,0	11	11,3	0	0,0	41	42,3
Nordrhein-Westfalen	221	1,3	0	0,0	53	24,0	168	76,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	12,5
Rheinland-Pfalz	74	0,4	0	0,0	35	47,3	39	52,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,7
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	65	0,4	0	0,0	10	15,4	55	84,6	0	0,0	2	3,6	0	0,0	2	3,6
Sachsen-Anhalt	45	0,3	4	8,9	22	48,9	19	42,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	53	0,3	0	0,0	4	7,5	49	92,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	30	0,2	0	0,0	9	30,0	21	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	1.130	6,6	4	0,4	473	41,9	653	57,8	0	0,0	26	4,0	0	0,0	73	11,2

25.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

17/2-HÜFT-TEP	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 265: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	6	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	50,0
QI-ID 446: Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode	51	0	0,0	3	5,9	1	2,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	17	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	56,9
QI-ID 457: Sterblichkeit im Krankenhaus	248	9	3,6	177	71,4	5	2,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0	5	2,0	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0	4	1,6	44	17,7		
QI-ID 1082: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	200	6	3,0	18	9,0	32	16,0	9	4,5	5	2,5	4	2,0	46	23,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,0	75	37,5		
QI-ID 2223: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	265	0	0,0	8	3,0	17	6,4	7	2,6	1	0,4	5	1,9	34	12,8	1	0,4	3	1,1	0	0,0	0	0,0	6	2,3	183	69,1		
QI-ID 50909: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	59	2	3,4	14	23,7	4	6,8	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	36	61,0		
QI-ID 50914: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	53	2	3,8	25	47,2	2	3,8	4	7,5	2	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	30,2
QI-ID 50919: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen	78	4	5,1	27	34,6	2	2,6	14	17,9	2	2,6	2	2,6	4	5,1	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,3	21	26,9		

17/2-HÜFT-TEP	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
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	25	0	0,0	11	44,0	1	4,0	2	8,0	1	4,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	36,0
QI-ID 50929: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen	48	1	2,1	15	31,3	2	4,2	4	8,3	3	6,3	0	0,0	3	6,3	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	2,1	18	37,5		
QI-ID 50934: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	9	0	0,0	1	11,1	1	11,1	0	0,0	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	5	55,6
QI-ID 50939: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	66	2	3,0	35	53,0	7	10,6	0	0,0	1	1,5	1	1,5	2	3,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	25,8
QI-ID 50944: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	22	1	4,5	4	18,2	1	4,5	4	18,2	3	13,6	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5	7	31,8		
Gesamt	1.130	27	2,4	339	30,0	75	6,6	47	4,2	18	1,6	14	1,2	116	10,3	2	0,2	7	0,6	4	0,4	0	0,0	18	1,6	463	41,0		

25.4 Ergebnisse pro Bundesland

17/2-HÜFT-TEP	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baden-Württemberg	134	0	0,0	15	11,2	2	1,5	6	4,5	4	3,0	0	0,0	12	9,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5	93	69,4
Bayern	186	2	1,1	4	2,2	4	2,2	0	0,0	6	3,2	0	0,0	4	2,2	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	165	88,7
Berlin	39	0	0,0	14	35,9	0	0,0	4	10,3	0	0,0	1	2,6	6	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	35,9
Brandenburg	24	0	0,0	12	50,0	1	4,2	2	8,3	0	0,0	0	0,0	9	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	14	0	0,0	14	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	0	0,0	7	43,8	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	0	0,0	8	50,0
Hessen	62	0	0,0	26	41,9	3	4,8	1	1,6	0	0,0	0	0,0	20	32,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	19,4
Mecklenburg- Vorpommern	21	0	0,0	12	57,1	2	9,5	1	4,8	0	0,0	0	0,0	4	19,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,5
Niedersachsen	133	15	11,3	45	33,8	13	9,8	15	11,3	0	0,0	2	1,5	5	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5	36	27,1
Nordrhein-Westfalen	221	10	4,5	89	40,3	14	6,3	8	3,6	1	0,5	0	0,0	33	14,9	1	0,5	5	2,3	0	0,0	0	0,0	7	3,2	53	24,0
Rheinland-Pfalz	74	0	0,0	24	32,4	0	0,0	2	2,7	6	8,1	0	0,0	7	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	35	47,3
Saarland	13	0	0,0	11	84,6	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	65	0	0,0	24	36,9	14	21,5	4	6,2	0	0,0	5	7,7	4	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	6,2	10	15,4
Sachsen-Anhalt	45	0	0,0	10	22,2	1	2,2	2	4,4	0	0,0	0	0,0	3	6,7	0	0,0	0	0,0	4	8,9	0	0,0	3	6,7	22	48,9
Schleswig-Holstein	53	0	0,0	18	34,0	20	37,7	0	0,0	1	1,9	6	11,3	2	3,8	0	0,0	2	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	7,5
Thüringen	30	0	0,0	14	46,7	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	6	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	30,0
Gesamt	1.130	27	2,4	339	30,0	75	6,6	47	4,2	18	1,6	14	1,2	116	10,3	2	0,2	7	0,6	4	0,4	0	0,0	18	1,6	463	41,0

26 Hüft-Endoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel

Anzahl Datensätze: 26.156
Anzahl Krankenhäuser: 1.025

26.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

17/3-HÜFT-WECH	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 268: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	118	0,7	2	1,7	59	50,0	57	48,3	0	0,0	2	3,5	0	0,0	3	5,3
QI-ID 270: Perioperative Antibiotikaphylaxe	18	0,1	0	0,0	16	88,9	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 471: Sterblichkeit im Krankenhaus	304	1,8	0	0,0	64	21,1	240	78,9	0	0,0	3	1,3	0	0,0	1	0,4
QI-ID 50954: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	85	0,5	0	0,0	62	72,9	23	27,1	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	4,3
QI-ID 50959: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	85	0,5	0	0,0	51	60,0	34	40,0	0	0,0	2	5,9	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50964: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen	65	0,4	0	0,0	30	46,2	35	53,8	0	0,0	2	5,7	0	0,0	1	2,9
QI-ID 50969: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen	55	0,3	0	0,0	29	52,7	26	47,3	0	0,0	2	7,7	0	0,0	2	7,7
QI-ID 50979: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	57	0,3	0	0,0	32	56,1	25	43,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50984: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	71	0,4	0	0,0	40	56,3	31	43,7	0	0,0	1	3,2	0	0,0	1	3,2
QI-ID 50989: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	123	0,7	0	0,0	48	39,0	75	61,0	0	0,0	4	5,3	1	1,3	3	4,0
QI-ID 51866: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen	113	0,7	0	0,0	26	23,0	87	77,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	1	1,1
Gesamt	1.094	6,3	2	0,2	457	41,8	635	58,0	0	0,0	18	2,8	1	0,2	13	2,0

26.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

17/3-HÜFT-WECH	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	139	0,8	0	0,0	117	84,2	22	15,8	0	0,0	1	4,5	0	0,0	1	4,5
Bayern	166	1,0	0	0,0	138	83,1	28	16,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	35	0,2	0	0,0	2	5,7	33	94,3	0	0,0	7	21,2	1	3,0	0	0,0
Brandenburg	29	0,2	0	0,0	0	0,0	29	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	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	79	0,5	0	0,0	13	16,5	66	83,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	17	0,1	0	0,0	2	11,8	15	88,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	128	0,7	0	0,0	50	39,1	78	60,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	226	1,3	0	0,0	72	31,9	154	68,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3
Rheinland-Pfalz	60	0,3	0	0,0	28	46,7	32	53,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	25	0,1	0	0,0	0	0,0	25	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	69	0,4	0	0,0	1	1,4	68	98,6	0	0,0	10	14,7	0	0,0	10	14,7
Sachsen-Anhalt	42	0,2	2	4,8	24	57,1	16	38,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	31	0,2	0	0,0	1	3,2	30	96,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	28	0,2	0	0,0	5	17,9	23	82,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	1.094	6,3	2	0,2	457	41,8	635	58,0	0	0,0	18	2,8	1	0,2	13	2,0

26.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

17/3-HÜFT-WECH	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 268: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	118	1	0,8	28	23,7	9	7,6	2	1,7	1	0,8	1	0,8	14	11,9	0	0,0	0	0,0	2	1,7	0	0,0	3	2,5	57	48,3
QI-ID 270: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	18	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,1	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	77,8
QI-ID 471: Sterblichkeit im Krankenhaus	304	8	2,6	213	70,1	3	1,0	3	1,0	4	1,3	4	1,3	4	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,0	62	20,4
QI-ID 50954: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	85	0	0,0	16	18,8	3	3,5	1	1,2	0	0,0	2	2,4	2	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	60	70,6
QI-ID 50959: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	85	0	0,0	29	34,1	0	0,0	2	2,4	0	0,0	0	0,0	4	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	49	57,6
QI-ID 50964: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen	65	2	3,1	25	38,5	2	3,1	3	4,6	0	0,0	1	1,5	4	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	43,1
QI-ID 50969: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen	55	0	0,0	21	38,2	0	0,0	4	7,3	0	0,0	1	1,8	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	49,1
QI-ID 50979: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	57	0	0,0	16	28,1	1	1,8	1	1,8	1	1,8	1	1,8	7	12,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	52,6

17/3-HÜFT-WECH	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
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	71	0	0,0	27	38,0	0	0,0	1	1,4	1	1,4	0	0,0	3	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	38	53,5
QI-ID 50989: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	123	3	2,4	41	33,3	6	4,9	9	7,3	8	6,5	1	0,8	8	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	46	37,4
QI-ID 51866: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen	113	1	0,9	74	65,5	3	2,7	1	0,9	0	0,0	0	0,0	8	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,8	24	21,2
Gesamt	1.094	15	1,4	491	44,9	27	2,5	27	2,5	15	1,4	11	1,0	58	5,3	0	0,0	1	0,1	2	0,2	0	0,0	12	1,1	435	39,8

26.4 Ergebnisse pro Bundesland

17/3-HÜFT-WECH	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	139	0	0,0	9	6,5	1	0,7	2	1,4	8	5,8	0	0,0	24	17,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	95	68,3
Bayern	166	0	0,0	24	14,5	4	2,4	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	138	83,1
Berlin	35	0	0,0	29	82,9	0	0,0	3	8,6	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,7
Brandenburg	29	0	0,0	17	58,6	0	0,0	2	6,9	2	6,9	0	0,0	8	27,6	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	3	75,0	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	0	0,0
Hamburg	16	0	0,0	12	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	0	0,0	4	25,0
Hessen	79	0	0,0	63	79,7	0	0,0	2	2,5	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	16,5
Mecklenburg- Vorpommern	17	0	0,0	14	82,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,8
Niedersachsen	128	4	3,1	55	43,0	5	3,9	9	7,0	0	0,0	1	0,8	4	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	50	39,1
Nordrhein-Westfalen	226	11	4,9	120	53,1	5	2,2	0	0,0	3	1,3	0	0,0	11	4,9	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	3	1,3	72	31,9		
Rheinland-Pfalz	60	0	0,0	30	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	46,7
Saarland	25	0	0,0	23	92,0	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	0	0,0	0	0,0
Sachsen	69	0	0,0	41	59,4	7	10,1	8	11,6	1	1,4	0	0,0	3	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	11,6	1	1,4		
Sachsen-Anhalt	42	0	0,0	15	35,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,8	0	0,0	1	2,4	24	57,1		
Schleswig-Holstein	31	0	0,0	15	48,4	4	12,9	1	3,2	1	3,2	9	29,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,2
Thüringen	28	0	0,0	21	75,0	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	17,9
Gesamt	1.094	15	1,4	491	44,9	27	2,5	27	2,5	15	1,4	11	1,0	58	5,3	0	0,0	1	0,1	2	0,2	0	0,0	12	1,1	435	39,8		

27 Knie-Endoprothesen – Erstimplantation

Anzahl Datensätze: 126.898

Anzahl Krankenhäuser: 1.031

27.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

17/5-KNIE-TEP	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 276: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	113	0,7	0	0,0	25	22,1	88	77,9	0	0,0	2	2,3	0	0,0	9	10,2
QI-ID 277: Perioperative Antibiotikaphylaxe	9	0,1	0	0,0	8	88,9	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 472: Sterblichkeit im Krankenhaus	108	0,6	0	0,0	31	28,7	77	71,3	0	0,0	1	1,3	1	1,3	0	0,0
QI-ID 2218: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	57	0,3	0	0,0	39	68,4	18	31,6	0	0,0	2	11,1	0	0,0	3	16,7
QI-ID 10953: Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode	120	0,7	0	0,0	78	65,0	42	35,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	7	16,7
QI-ID 51004: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	52	0,3	0	0,0	34	65,4	18	34,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	20	0,1	0	0,0	6	30,0	14	70,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51014: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Frakturen	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 51019: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen	61	0,4	0	0,0	23	37,7	38	62,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51024: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	15	0,1	0	0,0	4	26,7	11	73,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
QI-ID 51029: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	64	0,4	0	0,0	26	40,6	38	59,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51034: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	50	0,3	0	0,0	14	28,0	36	72,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,8
Gesamt	679	3,9	0	0,0	294	43,3	385	56,7	0	0,0	7	1,8	1	0,3	21	5,5

27.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

17/5-KNIE-TEP	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	85	0,5	0	0,0	71	83,5	14	16,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	14,3
Bayern	120	0,7	0	0,0	103	85,8	17	14,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	27	0,2	0	0,0	2	7,4	25	92,6	0	0,0	5	20,0	1	4,0	0	0,0
Brandenburg	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	11	0,1	0	0,0	9	81,8	2	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	35	0,2	0	0,0	3	8,6	32	91,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	7	0,0	0	0,0	4	57,1	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	98	0,6	0	0,0	24	24,5	74	75,5	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	2,7
Nordrhein-Westfalen	134	0,8	0	0,0	31	23,1	103	76,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	13,6
Rheinland-Pfalz	46	0,3	0	0,0	19	41,3	27	58,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	11,1
Saarland	5	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	34	0,2	0	0,0	2	5,9	32	94,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	24	0,1	0	0,0	15	62,5	9	37,5	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	18	0,1	0	0,0	6	33,3	12	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	679	3,9	0	0,0	294	43,3	385	56,7	0	0,0	7	1,8	1	0,3	21	5,5

27.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

17/5-KNIE-TEP	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 276: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	113	1	0,9	21	18,6	12	10,6	5	4,4	6	5,3	6	5,3	34	30,1	2	1,8	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,9	24	21,2
QI-ID 277: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	77,8
QI-ID 472: Sterblichkeit im Krankenhaus	108	0	0,0	72	66,7	2	1,9	0	0,0	2	1,9	0	0,0	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	27,8
QI-ID 2218: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	57	0	0,0	1	1,8	0	0,0	2	3,5	0	0,0	3	5,3	9	15,8	1	1,8	2	3,5	0	0,0	0	0,0	1	1,8	38	66,7
QI-ID 10953: Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode	120	1	0,8	17	14,2	1	0,8	4	3,3	2	1,7	2	1,7	22	18,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	71	59,2
QI-ID 51004: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	52	0	0,0	10	19,2	4	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	9,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	63,5
QI-ID 51009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	20	0	0,0	12	60,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	25,0
QI-ID 51014: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Frakturen	10	0	0,0	4	40,0	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	5	50,0
QI-ID 51019: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen	61	1	1,6	27	44,3	3	4,9	0	0,0	0	0,0	1	1,6	7	11,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	36,1

17/5-KNIE-TEP	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 51024: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	15	0	0,0	8	53,3	1	6,7	1	6,7	0	0,0	0	0,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	20,0
QI-ID 51029: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	64	1	1,6	31	48,4	1	1,6	0	0,0	5	7,8	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	39,1
QI-ID 51034: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	50	1	2,0	30	60,0	0	0,0	1	2,0	2	4,0	1	2,0	2	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	26,0
Gesamt	679	5	0,7	233	34,3	25	3,7	13	1,9	17	2,5	13	1,9	89	13,1	3	0,4	3	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	276	40,6

27.4 Ergebnisse pro Bundesland

17/5-KNIE-TEP	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	85	0	0,0	5	5,9	3	3,5	0	0,0	5	5,9	0	0,0	19	22,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	53	62,4
Bayern	120	1	0,8	6	5,0	3	2,5	0	0,0	3	2,5	0	0,0	3	2,5	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	103	85,8
Berlin	27	0	0,0	15	55,6	0	0,0	2	7,4	0	0,0	1	3,7	6	22,2	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,4
Brandenburg	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	0	0,0
Hamburg	11	0	0,0	0	0,0	2	18,2	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	9	81,8
Hessen	35	0	0,0	21	60,0	0	0,0	0	0,0	2	5,7	0	0,0	9	25,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,6
Mecklenburg- Vorpommern	7	0	0,0	1	14,3	1	14,3	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	0	0,0	4	57,1
Niedersachsen	98	0	0,0	50	51,0	1	1,0	4	4,1	1	1,0	0	0,0	18	18,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	24,5
Nordrhein-Westfalen	134	4	3,0	64	47,8	3	2,2	6	4,5	2	1,5	0	0,0	20	14,9	1	0,7	2	1,5	0	0,0	0	0,0	1	0,7	31	23,1		
Rheinland-Pfalz	46	0	0,0	15	32,6	0	0,0	1	2,2	3	6,5	0	0,0	8	17,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	41,3
Saarland	5	0	0,0	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
Sachsen	34	0	0,0	16	47,1	6	17,6	0	0,0	0	0,0	10	29,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,9
Sachsen-Anhalt	24	0	0,0	7	29,2	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	0	0,0	1	4,2	15	62,5
Schleswig-Holstein	29	0	0,0	14	48,3	6	20,7	0	0,0	1	3,4	2	6,9	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	17,2
Thüringen	18	0	0,0	8	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	33,3
Gesamt	679	5	0,7	233	34,3	25	3,7	13	1,9	17	2,5	13	1,9	89	13,1	3	0,4	3	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,3	276	40,6		

28 Knie-Endoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel

Anzahl Datensätze: 17.224
Anzahl Krankenhäuser: 972

28.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

17/7-KNIE-WECH	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 292: Perioperative Antibiotikaphylaxe	12	0,1	0	0,0	10	83,3	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 295: Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	77	0,4	1	1,3	38	49,4	38	49,4	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0
QI-ID 476: Sterblichkeit im Krankenhaus	67	0,4	0	0,0	13	19,4	54	80,6	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2220: Gefäßläsion / Nervenschaden	30	0,2	0	0,0	19	63,3	11	36,7	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 Gehunfähigkeit bei Entlassung	55	0,3	0	0,0	37	67,3	18	32,7	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	38	0,2	0	0,0	18	47,4	20	52,6	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	44	0,3	0	0,0	23	52,3	21	47,7	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51059: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	60	0,3	0	0,0	42	70,0	18	30,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51064: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	98	0,6	0	0,0	47	48,0	51	52,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51874: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen	36	0,2	0	0,0	11	30,6	25	69,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	517	3,0	1	0,2	258	49,9	258	49,9	0	0,0	5	1,9	0	0,0	0	0,0

28.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

17/7-KNIE-WECH	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bundesland																
Baden-Württemberg	64	0,4	0	0,0	55	85,9	9	14,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	79	0,5	0	0,0	71	89,9	8	10,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	21	0,1	0	0,0	2	9,5	19	90,5	0	0,0	5	26,3	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	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	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	35	0,2	0	0,0	11	31,4	24	68,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	5	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	65	0,4	0	0,0	23	35,4	42	64,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	92	0,5	0	0,0	48	52,2	44	47,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rheinland-Pfalz	33	0,2	0	0,0	23	69,7	10	30,3	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	37	0,2	0	0,0	0	0,0	37	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	25	0,1	1	4,0	13	52,0	11	44,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	10	0,1	0	0,0	0	0,0	10	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	19	0,1	0	0,0	9	47,4	10	52,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	517	3,0	1	0,2	258	49,9	258	49,9	0	0,0	5	1,9	0	0,0	0	0,0

28.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

17/7-KNIE-WECH	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 292: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	12	0	0,0	1	8,3	1	8,3	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	10	83,3
QI-ID 295: Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	77	1	1,3	16	20,8	11	14,3	2	2,6	0	0,0	0	0,0	6	7,8	0	0,0	1	1,3	1	1,3	0	0,0	1	1,3	38	49,4
QI-ID 476: Sterblichkeit im Krankenhaus	67	1	1,5	52	77,6	1	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	13	19,4
QI-ID 2220: Gefäßläsion/ Nervenschaden	30	0	0,0	10	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	63,3
QI-ID 51044: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	55	0	0,0	14	25,5	1	1,8	0	0,0	1	1,8	0	0,0	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	67,3
QI-ID 51049: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Frakturen	38	1	2,6	18	47,4	0	0,0	0	0,0	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	47,4
QI-ID 51054: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	44	0	0,0	18	40,9	0	0,0	1	2,3	1	2,3	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	52,3
QI-ID 51059: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	60	1	1,7	11	18,3	3	5,0	1	1,7	1	1,7	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	42	70,0
QI-ID 51064: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	98	0	0,0	37	37,8	1	1,0	4	4,1	5	5,1	0	0,0	3	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	47	48,0

17/7-KNIE-WECH	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
QI-ID 51874: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen	36	0	0,0	18	50,0	3	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	30,6
Gesamt	517	4	0,8	195	37,7	21	4,1	8	1,5	9	1,7	1	0,2	17	3,3	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2	0,4	258	49,9		

28.4 Ergebnisse pro Bundesland

17/7-KNIE-WECH	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	64	0	0,0	5	7,8	1	1,6	1	1,6	2	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	55	85,9
Bayern	79	1	1,3	5	6,3	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	71	89,9
Berlin	21	0	0,0	13	61,9	0	0,0	4	19,0	0	0,0	0	0,0	2	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,5
Brandenburg	12	0	0,0	12	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
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	0	0,0
Hamburg	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	0	0,0	3	37,5
Hessen	35	0	0,0	17	48,6	0	0,0	0	0,0	3	8,6	0	0,0	4	11,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	31,4
Mecklenburg- Vorpommern	5	0	0,0	4	80,0	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	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	65	0	0,0	33	50,8	3	4,6	0	0,0	1	1,5	0	0,0	4	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	23	35,4		
Nordrhein-Westfalen	92	2	2,2	29	31,5	3	3,3	2	2,2	1	1,1	0	0,0	6	6,5	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	48	52,2
Rheinland-Pfalz	33	0	0,0	9	27,3	0	0,0	0	0,0	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	0,0	23	69,7
Saarland	11	0	0,0	10	90,9	0	0,0	1	9,1	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	37	1	2,7	26	70,3	9	24,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	25	0	0,0	10	40,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	52,0
Schleswig-Holstein	10	0	0,0	9	90,0	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	19	0	0,0	7	36,8	3	15,8	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	47,4
Gesamt	517	4	0,8	195	37,7	21	4,1	8	1,5	9	1,7	1	0,2	17	3,3	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2	0,4	258	49,9		

29 Pflege: Dekubitusprophylaxe

Anzahl Datensätze: 262.252
Anzahl Krankenhäuser: 1.511

29.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

DEK	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualitätsindikator																
QI-ID 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad 1)	102	0,6	0	0,0	13	12,7	89	87,3	0	0,0	4	4,5	0	0,0	10	11,2
QI-ID 52010: Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 4	693	4,0	0	0,0	176	25,4	517	74,6	0	0,0	4	0,8	0	0,0	18	3,5
Gesamt	795	4,6	0	0,0	189	23,8	606	76,2	0	0,0	8	1,3	0	0,0	28	4,6

29.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

DEK	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	68	73,1	25	26,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bayern	94	0,5	0	0,0	81	86,2	13	13,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	33	0,2	0	0,0	0	0,0	33	100	0	0,0	4	12,1	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	24	0,1	0	0,0	0	0,0	24	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	6	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	16	0,1	0	0,0	0	0,0	16	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	59	0,3	0	0,0	36	61,0	23	39,0	0	0,0	4	17,4	0	0,0	4	17,4
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	86	0,5	0	0,0	0	0,0	86	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2
Nordrhein-Westfalen	196	1,1	0	0,0	0	0,0	196	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	11,7
Rheinland-Pfalz	40	0,2	0	0,0	0	0,0	40	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	14	0,1	0	0,0	0	0,0	14	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	52	0,3	0	0,0	0	0,0	52	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	22	0,1	0	0,0	4	18,2	18	81,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	20	0,1	0	0,0	0	0,0	20	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	24	0,1	0	0,0	0	0,0	24	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	795	4,6	0	0,0	189	23,8	606	76,2	0	0,0	8	1,3	0	0,0	28	4,6

29.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

DEK	Rechnerische Aufälligkeit	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	%
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad 1)	102	4	3,9	7	6,9	4	3,9	27	26,5	11	10,8	3	2,9	33	32,4	3	2,9	2	2,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	6	5,9
QI-ID 52010: Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 4	693	26	3,8	185	26,7	92	13,3	34	4,9	6	0,9	7	1,0	158	22,8	8	1,2	3	0,4	0	0,0	1	0,1	4	0,6	169	24,4
Gesamt	795	30	3,8	192	24,2	96	12,1	61	7,7	17	2,1	10	1,3	191	24,0	11	1,4	5	0,6	0	0,0	1	0,1	6	0,8	175	22,0

29.4 Ergebnisse pro Bundesland

DEK	Rechnerische Aufälligkeit	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	%		
Bundesland	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baden-Württemberg	93	0	0,0	3	3,2	7	7,5	2	2,2	2	2,2	0	0,0	18	19,4	4	4,3	3	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	58,1
Bayern	94	0	0,0	4	4,3	1	1,1	0	0,0	1	1,1	0	0,0	6	6,4	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	81	86,2
Berlin	33	2	6,1	16	48,5	0	0,0	5	15,2	0	0,0	0	0,0	9	27,3	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	24	4	16,7	7	29,2	3	12,5	1	4,2	0	0,0	1	4,2	8	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	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	0	0,0
Hamburg	16	0	0,0	13	81,3	1	6,3	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
Hessen	59	1	1,7	1	1,7	0	0,0	4	6,8	7	11,9	0	0,0	8	13,6	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,7	0	0,0	36	61,0		
Mecklenburg- Vorpommern	16	0	0,0	6	37,5	0	0,0	3	18,8	0	0,0	0	0,0	7	43,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	86	8	9,3	29	33,7	25	29,1	12	14,0	3	3,5	0	0,0	8	9,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	196	6	3,1	52	26,5	18	9,2	15	7,7	0	0,0	2	1,0	98	50,0	3	1,5	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Rheinland-Pfalz	40	2	5,0	6	15,0	0	0,0	2	5,0	4	10,0	0	0,0	25	62,5	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	14	0	0,0	13	92,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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
Sachsen	52	0	0,0	23	44,2	17	32,7	7	13,5	0	0,0	3	5,8	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	22	0	0,0	9	40,9	9	40,9	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	4	18,2
Schleswig-Holstein	20	7	35,0	0	0,0	7	35,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	24	0	0,0	4	16,7	8	33,3	10	41,7	0	0,0	0	0,0	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	795	30	3,8	192	24,2	96	12,1	61	7,7	17	2,1	10	1,3	191	24,0	11	1,4	5	0,6	0	0,0	1	0,1	6	0,8	175	22,0		

30 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 werden. 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 und valide dokumentiert wurden. 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. Die Bewertung im Strukturierten Dialog bezieht sich auf die erbrachte Qualität im überprüften Jahr und wird dem Stellungnehmenden mitgeteilt.

(2) Eine 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 Verbesserungsbedarf 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 folgenden 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.

(3) Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen (§ 140f Abs. 1 und 2) erhalten in dem verantwortlichen Gremium nach Absatz 1 ein Mitberatungsrecht. Hinsichtlich ihrer Rechte und Pflichten gegenüber dem verantwortlichen Gremium gelten § 140f Abs. 1, 2, 5 und 6 SGB V entsprechend.

§ 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 übersendet. Die Spezifikation für die Übersendung 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 bundeseinheitlich 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.



Abschlussbericht gemäß §15 Abs. 2 QSKH-Richtlinie

Bericht zur Datenvalidierung 2014

Erfassungsjahr 2013

Stand: 26. Juni 2015

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Bericht zur Datenvalidierung 2014 – Erfassungsjahr 2013

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

jährlich

Datum der Abgabe:

13. Mai 2015

Redaktionelle Überarbeitung am 26. Juni 2015

Signatur:

15-SQG-015

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

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Zusammenfassung.....	8
1 Einleitung	13
2 Methodik.....	14
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	14
2.1.1 Durchführung.....	15
2.1.2 Bewertung	15
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	17
3 Umfassende Datenvalidierung	19
3.1 Karotis-Revaskularisation (10/2).....	19
3.1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	19
3.1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	21
3.1.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität	25
3.2 Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/7)	26
3.2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	26
3.2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	29
3.2.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität	32
3.3 Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	34
3.3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog	34
3.3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	34
3.3.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität	36
4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)	37
4.1 Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	37
4.2 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4).....	38
4.3 Cholezystektomie (12/1).....	40
4.4 Gynäkologische Operationen (15/1)	41
4.5 Geburtshilfe (16/1)	42
4.6 Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1).....	43
4.7 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)	44
4.8 Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/3)	45
4.9 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)	46
4.10 Mammachirurgie (18/1).....	47

4.11	Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH).....	48
4.12	Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell chirurgisch (HCH-AORT-CHIR)	49
4.13	Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (HCH-AORT-KATH)	50
4.14	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH-KOMB).....	51
5	Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit	52
5.1	Indirekte Verfahren	52
5.1.1	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	52
5.1.2	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	54
5.1.3	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz	56
5.1.4	Erkenntnisse zur Vollzähligkeit	58
5.2	Direkte Verfahren	58
5.2.1	Herzchirurgie	58
5.2.2	Transplantationen und Lebendspenden.....	59
6	Erkenntnisse aus dem Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren	62
7	Schlussfolgerung und Ausblick	65
	Glossar.....	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: 10/2 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität	9
Tabelle 2: 17/7 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität	10
Tabelle 3: LUTX – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität	10
Tabelle 4: Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung	11
Tabelle 5: Bewertung der Ergebnisse.....	16
Tabelle 6: Kategorisierung der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität	17
Tabelle 7: Kategorisierung der Sensitivität und der Spezifität zur Bewertung der Datenvalidität.....	18
Tabelle 8: 10/2 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung.....	20
Tabelle 9: 10/2 – Umfang der Stichprobenprüfung	22
Tabelle 10: 10/2 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung	23
Tabelle 11: 17/7 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung.....	27
Tabelle 12: 17/7 – Umfang der Stichprobenprüfung	29
Tabelle 13: 17/7 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung	30
Tabelle 14: LUTX – Umfang der Stichprobenprüfung.....	34
Tabelle 15: LUTX – Ergebnisse der Stichprobenprüfung	34
Tabelle 16: 09/1 – Ergebnisse	38
Tabelle 17: 09/4 – Ergebnisse	39
Tabelle 18: 12/1 – Ergebnisse	41
Tabelle 19: 15/1 – Ergebnisse	42
Tabelle 20: 16/1 – Ergebnisse	43
Tabelle 21: 17/1 – Ergebnisse	43
Tabelle 22: 17/2 – Ergebnisse	44
Tabelle 23: 17/3 – Ergebnisse	45
Tabelle 24: 17/5 – Ergebnisse	46
Tabelle 25: 18/1 – Ergebnisse	47
Tabelle 26: HCH-KCH – Ergebnisse	48
Tabelle 27: HCH-AORT-CHIR – Ergebnisse	49
Tabelle 28: HCH-AORT-KATH – Ergebnisse	50
Tabelle 29: HCH-KOMB – Ergebnisse	51
Tabelle 30: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation – Ergebnisse	53
Tabelle 31: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation – Ergebnisse	55
Tabelle 32: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz – Ergebnisse	57
Tabelle 33: Herzchirurgie: Gesamtübersicht Strukturierter Dialog zur Vollzähligkeitsprüfung	58
Tabelle 34: Transplantationen und Lebendspenden	60
Tabelle 35: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt)	62
Tabelle 36: Auswertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 10/2 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht	8
Abbildung 2: 17/7 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht	9
Abbildung 3: Verstetigte Auffälligkeitskriterien – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht.....	11
Abbildung 4: Verfahren der Datenvalidierung.....	14
Abbildung 5: 10/2 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht	24
Abbildung 6: 17/7 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht	31
Abbildung 7: LUTX – Bewertung der Datenfelder – Übersicht.....	35
Abbildung 8: AK Unterdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten	52
Abbildung 9: AK Überdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten	54

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AK	Auffälligkeitskriterium
AK-ID	Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums
AKL	Aortenklappen
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ASA	American Society of Anesthesiologists
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KH	Krankenhaus
KIS	Krankenhausinformationssystem
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
LVEF	linksventrikuläre Ejektionsfraktion
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Minimaldatensatz
O/E	Observed to Expected Ratio
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	Perkutane Koronarintervention
Qesü-RL	Richtlinie (des G BA) 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
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
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
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der umfassenden Datenvalidierung 2014 zum Erfassungsjahr 2013 aus den Leistungsbereichen *Karotis-Revaskularisation (10/2)*, *Knie-Endoprothesenwechsel und-komponentenwechsel (17/7)* und *Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)* dargestellt. Zudem erfolgt (seit dem Erfassungsjahr 2010) neben einer Überprüfung weiterer Leistungsbereiche hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit auch eine Prüfung der Vollzähligkeit.

Insgesamt wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 145 Auffälligkeitskriterien überprüft. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden für die Datenvalidierung 1.868 rechnerische Auffälligkeiten analysiert und bewertet.

Für die Stichprobenprüfung wurden mittels Zufallsstichprobe für den direkten Leistungsbereich *Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)* 4 Krankenhäuser mit 63 Fällen gezogen. Bei den indirekten Leistungsbereichen wurden die Daten zu 90 Krankenhäusern mit 1.462 Fällen zur Prüfung an die LQS übermittelt. Nach Abschluss des Stichprobenverfahrens wurden die Daten von 89 Krankenhäusern und 1.445 Fällen an das AQUA-Institut zurückgesendet.

Karotis-Revaskularisation (10/2)

Im Leistungsbereich *Karotis-Revaskularisation (10/2)* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 5 Auffälligkeitskriterien überprüft. Bei 60 rechnerischen Auffälligkeiten wurde in 85,0 % der Fälle ($n = 51$) eine Stellungnahme angefordert. Bei 49,0 % der angefragten Krankenhäuser wurden Dokumentationsfehler festgestellt (vgl. Abbildung 1).

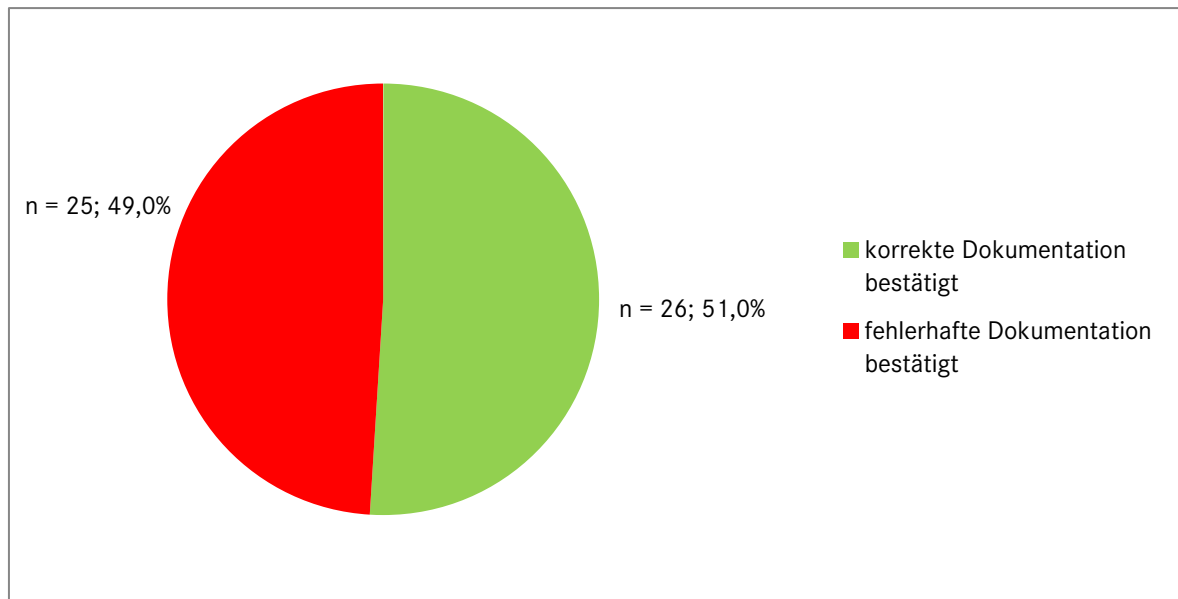


Abbildung 1: 10/2 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 40 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 5 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden mussten (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: 10/2 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes
8	asymptomatische Karotisläsion rechts
12	asymptomatische Karotisläsion links
103	Neuaufgetretenes neurologisches Defizit
111	lokale Komplikationen
118	allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)

Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/7)

Im Leistungsbereich *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/7)* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung ebenfalls 5 Auffälligkeitskriterien überprüft. Bei 198 rechnerischen Auffälligkeiten wurde in 80,3 % der Fälle (n = 159) eine Stellungnahme angefordert. Bei 54,7 % der angefragten Krankenhäuser wurden Dokumentationsfehler festgestellt (vgl. Abbildung 2).

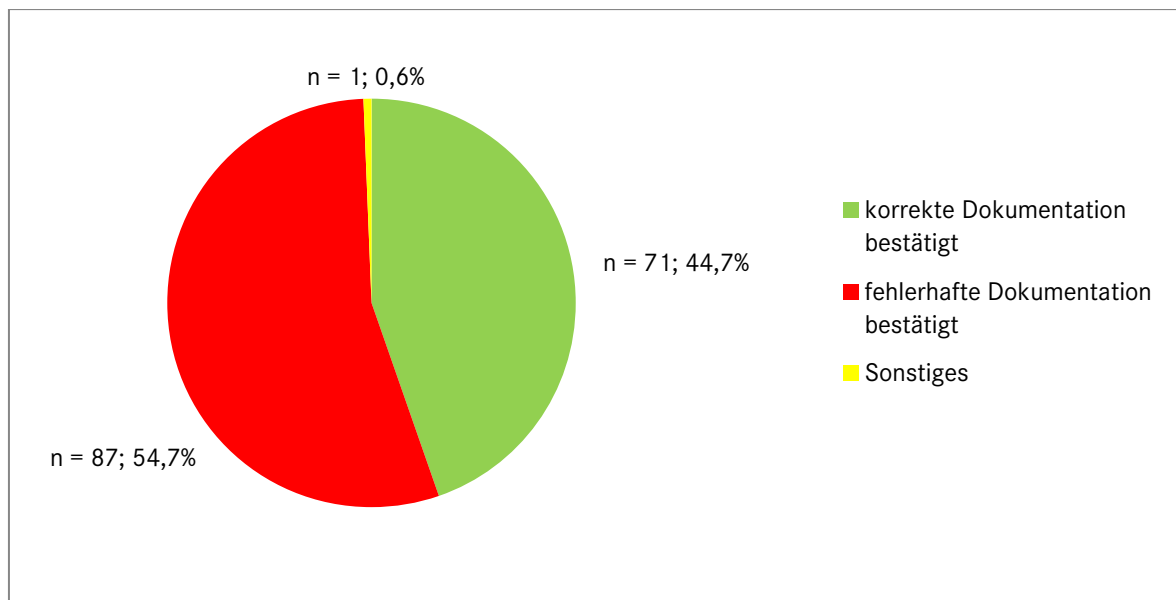


Abbildung 2: 17/7 – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 34 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 8 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden mussten (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: 17/7 – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes
15	Entzündungszeichen im Labor
17	Erregernachweis
36	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)
45	postoperative Wundinfektion
47	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich
48	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)
54	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich
55	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?

Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)

Im Leistungsbereich *Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung keine neuen Auffälligkeitskriterien überprüft.

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 17 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass 5 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden mussten (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: LUTX – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes
13	Dringlichkeit
15	thorakale Voroperation
28	Beatmungsdauer
37	Gesamtischämiezeit
46	FEV1

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Bezogen auf die Überprüfung der Datensätze hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit konnten bei den indirekten Verfahren insgesamt 673 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. Es wurden 79,5 % der Krankenhäuser (n = 535) mit der Bitte um Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme angeschrieben. Der Strukturierte Dialog hat ergeben, dass 46,5 % (n = 249) der rechnerischen Auffälligkeiten durch eine fehlerhafte Dokumentation bedingt sind. Bei den direkten Verfahren wurden 36 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Es wurden alle Krankenhäuser mit der Bitte um Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme angeschrieben. In 41,7 % der Stellungnahmen (n = 15) wurden die rechnerischen Auffälligkeiten mit fehlerhaften Dokumentationen begründet.

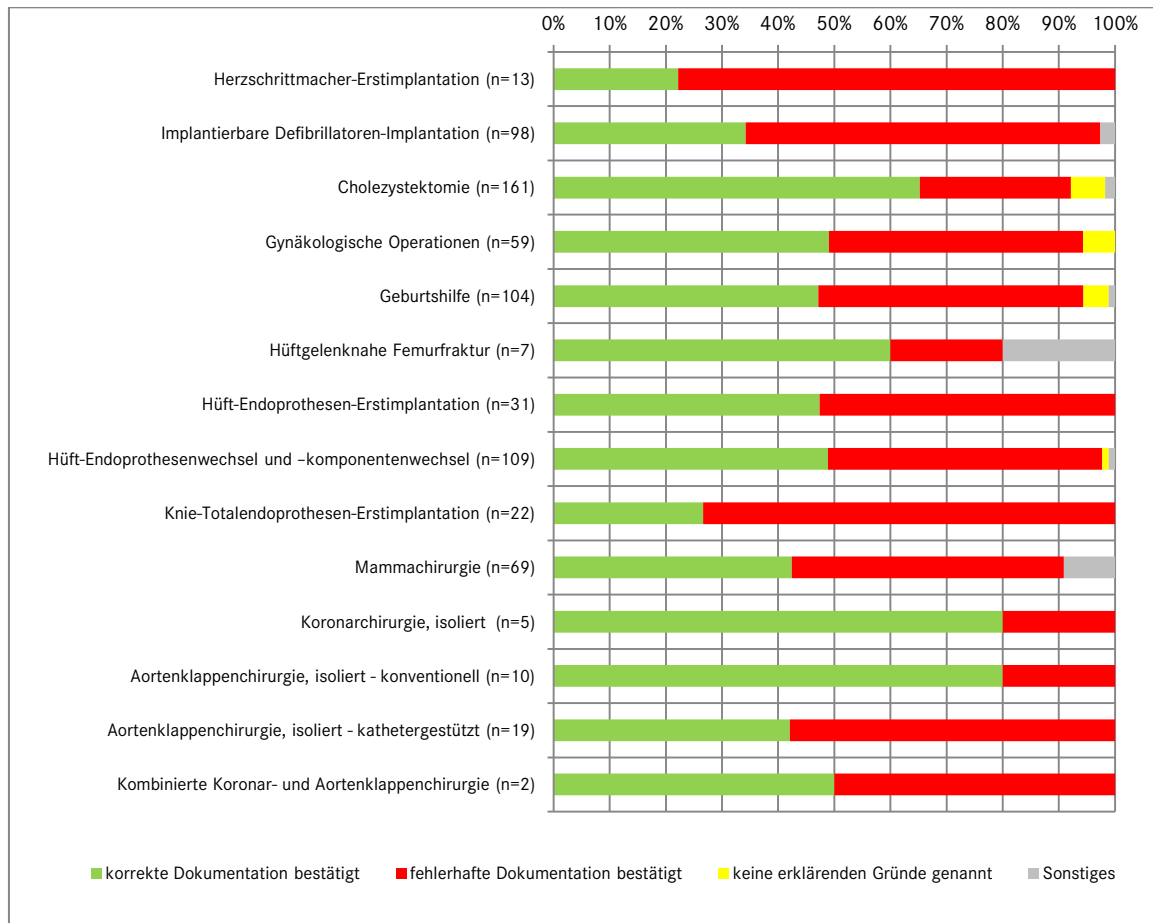


Abbildung 3: Verstetigte Auffälligkeitskriterien – Ergebnis Statistische Basisprüfung – Übersicht

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bei der Anwendung der Vollzähligkeitsprüfung auf den Bundesdatenpool 2013 zeigen sich insgesamt 838 rechnerische Auffälligkeiten bezogen auf die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation und zum Minimaldatensatz. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich beim Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation wieder ein deutlicher Rückgang.

Tabelle 4: Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung

Auffälligkeitskriterien	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012	
	Rechnerisch auffällige KH	Angeforderte Stellungnahmen	Rechnerisch auffällige KH	Angeforderte Stellungnahmen
Unterdokumentation	544	330	746	576
Überdokumentation	199	118	198	133
Minimaldatensatz	95	55	70	66

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 36 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Außerdem wurden bei der Überprüfung der häufigen Angabe eines unbekanntem Follow-up-Status noch 7 weitere rechnerische Auffälligkeiten analysiert. Auch hier zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr ein deutlicher Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten.

Bericht zum Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren

Für den Strukturierten Dialog des Erfassungsjahres 2013 wurden nach Auswertung der Datensätze für 17.233 Indikatorergebnisse Abweichungen festgestellt. Zu den ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten wurden insgesamt 9.975 (57,9 %) Stellungnahmen angefordert und 7.131 (41,4 %) Hinweise versendet. Nach Überprüfung der von den Krankenhäusern eingereichten Stellungnahmen wurden letztlich 10,2 % der Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ bewertet. Als „qualitativ unauffällig“ wurden 38,1 % der Ergebnisse eingestuft und bei rechnerischen Auffälligkeiten, die wegen fehlerhafter Dokumentation nicht zu bewerten waren, betrug der Anteil 8,7 %. Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2012) nahm der Anteil damit um 1,7 % ab. Dennoch waren auch in diesem Jahr eine Vielzahl der rechnerischen Auffälligkeiten auf mangel- bzw. fehlerhafte Dokumentationen zurückzuführen.

Die gesamten Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren sind in einem separaten Bericht aufgearbeitet. Der *Bericht zum Strukturierten Dialog 2014 – Erfassungsjahr 2013* ist über www.sgg.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 stellte sich heraus, dass in allen untersuchten Leistungsbereichen eine hohe Varianz der Datenvalidität vorliegt.

Für die Datenvalidierung 2015 zum Erfassungsjahr 2014 wurden vom G-BA ein indirektes sowie zwei direkte Verfahren ausgewählt. Eine umfassende Datenvalidierung wird in den Leistungsbereichen *Herzschritmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)*, *Nierentransplantation (NTX)* und *Leberlebendspende (LLS)* durchgeführt werden.

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 2013 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 2014 wurden die Daten aus dem Erfassungsjahr 2013 der Leistungsbereiche *Karotis-Revaskularisation*, *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* und *Lungen- und Herz-Lungen-transplantation* 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 beschrieben, 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.

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.

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.

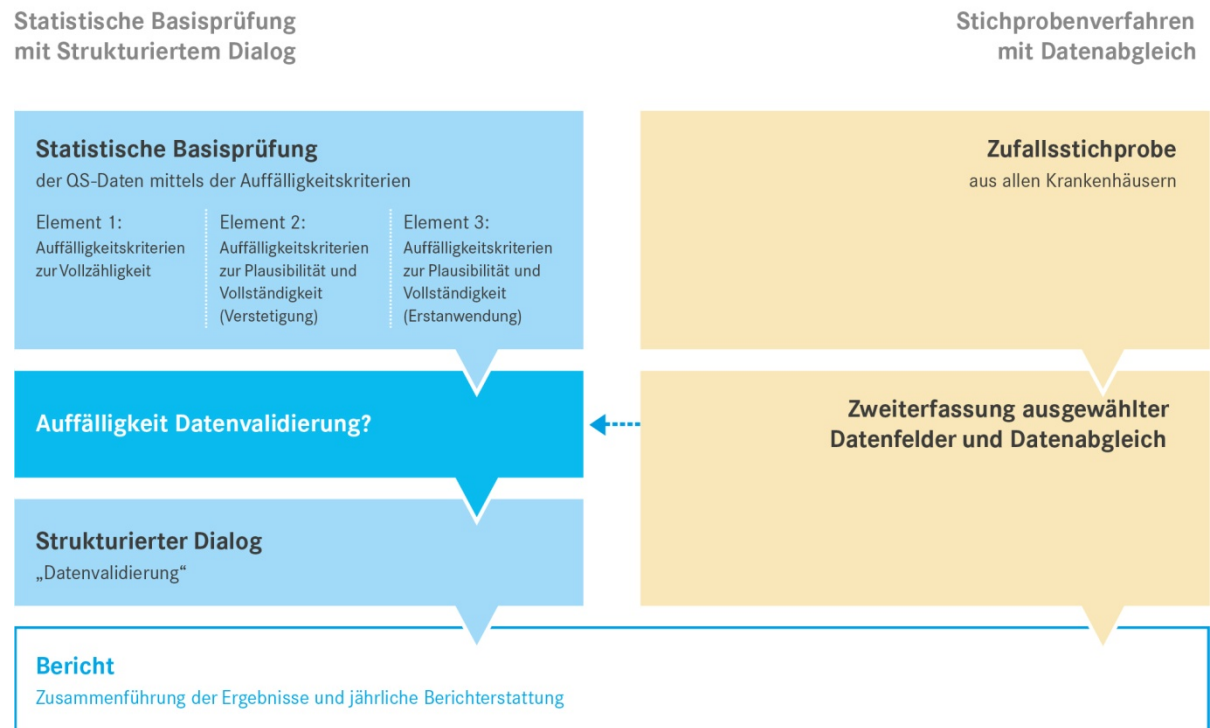


Abbildung 4: Verfahren der Datenvalidierung

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Das Ziel der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ist die Identifikation von fehlerhaften, unvollständigen und unvollständigen Dokumentationen in den QS-Daten. Dazu erfolgt eine statistische Analyse nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien, welche sich in drei Elemente unterteilen lassen:

Element 1: Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit werden seit dem Erfassungsjahr 2011 in allen Leistungsbereichen angewandt. Im Zuge dessen werden die Datensätze, die ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich geliefert hat (Ist-Bestand), den Angaben der Sollstatistik (Soll-Bestand) gegenübergestellt. Auf Grundlage dieses Soll-Ist-Abgleichs werden pro Leistungsbereich jeweils ein Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation (Anteil Ist/Soll < 95 % pro Leistungsbereich) und ein Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Anteil Ist/Soll > 110 % pro Leistungsbereich) berechnet. Zur Prüfung des Anteils an Minimaldatensätzen an den zu dokumentierenden Fällen wird zusätzlich in allen Leistungsbereichen, ein Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (AK MDS) eingesetzt; ausgenommen hiervon sind der Leistungsbereich *Neonatalogie* sowie die orthopädischen, unfallchirurgischen und transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche. Da sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden Follow-up-Daten erhoben werden, wurden für diese Leistungsbereiche weitere Auffälligkeitskriterien eingeführt, die die Dokumentationsrate sowie die Angabe eines unbekanntenen Überlebensstatus untersuchen.

Element 2: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

Ausgewählte Auffälligkeitskriterien, die sich im Jahr ihrer Erstanwendung bewährt haben, kommen seit dem Erfassungsjahr 2010 im Rahmen der Statistischen Basisprüfung kontinuierlich auch in den Folgejahren zur Anwendung. So ist eine Weiterverfolgung von rechnerischen Auffälligkeiten, welche auf eine fehlerhafte Dokumentation hinweisen, über das Jahr der Erstanwendung hinweg möglich.

Element 3: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Erstanwendung)

Neben den Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit und den verstetigten Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der Vorjahre wird jedes Jahr auch ein umfassendes Set neuer Auffälligkeitskriterien entwickelt, welches 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. Für diese Häuser 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 folgende Tabelle (vgl. Tabelle 5) beinhaltet die Bewertungskategorien, die im Rahmen der Datenvalidierung zulässig sind.

Für die Auswertung der Ergebnisse in diesem Bericht wurden die einzelnen Bewertungsmöglichkeiten den beiden Kategorien „Korrekte Dokumentation bestätigt“ und „Fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ zugeordnet. 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 S91 oder S99 erhalten haben.

Tabelle 5: Bewertung der Ergebnisse

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	30	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		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)
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		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)

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 5 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 aufgeführt. 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.

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 6 dargelegte Kategorisierung bzw. Bewertung der Datenvalidität angewendet:

Tabelle 6: 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 7 dargestellte Kategorisierung zur Bewertung der Datenvalidität gewählt:

Tabelle 7: Kategorisierung der Sensitivität und der Spezifität zur Bewertung der Datenvalidität

Kategorisierung der Sensitivität und Spezifität	Bewertung der Datenvalidität
Sensitivität und Spezifität $\geq 90\%$	hervorragende Datenvalidität
Sensitivität oder Spezifität $\geq 80\%$ 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.

3 Umfassende Datenvalidierung

3.1 Karotis-Revaskularisation (10/2)

3.1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im Leistungsbereich *Karotis-Revaskularisation* erfolgte in mehreren Stufen. Zunächst wurde ein erster Vorschlag für die Auffälligkeitskriterien im Rahmen einer Kleingruppe (Team aus Mitgliedern 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 5 Kriterien als relevant erachtet, die dem Unterausschuss für Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem verabschiedet wurden. Diese lauten wie folgt:

- AK-ID 850331: Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten
- AK-ID 850332: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten
- AK-ID 850333: Häufige Angabe von schweren neurologischen Defiziten bei Aufnahme bei asymptomatischen Patienten
- AK-ID 850334: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)
- AK-ID 850335: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (kathetergestützt)

Die Anwendung der Auffälligkeitskriterien auf den Bundesdatenpool 2013 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 8 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.

Tabelle 8: 10/2 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

	850331	850332	850333	850334	850335
Referenzbereiche	= 0 (Anzahl Zähler)	≤ 4,6 % (95. Perzentil)	≤ 2,1 % (95. Perzentil)	≤ 7,3 % (95. Perzentil)	≤ 9,5 % (95. Perzentil)
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	22	5	21	10
Maßnahmen					
Hinweise	1	3	2	2	1
Stellungnahmen	1	19	3	19	9
Ergebnisse					
Korrekte Dokumentation	0	7	2	11	6
Fehlerhafte Dokumentation	1	12	1	8	3
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	0	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 8:

- AK-ID 850331: Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten
- AK-ID 850332: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten
- AK-ID 850333: Häufige Angabe von schweren neurologischen Defiziten bei Aufnahme bei asymptomatischen Patienten
- AK-ID 850334: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)
- AK-ID 850335: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (kathetergestützt)

AK-ID 850331: Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten

Bei diesem Auffälligkeitskriterium wurden 2 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Ein Krankenhaus wurde auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. Das andere Krankenhaus wurde zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. In diesem Fall wurde eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2013 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850332: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten

Insgesamt 22 Krankenhäuser wurden bei diesem Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällig. Von 19 Krankenhäusern wurde eine Stellungnahme angefordert, in den übrigen 3 Fällen erhielt das betreffende Krankenhaus einen Hinweis.

Bei 12 Krankenhäusern wurden Dokumentationsfehler festgestellt. In 7 Krankenhäusern wurde die korrekte Dokumentation bestätigt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 63,2 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850333: Häufige Angabe von schweren neurologischen Defiziten bei Aufnahme bei asymptomatischen Patienten

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 5 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt, von denen 2 auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen wurden. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei einem Krankenhaus lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 33,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850334: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 21 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 11 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den übrigen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 42,1 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850335: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (kathetergestützt)

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 10 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 9 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Ein Krankenhaus wurde auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen.

In 6 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei 3 Krankenhäusern lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 33,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

3.1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Die Auswahl der Datenfelder, für die im Leistungsbereich *Karotis-Revaskularisation* eine Zweiterfassung durchgeführt werden sollte, erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung und den Bundesfachgruppenbetreuern. Insgesamt wurden 40 der 129 Datenfelder ausgewählt. Die Ziehung der Zufallsstichprobe der zu untersuchenden Krankenhäuser und Patientenakten für das Erfassungsjahr 2013 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 2013 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 37 Krankenhäuser ausgewählt, für die bundesweit 696 Fallakten durch die Mitarbeiter der LQS überprüft wurden. Tabelle 9 stellt die Anzahl der Krankenhäuser und Fallakten je Bundesland dar, welche dem Stichprobenverfahren unterzogen wurden.

Tabelle 9: 10/2 – Umfang der Stichprobenprüfung

Bundesland	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fallakten
Baden-Württemberg	4	61
Bayern	5	100
Berlin	1	11
Brandenburg	2	40
Bremen	1	20
Hamburg	1	20
Hessen	2	27
Mecklenburg-Vorpommern	1	20
Niedersachsen	3	57
Nordrhein-Westfalen	8	160
Rheinland-Pfalz	2	40
Saarland	1	20
Sachsen-Anhalt	2	40
Sachsen	2	40
Schleswig-Holstein	1	20
Thüringen	1	20
Gesamt	37	696

Für ein Krankenhaus wurden im Rahmen der Zufallsstichprobenziehung 2 Fälle ausgewählt, die sich während des Vor-Ort-Abgleichs als Vorgänge zum gleichen Patienten herausstellten. Die zuständige LQS ordnete die zweiterhobenen Daten dem Vorgang zu, in dem der Patient operiert wurde. Für den zweiten Vorgang gab sie durchgehend „aus Patientenakte nicht ersichtlich“ an. Dies führt dazu, dass in den Auswertungen, bei denen in der Grundgesamtheit alle Patienten einbezogen werden, immer mindestens ein Fall zu finden ist, für den die Angabe „aus Patientenakte nicht ersichtlich“ erfolgt ist.

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 10 ist das Ergebnis dieser Bewertung dargestellt. Im Anhang zu diesem Bericht sind weitere detaillierte Ergebnisse für die einzelnen Datenfelder einzusehen.

Im Rahmen der Auswertung wurden die sonstigen Karotisläsionen der rechten und linken Seite (Datenfelder 35–38 und 41–44) zusammengefasst. Gleiches gilt für die Komplikationen (Datenfelder 112–117 und 119–124).

Tabelle 10: 10/2 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung¹

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes	Datenvalidität
8	asymptomatische Karotisläsion rechts	Verbesserungsbedürftig
11	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	Hervorragend
12	asymptomatische Karotisläsion links	Verbesserungsbedürftig
15	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	Gut
16	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)	Gut
32	Stenosegrad rechts (nach NASCET)	Gut
33	Stenosegrad links (nach NASCET)	Gut
34	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite	Gut
35–38	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite (gesamt)	Hervorragend
40	sonstige Karotisläsionen der linken Seite	Gut
41–44	sonstige Karotisläsionen der linken Seite (gesamt)	Hervorragend
50	Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)	Gut
53	therapierte Seite	Hervorragend
56	Art des Eingriffs	Hervorragend
73	Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem	Hervorragend
76	Art der Intervention	Hervorragend
83	intraprozedurale Lyse/Thrombektomie	Gut
88	TEA	Hervorragend
97	Abklemmdauer	Gut
103	Neuaufgetretenes neurologisches Defizit	Verbesserungsbedürftig
104	Schweregrad des neurologischen Defizits	Gut
111	lokale Komplikationen	Verbesserungsbedürftig
112–117	lokale Komplikationen (gesamt)	Hervorragend
118	allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)	Verbesserungsbedürftig
119–124	allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en) (gesamt)	Hervorragend
127	Entlassungsgrund (Tod)	Hervorragend

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.

¹ Die Nummerierung der Datenfelder entspricht den Vorgaben in der Spezifikation 2013.

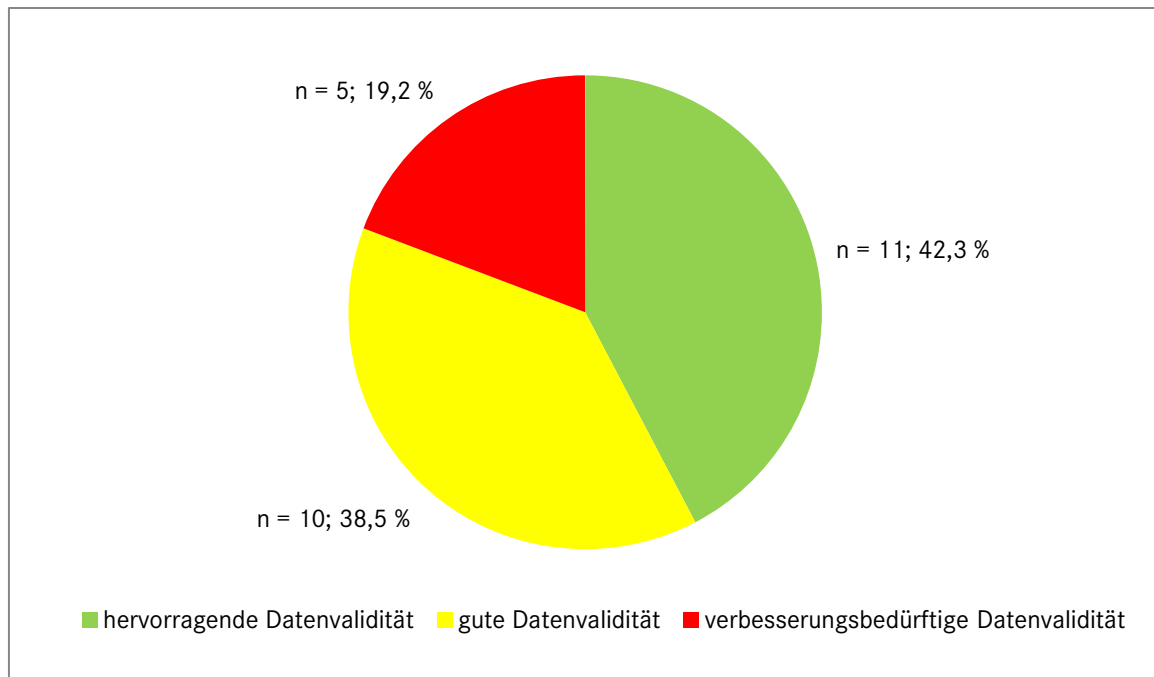


Abbildung 5: 10/2 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht

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 8 „asymptomatische Karotisläsion rechts“ und Datenfeld 12 „asymptomatische Karotisläsion links“

Die Abweichungen bei diesen Datenfeldern sind im Wesentlichen auf Unsicherheiten seitens des dokumentierenden Personals beim Ausfüllen der entsprechenden Datenfelder zurückzuführen.

Seitens der Beteiligten wurde der Wunsch nach einer Anpassung dieser Datenfelder geäußert. Demnach wird es für sinnvoll erachtet, anstelle der Datenfelder „asymptomatische Karotisläsion rechts“ und „asymptomatische Karotisläsion links“ zunächst zu erfragen, ob eine Karotisläsion rechts bzw. links vorliege. Im Anschluss könne dann abgefragt werden, ob es sich um eine asymptotische oder symptomatische Karotisläsion handele.

Ferner wurde während der Zweiterfassung darauf hingewiesen, dass die Beurteilung, ob eine asymptotische oder symptomatische Karotisläsion vorliegt, in einigen Fällen nicht eindeutig sei.

Weitere Unstimmigkeiten wurden dadurch verursacht, dass die Datenfelder teilweise auch bei nicht vorhandenen Läsionen angekreuzt wurden. Um dies zukünftig zu vermeiden, wurde seitens der LQS noch einmal vermehrt auf die dazugehörigen Ausfüllhinweise verwiesen.

Datenfeld 103 „Neuaufgetretenes neurologisches Defizit“

Datenfeld 111 „lokale Komplikationen“

Datenfeld 118 „allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)“

Die Datenvalidität dieser Felder wurde aufgrund der Kennzahlen Sensitivität und Spezifität abschließend jeweils mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet. Die Sensitivität nimmt im Rahmen der Auswertung im Hinblick auf die Übereinstimmungsrate Werte von 62,5 % (n = 10/16) (Datenfeld 103), 65,5 % (n = 19/29) (Datenfeld 111) und 66,7 % (n = 16/24) (Datenfeld 118) an. Da die Abweichungen jeweils aus Einzelfällen in verschiedenen visitierten Krankenhäusern resultieren, kann bei keinem dieser Datenfelder ein 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.

Die Datenfelder 8 „asymptomatische Karotisläsion rechts“ und 12 „asymptomatische Karotisläsion links“ werden zur Berechnung einer Vielzahl von Indikatoren verwendet. Der überwiegende Teil dieser weist jedoch keinen Referenzbereich auf, sodass die Ergebnisse der Datenvalidierung keinen Einfluss auf die mögliche Auslösung eines Strukturierten Dialoges zu diesen Indikatoren haben.

Indikatoren, welche jedoch einen Referenzbereich aufweisen und mittels der genannten Datenfelder berechnet werden, sind die QI 11704 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch“ und QI 11724 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch“. Dabei wird das Vorliegen einer simultanen Aortokoronaren Bypassoperation bei asymptotischen Karotisstenosen als Risikofaktor gewertet und bei der Berechnung der erwarteten Rate dieser Ereignisse berücksichtigt. Die vermehrte Angabe von asymptotischen Karotisläsionen in der QS-Dokumentation kann hier dazu führen, dass die erwartete Rate für das Eintreten bestimmter Ereignisse für das jeweilige Krankenhaus als zu hoch berechnet werden könnte. Da die erwartete Rate der tatsächlichen Rate bei der Indikatorberechnung gegenübergestellt wird, könnte eine Einrichtung dadurch seltener rechnerisch auffällig werden.

Die Dokumentation dieser beiden Datenfelder wirkt sich zudem indirekt auf die Berechnung der QI 51873 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt“ und QI 51865 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt“ aus. Hier werden jedoch nicht die Datenfelder 8 und 11 zur Berechnung des Indikators herangezogen, sondern die diesen Feldern nachgeordneten. Diese können jedoch nur ausgefüllt werden, wenn in den vorgelagerten Datenfeldern „0 = nein“ dokumentiert wurde. In welchem Umfang die Ergebnisse dieser Indikatoren auf Grund der Unstimmigkeiten bei der Dokumentation der Felder 8 und 11 beeinflusst werden, kann nicht eindeutig festgestellt werden.

Des Weiteren werden diese Datenfelder zur Berechnung der Indikationsindikatoren herangezogen. Dabei ist für die Zuordnung zu den Indikationsgruppen relevant, ob eine asymptomatische oder eine symptomatische Karotisläsion vorliegt. Je nach Angabe werden die Fälle in der Grundgesamtheit des Indikators „Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose“ oder des Indikators „Indikation bei symptomatischer Karotisstenose“ gezählt. Die abweichenden Angaben zwischen der QS-Dokumentation und der Patientenakte zeigen auf, dass einigen Fällen im Zuge der Berechnung der Qualitätsindikatoren eine andere Indikationsgruppe zugeordnet wurde, als sie laut Patientenakte gehabt hätten.

Das Datenfeld 103 „Neuaufgetretenes neurologisches Defizit“, dessen Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ eingestuft wurde, wird zur Berechnung einiger Indikatoren verwendet (QI 605/51445 „Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch/kathetergestützt“, QI 606/51448 „Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – offen-chirurgisch/ kathetergestützt“, QI 51859/51860 „Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch/kathetergestützt“, Indikatorengruppe: „Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod – offen-chirurgisch/kathetergestützt“ (QI 51175, QI 11704, QI 51457, QI 51873)). Dabei ist für die Berechnung dieser lediglich relevant, ob ein periprozeduraler Schlaganfall vorlag oder nicht. Auf Grundlage u. a. dieser Angabe erfolgt jeweils die Berechnung des Zählers der Indikatoren. Anhand der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich ist ersichtlich, dass die Ausprägung „Periprozeduraler Schlaganfall“ in der QS-Dokumentation seltener dokumentiert wurde als in der Patientenakte. Für die Berechnung der Indikatoren bedeutet dies, dass die Fallzahl im Zähler tatsächlich größer wäre, als sie aktuell ist.

Des Weiteren wird das Datenfeld 103 „Neuaufgetretenes neurologisches Defizit“ indirekt auch zur Berechnung der Indikatorengruppe „Schwere Schlaganfälle oder Tod – offen-chirurgisch/ kathetergestützt“ (QI 51176, QI

11724, QI 51478, QI 51865) herangezogen. Für die Zählerberechnung wird dabei das Datenfeld 104 „Schweregrad des neurologischen Defizits“ verwendet. Dieses muss jedoch nur ausgefüllt werden, wenn bei dem vorgeschalteten Feld „Neuaufgetretenes neurologisches Defizit“ „2 = Periprozeduraler Schlaganfall“ dokumentiert wurde. Da, gemäß den Auswertungen, das Vorliegen von periprozeduralen Schlaganfällen in der QS-Dokumentation seltener dokumentiert wurde als in der Patientenakte, erfolgte auch seltener eine Angabe im Datenfeld 104 als notwendig gewesen wäre. Dadurch können die Ergebnisse der genannten Indikatorengruppen negativ beeinflusst werden.

Weitere Datenfelder, bei denen die Datenvalidität ebenfalls mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurden, sind 111 „lokale Komplikationen“ und 118 „allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)“. Da diese Datenfelder jedoch nicht für die Berechnung der Qualitätsindikatoren herangezogen werden, hat das Datenvalidierungsergebnis auch keinen Einfluss auf diese.

3.2 Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/7)

3.2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im Leistungsbereich *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* erfolgte in mehreren Stufen. Zunächst wurde ein erster Vorschlag für die Auffälligkeitskriterien im Rahmen einer gesonderten Projektgruppe (Team aus einem Mitglied der Bundesfachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie sowie den Bundesfachgruppenbetreuern und Biometrikern des AQUA-Instituts sowie Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung) erarbeitet. Anschließend wurden die entwickelten Auffälligkeitskriterien als Grundlage genommen, um gemeinsam mit allen Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung einen Vorschlag für die finale Auswahl der Auffälligkeitskriterien zu erarbeiten. Am Ende des Auswahlprozesses wurden insgesamt 5 Kriterien für relevant erachtet, die dem Unterausschuss für Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem verabschiedet wurden. Diese lauten wie folgt:

- AK-ID 850326: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen
- AK-ID 850327: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
- AK-ID 850328: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen
- AK-ID 850329: ASA 5 bei elektiven Eingriffen
- AK-ID 850330: Häufige Angabe von „sonstige“ bei chirurgischen Komplikationen

Die Anwendung der Auffälligkeitskriterien auf den Bundesdatenpool 2013 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 11 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.

Tabelle 11: 17/7 – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

	850326	850327	850328	850329	850330
Referenzbereiche	≤ 17,8 % (95. Perzentil)	< 100,0 %	< 75,0 %	= 0 (Anzahl Zähler)	≤ 7,8 % (95. Perzentil)
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	26	104	30	10	28
Maßnahmen					
Hinweise	1	37	1	0	0
Stellungnahmen	25	67	29	10	28
Ergebnisse					
Korrekte Dokumentation	9	35	7	6	14
Fehlerhafte Dokumentation	16	32	21	4	14
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt	0	0	0	0	0
Sonstiges	0	0	1	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 11:

- AK-ID 850326: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen
- AK-ID 850327: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
- AK-ID 850328: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen
- AK-ID 850329: ASA 5 bei elektiven Eingriffen
- AK-ID 850330: Häufige Angabe von „sonstige“ bei chirurgischen Komplikationen

AK-ID 850326: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 26 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Ein Krankenhaus erhielt einen Hinweis. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Beispielweise wurden bei Vorliegen eines zweizeitigen Wechsels nicht die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes dokumentiert, obwohl dies in den Ausfüllhinweisen vorgegeben ist. Mit 3 Krankenhäusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Bei 4 Krankenhäusern wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf Dokumentationsfehler schließen ließ, wurden diese Krankenhäuser hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 64,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Außerdem soll die Berechnung des Nenners modifiziert werden. Zukünftig sollen alle Fälle mit zweizeitigem Wechsel aus der Berechnung ausgeschlossen werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist diesen Empfehlungen gefolgt.

AK-ID 850327: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 104 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Bei 37 Häusern wurden Hinweise zur internen Aufarbeitung übermittelt. In den anderen 67 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Mit einem Krankenhaus wurde außerdem eine Besprechung durchgeführt.

In 35 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 32 Krankenhäusern wurden bei den rechnerisch auffälligen Fällen auch Dokumentationsfehler festgestellt.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 47,8 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850328: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 30 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Ein Krankenhaus erhielt einen Hinweis zur internen Aufarbeitung. In allen anderen Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 7 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei 21 Häusern lagen jeweils Dokumentationsfehler vor. Mit 2 von diesen Krankenhäusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen. Ein Krankenhaus erhielt die Bewertung S99, da die kodierte Diagnose aus der Gruppe T81 der Aufnahmegrund war und keine Komplikation.

Bei 2 Krankenhäusern wurde die Bewertung U99 vergeben. 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 72,4 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850329: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 10 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In allen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 6 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 4 Krankenhäusern wurden Dokumentationsfehler festgestellt.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 40,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen. Außerdem wird das Auffälligkeitskriterium umbenannt in „Angabe von ASA 5“.

AK-ID 850330: Häufige Angabe von „sonstige“ bei chirurgischen Komplikationen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 28 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In allen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 14 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei den anderen 14 Krankenhäusern wurden Dokumentationsfehler festgestellt.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf 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 2014 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 *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* eine Zweiterfassung durchgeführt werden sollte, erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung. Insgesamt wurden 34 der 60 Datenfelder ausgewählt. Die Ziehung der Zufallsstichprobe der zu untersuchenden Krankenhäuser und Patientenakten für das Erfassungsjahr 2013 erfolgte ebenfalls durch das AQUA-Institut. Dazu wurden auch hier pro Bundesland zunächst 5 % der Krankenhäuser, die zu diesem Leistungsbereich QS-Daten für das Erfassungsjahr 2013 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 766 Fallakten von den Mitarbeitern der LQS überprüft werden sollten. Tabelle 12 stellt die Anzahl der berechneten Krankenhäuser 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 12: 17/7 - Umfang der Stichprobenprüfung

Bundesland	berechnete Anzahl Krankenhäusern	Anzahl überprüfte Krankenhäuser	berechnete Anzahl Fallakten	Anzahl überprüfte Fallakten
Baden-Württemberg	6	6	97	97
Bayern	8	8	89	89
Berlin	2	2	22	22
Brandenburg	1	1	20	20
Bremen	1	1	16	16
Hamburg	1	1	2	2
Hessen	4	4	74	74
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	10	10
Niedersachsen	5	5	65	65
Nordrhein-Westfalen	11	11	161	161
Rheinland-Pfalz	3	2	43	26
Saarland	1	1	20	20
Sachsen-Anhalt	2	2	34	34
Sachsen	3	3	45	45
Schleswig-Holstein	2	2	40	40
Thüringen	2	2	28	28
Gesamt	53	52	766	749

Insgesamt wurden lediglich die Daten zu 749 Fällen aus 52 Krankenhäusern nach Abschluss des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich an das AQUA-Institut gesandt. Die Abweichungen wurden durch die LQS Rheinland-Pfalz verursacht. Diese visitierte lediglich zwei der drei zu prüfenden Einrichtungen. Als Grund wurden die geänderten Regelungen in der QSKH-Richtlinie 2015 genannt. Darüber hinaus wurde in den zwei visitierten Krankenhäusern der Datenabgleich vorzeitig beendet. Die zuständige LQS gab diesbezüglich an, dass das Datenvalidierungsverfahren nach stundenlangen Sichten von Behandlungsunterlagen aufgrund anderweitiger Termine der Mitarbeiter des Krankenhauses, die teilweise schon durch Vertreter abgelöst wurden, abgebrochen werden musste. Zudem wurde rückgemeldet, dass der erhebliche Aufwand für einen erneuten Termin als nicht gerechtfertigt angesehen wurde, da kein wesentlicher weiterer Erkenntnisgewinn zu erwarten war.

Ergebnis der Stichprobenprüfung

Die Bewertung der Datenvalidität erfolgte anhand eines definierten Schemas, welches in Abschnitt 2.2 zu finden ist. In Tabelle 13 ist das Ergebnis dieser Bewertung dargestellt. Im Anhang zu diesem Bericht sind die detaillierten Ergebnisse für die einzelnen Datenfelder aufgeführt.

Im Rahmen der Auswertung wurden die Komplikationen (Datenfelder 37–44, 49–53) zusammengefasst.

Tabelle 13: 17/7 – Ergebnisse der Stichprobenprüfung²

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes	Datenvalidität
13	Zweizeitiger Wechsel	Hervorragend
15	Entzündungszeichen im Labor	Verbesserungsbedürftig
17	Erregernachweis	Verbesserungsbedürftig
18	Implantatwanderung/-versagen	Gut
19	Lockerung Femur-Komponente	Gut
20	Lockerung Tibia-Komponente	Gut
21	Lockerung Patella-Komponente	Gut
22	Substanzverlust Femur	Gut
23	Substanzverlust Tibia	Gut
24	Verschleiß der Gleitfläche	Gut
25	periprotetische Fraktur	Gut
26	Prothesen(sub)luxation	Gut
29	Einstufung nach ASA-Klassifikation	Gut
30	Wundkontaminationsklassifikation	Hervorragend
36	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)	Verbesserungsbedürftig
37–44	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) (gesamt)	Hervorragend
45	postoperative Wundinfektion	Verbesserungsbedürftig
47	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich	Verbesserungsbedürftig
48	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	Verbesserungsbedürftig
49–53	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) (gesamt)	Hervorragend
54	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich	Verbesserungsbedürftig
55	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?	Verbesserungsbedürftig
60	Entlassungsgrund (Tod)	Hervorragend

² Die Nummerierung der Datenfelder entspricht den Vorgaben in der Spezifikation 2013.

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.

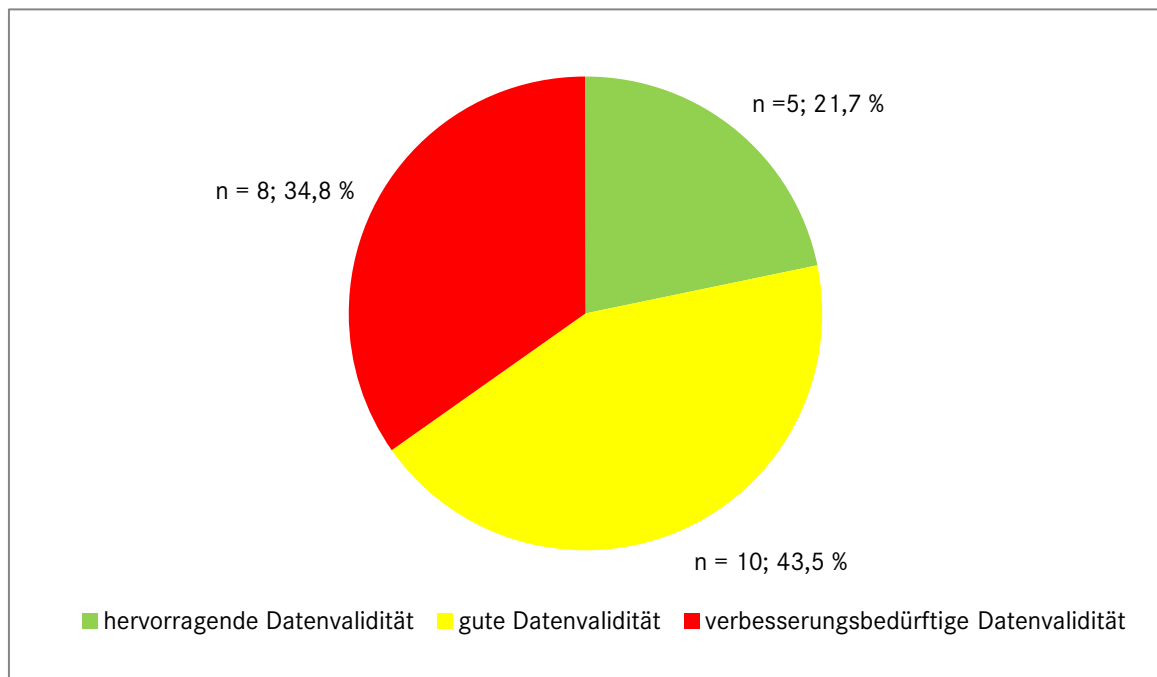


Abbildung 6: 17/7 – Bewertung der Datenfelder – Übersicht

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 15 „Entzündungszeichen im Labor“ und Datenfeld 17 „Erregernachweis“

Die Abweichungen bei diesen Datenfeldern sind vorwiegend auf Verständnisprobleme bei der Dokumentation von zweizeitigen Wechseln zurückzuführen. Gemäß den Ausfüllhinweisen sollten bei diesen Datenfeldern die Nachweise des Ersteingriffes bzw. der Explantation dokumentiert werden. Die Erkenntnisse aus dem Stichprobenverfahren zeigen jedoch, dass oftmals offenbar die Nachweise des Wiedereinbaus herangezogen wurden. Des Weiteren kam es bei dem Datenfeld 17 „Erregernachweis“ zu Verwechslungen mit dem grundsätzlich intraoperativ durchgeführten lokalen Abstrich. Entsprechend dem Ausfüllhinweis bezieht sich dieses Datenfeld jedoch auf einen Nachweis im Gelenk 14 Tage vor der Operation.

Datenfeld 36 „behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)“

Datenfeld 48 „allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)“

Überwiegend ergibt sich die geringe Übereinstimmungsrate dieser beiden Datenfelder aus einzelnen Abweichungen in unterschiedlichen Einrichtungen. In einem Haus konnte jedoch eine Häufung dieser festgestellt werden. In der entsprechenden Einrichtung waren die Komplikationen zwar in der Patientenakte vermerkt, jedoch nicht im QS-Bogen dokumentiert. Ein auswertendes Gespräch mit Fachvertretern des Krankenhauses erfolgte bereits durch die zuständige LQS.

Datenfeld 45 „postoperative Wundinfektion“

Datenfeld 47 „Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich“

Datenfeld 54 „selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich“

Datenfeld 55 „War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig“

Im Rahmen des Datenabgleichs musste die Datenvalidität dieser Felder jeweils abschließend mit „verbesserungsbedürftig“ eingestuft werden. Da die Abweichungen bei allen Datenfeldern aus Einzelfällen in verschiede-

nen visitierten Krankenhäusern resultieren, kann bei keinem dieser Felder ein systematisches Dokumentationsproblem erkannt werden.

3.2.3 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.

Zwei Datenfelder, bei denen es vermehrt zu Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und der Patientenakte kam, sind die Felder 15 „Entzündungszeichen im Labor“ und 17 „Erregernachweis“. Diese werden zur Berechnung einer Vielzahl von Indikatoren, mitunter des Indikationsindikators, herangezogen. Eine Indikation zum Knie-Endoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel ist dabei u.a. gegeben, wenn Entzündungszeichen im Labor und ein positiver Erregernachweis bei einem Patienten vorliegen. Während bei dem Datenfeld „Erregernachweis“, gemäß den Auswertungen, keine Verschiebung der Abweichungen in eine bestimmte Richtung zu erkennen ist, so ist ersichtlich, dass das Vorliegen von Entzündungszeichen in der QS-Dokumentation seltener dokumentiert wurde als in der Patientenakte. Diese verminderte Angabe von Entzündungszeichen in der QS-Dokumentation könnte für das Krankenhaus die Nicht-Erfüllung der Indikationskriterien bedeuten und somit zu einer rechnerischen Auffälligkeit bei diesem Indikator führen.

Darüber hinaus werden diese Datenfelder für die Nennerberechnung des QI 51874 „Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen“ verwendet. Dabei werden Fälle einbezogen, bei denen u.a. keine Entzündungszeichen im Labor und ein negativer Erregernachweis dokumentiert wurden. Da es sich hierbei um einen Sentinel-Event-Indikator handelt, führt jeder Fall im Zähler zur rechnerischen Auffälligkeit eines Krankenhauses. Es besteht also die Möglichkeit, dass Abweichungen bei der Dokumentation zu einer veränderten Anzahl an rechnerisch auffälligen Einrichtungen beitragen.

Auch für die Berechnung aller risikoadjustierten Indikatoren werden diese Datenfelder herangezogen. Dabei wird das Auftreten von Entzündungszeichen oder eines positiven Erregernachweises als Risikofaktor für das Eintreten bestimmter Ereignisse gewertet und bei der Berechnung der erwarteten Rate dieser Ereignisse berücksichtigt. Die verminderte Angabe von Entzündungszeichen in der QS-Dokumentation kann hier dazu führen, dass die erwartete Rate für das Eintreten bestimmter Ereignisse für das jeweilige Krankenhaus als zu gering berechnet werden könnte. Da die erwartete Rate der tatsächlichen Rate bei der Indikatorberechnung gegenübergestellt wird, könnte eine Einrichtung dadurch eher rechnerisch auffällig werden.

Ein weiteres Datenfeld, dessen Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ eingestuft wurde, ist das Feld 36 „behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)“. Das Datenfeld selbst wird jedoch nicht in die Berechnung von Qualitätsindikatoren herangezogen. Allerdings werden einige, dem Datenfeld nachgelagerte Felder zur Indikatorenberechnung verwendet. Diese können jedoch nur dokumentiert werden, wenn bei dem Datenfeld 36 das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen intra-/postoperativen chirurgischen Komplikation(en) angegeben wurde. Wie die Ergebnisse dieser Indikatoren durch die Unstimmigkeiten bei der Dokumentation des Feldes 36 beeinflusst werden, kann nicht eindeutig festgestellt werden.

Für die Berechnung des QI 51874 „Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen“ wird das Datenfeld 45 „postoperative Wundinfektion“ genutzt, dessen Validität ebenfalls mit „verbesserungsbedürftig“ eingestuft werden musste. Dabei werden in den Zähler alle Operationen bei Patienten eingeschlossen, bei denen das Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion dokumentiert wurde. Da es sich um einen Sentinel-Event-Indikator handelt, kann auch hier jede abweichende Dokumentation zur rechnerischen Auffälligkeit eines Krankenhauses führen.

Ein Datenfeld, welches sowohl von dem Feld 36 „behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)“ als auch von dem Datenfeld 45 „postoperative Wundinfektion“ abhängig ist, ist das Feld 47 „Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich“. Dieses kann nur ausgefüllt werden, wenn in einem der beiden genannten Felder „1 = ja“ angegeben wurde. Die Datenvalidität dieser beiden Felder wirkt sich also indirekt auch auf die Berechnung aller QI aus, die mittels des Feldes 47 berechnet werden. Dies betrifft die QI

475 „Reoperation aufgrund von Komplikation“ und QI 5 1064 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen“.

Die Ergebnisse der Auswertungen im Rahmen der Stichprobenprüfung haben jedoch auch für das Datenfeld 47 selbst eine verbesserungsbedürftige Datenvalidität ergeben. Es wurde ermittelt, dass die Angabe „Reoperation aufgrund von Komplikation(en)“ häufiger in der QS-Dokumentation erfolgt ist als in der Patientenakte. Für die Berechnung des QI 475 bedeutet dies, dass durch die vermehrte Dokumentation in der QS-Dokumentation mehr Operationen in die Zählerberechnung einbezogen werden, als es laut Patientenakten wären. Da der Indikator jedoch keinen Referenzbereich aufweist, führt dies nicht zu einer veränderten Anzahl an rechnerisch auffälligen Einrichtungen. Bei dem QI 5 1064 wird anhand von Risikofaktoren vorhergesagt, wie hoch die erwartete Rate an Reoperationen aufgrund von Komplikationen ist. Dem gegenübergestellt wird dann die Rate an tatsächlich beobachteten Ereignissen. Kommt es also in der QS-Dokumentation zu einer vermehrten Angabe an Reoperationen aufgrund von Komplikationen, so steigt der O/E-Wert der Einrichtung an, was zu einer rechnerischen Auffälligkeit in diesem Indikator führen kann.

Das Datenfeld 48 „allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)“ wird, ebenso wie das Datenfeld 36, nicht direkt für die Berechnung von Indikatoren verwendet. Lediglich die diesem Datenfeld nachgestellten Felder werden zur Berechnung der Indikatoren aus der Gruppe „Allgemeine postoperative Komplikation“ herangezogen. Analog zum Sachverhalt beim Datenfeld 36, können diese jedoch nur dokumentiert werden, wenn bei dem Datenfeld 48 „1 = ja“ angegeben wurde. Wie die Ergebnisse dieser Indikatoren durch die Abweichungen bei der Dokumentation des Feldes 48 beeinflusst werden, kann auch hier nicht eindeutig beurteilt werden.

Für die Berechnung der QI 2291 „Gehunfähigkeit bei Entlassung“ und QI 5 1044 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung“ werden u.a. die Felder 54 „selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich“ und 55 „War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?“ einbezogen. In den Zähler des QI 2291 fallen dabei alle Patienten, die vor der Operation selbstständig gehfähig sind, jedoch nicht bei Entlassung. Das Datenfeld 55 muss allerdings nur dokumentiert werden, wenn im Feld 54 angegeben wurde, dass bei Entlassung des Patienten kein selbstständiges Gehen möglich war. Eine abweichende Dokumentation im Datenfeld 54 beeinflusst somit auch die Dokumentation des nachgelagerten Feldes. Insgesamt können die Abweichungen bei der Dokumentation somit zu einer Änderung der Fallzahl im Zähler führen. Da der Indikator jedoch keinen Referenzbereich aufweist, führt dies nicht zu einer veränderten Anzahl rechnerisch auffälliger Einrichtungen.

Bei dem QI 5 1044 wird anhand von Risikofaktoren vorhergesagt, wie hoch die erwartete Rate an Patienten ist, die bei der Entlassung nicht selbstständig gehfähig sind, dies aber vor der Operation waren. Dem gegenübergestellt wird dann die Rate an tatsächlich beobachteten Ereignissen. Unstimmigkeiten bei der Dokumentation können also sowohl zu einer gesteigerten als auch zu einer verminderten Wahrscheinlichkeit für eine rechnerische Auffälligkeit einer Einrichtung führen.

3.3 Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)

3.3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung neuer Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im Leistungsbereich *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* 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 vorhandenen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in ihrer bestehenden Form weiterzuführen, da sich diese im Strukturierten Dialog bewährt haben. Eine detaillierte Auswertung dieser Auffälligkeitskriterien erfolgt in Abschnitt 5.2.2 und im Anhang zu diesem Bericht.

3.3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wurden insgesamt 17 Datenfelder aus dem Erfassungsbogen des Leistungsbereichs *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* ausgewählt. Da es sich bei diesem Leistungsbe- reich um ein direktes Verfahren handelt, sind dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich pro Leistungsbe- reich mindestens 5 % der Krankenhäuser in den ausgewählten Leistungsbereichen zu unterziehen. Hierbei sind mindestens je Leistungsbereich 4 Krankenhäuser und mindestens 40 Fälle, bezogen auf die von allen Kranken- häusern in dem ausgewählten Leistungsbereich dokumentierten Fälle, in das Stichprobenverfahren einzubezie- hen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhäuser wurden, ebenfalls durch ein Zufallsverfahren, bis zu 20 Fälle pro Krankenhaus bestimmt, bei denen eine Lungen- oder Herz-Lungentransplantation stattgefunden hat. Für diese wurde – unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – anhand der Patienten- akte eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder durch die Mitarbeiter des AQUA-Instituts durchgeführt.

Insgesamt wurde in 4 Krankenhäusern eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder anhand der Patien- tenakte durchgeführt. Dabei wurden in 2 Krankenhäusern je 20 Patientenakten geprüft. Da in den anderen 2 Krankenhäusern im Erfassungsjahr 2013 insgesamt nur 10 bzw. 13 Lungen- oder Herz-Lungentransplan- tationen durchgeführt wurden, konnten hier auch nur diese Fälle für die Zweiterfassung verwendet werden. Der Einbezug von Reservefällen war nur in einem Fall erforderlich (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: LUTX – Umfang der Stichprobenprüfung

Erfassungsjahr	Anzahl Krankenhäusern	Anzahl Fallakten
2013	4	63

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 defi- nierten Bewertungsschemas, welches in Abschnitt 2.2 zu finden ist, beurteilt. In Tabelle 15 sind die Ergebnisse der Bewertung einzusehen. Detailliertere Auswertungen zu den einzelnen Datenfeldern sind dem Anhang die- ses Berichts zu entnehmen.

Tabelle 15: LUTX – Ergebnisse der Stichprobenprüfung³

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes	Datenvalidität
10	Grunderkrankung	hervorragend
11	Blutgruppe	hervorragend
13	Dringlichkeit	verbesserungsbedürftig
14	LAS (Lung Allocation Score)	gut

³ Die Nummerierung der Datenfelder entspricht den Vorgaben in der Spezifikation 2013.

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes	Datenvalidität
15	thorakale Voroperation	verbesserungsbedürftig
16	Beatmung präoperativ	gut
25	SpenderID	hervorragend
26	Spenderalter	hervorragend
27	Blutgruppe	hervorragend
28	Beatmungsdauer	verbesserungsbedürftig
29	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme	gut
35	Transplantationsart	hervorragend
36	Simultane Operation	hervorragend
37	Gesamtschämiezeit	verbesserungsbedürftig
45	Patient bei Entlassung tracheotomiert	gut
46	FEV1	verbesserungsbedürftig
49	Entlassungsgrund (Tod)	hervorragend

In Abbildung 7 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 5 Datenfeldern auch Probleme in der Dokumentation, sodass die Datenvalidität dieser mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden musste.

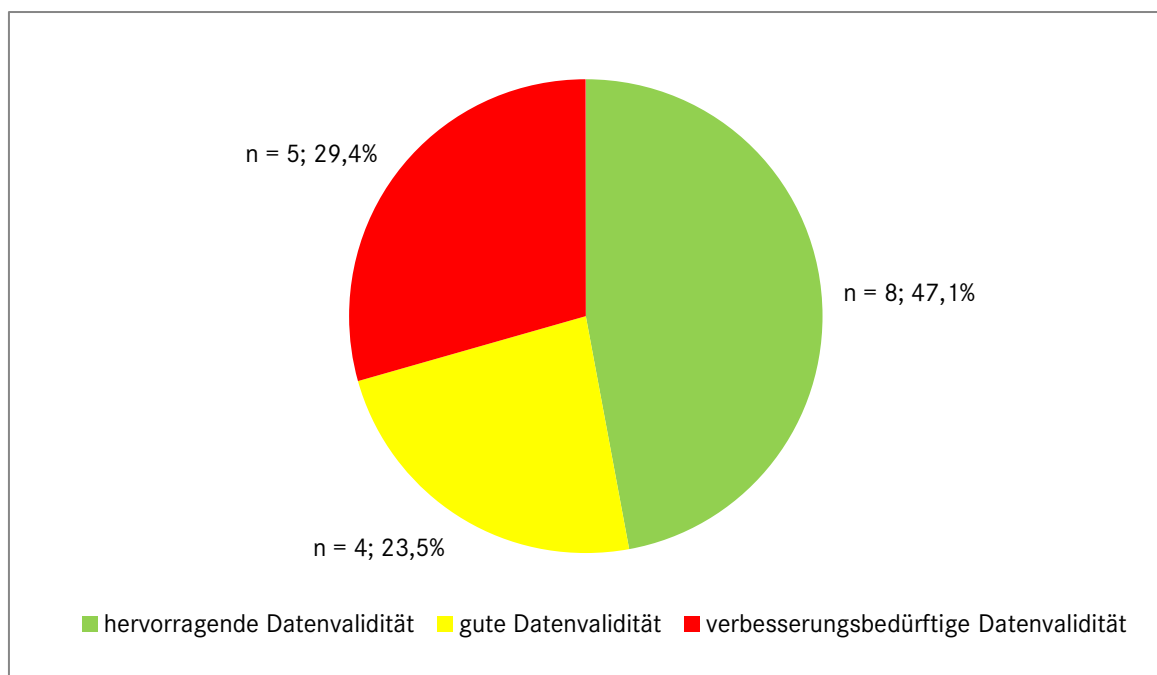


Abbildung 7: LUTX – Bewertung der Datenfelder – Übersicht

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Im Folgenden werden die 5 Datenfelder, deren Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurde, noch einmal genauer hinsichtlich zentraler Dokumentationsprobleme und möglicher Optimierungsvorschläge betrachtet.

Datenfeld „Dringlichkeit“

Die geringe Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld ist dadurch begründet, dass bei diesem Feld in der QS-Dokumentation nur eine Angabe erfolgen muss, wenn eine Herz-Lungentransplantation durchgeführt wurde. Im Rahmen der Zweiterfassung lag dies bei 3 Fällen vor. Der Datenabgleich ergab in einem Fall eine Übereinstimmung der QS-Dokumentation und den Angaben der Patientenakten, in einem weiteren stimmten die Angaben nicht überein. Bei dem dritten Fall konnte der Patientenakte keine Angabe entnommen werden, sodass der Fall aus der Berechnung ausgeschlossen werden musste. Schlussendlich stimmten die Angaben lediglich in einem Fall nicht überein, was jedoch aufgrund der Vorgaben zur Berechnung der Übereinstimmungsrate zu einem Wert von 50,0 % und somit zu der Einstufung „verbesserungsbedürftig“ führt.

Datenfeld „thorakale Voroperation“

Die Dokumentationsprobleme in diesem Datenfeld ergeben sich überwiegend daraus, dass innerhalb der Krankenhäuser keine eindeutige Kommunikation darüber stattfand, welche Eingriffe als „thorakale Voroperation“ zu werten sind. Um dies zukünftig zu vermeiden, wird aktuell über die Einführung eines entsprechenden Ausfüllhinweises diskutiert.

Datenfeld „Beatmungsdauer“

Die geringe Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld ist darauf zurückzuführen, dass in den Krankenhäusern häufig Unklarheit darüber herrschte, wie die Anzahl an Tagen korrekterweise berechnet werden soll. Auch hier wird aktuell über den Einsatz eines Ausfüllhinweises beraten.

Datenfeld „Gesamtischämiezeit“

Die Abweichungen bei diesem Datenfeld sind überwiegend durch ein Krankenhaus bedingt. Dort lag ein technischer Fehler vor. Während die Mitarbeiter des Krankenhauses im Rahmen der QS-Dokumentation für jeden Patienten ordnungsgemäß einen Wert eingetragen hatten, erhielt das AQUA-Institut durchgängig den Wert „0“.

Datenfeld „FEV1“

Die Dokumentationsprobleme bei diesem Datenfeld sind dadurch begründet, dass nicht immer, gemäß den Ausfüllhinweisen, eine Umrechnung der Werte in Prozent erfolgte.

3.3.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität

Da mit Ausnahme des Datenfeldes „Entlassungsgrund“, für das im Rahmen des Stichprobenverfahrens eine hervorragende Datenvalidität bezüglich der Ausprägungen „Tod“ und „lebend entlassen“ ermittelt wurde, keines der geprüften Datenfelder für die Berechnung der Qualitätsindikatoren verwendet wird, haben diese auch keinen Einfluss auf diese.

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 Strukturier-ten Dialog mit den rechnerisch auffälligen Krankenhäusern eine kontinuierliche Optimierung der Datenvalidität bewirkt werden.

Für das Erfassungsjahr 2013 wurden insgesamt in 14 Leistungsbereichen jeweils zwischen 1 und 4 verstetigte Auffälligkeitskriterien angewendet. Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2013 wurden anhand der festgelegten Auffälligkeitskriterien insgesamt 709 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten ist damit im Vergleich zum Vorjahr (n = 1.037) deutlich zurückgegangen.

Eine bewusste Falscheingabe von Daten wurde auch in diesem Jahr nicht festgestellt. Die aufgetretenen Dokumentationsfehler haben verschiedene Ursachen:

- Keine Kenntnis der Ausfüllhinweise oder falsche Interpretation
- Mängel in der Organisation (z.B. durch Personalmangel und -fluktuation)
- Individuelle Fehler einzelner Mitarbeiter
- Softwareprobleme (Wechsel, Schnittstellenprobleme, fehlerhafte Umsetzung der Spezifikation)

Eine LOS berichtete, dass auch die zunehmende automatisierte Füllung von QS-Datensätzen mit Daten, die im KIS hinterlegt sind, zu Auffälligkeiten führte.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Kriterien pro Leistungsbereich dargestellt. Dem AQUA-Institut liegen jedoch nicht zu allen Auffälligkeitskriterien nähere Informationen zu der Art der Dokumentationsfehlervor. Detailliertere Auswertungen zu allen Bewertungen und Maßnahmen, welche im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturier-tem Dialog angewandt wurden, können dem Anhang des Berichts entnommen werden.

4.1 Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom „sonstiges“

Seit dem Erfassungsjahr 2013 ist es möglich, eine dauerhafte Schrittmacher-Abhängigkeit (z.B. nach Herz-Operation) im Datensatz zu dokumentieren, ohne das Symptom „sonstiges“ wählen zu müssen. Die Anpassung im Datensatz hat erwartungsgemäß zu einer Senkung der rechnerischen Auffälligkeiten geführt. Im Vorjahr waren noch 14 Krankenhäuser rechnerisch auffällig. Im Erfassungsjahr 2013 wurden nur noch 6 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt.

2 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. In einem Fall wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den übrigen 3 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 75,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen. Außerdem soll die Berechnung modifiziert werden: die bisherige Mindestfallzahl im Nenner entfällt, dafür wird eine Mindestfallzahl im Zähler von 2 festgelegt. Außerdem wird zukünftig ein perzentilbasierter Referenzbereich verwendet.

AK-ID 813071: Häufig führende Indikation „sonstige“

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 7 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2 wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In einem Fall wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 80,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen. Außerdem soll die Berechnung modifiziert werden. Die Änderungen sind analog zu denen beim AK 813070.

Tabelle 16: 09/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813070	6	4	1	3	0	0
813071	7	5	1	4	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 16:

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

4.2 Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)

AK-ID 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“

In Bezug auf dieses Auffälligkeitskriterium wurden 27 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 6 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In den übrigen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus erhielt die Bewertung S99, da Softwareprobleme die falsche Dokumentation verursacht haben. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Beispielsweise erfolgte bei einem Haus die QS-Dokumentation zunächst auf Papier und wurde dann in die digitalen QS-Bögen übertragen. Wenn im Papierbogen kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis angegeben war, wurde „sonstiges“ dokumentiert.

Bei 3 Krankenhäusern wurde die Bewertung U99 vergeben. Da der dazugehörige Kommentar der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf Dokumentationsfehler schließen ließ, wurden diese Krankenhäuser hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 85,7 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850315: Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 19 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt, von denen 4 auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen wurden. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus erhielt aufgrund von Schnittstellenproblemen mit dem Zuweiser die Bewertung S99. Bei den anderen 18 Krankenhäusern lagen Dokumentationsfehler vor. Mit 2 von diesen Häusern wurden Zielvereinbarungen geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 80,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850316: Häufige Angabe von ASA 4

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 37 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 9 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 17 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den übrigen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit 2 von diesen Häusern wurden Zielvereinbarungen geschlossen. Wie auch schon in den Vorjahren ist die häufige Angabe von ASA 4 auf Dokumentations- bzw. Klassifikationsfehler zurückzuführen.

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 39,1 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850317: Häufige Angabe von ASA 5

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 15 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 12 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. 2 Krankenhäuser erhielten Hinweise. Bei einem Krankenhaus wurde auf die Einleitung von Maßnahmen verzichtet.

In 5 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 7 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 58,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen. Da das Auffälligkeitskriterium als Sentinel-Event definiert ist, wird es umbenannt in „Angabe von ASA 5“.

Tabelle 17: 09/4 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850313	27	21	2	18	0	1
850315	19	15	2	12	0	1
850316	37	28	17	11	0	0
850317	15	12	5	7	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 17:

- AK-ID 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis ‚sonstige‘
- 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

4.3 Cholezystektomie (12/1)

AK-ID 850189: Nie Komplikationen bei laparoskopisch begonnenen Operationen

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2012 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2013 modifiziert. Es wird nicht mehr die gesamte Verweildauer, sondern nur eine besonders hohe postoperative Verweildauer einbezogen. Außerdem werden nicht mehr nur die allgemein postoperativen Komplikationen, sondern alle Komplikationen einbezogen.

Für 2013 wurden für dieses Auffälligkeitskriterium 52 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 46 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

4 Krankenhäuser lieferten keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 27 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 15 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 32,6 % 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 12,6 % der Fälle bestätigt. Da der Leistungsbereich ab dem Erfassungsjahr 2015 nicht mehr durch die Leistungserbringer dokumentiert wird, wird eine Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums als nicht zielführend betrachtet. Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2014 wurde somit von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850192: Keine Reinterventionen

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2012 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2013 modifiziert. Es wird, analog zum AK 850189, nicht mehr die gesamte Verweildauer, sondern nur eine besonders hohe postoperative Verweildauer einbezogen.

Für 2013 wurden für dieses Auffälligkeitskriterium 109 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Insgesamt wurden 69 Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert, weitere 39 Krankenhäuser erhielten einen Hinweis. Bei einem Krankenhaus wurde angegeben, dass eine sonstige Maßnahme eingeleitet wurde, da der Fachausschuss auf Landesebene die Meinung vertritt, *„dass die Indikation zu einer längeren Verweildauer durch das Krankenhaus gestellt wird und die Kontrolle ggf. durch den MDK erfolgt, dies ist nicht die Aufgabe der externen stationären QS“*. In diesem Fall wurde die Bewertung S99 vergeben.

Von den Krankenhäusern, die zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert wurden, lieferten 3 keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 48 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei 16 Krankenhäusern sind Dokumentationsfehler bestätigt worden. Bei 2 Krankenhäusern war der Strukturierte Dialog zur Datenvalidität zum Zeitpunkt der Datenübermittlung noch nicht abgeschlossen.

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 23,2 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Da der Leistungsbereich ab dem Erfassungsjahr 2015 nicht mehr durch die Leistungserbringer dokumentiert wird, wird eine Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums auch hier als nicht zielführend betrachtet und von der Projektgruppe Datenvalidierung nicht empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 18: 12/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850189	52	46	27	15	4	0
850192	109	69	48	16	3	2

Anmerkungen zu Tabelle 18:

- AK-ID 850189: Nie 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“

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 25 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 4 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 4 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen 15 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. 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 2 Krankenhäusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Bei einem Krankenhaus wurde die Bewertung U99 vergeben und bei 3 Krankenhäusern die Bewertung S99. Da die dazugehörigen Kommentare der Landesgeschäftsstelle aber eindeutig auf einen Dokumentationsfehler schließen ließen, wurden sie hier in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 71,4 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850312: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2012 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2013 modifiziert. Neben den Organverletzungen werden alle intra- und postoperativen Komplikationen in die Betrachtung einbezogen. Außerdem wurde die Grenze für die Verweildauer vom 90. auf das 95. Perzentil angehoben. Da Hysterektomien seit dem Erfassungsjahr 2013 nicht mehr berücksichtigt werden, wurden diese zudem aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 34 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In den anderen 32 Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Ein Krankenhaus lieferte keine erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 22 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei 9 Krankenhäusern sind Dokumentationsfehler bestätigt worden. Mit 2 Einrichtungen wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 28,1 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Die Rechenregel wird an die aktualisierte Berechnung des assoziierten Qualitätsindikators angepasst. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist diesen Empfehlungen gefolgt.

Tabelle 19: 15/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
811823	25	21	4	15	2	0
850312	34	32	22	9	1	0

Anmerkungen zu Tabelle 19:

- 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: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

4.5 Geburtshilfe (16/1)

AK-ID 8503 18: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 45 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Einmal wurde auf die Einleitung von Maßnahmen verzichtet, da die zuständige Abteilung zwischenzeitlich geschlossen wurde. In 6 Fällen erhielten die betroffenen Krankenhäuser einen Hinweis. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 15 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus hat keine aussagekräftige Erklärung für die rechnerische Auffälligkeit gegeben. In den anderen 22 Fällen bestätigten sich Dokumentationsfehler. Mit 5 Krankenhäusern wurde eine Zielvereinbarung getroffen.

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 57,9 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 8503 19: Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 47 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Bei 6 Häusern wurden Hinweise zur internen Aufarbeitung übermittelt. In den übrigen 41 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. In 3 Krankenhäusern wurden Begehungen durchgeführt.

In 18 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhaus erhielt die Bewertung S99, da die Nabelarterie kollabiert war, sodass die Werte nicht berechnet werden konnten. In drei Fällen wurden keine erklärenden Gründe für die Auffälligkeit genannt. In 19 Krankenhäusern wurden bei den rechnerisch auffälligen Fällen Dokumentationsfehler festgestellt. Einmal verursachte eine unterjährige Softwareumstellung die rechnerische Auffälligkeit. In einem anderen Haus waren beispielsweise die Befunddaten fehlerhaft.

Bei 8 Krankenhäusern wurde die Bewertung U99 vergeben, bei 3 anderen 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 19,5 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 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 12 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2 Krankenhäuser erhielten Hinweise zur internen Aufarbeitung. In allen übrigen Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei einem Haus lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 46,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Tabelle 20: 16/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850318	45	38	15	22	1	0
850319	47	41	18	19	3	1
850320	12	10	9	1	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 20:

- 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

4.6 Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)

AK-ID 813191: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 7 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 5 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Die anderen beiden Krankenhäuser erhielten einen Hinweis.

In 3 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, einmal lagen Dokumentationsfehler vor. Ein Haus erhielt die Bewertung S99.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 20,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 21: 17/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813191	7	5	3	1	0	1

Anmerkung zu Tabelle 21:

- AK-ID 813191: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

4.7 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)

AK-ID 813129: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 15 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 9 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert, 6 weitere erhielten einen Hinweis.

In 6 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen 3 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit diesen Häusern wurde auch eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 33,3 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 813126: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 16 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 10 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. 6 Krankenhäuser erhielten einen Hinweis.

In 3 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Wie auch schon in den Vorjahren ist die häufige Angabe auf Dokumentations- bzw. Klassifikationsfehler zurückzuführen. Es wurde fälschlicherweise eine zu hohe ASA-Einstufung dokumentiert. Eine bessere interne Kommunikation zwischen der Anästhesie, welche die für die Qualitätssicherung relevante ASA-Einstufung vornimmt, und des Personals, welches die QS-Dokumentation vornimmt, wurde von den LQS empfohlen. Die Mitarbeiter wurden auf sorgfältiges und kontrolliertes Ausfüllen der QS-Dokumentation hingewiesen.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 70,0 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt. Zudem wird das Auffälligkeitskriterium umbenannt in „Angabe von ASA 5“.

Tabelle 22: 17/2 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813129	15	9	6	3	0	0
813126	16	10	3	7	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 22:

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

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 Gelenkendo-prothese“

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 104 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. In 86 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. 18 Krankenhäuser erhielten einen Hinweis.

Ein Krankenhaus lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 41 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 43 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Beispielweise wurden bei Vorliegen eines zweizeitigen Wechsels nicht die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes dokumentiert, obwohl dies in den Ausfüllhinweisen vorgegeben ist. Mit 9 von diesen Häusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen. Ein Krankenhaus erhielt die Bewertung S99.

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

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden bei der Hälfte der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Das Auffälligkeitskriterium soll analog zum AK 850326 „Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen“ im Leistungsbereich 17/7 umbenannt werden. Außerdem soll die Berechnung des Nenners modifiziert werden. Zukünftig sollen Fälle mit zweizeitigem Wechsel aus der Berechnung ausgeschlossen werden. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist diesen Empfehlungen gefolgt.

AK-ID 850205: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Aufgrund der Erfahrungen aus der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2012 wurde dieses Auffälligkeitskriterium für die Anwendung auf die Daten des Erfassungsjahres 2013 modifiziert. Im Zähler wurden jetzt auch die postoperativen Wundinfektionen berücksichtigt.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser bei diesem Auffälligkeitskriterium wieder gesunken: Es wurden 5 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt, während es im Vorjahr noch 19 Krankenhäuser waren. 3 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. Die übrigen beiden Krankenhäuser wurden zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. In beiden Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurde in keiner der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung trotzdem empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 23: 17/3 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850204	104	86	41	43	1	1
850205	5	2	2	0	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 23:

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

4.9 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)

AK-ID 813130: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 13 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 5 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Mit einem Krankenhaus wurde zusätzlich eine Besprechung durchgeführt.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 6 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 75,0 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 813128: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 9 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 2 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. 7 Krankenhäuser wurden zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

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 71,4 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt. Außerdem wird das Auffälligkeitskriterium umbenannt in „Angabe von ASA 5“.

Tabelle 24: 17/5 - Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813130	13	8	2	6	0	0
813128	9	7	2	5	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 24:

- 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 30 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. 3 Krankenhäuser wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 4 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. 3 Krankenhäuser erhielten die Bewertung S99. In 20 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Beispielsweise wurde, entgegen den Ausfüllhinweisen, bei Vollremission nach neoadjuvanter Therapie fälschlicherweise nicht das prätherapeutisch diagnostizierte Malignom dokumentiert, sondern „ausschließlich Normalgewebe“. Mit 4 Krankenhäusern wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 74,1 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 813069: Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primär-operative Therapie

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 39 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt. Alle Krankenhäuser wurden zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 24 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. 3 Krankenhäuser erhielten die Bewertung S99. In den anderen 12 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Es wurde festgestellt, dass es in den Krankenhäusern große Probleme bei der Verschlüsselung der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie vor einer neoadjuvanten Therapie gibt. In den durch das Qualitätssicherungs-System geöffneten Bogen muss die Klinik angeben, dass die operative Therapie noch nicht abgeschlossen ist. Dadurch wurden einige Kliniken bei diesem Kriterium rechnerisch auffällig.

Bei 2 Krankenhäusern wurde die Bewertung U99 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 30,8 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt. Da es bezüglich der Dokumentation der Daten von Patientinnen mit neoadjuvanter Therapie aber noch Unklarheiten gibt, die aktuell durch die Bundesfachgruppe Mammachirurgie bearbeitet werden, wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen, das Auffälligkeitskriterium zunächst auszusetzen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 25: 18/1 – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813068	30	27	4	20	0	3
813069	39	39	24	12	0	3

Anmerkungen zu Tabelle 25:

- 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 Koronarchirurgie, isoliert (HCH-KCH)

Die Auswertungen ergaben insgesamt 5 rechnerische Auffälligkeiten bei den 3 angewendeten Auffälligkeitskriterien. Alle Krankenhäuser wurden um eine Stellungnahme gebeten.

Tabelle 26: HCH-KCH – Ergebnisse

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

Anmerkungen zu Tabelle 26:

- 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

AK-ID 813165: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten

Eine rechnerische Auffälligkeit bei diesem Kriterium wurde lediglich bei einem der 80 koronarchirurgisch tätigen Krankenhäuser ermittelt. Da das betroffene Krankenhaus wegen mehrerer auffälliger Ergebnisse bereits zum kollegialen Gespräch eingeladen worden war, wurde in diesem Rahmen auch die Ursache für die rechnerische Auffälligkeit diskutiert. Die Einrichtung begründet diese mit einer fehlerhaften Dokumentation und einem Softwareproblem.

AK-ID 815002: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Bei diesem Kriterium sind 4 Krankenhäuser erneut aufgefallen, die bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse aufwiesen. Die betroffenen Krankenhäuser haben daraufhin ihre Akten und die Angaben im Dokumentationsbogen noch einmal überprüft und jeweils eine korrekte Dokumentation bestätigt. Nach Durchsicht der übermittelten anonymisierten Epikrisen konnte dies verifiziert werden und die Bundesfachgruppe bewertete das Ergebnis als korrekte Dokumentation.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde vom AQUA-Institut für alle 3 Auffälligkeitskriterien empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

4.12 Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell chirurgisch (HCH-AORT-CHIR)

Die Auswertungen ergaben insgesamt 10 rechnerische Auffälligkeiten bei den 3 angewendeten Auffälligkeitskriterien. Die betroffenen Krankenhäuser wurden jeweils um eine Stellungnahme gebeten.

Tabelle 27: HCH-AORT-CHIR – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
811809	1	1	1	0	0	0
815005	4	4	3	1	0	0
850332	5	5	4	1	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 27:

- 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

AK-ID 811809: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten

Bei diesem Auffälligkeitskriterium wurde lediglich eine rechnerische Auffälligkeit verzeichnet. Nach Prüfung der eingereichten Stellungnahme wurde seitens der Bundesfachgruppe die korrekte Dokumentation bestätigt.

AK-ID 815005: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

4 Krankenhäuser wichen bei diesem Auffälligkeitskriterium vom Referenzbereich ab. Die Überprüfung der Risikoprofile ergab bei 3 Krankenhäusern keine fehlerhaften Angaben, lediglich bei einem Krankenhaus entsprachen die Angaben nicht der Dokumentation. Dieses Ergebnis wurde entsprechend als fehlerhafte Dokumentation eingestuft.

AK-ID 850332: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

Bei diesem Kriterium wurden 5 Krankenhausergebnisse detektiert. Die Krankenhäuser überprüften ihre Dokumentation. Eine Einrichtung bestätigte eine fehlerhafte Dokumentation. Bei den übrigen lagen korrekte Dokumentationen vor. In der Stellungnahme eines Krankenhauses wurde die gute fachliche Qualifikation der beiden eingespielten Operateure beschrieben und ein weiteres Krankenhaus beschrieb gute Kontrollmechanismen etabliert zu haben.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 wurde vom AQUA-Institut für alle 3 Auffälligkeitskriterien empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

4.13 Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (HCH-AORT-KATH)

Die Auswertungen ergaben insgesamt 19 rechnerische Auffälligkeiten bei den 3 angewendeten Auffälligkeitskriterien. Alle betroffenen Krankenhäuser wurden um eine Stellungnahme gebeten.

Tabelle 28: HCH-AORT-KATH – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850282	13	13	4	9	0	0
850288	4	4	2	2	0	0
850323	2	2	2	0	0	0

Anmerkungen zu Tabelle 28:

- AK-ID 850282: Risikoadjustierung nach dem AKL-Score nicht möglich
- AK-ID 850288: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
- AK-ID 850323: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

AK-ID 850282: Risikoadjustierung nach dem AKL-Score vermehrt nicht möglich

Insgesamt 13 rechnerische Abweichungen ergaben sich bei diesem Auffälligkeitskriterium. Bei 4 Krankenhäusern gab es bereits im Vorjahr abweichende Ergebnisse. Alle 13 Krankenhäuser wurden gebeten, anhand der Patientenakten zu prüfen, ob die Angaben in der QS-Dokumentation korrekt oder fehlerhaft sind. Die übermittelten Antworten wurden entsprechend der begründeten Analyseergebnisse, entweder als korrekte Dokumentation oder als fehlerhafte Dokumentation eingestuft.

AK-ID 850288: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Bei diesem Auffälligkeitskriterium wurden 4 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Im Rahmen der klinikinternen Überprüfung der Risikoprofile konnten bei 2 Krankenhäusern keine Dokumentationsfehler festgestellt werden, bei den beiden anderen jedoch gab es Dokumentationsprobleme. Ein Haus davon war wegen erheblicher Dokumentationsprobleme bei den endovaskulär ausgeführten kathetergestützten Aortenklappen zum kollegialen Gespräch eingeladen, sodass auch für dieses Kriterium die Auffälligkeit besprochen werden konnte. Die Bewertungen erfolgten entsprechend des festgestellten Sachverhalts.

AK-ID 850323: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

2 Krankenhäuser fielen wegen ihrer positiven Ergebnisse auf. Eines davon hatte bereits im Vorjahr ein gutes Ergebnis entsprechend der Vorgaben erzielt. Die Krankenhäuser gaben an, dass u.a. das Zusammenspiel des gut funktionierenden interdisziplinären Herzteams, ein hochmoderner Hybrid-OP sowie gut organisierte Nachsorgeprozesse für die positiven Ergebnisse verantwortlich seien.

Eine Verstetigung für das Erfassungsjahr 2014 für alle 3 Auffälligkeitskriterien wurde vom AQUA-Institut empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

4.14 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH-KOMB)

Bei dem eingesetzten Auffälligkeitskriterium „AK-ID 850325: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen“ im Leistungsbereich *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* kam es zu 2 Auffälligkeiten. Nach Überprüfung im internen Verfahren der Einrichtung bestätigte ein Krankenhaus die korrekte Dokumentation, die andere Einrichtung berichtete von einem Dokumentationsfehler. Die Abweichungen wurden entsprechend der Bewertungssystematik eingestuft.

Eine Verstetigung dieses Auffälligkeitskriteriums für das Erfassungsjahr 2014 wurde vom AQUA-Institut empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 29: HCH-KOMB – Ergebnisse

AK-ID	KH mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850325	2	2	1	1	0	0

Anmerkung zu Tabelle 29:

- AK-ID 850325: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

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 angewendet werden:

- Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
- Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation
- Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz

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 30 sind die rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich seit dem Erfassungsjahr 2011 dargestellt. Die Gesamtzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser ist auch in diesem Jahr weiter gesunken. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich in fast allen Leistungsbereichen weiterhin eine positive Entwicklung (vgl. Abbildung 8). Bei dem Leistungsbereich *Pflege: Dekubitusprophylaxe* hatte die Verfahrensumstellung in 2013 einen wesentlichen Einfluss auf die vergleichsweise hohe Zahl an Einrichtungen mit einer Dokumentationsrate unter 95 %. Hier wird für das Erfassungsjahr 2014 eine deutliche Verbesserung erwartet.

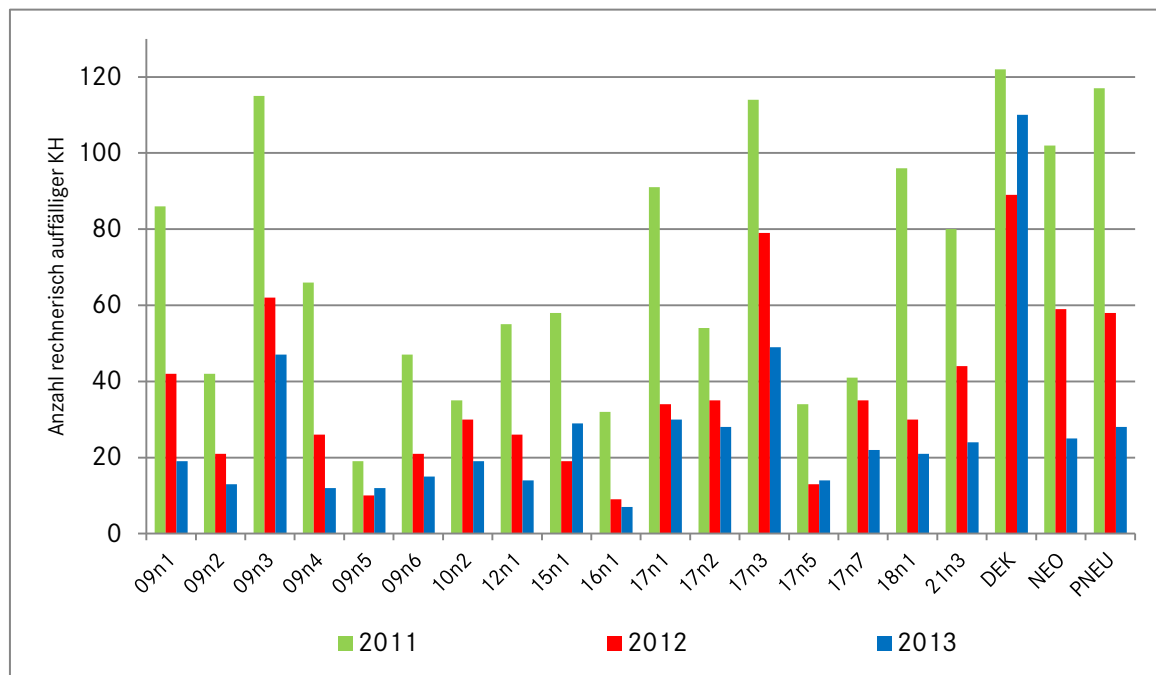


Abbildung 8: AK Unterdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten

Tabelle 30: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation – Ergebnisse

Leistungsbereich	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen
Herzschrittmacher-Implantation	19	16 (84,2 %)	42	37 (88,1 %)	86	77 (89,5 %)
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	13	6 (46,2 %)	21	13 (61,9 %)	42	34 (81,0 %)
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	47	30 (63,8 %)	62	47 (75,8 %)	115	98 (85,2 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	12	7 (58,3 %)	26	17 (65,4 %)	66	49 (81,7 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	12	3 (25 %)	10	8 (80 %)	19	15 (78,9 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	15	6 (40 %)	21	15 (71,4 %)	47	41 (87,2 %)
Karotis-Revaskularisation	19	15 (78,9 %)	30	24 (80 %)	35	30 (85,7 %)
Cholezystektomie	14	9 (64,3 %)	26	22 (84,6 %)	55	49 (89,1 %)
Gynäkologische Operationen	29	11 (37,9 %)	19	17 (89,5 %)	58	51 (87,9 %)
Geburtshilfe	7	2 (28,6 %)	9	9 (100 %)	32	27 (84,4 %)
Hüftgelenknahe Femurfraktur	30	15 (50 %)	34	29 (85,3 %)	91	79 (86,8 %)
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	28	19 (67,9 %)	35	25 (71,4 %)	54	52 (96,3 %)
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	49	29 (59,2 %)	79	58 (73,4 %)	114	90 (78,9 %)
Knie-Totalendprothesen-Erstimplantation	14	9 (64,3 %)	13	11 (84,6 %)	34	32 (94,1 %)
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	22	14 (63,6 %)	35	25 (71,4 %)	41	23 (56,1 %)
Mammachirurgie	21	11 (52,4 %)	30	25 (83,3 %)	96	78 (81,3 %)
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	24	16 (66,7 %)	44	39 (88,6 %)	80	69 (86,3 %)
Pflege: Dekubitusprophylaxe	110	70 (63,6 %)	89	63 (70,8 %)	122	113 (92,6 %)
Neonatologie	25	15 (60 %)	59	33 (55,9 %)	102	98 (96,1 %)
Ambulant erworbene Pneumonie	28	21 (75 %)	58	55 (94,8 %)	117	109 (93,2 %)

Als konkrete Gründe für Underdokumentation 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

5.1.2 Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

In Tabelle 31 sind die rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich seit dem Erfassungsjahr 2011 dargestellt. Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten in den einzelnen Leistungsbereichen unterschiedlich entwickelt (vgl. Abbildung 9). In der Gesamtbetrachtung ist die Zahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser auf Vorjahresniveau (2011: n = 223; 2012: n = 191; 2013: n = 199).

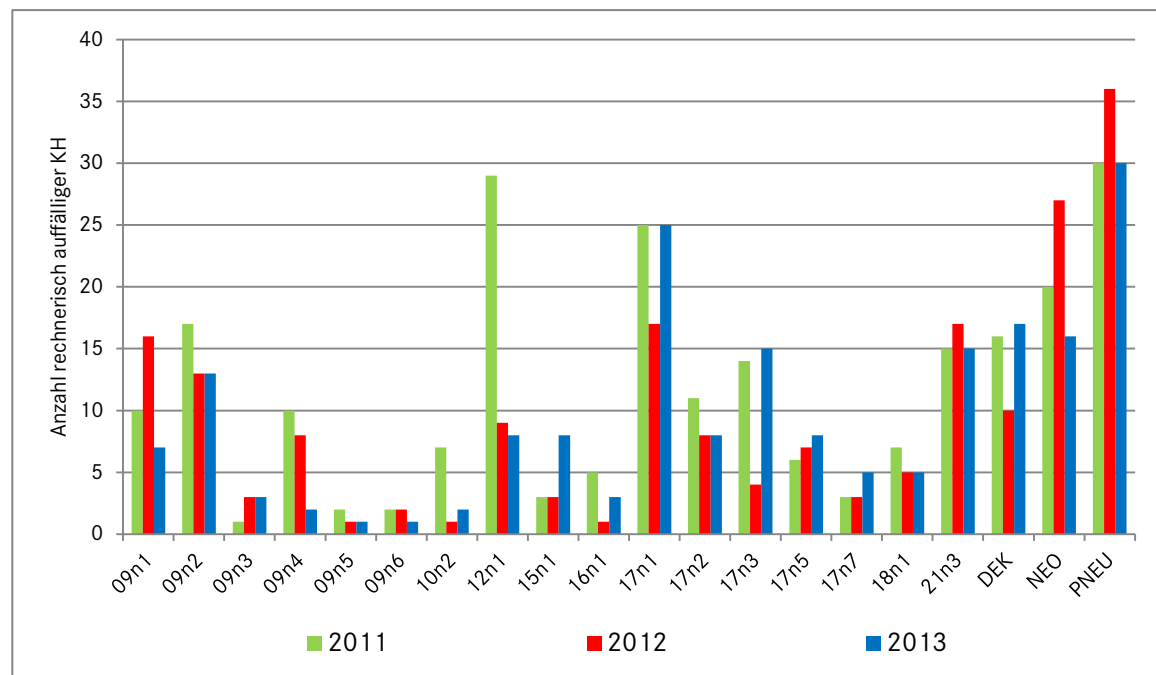


Abbildung 9: AK Überdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten

Tabelle 31: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation – Ergebnisse

Leistungsbereich	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen
Herzschrittmacher-Implantation	7	3 (42,9 %)	16	9 (56,3 %)	10	5 (50,0 %)
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	13	9 (69,2 %)	13	11 (84,6 %)	17	13 (76,5 %)
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	3	2 (66,7 %)	3	1 (33,3 %)	1	0 (0,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	2	1 (50,0 %)	8	7 (87,5 %)	10	5 (50,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	1	1 (100,0 %)	1	1 (100 %)	2	2 (100,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	1	1 (100,0 %)	2	0 (0 %)	2	1 (50,0 %)
Karotis-Revaskularisation	2	0 (0,0 %)	1	1 (100 %)	7	3 (42,9 %)
Cholezystektomie	8	5 (62,5 %)	9	4 (44,4 %)	29	12 (41,4 %)
Gynäkologische Operationen	8	6 (75,0 %)	3	3 (100 %)	3	2 (66,7 %)
Geburtshilfe	3	1 (33,3 %)	1	1 (100 %)	5	4 (80,0 %)
Hüftgelenknahe Femurfraktur	25	14 (56,0 %)	17	8 (47,1 %)	25	17 (68,0 %)
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	8	2 (25,0 %)	8	6 (75 %)	11	8 (72,7 %)
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	15	5 (33,3 %)	4	3 (75 %)	14	8 (57,1 %)
Knie-Totalendprothesen-Erstimplantation	8	3 (37,5 %)	7	4 (57,1 %)	6	5 (83,3 %)
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	5	1 (20,0 %)	3	0 (0 %)	3	2 (66,7 %)
Mammachirurgie	5	1 (20,0 %)	5	5 (100 %)	7	4 (57,1 %)
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	15	11 (73,3 %)	17	13 (76,5 %)	15	15 (100,0 %)
Pflege: Dekubitusprophylaxe	17	12 (70,6 %)	10	4 (40 %)	16	13 (81,3 %)
Neonatologie	16	14 (87,5 %)	27	17 (63 %)	20	6 (30,0 %)
Ambulant erworbene Pneumonie	30	19 (63,3 %)	36	28 (77,8 %)	30	24 (80,0 %)

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
 - Übermittlung nicht dokumentationspflichtiger Fälle
 - mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationserklärung
- 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 dokumentationspflichtig 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.

In Tabelle 32 sind die rechnerischen Auffälligkeiten pro Leistungsbereich seit dem Erfassungsjahr 2011 dargestellt.

Häufig war die Dokumentation in Form eines Minimaldatensatz (MDS) korrekt. Zweimal wurden durch die betroffenen Krankenhäuser keine ausreichend erklärenden Gründe für die Auffälligkeit genannt. Bei 15 Krankenhäusern wurden Dokumentationsfehler bestätigt.

Im Leistungsbereich *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* war beispielsweise ein Krankenhaus aufgrund von 2 angelegten Minimaldatensätzen rechnerisch auffällig. Mit dem Haus wurde ein strukturierter Dialog geführt und es wurden dem Fachausschuss der zuständigen LQS zwei Einzelfallanalysen vorgelegt. In einem Fall war die OPS-Ziffer falsch kodiert worden, sodass fälschlicherweise ein Datensatz generiert wurde. Hier wurde die OPS-Ziffer nicht korrigiert, sondern stattdessen ein MDS ausgefüllt. Im zweiten Fall konnte der Fachausschuss den Grund für die Anlage eines MDS anstatt eines normalen Datensatzes nicht nachvollziehen. Das Ergebnis wurde fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig bewertet.

Im Leistungsbereich *Ambulant erworbene Pneumonie* wurde in einigen Fällen die QS-Dokumentationspflicht aufgrund einer fehlerhaften Kodierung von nosokomialen Pneumonien ausgelöst. Andere Kliniken hatten einen hohen Anteil an Sekundärbehandlungen von bereits atherapierten ambulant erworbenen Pneumonien zu verzeichnen und behandeln somit im engeren Sinne keine ambulant erworbene Pneumonie. Eine Klinik gab Softwareprobleme als Grund für die Anlage der MDS an.

Tabelle 32: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz – Ergebnisse

Leistungsbereich	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012		Erfassungsjahr 2011	
	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen
Herzschrittmacher-Implantation	8	5 (62,5 %)	0	-	2	2 (100,0 %)
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	2	0 (0,0 %)	1	0 (0 %)	2	0 (0,0 %)
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	12	6 (50,0 %)	9	8 (88,9 %)	6	5 (83,3 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	4	2 (50,0 %)	3	3 (100 %)	1	1 (100,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	1	1 (100,0 %)	2	2 (100 %)	2	1 (50,0 %)
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	8	5 (62,5 %)	7	5 (71,4 %)	8	7 (87,5 %)
Karotis-Revaskularisation	11	9 (81,8 %)	12	12 (100 %)	6	6 (100,0 %)
Cholezystektomie	3	3 (100,0 %)	0	-	3	2 (66,7 %)
Gynäkologische Operationen	4	1 (25,0 %)	3	3 (100 %)	2	2 (100,0 %)
Geburtshilfe	0	-	0	-	0	-
Mammachirurgie	14	9 (64,3 %)	11	11 (100 %)	5	3 (60,0 %)
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	5	1 (20 %)	2	2 (100 %)	0	-
Ambulant erworbene Pneumonie	21	12 (57,1 %)	20	20 (100 %)	8	7 (87,5 %)
Pflege: Dekubitusprophylaxe	2	1 (50,0 %)	0	-	0	-

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.

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 33 zeigt die Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser sowie die eingeleiteten Maßnahmen für die Erfassungsjahre 2012 und 2013.

Tabelle 33: Herzchirurgie: Gesamtübersicht Strukturierter Dialog zur Vollzähligkeitsprüfung

Auffälligkeitskriterium	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012	
	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahme	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahme
Unterdokumentation	3	3	0	-
Überdokumentation	0	-	3	3
Minimaldatensatz	0	-	0	-
Gesamt	3	3	3	3

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. Auf 3 Krankenhäuser trafen diese Kriterien zu. Aus den eingereichten Stellungnahmen ging hervor, dass vor allem personelle Probleme, Softwareprobleme sowie Mängel in der Struktur und im Prozessablauf für die Abweichungen verantwortlich sind. Die betroffenen Krankenhäuser haben diesbezüglich bereits Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Die rechnerischen Auffälligkeiten wurden entsprechend als fehlerhafte Dokumentation mit „A 40“ bewertet.

AK-ID 850254: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Eine Überdokumentation liegt definitionsgemäß vor, wenn bei mindestens 20 dokumentierten Fällen die Dokumentationsrate mehr als 110,0 % beträgt. Es konnte kein Krankenhaus ermittelt werden, das dieser Definition entspricht.

Wie bereits in den Vorjahren wurde neben der Prüfung der Vollzähligkeit für alle herzchirurgischen Leistungsbe-
reiche gemeinsam auch die Vollzähligkeit der sogenannten Zählleistungsbereiche *Aortenklappenchirurgie, iso-
liert – kathetergestützt endovaskulär* und *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt transapikal* über-
prüft. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Krankenhäuser mit rechnerisch auffälligem Ergebnis leicht
angestiegen. Während zum Erfassungsjahr 2012 insgesamt 17 Krankenhäuser hierbei ein rechnerisch auffälli-
ges Ergebnis aufwiesen, waren es zum Erfassungsjahr 2013 insgesamt 20 Einrichtungen. Die Gründe, die dafür
von den Krankenhäusern benannt wurden, waren vielfältig. Sie reichten von Fehldokumentationen, Mängeln in
der Struktur- und Prozessqualität, organisatorischen oder Softwareproblemen bis hin zu besonderen klinischen
Situationen oder erklärten sich durch Einzelfälle.

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 Transplantationsleistungs-
bereichen die Häufigkeit der Angabe „Status unbekannt“⁴ 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 unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
- Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
- Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

In Tabelle 34 ist der Umfang des Strukturierten Dialogs zur Vollzähligkeit über alle transplantationsmedizini-
schen Leistungsbereiche dargestellt. Detaillierte Darstellungen zu den einzelnen Leistungsbereichen sind im
Anhang aufgeführt.

Betrachtet man die Gesamtzahl der rechnerischen Auffälligkeiten, so zeigt sich im Vergleich zum Erfassungs-
jahr 2012 ein deutlicher Rückgang dieser. Lediglich im Leistungsbereich Herztransplantation wurde eine Zu-
nahme der rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt (2012: n = 5; 2013: n = 9).

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

Der Grund für die Abweichungen lag in 2 Krankenhäusern in der fehlenden Berücksichtigung von Überliegern
beim Datenexport. Das dritte rechnerisch auffällige Haus bestätigte eine korrekte Dokumentation.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Aus den Stellungnahmen der betroffenen Einrichtungen geht hervor, dass sich die rechnerischen Auffälligkeiten
fast immer aufgrund von fehlerhafter oder mangelnder Berücksichtigung von Patienten begründen, die in 2012
aufgenommen, aber erst im 2013 entlassen wurden.

⁴ 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 34: Transplantationen und Lebendspenden

Auffälligkeitskriterium	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012	
	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahme	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahme
Unterdokumentation	3	3	4	4
Überdokumentation	7	7	4	4
Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up	6	1	31	9
Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up	11	3	34	20
Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up	19	11	28	15
Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	0	-	3	2
Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	1	1	10	9
Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	6	6	11	10
Gesamt	53	32	125	73

Auffälligkeitskriterien zur Follow-up-Dokumentation

In den Stellungnahmen der Krankenhäuser wurden folgende Gründe für die geringen Follow-up-Raten bzw. die häufige Angabe eines unbekanntem Follow-up-Status angegeben:

- organisatorische Probleme:
 - 1 Fall vergessen, zu exportieren
 - vor allem bei ausländischen Patienten ist es oftmals schwierig, Informationen zur Nachsorge zu erhalten
 - der Überlebensstatus des Patienten konnte nicht ermittelt werden, weil die Patienten die Nachsorgeuntersuchung nicht im Transplantationszentrum durchführen lassen
 - Patienten nehmen die Nachsorgetermine nicht wahr (bspw. aufgrund lange Anfahrtswege)
 - trotz Bemühungen konnten keine Informationen zum Überlebensstatus des Patienten ermittelt werden
- Struktur- und Prozessmängel:
 - die EDV-technische Voraussetzungen für eine adäquate Nachsorgedokumentation waren nicht sichergestellt
 - Personalwechsel
 - Softwareprobleme
 - zu späte Verfügbarkeit der Softwarelizenz, sodass Bögen nicht fristgerecht exportiert werden konnten
 - 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
- Dokumentationsfehler: unvollständige und fehlerhafte Dokumentation

Erfreulicherweise haben viele Krankenhäuser die Probleme erkannt und sind bereit, entsprechende Schritte einzuleiten. Im Rahmen der Bewertung wurden den Krankenhäusern weitere Vorschläge für mögliche Maßnahmen unterbreitet. Folgende Verbesserungsmaßnahmen wurden durch die Transplantationszentren bereits angestoßen:

- Besprechung von Einzelfällen im Rahmen von M&M-Konferenzen
- Anpassung des technischen Equipments
- Mitarbeiterschulung bezüglich der Dokumentation
- Intensivierung der interdisziplinäre Zusammenarbeit durch Teambesprechungen
- Verbesserung der internen und externen Kommunikationswege
- Überarbeitung des Nachsorgekonzeptes
- Veränderungen im Personalwesen (Wechsel, Aufstockung)

6 Erkenntnisse aus dem Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren

Im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren wurden zeitgleich zur Datenvalidierung weitere 17.233 rechnerische Auffälligkeiten bearbeitet. In Tabelle 35 sind die Ergebnisse über alle Leistungsbereiche zusammengefasst dargestellt und mit dem Vorjahr verglichen. Detailliertere Informationen und Auswertungen dazu sind im *Bericht zum Strukturierten Dialog 2014 – Erfassungsjahr 2013* zu finden.

Tabelle 35: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt)

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	17.233	100 %	17.686	100 %
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen	122	0,7 %	12	0,1 %
Hinweise	7.131	41,4 %	7.459	42,2 %
Stellungnahmen	9.975	57,9 %	10.168	57,5 %
Sonstiges	5	0,0 %	47	0,3 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)				
Anlässe für Besprechungen	236	1,4 %	278	1,6 %
Anlässe für Begehungen	39	0,2 %	43	0,2 %
Zielvereinbarungen	610	3,5 %	714	4,0 %
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten				
Hinweise [H20/H99]	7.027	40,8	7.245	41,0 %
Nach Überprüfung der Stellungnahmen				
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U99]	6.570	38,1	6.401	36,2 %
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.763	10,2	1.805	10,2 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.489	8,7	1.838	10,4 %
Sonstiges [S90/S91/S99]	384	2,2	397	2,2 %
Begründungen zu den Einstufungen				
Qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation [U31]	454	2,6 %	828	4,7 %
Qualitativ unauffällig: Bedingt durch Einzelfälle [U32]	4.997	29,0 %	5.086	28,8 %
Qualitativ unauffällig: Sonstiger Kommentar [U99]	1.119	6,5 %	487	2,8 %
Qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel [A41]	1.287	7,5 %	1.357	7,7 %
Qualitativ auffällig: Keine ausreichend erklärenden Gründe [A42]	273	1,6 %	269	1,5 %
Qualitativ auffällig: Sonstiger Kommentar [A99]	203	1,1 %	179	1,0 %

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2013		Erfassungsjahr 2012	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation [D50]	1.369	8,0 %	1.766	10,0 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Bedingt durch Softwareprobleme [D51]	55	0,3 %	49	0,3 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Sonstiger Kommentar [D99]	65	0,4 %	23	0,1 %
Sonstiges: Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen [S91]	8	0,0 %	41	0,2 %
Sonstiges: Mit Kommentar [S99]	254	1,5 %	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 (0,7 %), die mit einer anderen Bewertungskategorie (U, A oder S) eingestuft worden sind.

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 36 sind die Indikatoren aufgeführt, bei denen auf Basis der Bewertungen und Kommentare am häufigsten Dokumentationsprobleme ausgetreten sind. In der Spalte „Kommentare“ sind nur die Anmerkungen gezählt, die bei allen anderen Bewertungen mit Ausnahme der 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.

Tabelle 36: Auswertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren

Leistungsbereich – QI-ID: QI-Bezeichnung	D50	D51	D99	Kommentare	Gesamt
DEK – 52010: Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 4	158	8	3	97	266
PNEU – 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	68	2	2	30	102
PNEU – 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	68	1	4	17	90
17/2 -1082: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	46	1	0	31	78
17/2 – 2223: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	34	1	3	26	64
16/1 – 50046: Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung	25	1	2	33	61
PNEU – 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	40	0	2	17	59
PNEU – 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	36	0	1	20	57
17/5 – 276: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	34	2	1	17	54

Leistungsbereich – QI-ID: QI-Bezeichnung	D50	D51	D99	Kommentare	Gesamt
21/3 – 12773: Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts	27	4	3	17	51
PNEU – 2005: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	32	1	1	16	50
17/1 – 2277: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2	11	0	0	39	50
18/1 – 303: Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung	29	1	0	18	48
16/1 – 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	19	0	0	27	46
DEK – 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad 1)	33	3	2	8	46

Sehr häufig wurde angegeben, dass die notwendigen Informationen zwar in der Patientenakte vorlagen, aber nicht für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden. Das betrifft folgende Aspekte:

- Leistungsbereich *Geburtshilfe (16/1)*: Anwesenheit des Pädiaters
- Leistungsbereich *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)*: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit
- Leistungsbereich *Mammachirurgie (18/1)*: Durchführung des intraoperativen Präparatröntgens
- Leistungsbereich *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (21/3)*: Dokumentation des Flächendosisprodukts
- Leistungsbereich *Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)*: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme, Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung und Durchführung der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

Für den Indikator „Antibiotika bei vorzeitigem Blasensprung“ Leistungsbereich *Geburtshilfe (16/1)* führten hauptsächlich Dokumentationsprobleme zu den Auffälligkeiten. Von einigen Kliniken wurde rückgemeldet, dass die Operationalisierung des Indikators zu überarbeiten sei, da die Zeitspanne zwischen Blasensprung und Geburt bzw. Aufnahme und Geburt zu gering ist, um eine Antibiotikagabe einzuleiten. Zum aktuellen Erfassungsjahr 2015 erfolgt eine minutengenaue Erfassung des Aufnahmezeitpunktes der Mutter. Anhand der dann festgestellten Ergebnisse wird die Bundesfachgruppe eine Überarbeitung bzw. Präzisierung der Rechenregel erneut überprüfen.

In den Leistungsbereichen *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)* und *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)* traten häufig Dokumentationsfehler bei den Parametern zum Kellgren/Lawrence-Score auf. Im Leistungsbereich *Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)* wurden die ASA-Einstufungen falsch dokumentiert, sodass es zu rechnerischen Auffälligkeiten bei dem Indikator zur Sterblichkeit kam.

Im Leistungsbereich *Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)* lagen häufig Fehlkodierungen vor. Der Strukturierte Dialog zeigte, dass in vielen Fällen der Dekubitus bereits bei Aufnahme ins Krankenhaus bestand.

7 Schlussfolgerung und Ausblick

Im Rahmen des Datenvalidierungsverfahrens konnten die Daten des Bundesdatenpools 2013 für die Leistungsbereiche *Karotis-Revaskularisation*, *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* sowie *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* 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 *Karotis-Revaskularisation* 3 der 5 erstmalig eingesetzten und bei *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* sogar alle neu eingesetzten Auffälligkeitskriterien für eine Verstetigung empfohlen und auch durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

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 3 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 2015 zum Erfassungsjahr 2014 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.

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.

Aufgrund der Änderungen in der QSKH-RL zum Erfassungsjahr 2014 ergeben sich auch Neuerungen, die die Datenvalidierung betreffen. So wird es eine Umstellung bezüglich der Auswertungseinheiten der QS-Daten geben. Gemäß der QSKH-Richtlinie werden die Berechnungen zu den Auffälligkeitskriterien im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog zukünftig auf Basis des entlassenden Standortes erfolgen. Auch im Hinblick auf das Stichprobenverfahren gibt es eine Änderung. Während bisher nur Krankenhäuser mit mehr als einem dokumentierten Fall in dem entsprechenden Leistungsbereich für die Ziehung der Zufalls-

stichprobe berücksichtigt wurden, dürfen zukünftig nur noch die Standorte mit mehr als 4 Fällen herangezogen werden.

Für die Datenvalidierung 2015 wurden vom G-BA ein indirektes sowie zwei direkte Verfahren ausgewählt. Somit wird eine umfassende Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2014 in den Leistungsbereichen *Herzschrittma-cher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation, Nierentransplantation und Leberlebendspende* stattfinden.

Glossar

Begriff	Erläuterung
ASA-Klassifikation	In der Medizin weitverbreitetes Schema der American Society of Anesthesiologists (ASA) zur Stratifizierung 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 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.
Datenfeld	Kleinste Einheit eines Datensatzes (z. B. Angabe des Geschlechts im Dokumentationsbogen).
Datensatz	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
Datenvalidierung	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
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.
Einrichtung	siehe: Leistungserbringer
Erfassungsjahr	Das Jahr, in dem die Daten erhoben werden. Hierauf beruhen die Ergebnisse der Indikatoren. Die Kriterien für die Abgrenzung des Erfassungsjahres sind in der Spezifikation zur Sollstatistik definiert.
Fallzahl	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z.B. in einem bestimmten 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.

Begriff	Erläuterung
Indexleistung	Medizinische Leistung, die den Startpunkt für ein QS-Verfahren (die QS-Auslösung) genau definiert (im Regelfall OPS-Kodes).
Indikator	„Anzeiger“. Auch: Qualitätsindikator. Quantitatives Maß zur Bewertung der Erreichung eines Qualitätsziels einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung.
Kennzahl	siehe: Indikator
Klumpenstichprobe	auch: Clusterstichprobe. Besondere Form der Zufallsauswahl. Anders als in der einfachen Zufallsauswahl werden hier nicht einzelne Merkmalsträger ausgewählt, sondern ganze Gruppen („Klumpen“).
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.
Qualität	Bezogen auf die Gesundheitsversorgung: Grad, in dem versorgungsrelevante Ergebnisse, Prozesse und Strukturen bestimmte, definierte Anforderungen erfüllen.
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.
QS-Daten	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben und ausgewertet werden.
QS-Dokumentation	Gesonderte Erhebungen der Leistungserbringer zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten durch die Leistungserbringer für die Qualitätssicherung.
QS-Filter	Algorithmus, der auf Grundlage festgelegter Kriterien die für die Qualitätssicherung durch die Leistungserbringer zu dokumentierenden Patienten und deren Daten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.
Rechenregeln	hier: Regeln zur Berechnung von Indikatoren.

Begriff	Erläuterung
Referenzbereich	Gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise Qualitätssicherungsmaßnahmen nach sich. 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.
Sentinel-Event	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.
Sollstatistik	Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen, die vom Krankenhaus durch Konformitätserklärung schriftlich bestätigt wird. Sie gibt die zu erwartende Anzahl von Fällen in den einzelnen Leistungsbereichen (Soll) an und bildet zusammen mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist) die Grundlage der Vollzähligkeitsprüfung.
Spezifikation	Datensatzbeschreibung. Festlegung, welche Daten für die Qualitätssicherung erhoben bzw. übermittelt werden müssen, welche Prüfalgorithmen zur Anwendung kommen (z.B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie die QS-Auslösung operationalisiert ist. 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.
Validität	Übereinstimmung von Aussagen, Daten, Messwerten usw. mit der „Realität“.
Verfahren	siehe: Leistungsbereich
Verweildauer	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.
Vollständigkeit	Erfassung aller zu einem einzelnen Behandlungsfall erforderlichen Angaben (Daten).
Vollzähligkeit	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.
Vollzähligkeitsprüfung	Abgleich der laut QS-Filter-Software zu erwartenden Anzahl von Fällen in einem Leistungsbereich (Soll) mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist).



Abschlussbericht gemäß §15 Abs. 2 QSKH-Richtlinie

Bericht zur Datenvalidierung 2014

Anhang

Stand: 13. Mai 2015

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Bericht zur Datenvalidierung 2014 (Anhang)

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

jährlich

Datum der Abgabe:

13. Mai 2015

Signatur:

15-SQG-015

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

Inhaltsverzeichnis

Lesehilfen zu den Tabellen	6
Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	6
Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	7
Übersicht der Leistungsbereiche.....	10
1 Umfassende Datenvalidierung: Karotis-Revaskularisation	12
1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	12
1.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien	12
1.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium.....	14
1.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	15
1.1.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium	16
1.1.5 Ergebnisse pro Bundesland	17
1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	18
1.2.1 Datenfeld 8: Asymptomatische Karotisläsion rechts	18
1.2.2 Datenfeld 11: Symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	19
1.2.3 Datenfeld 12: Asymptomatische Karotisläsion links.....	20
1.2.4 Datenfeld 15: symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	21
1.2.5 Datenfeld 16: Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)	22
1.2.6 Datenfeld 32: Stenosegrad rechts (nach NASCET).....	23
1.2.7 Datenfeld 33: Stenosegrad links (nach NASCET)	23
1.2.8 Datenfeld 34: sonstige Karotisläsionen der rechten Seite	24
1.2.9 Datenfeld 35–38: sonstige Karotisläsionen der rechten Seite (gesamt)	25
1.2.10 Datenfeld 40: sonstige Karotisläsionen der linken Seite.....	26
1.2.11 Datenfeld 41–44: sonstige Karotisläsionen der linken Seite (gesamt).....	27
1.2.12 Datenfeld 50: Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff).....	28
1.2.13 Datenfeld 53: therapierte Seite	29
1.2.14 Datenfeld 56: Art des Eingriffs.....	30
1.2.15 Datenfeld 73: Simultaneingriff an arteriellen Gefäßsystem	31
1.2.16 Datenfeld 76: Art der Intervention	32
1.2.17 Datenfelder 83: intraprozedurale Lyse/ Thrombektomie	33
1.2.18 Datenfeld 88: TEA.....	34
1.2.19 Datenfeld 97: Abklemmdauer	35
1.2.20 Datenfelder 103: Neuauftretendes neurologisches Defizit	36
1.2.21 Datenfeld 104: Schweregrad des neurologischen Defizits	37
1.2.22 Datenfelder 111: lokale Komplikationen	38
1.2.23 Datenfeld 112–117: lokale Komplikationen (gesamt).....	39
1.2.24 Datenfelder 118: allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)	40
1.2.25 Datenfelder 119–124: allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en) (gesamt)	41
1.2.26 Datenfeld 127: Entlassungsgrund (Tod)	41
2 Umfassende Datenvalidierung: Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	42
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	42

2.1.1	Beschreibung der Auffälligkeitskriterien	42
2.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium.....	43
2.1.3	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	44
2.1.4	Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium	45
2.1.5	Ergebnisse pro Bundesland	46
2.2	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	47
2.2.1	Datenfeld 13: Zweizeitiger Wechsel	47
2.2.2	Datenfeld 15: Entzündungszeichen im Labor	48
2.2.3	Datenfeld 17: Erregernachweis.....	49
2.2.4	Datenfeld 18: Implantatwanderung/-versagen	50
2.2.5	Datenfeld 19: Lockerung Femur-Komponente.....	51
2.2.6	Datenfeld 20: Lockerung Tibia-Komponente	52
2.2.7	Datenfeld 21: Lockerung Patella-Komponente	53
2.2.8	Datenfeld 22: Substanzverlust Femur	54
2.2.9	Datenfeld 23: Substanzverlust Tibia.....	55
2.2.10	Datenfeld 24: Verschleiß der Gleitfläche.....	56
2.2.11	Datenfeld 25: periprothetische Fraktur.....	57
2.2.12	Datenfeld 26: Prothesen(sub)luxation.....	58
2.2.13	Datenfeld 29: Einstufung nach ASA-Klassifikation	59
2.2.14	Datenfeld 30: Wundkontaminationsklassifikation	60
2.2.15	Datenfeld 36: behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en).....	61
2.2.16	Datenfeld 37–44: behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en (gesamt)	62
2.2.17	Datenfeld 45: postoperative Wundinfektion	63
2.2.18	Datenfeld 47: Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich	64
2.2.19	Datenfeld 48: allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	65
2.2.20	Datenfeld 49–53: allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) (gesamt)	66
2.2.21	Datenfeld 54: selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich.....	67
2.2.22	Datenfeld 55: War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?	68
2.2.23	Datenfeld 60: Entlassungsgrund (Tod)	69
3	Umfassende Datenvalidierung: Lungen- und Herz-Lungentransplantation.....	70
3.1	Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	70
3.2	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich	70
3.2.1	Datenfeld 10: Grunderkrankung	70
3.2.2	Datenfeld 11: Blutgruppe.....	71
3.2.3	Datenfeld 13: Dringlichkeit	72
3.2.4	Datenfeld 14: LAS (Lung Allocation Score)	72
3.2.5	Datenfeld 15: thorakale Voroperation	73
3.2.6	Datenfeld 16: Beatmung präoperativ	74
3.2.7	Datenfeld 25: SpenderID	74
3.2.8	Datenfeld 26: Spenderalter.....	75
3.2.9	Datenfeld 27: Blutgruppe.....	75

3.2.10	Datenfeld 28: Beatmungsdauer	76
3.2.11	Datenfeld 29: Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme.....	76
3.2.12	Datenfeld 35: Transplantationsart	77
3.2.13	Datenfeld 36: simultane Operationen	78
3.2.14	Datenfeld 37: Gesamtschämiezeit	78
3.2.15	Datenfeld 45: Patient bei Entlassung tracheotomiert.....	79
3.2.16	Datenfeld 46: FEV1.....	80
3.2.17	Datenfeld 49: Entlassungsgrund (Tod)	80
4	Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung).....	81
4.1.1	Verstetigte Auffälligkeitskriterien.....	81
4.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium.....	83
4.1.3	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	85
4.1.4	Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium	86
4.1.5	Ergebnisse pro Bundesland	88
5	Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	89
5.1	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	89
5.1.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich	89
5.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	91
5.1.3	Ergebnisse pro Leistungsbereich	92
5.1.4	Ergebnisse pro Bundesland	94
5.2	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	95
5.2.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich	95
5.2.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	97
5.2.3	Ergebnisse pro Leistungsbereich	98
5.2.4	Ergebnisse pro Bundesland	100
5.3	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz	101
5.3.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich	101
5.3.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	102
5.3.3	Ergebnisse pro Leistungsbereich	103
5.3.4	Ergebnisse pro Bundesland	104
5.4	Weitere Auffälligkeitskriterien.....	105
5.4.1	Isolierte Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt	105
5.4.1	Herztransplantation	106
5.4.2	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	106
5.4.3	Lebertransplantation	107
5.4.4	Leberlebendspende	107
5.4.5	Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	108
5.4.6	Nierenlebendspende.....	109

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 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.

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 geprüften Erfassungsjahres verglichen. Um die Ergebnisse des Datenabgleich zu veranschaulichen, wird zur Darstellung in der Regel eine sogenannte Kreuztabelle (Kontingenztafeln, 4-Felder-Tafeln) verwendet (s. u.). Zur Verbesserung der Lesbarkeit werden bei Bedarf mehrere Antwortmöglichkeiten (Schlüsselcodes) zu medizinisch-relevanten Kategorien zusammengefasst. Diese Zusammenfassungen entsprechen der Verwendung in den Qualitätsindikatoren.

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	Ja	47 6,8 %	28 4,0 %	4 0,6 %	79 11,4 %
	Nein	10 1,4 %	595 85,5 %	12 1,7 %	617 88,6 %
Gesamt		57 8,2 %	623 89,5 %	16 2,3 %	696 100,0 %

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, dann 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 ist, 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.

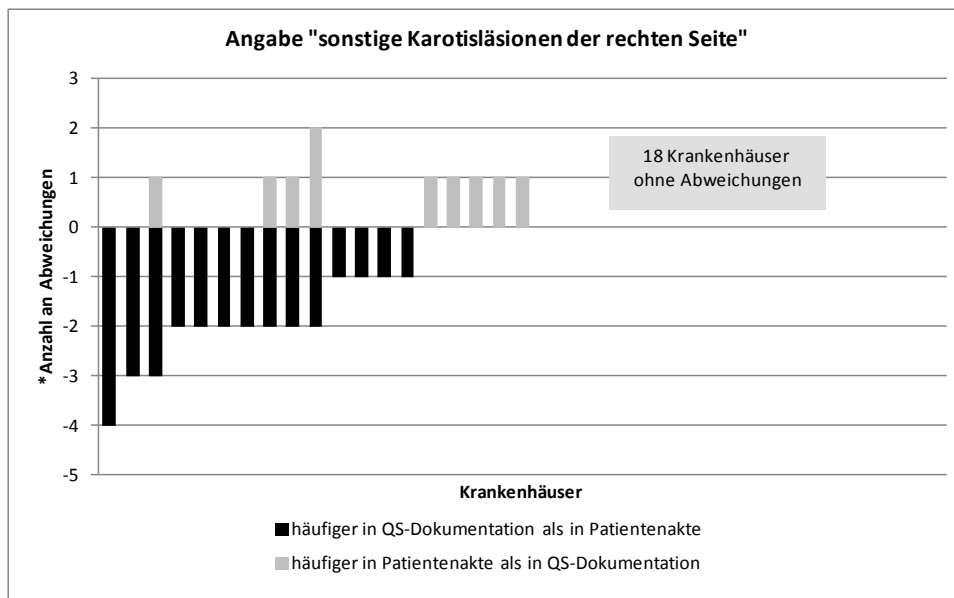
Mit dem Ziel die Datenvalidität einzelner Datenfelder zu bewerten und vergleichbar zu machen, können unterschiedliche Kennzahlen berechnet werden. Dabei wird grundsätzlich von der Prämisse ausgegangen, dass die Information in der Patientenakte eine Art „Goldstandard“ darstellt, d.h. dass die dort enthaltenen 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 Auswertung ausgeschlossen. 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).

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 enthaltenen Ereigniseinträgen. Die Sensitivität gibt also die Wahrscheinlichkeit an, dass ein Ereignis (z.B. 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 enthaltenen Ereigniseinträgen. Die Spezifität gibt also die Wahrscheinlichkeit an, dass das Nichtvorliegen eines Ereignisses (z.B. Komplikation) so auch korrekt in der QS-Dokumentation dokumentiert wird.
positiv prädiktiver Wert	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	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 $\geq 90\%$
gute Datenvalidität	Sensitivität und/oder Spezifität $\geq 80\%$ 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 $\geq 90\%$
gute Datenvalidität	Übereinstimmungsrate $\geq 80\%$ 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 (s. 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 für QI-Berechnung	PPW und NPW $\geq 90\%$
gute Verlässlichkeit für QI-Berechnung	PPW und/oder NPW $\geq 80\%$ und $< 90\%$
verbesserungsbedürftige Verlässlichkeit für QI-Berechnung	PPW und/oder NPW $< 80\%$

Werden metrische Datenfelder (z.B. Zeitdauern 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 dessen Stelle werden nur die absoluten und relativen Häufigkeiten von Übereinstimmungen und Abweichungen dargestellt. Aus medizinischer Sicht unbedenkliche Abweichungen werden dabei als Übereinstimmungen gewertet.

Übersicht der Leistungsbereiche

Kürzel	Name des Leistungsbereichs	Beschreibung
Indirekte Leistungsbereiche		
09/1	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
09/3	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
09/4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
09/5	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
09/6	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
10/2	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
12/1	Cholezystektomie	Chirurgische Entfernung der Gallenblase
15/1	Gynäkologische Operationen	Operationen in der Frauenheilkunde
16/1	Geburtshilfe	Die Geburtshilfe umfasst den Bereich kurz vor und nach der Entbindung.
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks
17/2	Hüft-Endoprothesen- Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
17/3	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile
17/5	Knie-Totalendoprothesen- Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
17/7	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile
18/1	Mammachirurgie	Operation an der Brust
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
NEO	Neonatologie	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

Kürzel	Name des Leistungsbereichs	Beschreibung
Direkte Leistungsbereiche		
HCH-AORT	Aortenklappenchirurgie, isoliert	Konventionelle Methode (HCH-AORT-CHIR): 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 (HCH-AORT-KATH): Die Aortenklappe wird kathetergestützt ersetzt. Der Zugang während des Eingriffs erfolgt entweder „transapikal“ (Hautschnitt über der Herzspitze) oder „transvaskulär“ (Punktion der Leistenarterie).
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aortenklappe
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)
HTX	Herztransplantation	Transplantation eines Herzens von einem Organspender zu einem Empfänger
LLS	Leberlebendspende	Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger
LTX	Lebertransplantation	Transplantation einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Transplantation einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem Organspender zu einem Empfänger
NLS	Nierenlebendspende	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger
NTX	Nierentransplantation	Transplantation einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Transplantation der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Transplantation einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere von einem Spender zu einem Empfänger

1 Umfassende Datenvalidierung: Karotis-Revaskularisation

1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

1.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

850331: Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten

Zähler	Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D) und mit ASA 5
Nenner	Alle Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

850332: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten

Zähler	Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D) und mit ASA 4
Nenner	Alle Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Referenzbereich	≤ 4,6 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

850333: Häufige Angabe von schweren neurologischen Defiziten bei Aufnahme bei asymptomatischen Patienten

Zähler	Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose (Indikationsgruppe A) unter Ausschluss der Karotiseingriffe unter besonderen Bedingungen (Indikationsgruppe C) und der Simultaneingriffe (Indikationsgruppe D) und mit Schwerpunkt der Behinderung bei Aufnahme Rankin 4 oder 5
Nenner	Alle Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Referenzbereich	≤ 2,1 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

850334: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)

Zähler	Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose, für die Indikationsgruppe-C-Kriterien angegeben wurden
Nenner	Alle Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Referenzbereich	≤ 7,3 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

850335: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (kathetergestützt)

Zähler	Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose, für die Indikationsgruppe-C-Kriterien angegeben wurden
Nenner	Alle Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde
Referenzbereich	≤ 9,5 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

1.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
850331	2	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850332	22	0 (0,0 %)	3 (13,6 %)	19 (86,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850333	5	0 (0,0 %)	2 (40,0 %)	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850334	21	0 (0,0 %)	2 (9,5 %)	19 (90,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,8 %)
850335	10	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)	9 (90,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	60	0 (0,0 %)	9 (15,0 %)	51 (85,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,7 %)

1.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (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	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	0	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	0	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	14	0 (0,0 %)	8 (57,1 %)	6 (42,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)
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	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	0	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	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	60	0 (0,0 %)	9 (15,0 %)	51 (85,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,7 %)

1.1.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
850331	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 %)
850332	19	7 (36,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	12 (63,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850333	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 %)
850334	19	11 (57,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (42,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850335	9	6 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	51	26 (51,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	25 (49,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

1.1.5 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
Baden-Württemberg	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 %)
Bayern	6	2 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	6	2 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	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 %)
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 %)
Hamburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	6	2 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	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 %)
Nordrhein-Westfalen	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 %)
Rheinland-Pfalz	7	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (42,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	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 %)
Sachsen	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 %)
Sachsen-Anhalt	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thüringen	2	1 (50 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	51	26 (51,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	25 (49,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

1.2.1 Datenfeld 8: Asymptomatische Karotisläsion rechts

Grundgesamtheit:

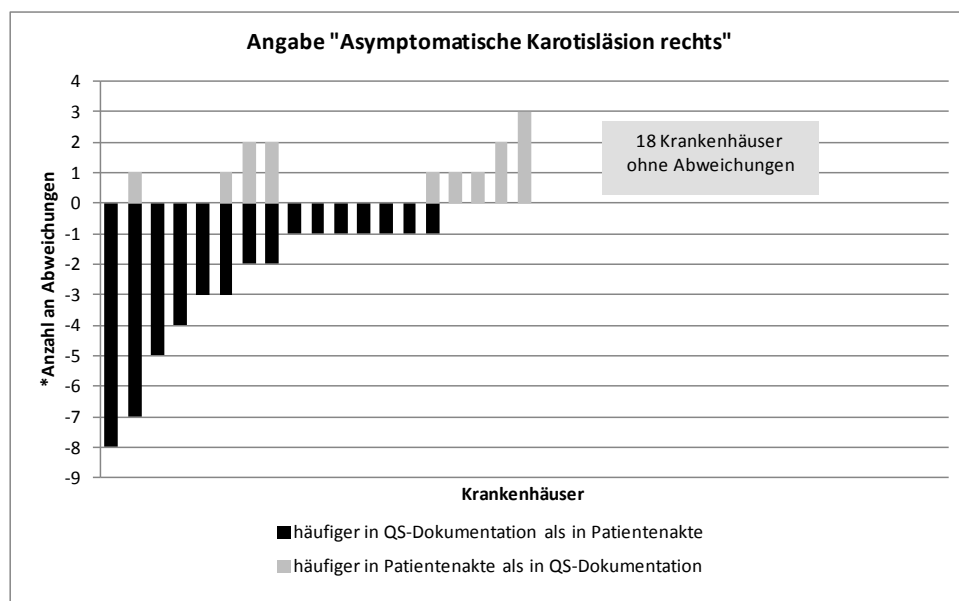
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine asymptomatische Karotisläsion rechts dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	593	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	593	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	395 66,6 %	41 6,9 %	0 0,0 %	436 73,5 %
	nein	14 2,4 %	143 24,1 %	0 0,0 %	157 26,5 %
Gesamt		409 69,0 %	184 31,0 %	0 0,0 %	593 100,0 %

*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	538/593	90,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	55/593	9,3 %
Sensitivität	395/409	96,6 %
Spezifität	143/184	77,7 %
positiv prädiktiver Wert	395/436	90,6 %
negativ prädiktiver Wert	143/157	91,1 %



1.2.2 Datenfeld 11: Symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall) dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	23	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	23	100,0 %

		in Patientenakte				Gesamt
		Crescendo-TIA	akuter/ progredienter Apoplex	sonstige	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	Crescendo-TIA	3 13,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 13,0 %
	akuter/progredienter Apoplex	0 0,0 %	19 82,6 %	0 0,0 %	0 0,0 %	19 82,6 %
	sonstige	0 0,0 %	0 0,0 %	1 4,3 %	0 0,0 %	1 4,3 %
Gesamt		3 13,0 %	19 82,6 %	1 4,3 %	0 0,0 %	23 100,0 %

*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	23/23	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/23	0,0 %

1.2.3 Datenfeld 12: Asymptomatische Karotisläsion links

Grundgesamtheit:

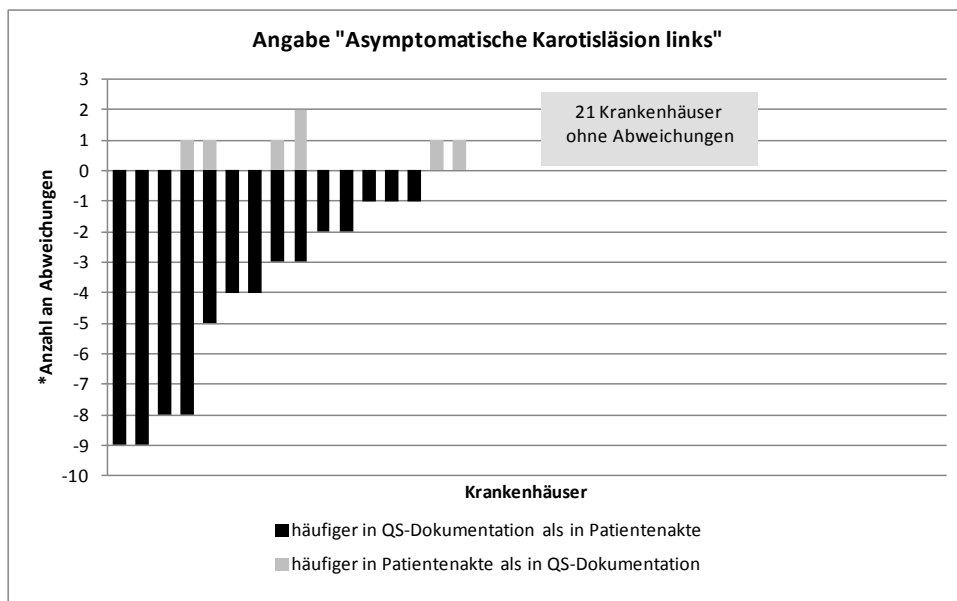
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine asymptomatische Karotisläsion links dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	575	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	575	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	370 64,3 %	60 10,4 %	0 0,0 %	430 74,8 %
	nein	7 1,2 %	138 24,0 %	0 0,0 %	145 25,2 %
Gesamt		377 65,6 %	198 34,4 %	0 0,0 %	575 100,0 %

*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	508/575	88,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	67/575	11,7 %
Sensitivität	370/377	98,1 %
Spezifität	138/198	69,7 %
positiv prädiktiver Wert	370/430	86,0 %
negativ prädiktiver Wert	138/145	95,2 %



1.2.4 Datenfeld 15: symptomatische Karotisläsion links (Notfall)**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine symptomatische Karotisläsion links (Notfall) dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	19	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	19	100,0 %

		in Patientenakte				Gesamt
		Crescendo-TIA	akuter/ progredienter Apoplex	sonstige	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	Crescendo-TIA	4 21,1 %	2 10,5 %	1 5,3 %	0 0,0 %	7 36,8 %
	akuter/ progredienter Apoplex	0 0,0 %	11 57,9 %	0 0,0 %	0 0,0 %	11 57,9 %
	sonstige	0 0,0 %	0 0,0 %	1 5,3 %	0 0,0 %	1 5,3 %
Gesamt		4 21,1 %	13 68,4 %	2 10,5 %	0 0,0 %	19 100,0 %

*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	16/19	84,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/19	15,8 %

1.2.5 Datenfeld 16: Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	689	99,0 %

		in Patientenakte							aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
		0	1	2	3	4	5			
in QS-Dokumentation	0	439 63,1 %	9 1,3 %	9 1,3 %	4 0,6 %	1 0,1 %	0 0,0 %	3 0,4 %	465 66,8 %	
	1	12 1,7 %	32 4,6 %	7 1,0 %	3 0,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 0,4 %	57 8,2 %	
	2	16 2,3 %	7 1,0 %	53 7,6 %	4 0,6 %	1 0,1 %	0 0,0 %	1 0,1 %	82 11,8 %	
	3	5 0,7 %	2 0,3 %	4 0,6 %	42 6,0 %	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	55 7,9 %	
	4	1 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,3 %	18 2,6 %	2 0,3 %	0 0,0 %	23 3,3 %	
	5	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,3 %	2 0,3 %	10 1,4 %	0 0,0 %	14 2,0 %	
Gesamt		473 68,0 %	50 7,2 %	73 10,5 %	57 8,2 %	24 3,4 %	12 1,7 %	7 1,0 %	696 100,0 %	

*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 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar

1 = Rankin 1: Apoplex mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit

2 = Rankin 2: leichter Apoplex mit funktionell geringgradigem Defizit und/ oder leichter Aphasie

3 = Rankin 3: mittelschwerer Apoplex mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und/ oder mittelschwerer Aphasie

4 = Rankin 4: schwerer Apoplex, Gehen nur mit Hilfe möglich und/ oder komplette Aphasie

5 = Rankin 5: invalidisierender Apoplex: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	594/689	86,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	95/689	13,8 %

1.2.6 Datenfeld 32: Stenosegrad rechts (nach NASCET)**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	696	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	33	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	663/663	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation mit 5 %-Punkten Toleranz	553/663	83,4 %

*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.

1.2.7 Datenfeld 33: Stenosegrad links (nach NASCET)**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	696	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	42	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	654/654	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation mit 5 %-Punkten Toleranz	550/654	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.

1.2.8 Datenfeld 34: sonstige Karotisläsionen der rechten Seite

Grundgesamtheit:

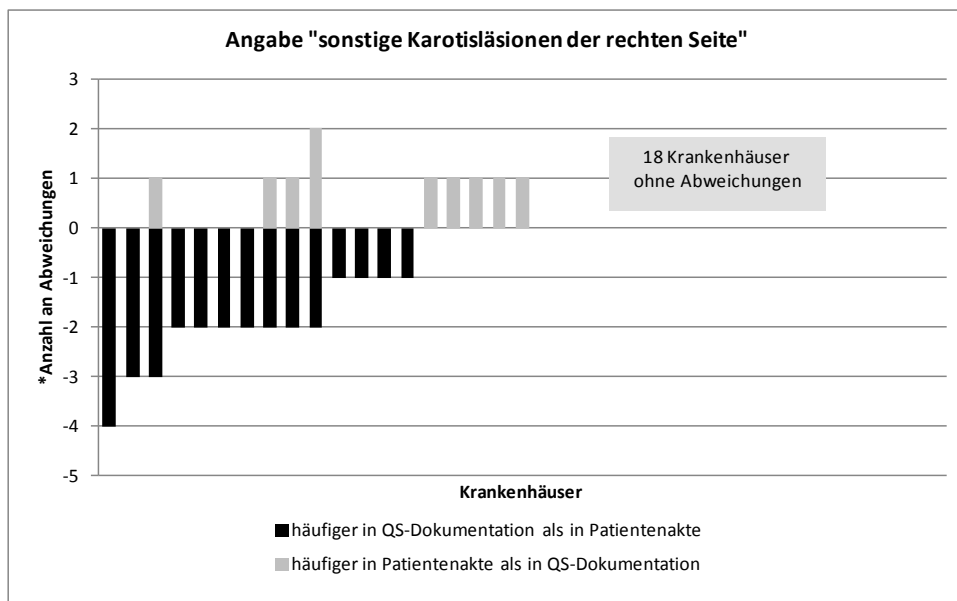
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	680	97,7 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	47 6,8 %	28 4,0 %	4 0,6 %	79 11,4 %
	nein	10 1,4 %	595 85,5 %	12 1,7 %	617 88,6 %
Gesamt		57 8,2 %	623 89,5 %	16 2,3 %	696 100,0 %

*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	642/680	94,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	38/680	5,6 %
Sensitivität	47/57	82,5 %
Spezifität	595/623	95,5 %
positiv prädiktiver Wert	47/75	62,7 %
negativ prädiktiver Wert	595/605	98,3 %



1.2.9 Datenfeld 35–38: sonstige Karotisläsionen der rechten Seite (gesamt)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte sonstige Karotisläsionen der rechten Seite vorliegen

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	44	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	44/44	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	42/44	95,5 %

*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.

Anmerkungen:

„sonstige Karotisläsionen der rechten Seite (gesamt)“ umfasst: exulzierende Plaques, Aneurysma, symptomatisches Coiling, Mehretagenläsion

1.2.10 Datenfeld 40: sonstige Karotisläsionen der linken Seite

Grundgesamtheit:

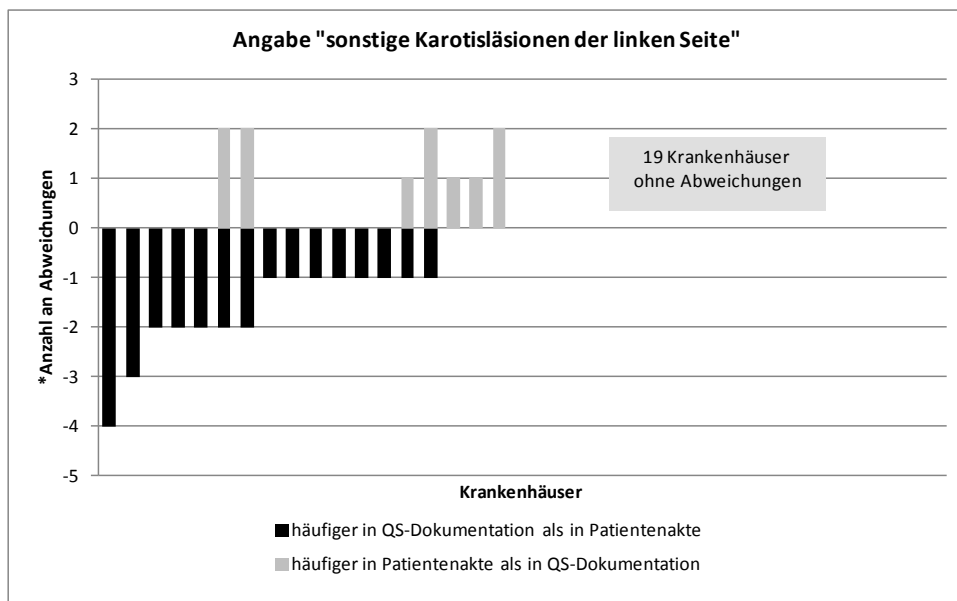
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	681	97,8 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	58 8,3 %	25 3,6 %	5 0,7 %	88 12,6 %
	nein	11 1,6 %	587 84,3 %	10 1,4 %	608 87,4 %
Gesamt		69 9,9 %	612 87,9 %	15 2,2 %	696 100,0 %

*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	645/681	94,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	36/681	5,3 %
Sensitivität	58/69	84,1 %
Spezifität	587/612	95,9 %
positiv prädiktiver Wert	58/83	69,9 %
negativ prädiktiver Wert	587/598	98,2 %



1.2.11 Datenfeld 41–44: sonstige Karotisläsionen der linken Seite (gesamt)**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte sonstige Karotisläsionen der linken Seite vorliegen

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	50	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	50/50	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	49/50	98,0 %

*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:

„sonstige Karotisläsionen der linken Seite (gesamt)“ umfasst: exulzierende Plaques, Aneurysma, symptomatisches Coiling, Mehretagenläsion

1.2.12 Datenfeld 50: Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	624	89,7 %

		in Patientenakte						aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
		ASA 1	ASA 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5			
in QS-Dokumentation	ASA 1	17 2,4 %	10 1,4 %	5 0,7 %	1 0,1 %	0 0,0 %	12 1,7 %	45 6,5 %	
	ASA 2	0 0,0 %	109 15,7 %	46 6,6 %	3 0,4 %	0 0,0 %	28 4,0 %	186 26,7 %	
	ASA 3	0 0,0 %	35 5,0 %	377 54,2 %	7 1,0 %	0 0,0 %	31 4,5 %	450 64,7 %	
	ASA 4	0 0,0 %	1 0,1 %	3 0,4 %	10 1,4 %	0 0,0 %	1 0,1 %	15 2,2 %	
	ASA 5	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	
Gesamt		17 2,4 %	155 22,3 %	431 61,9 %	21 3,0 %	0 0,0 %	72 10,3 %	696 100,0 %	

*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:

ASA 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient

ASA 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung

ASA 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung

ASA 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung

ASA 5 = moribunder Patient

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	513/624	82,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	111/624	17,8 %

1.2.13 Datenfeld 53: therapierte Seite**Grundgesamtheit:**

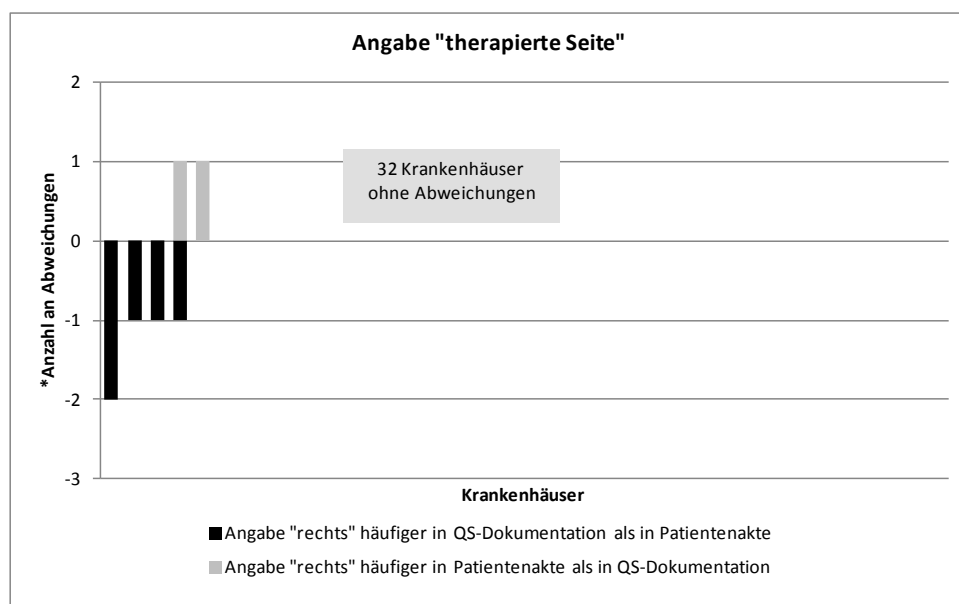
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	695	99,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		rechts	links	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	rechts	352 50,6 %	5 0,7 %	0 0,0 %	357 51,3 %
	links	2 0,3 %	336 48,3 %	1 0,1 %	339 48,7 %
Gesamt		354 50,9 %	341 49,0 %	1 0,1 %	696 100,0 %

*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	688/695	99,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/695	1,0 %
Sensitivität	352/354	99,4 %
Spezifität	336/341	98,5 %
positiv prädiktiver Wert	352/357	98,6 %
negativ prädiktiver Wert	336/338	99,4 %



1.2.14 Datenfeld 56: Art des Eingriffs

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	694	99,7 %

		in Patientenakte					Gesamt
		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	1	453 65,1 %	1 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,1 %	455 65,4 %
	2	0 0,0 %	219 31,5 %	0 0,0 %	1 0,1 %	0 0,0 %	220 31,6 %
	3	4 0,6 %	0 0,0 %	1 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	5 0,7 %
	4	0 0,0 %	5 0,7 %	0 0,0 %	10 1,4 %	1 0,1 %	16 2,3 %
Gesamt		457 65,7 %	225 32,3 %	1 0,1 %	11 1,6 %	2 0,3 %	696 100,0 %

*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 = Offene Operation

2 = PTA/Stent

3 = Umstieg PTA/Stent auf offene Operation

4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	683/694	98,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11/694	1,6 %

1.2.15 Datenfeld 73: Simultaneingriff an arteriellen Gefäßsystem

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	695	99,9 %

		in Patientenakte							aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
		0	1	2	3	4	9			
in QS-Dokumentation	0	645 92,7 %	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 0,6 %	1 0,1 %	652 93,7 %	
	1	1 0,1 %	14 2,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,1 %	0 0,0 %	16 2,3 %	
	2	1 0,1 %	0 0,0 %	3 0,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 0,6 %	
	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 %	
	4	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,3 %	4 0,6 %	0 0,0 %	8 1,1 %	
	9	2 0,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,1 %	13 1,9 %	0 0,0 %	16 2,3 %	
Gesamt		651 93,5 %	16 2,3 %	3 0,4 %	0 0,0 %	3 0,4 %	22 3,2 %	1 0,1 %	696 100,0 %	

*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 = nein
- 1 = Aorto-koronarer Bypass
- 2 = periphere arterielle Rekonstruktion
- 3 = Aortenrekonstruktion
- 4 = PTA/Stent intrakraniell
- 9 = sonstige

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	677/695	97,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	18/695	2,6 %

1.2.16 Datenfeld 76: Art der Intervention**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte als Art des Eingriffs PTA/Stent oder PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	235	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	235	100,0 %

		in Patientenakte				Gesamt
		PTA	Stent	PTA plus Stent	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	PTA	9 3,8 %	0 0,0 %	2 0,9 %	0 0,0 %	11 4,7 %
	Stent	0 0,0 %	10 4,3 %	6 2,6 %	0 0,0 %	16 6,8 %
	PTA plus Stent	0 0,0 %	0 0,0 %	208 88,5 %	0 0,0 %	208 88,5 %
Gesamt		9 3,8 %	10 4,3 %	216 91,9 %	0 0,0 %	235 100,0 %

*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	227/235	96,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8/235	3,4 %

1.2.17 Datenfelder 83: intraprozedurale Lyse/ Thrombektomie

Grundgesamtheit:

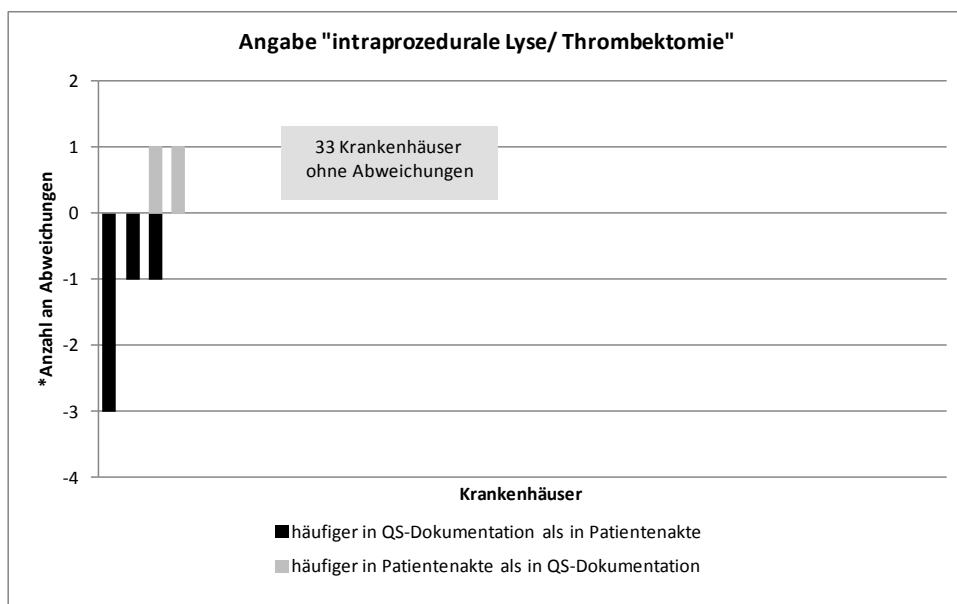
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte als Art des Eingriffs PTA/Stent oder PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	235	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	235	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	12 5,1 %	5 2,1 %	0 0,0 %	17 7,2 %
	nein	2 0,9 %	216 91,9 %	0 0,0 %	218 92,8 %
Gesamt		14 6,0 %	221 94,0 %	0 0,0 %	235 100,0 %

*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	228/235	97,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/235	3,0 %
Sensitivität	12/14	85,7 %
Spezifität	216/221	97,7 %
positiv prädiktiver Wert	12/17	70,6 %
negativ prädiktiver Wert	216/218	99,1 %



1.2.18 Datenfeld 88: TEA**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte als Art des Eingriffs offene Operation oder Umstieg PTA/Stent auf offene Operation dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	458	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	457	99,8 %

		in Patientenakte								Gesamt
		0	1	2	3	4	5	9	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	0	149 32,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	1 0,2 %	2 0,4 %	0 0,0 %	153 33,4 %
	1	1 0,2 %	14 3,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	15 3,3 %
	2	0 0,0 %	0 0,0 %	17 3,7 %	0 0,0 %	2 0,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	19 4,1 %
	3	0 0,0 %	0 0,0 %	8 1,7 %	1 0,2 %	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	10 2,2 %
	4	1 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	94 20,5 %	0 0,0 %	3 0,7 %	0 0,0 %	98 21,4 %
	5	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	9 2,0 %	0 0,0 %	1 0,2 %	10 2,2 %
	9	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	153 33,4 %	0 0,0 %	153 33,4 %
Gesamt		151 33,0 %	14 3,1 %	25 5,5 %	1 0,2 %	98 21,4 %	10 2,2 %	158 34,5 %	1 0,2 %	458 100,0 %

*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 = nein
- 1 = mit Venen-Patch
- 2 = mit PTFE-Patch
- 3 = mit Polyurethan-Patch
- 4 = mit Dacron-Patch
- 5 = mit Direktnaht
- 9 = sonstige (z.B. Xenomaterial)

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	437/457	95,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	20/457	4,4 %

1.2.19 Datenfeld 97: Abklemmdauer**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Angabe erfolgt ist

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	579	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	597/597	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation mit einer Minute Toleranz	495/597	82,9 %

*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.

1.2.20 Datenfelder 103: Neuauftretenes neurologisches Defizit

Grundgesamtheit:

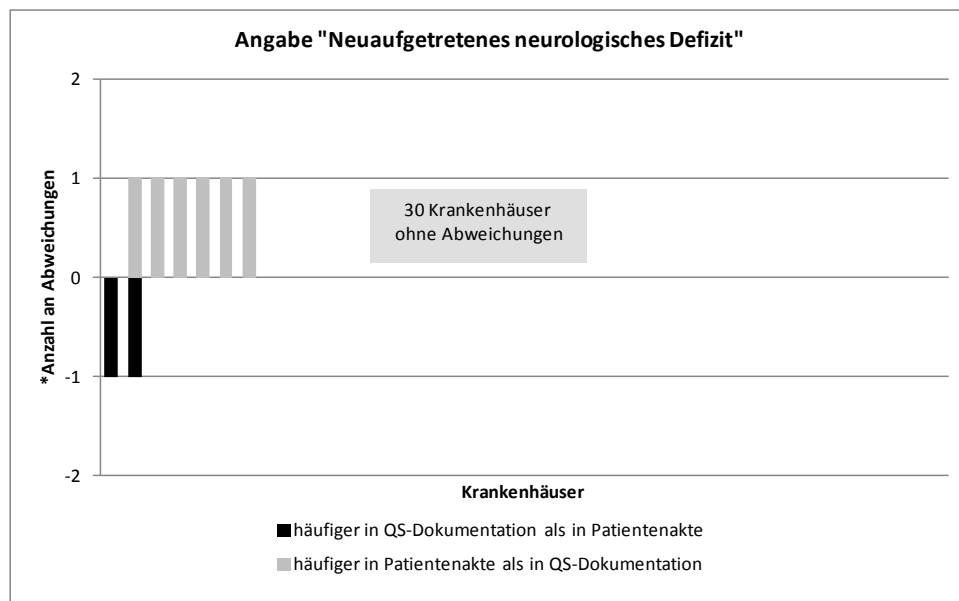
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	695	99,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		Periprozeduraler Schlaganfall	TIA/nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	Periprozeduraler Schlaganfall	10 1,4 %	2 0,3 %	0 0,0 %	12 1,7 %
	TIA/nein	6 0,9 %	677 97,3 %	1 0,1 %	684 98,3 %
Gesamt		16 2,3 %	679 97,6 %	1 0,1 %	696 100,0 %

*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	687/695	98,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8/695	1,2 %
Sensitivität	10/16	62,5 %
Spezifität	677/679	99,7 %
positiv prädiktiver Wert	10/12	83,3 %
negativ prädiktiver Wert	677/683	99,1 %



1.2.21 Datenfeld 104: Schweregrad des neurologischen Defizits**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte ein periprozeduraler Schlaganfall vorliegt

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	10	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	10	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		Rankin 0-3	Rankin 4-6	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	Rankin 0-3	5 50,0 %	1 10,0 %	0 0,0 %	6 60,0 %
	Rankin 4-6	0 0,0 %	4 40,0 %	0 0,0 %	4 40,0 %
Gesamt		5 50,0 %	5 50,0 %	0 0,0 %	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	9/10	90,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/10	10,0 %
Sensitivität	5/5	100,0 %
Spezifität	4/5	80,0 %
positiv prädiktiver Wert	5/6	83,3 %
negativ prädiktiver Wert	4/4	100,0 %

Anmerkungen:

0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar

1 = Rankin 1: Apoplex mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit

2 = Rankin 2: leichter Apoplex mit funktionell geringgradigem Defizit und/oder leichter Aphasie

3 = Rankin 3: mittelschwerer Apoplex mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und/oder mittelschwerer Aphasie

4 = Rankin 4: schwerer Apoplex, Gehen nur mit Hilfe möglich und/oder komplette Aphasie

5 = invalidisierender Apoplex: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig

9 = Apoplex mit tödlichem Ausgang

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch ein Krankenhaus bedingt.

1.2.22 Datenfelder 111: lokale Komplikationen

Grundgesamtheit:

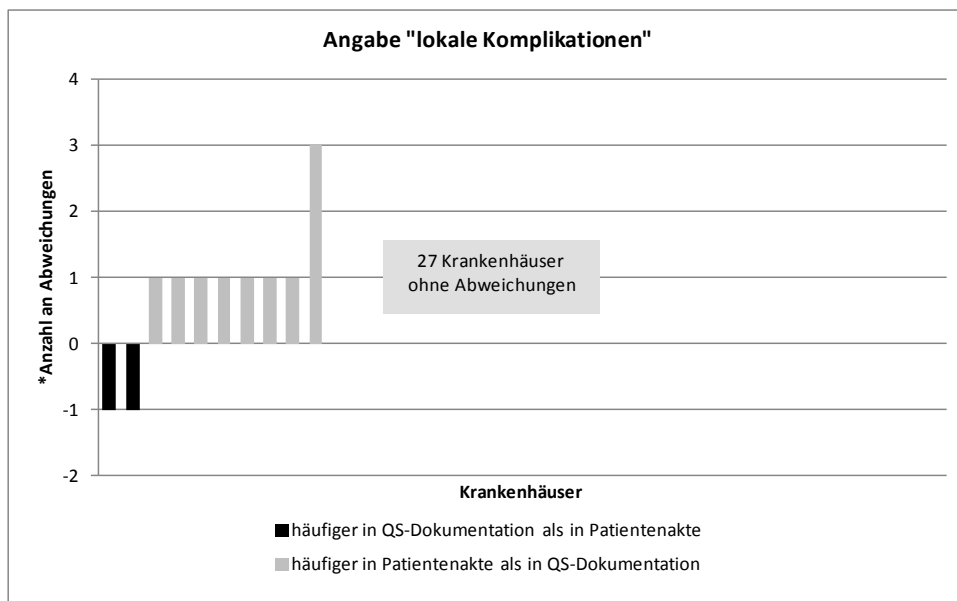
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	695	99,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	19 2,7 %	2 0,3 %	0 0,0 %	21 3,0 %
	nein	10 1,4 %	664 95,4 %	1 0,1 %	675 97,0 %
Gesamt		29 4,2 %	666 95,7 %	1 0,1 %	696 100,0 %

*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	683/695	98,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	12/695	1,7 %
Sensitivität	19/29	65,5 %
Spezifität	664/666	99,7 %
positiv prädiktiver Wert	19/21	90,5 %
negativ prädiktiver Wert	664/674	98,5 %



1.2.23 Datenfeld 112–117: lokale Komplikationen (gesamt)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte lokale Komplikationen vorliegen

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	20	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	20/20	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	19/20	95,0 %

*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:

"lokale Komplikationen (gesamt)" umfasst: OP-pflichtige Nachblutung, Nervenläsion als Folge des Eingriffs, Karotisverschluss, behandlungsbedürftige Komplikation(en) an der Punktionsstelle, sonstige

1.2.24 Datenfelder 118: allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)

Grundgesamtheit:

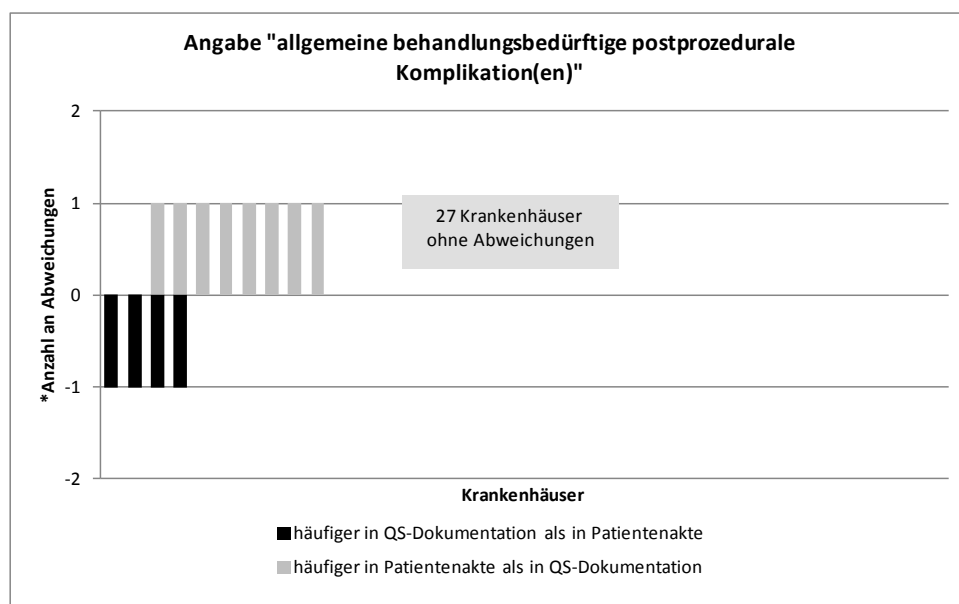
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	695	99,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	16 2,3 %	4 0,6 %	0 0,0 %	20 2,9 %
	nein	8 1,1 %	667 95,8 %	1 0,1 %	676 97,1 %
Gesamt		24 3,4 %	671 96,4 %	1 0,1 %	696 100,0 %

*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	683/695	98,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	12/695	1,7 %
Sensitivität	16/24	66,7 %
Spezifität	667/671	99,4 %
positiv prädiktiver Wert	16/20	80,0 %
negativ prädiktiver Wert	667/675	98,8 %



1.2.25 Datenfelder 119–124: allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en) (gesamt)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en) vorliegen

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	22	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	22/22	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	20/22	90,9 %

*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.

Anmerkungen:

„allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en) (gesamt)“ umfasst: Herzinfarkt, sonstige kardiovaskuläre Komplikation(en), tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, pulmonale Komplikationen, sonstige

1.2.26 Datenfeld 127: Entlassungsgrund (Tod)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	696	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	695	99,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	3 0,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 0,4 %
	nein	0 0,0 %	692 99,4 %	1 0,1 %	693 99,6 %
Gesamt		3 0,4 %	692 99,4 %	1 0,1 %	696 100,0 %

*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	695/695	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/695	0,0 %
Sensitivität	3/3	100,0 %
Spezifität	692/692	100,0 %
positiv prädiktiver Wert	3/3	100,0 %
negativ prädiktiver Wert	692/692	100,0 %

2 Umfassende Datenvalidierung: Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

2.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

850326: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen

Zähler	Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkprothese“ (ICD T84.5) dokumentiert wurde, jedoch keine Entzündungszeichen im Labor vorlagen, kein Erregernachweis durchgeführt wurden bzw. mit negativem Ergebnis, keine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde und bei denen es sich um einen aseptischen Eingriff handelt
Nenner	Alle Patienten
Referenzbereich	≤ 17,8 % (95. Perzentil)
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

850327: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Zähler	Patienten ohne behandlungsbedürftige intra-/postoperative Komplikation, ohne Wundinfektion und allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation
Nenner	Alle Patienten mit einer postoperativen Verweildauer > 90. Perzentil (nach der ersten Operation) aus Krankenhäusern, die keine geriatrische Frührehabilitative Komplexbehandlungen (OPS: 8-55*) abrechnen
Referenzbereich	< 100, 0 %
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	-

850328: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen

Zähler	Patientinnen ohne behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation, ohne Wundinfektion und allgemein behandlungsbedürftige postoperative Komplikation
Nenner	Alle Patienten, bei denen die Entlassungsdiagnose „Komplikationen bei Eingriffe, anderorts nicht klassifiziert (ICD: T81* ohne T81.1 und T81.9) dokumentiert wurde
Referenzbereich	> 75,0 %
Mindestzahl Zähler	2
Mindestzahl Nenner	5

850329: ASA 5 bei elektiven Eingriffen

Zähler	Patienten mit ASA 5
Nenner	Alle Patienten
Referenzbereich	= 0
Mindestzahl Zähler	-
Mindestzahl Nenner	-

2.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
850326	26	0 (0,0 %)	1 (3,8 %)	25 (96,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (11,5 %)
850327	104	0 (0,0 %)	37 (35,5 %)	67 (64,4 %)	0 (0,0 %)	1 (1,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850328	30	0 (0,0 %)	1 (3,3 %)	29 (96,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (6,7 %)
850329	10	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850330	28	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	28 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,6 %)
Gesamt	198	0 (0,0 %)	39 (19,7 %)	159 (80,3 %)	0 (0,0 %)	1 (0,5 %)	0 (0,0 %)	6 (3,0 %)

2.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	18	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	18 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,6 %)
Bayern	20	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	20 (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 %)	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	17	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	17 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	23	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	23 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	60	0 (0,0 %)	35 (58,3 %)	25 (41,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (8,3 %)
Rheinland-Pfalz	14	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	0	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen	10	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	8	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	7	0 (0,0 %)	4 (57,1 %)	3 (42,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	198	0 (0,0 %)	39 (19,7 %)	159 (80,3 %)	0 (0,0 %)	1 (0,5 %)	0 (0,0 %)	6 (3,0 %)

2.1.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
850326	25	9 (36,0 %)	0 (0,0 %)	4 (16,0 %)	12 (48,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850327	67	33 (49,3 %)	0 (0,0 %)	3 (4,5 %)	28 (41,8 %)	0 (0,0 %)	3 (4,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850328	29	7 (24,1 %)	0 (0,0 %)	2 (6,9 %)	18 (62,1 %)	0 (0,0 %)	1 (3,4 %)	0 (0,0 %)	1 (3,4 %)
850329	10	6 (60,0 %)	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)	3 (30,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
850330	28	14 (50,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,67 %)	13 (46,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	159	69 (43,4 %)	0 (0,0 %)	11 (6,9 %)	74 (46,5 %)	0 (0,0 %)	4 (2,5 %)	0 (0,0 %)	1 (0,6 %)

2.1.5 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
Baden-Württemberg	18	8 (44,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (55,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	20	6 (30,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (70,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	7	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (42,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	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 %)
Bremen	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 %)
Hamburg	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 %)
Hessen	17	3 (17,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (82,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	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 %)
Niedersachsen	23	11 (47,8 %)	0 (0,0 %)	2 (8,7 %)	8 (34,8 %)	0 (0,0 %)	2 (8,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	25	12 (48,0 %)	0 (0,0 %)	6 (24 %)	6 (24,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,0 %)
Rheinland-Pfalz	14	7 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen	10	4 (40,0 %)	0 (0,0 %)	2 (20,0 %)	3 (30,0 %)	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	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 %)
Schleswig-Holstein	8	2 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (62,5 %)	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	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 %)
Gesamt	159	69 (43,4 %)	0 (0,0 %)	11 (6,9 %)	74 (46,5 %)	0 (0,0 %)	4 (2,5 %)	0 (0,0 %)	1 (0,6 %)

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

2.2.1 Datenfeld 13: Zweizeitiger Wechsel

Grundgesamtheit:

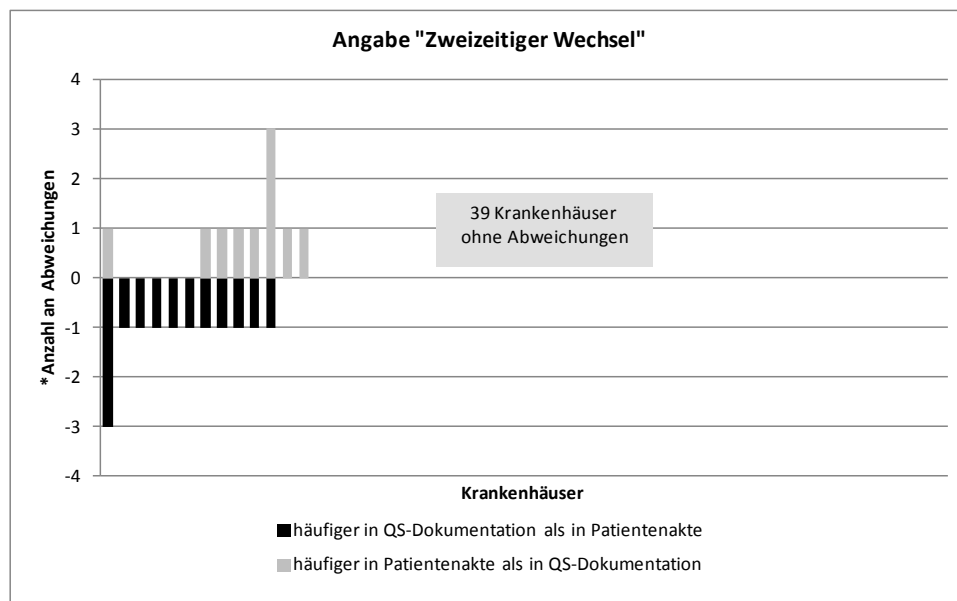
Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte eine Angabe erfolgt ist

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	572	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	572	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	126 22,0 %	13 2,3 %	0 0,0 %	139 24,3 %
	nein	10 1,7 %	423 74,0 %	0 0,0 %	433 75,7 %
Gesamt		136 23,8 %	436 76,2 %	0 0,0 %	572 100,0 %

*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	549/572	96,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	23/572	4,0 %
Sensitivität	126/136	92,6 %
Spezifität	423/436	97,0 %
positiv prädiktiver Wert	126/139	90,6 %
negativ prädiktiver Wert	423/433	97,7 %



2.2.2 Datenfeld 15: Entzündungszeichen im Labor

Grundgesamtheit:

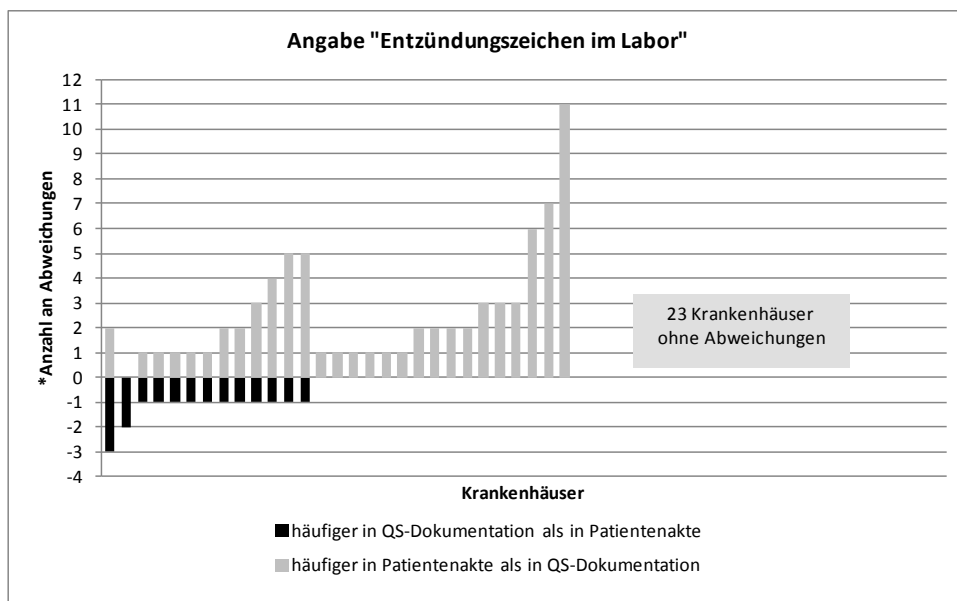
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	745	99,5 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	112 15,0 %	16 2,1 %	2 0,3 %	130 17,4 %
	nein	75 10,0 %	542 72,4 %	2 0,3 %	619 82,6 %
Gesamt		187 25,0 %	558 74,5 %	4 0,5 %	749 100,0 %

*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	654/745	87,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	91/745	12,2 %
Sensitivität	112/187	59,9 %
Spezifität	542/558	97,1 %
positiv prädiktiver Wert	112/128	87,5 %
negativ prädiktiver Wert	542/617	87,8 %



2.2.3 Datenfeld 17: Erregernachweis

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	711	94,9 %

		in Patientenakte				Gesamt
		nicht durchgeführt	durchgeführt, negativ	durchgeführt, positiv	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	nicht durchgeführt	157 21,0 %	35 4,7 %	3 0,4 %	7 0,9 %	202 27,0 %
	durchgeführt, negativ	89 11,9 %	328 43,8 %	16 2,1 %	29 3,9 %	462 61,7 %
	durchgeführt, positiv	10 1,3 %	5 0,7 %	68 9,1 %	2 0,3 %	85 11,3 %
Gesamt		256 34,2 %	368 49,1 %	87 11,6 %	38 5,1 %	749 100,0 %

*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	553/711	77,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	158/711	22,2 %

2.2.4 Datenfeld 18: Implantatwanderung/-versagen

Grundgesamtheit:

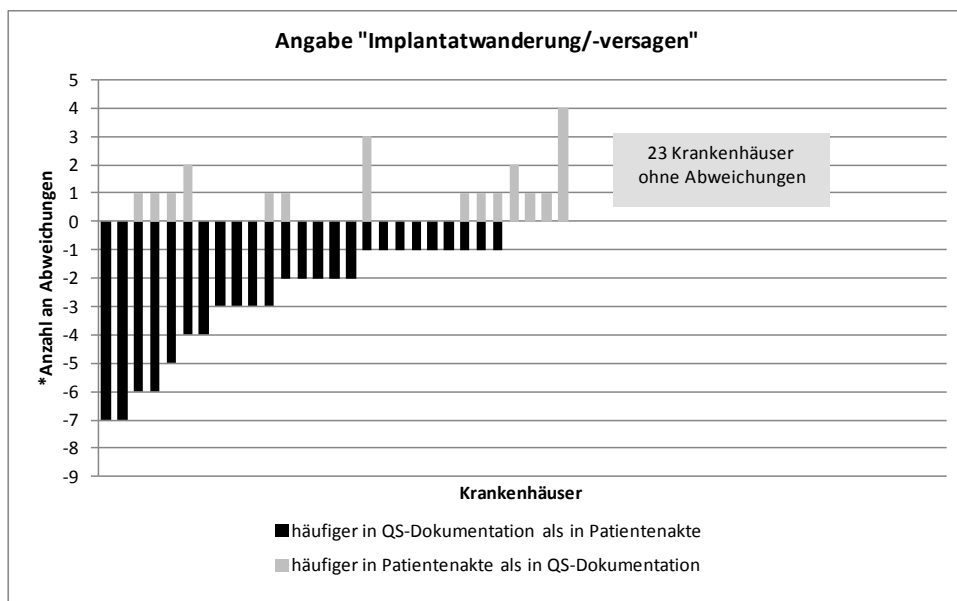
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	746	99,6 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	121 16,2 %	78 10,4 %	0 0,0 %	199 26,6 %
	nein	21 2,8 %	526 70,2 %	3 0,4 %	550 73,4 %
Gesamt		142 19,0 %	604 80,6 %	3 0,4 %	749 100,0 %

*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	647/746	86,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	99/746	13,3 %
Sensitivität	121/142	85,2 %
Spezifität	526/604	87,1 %
positiv prädiktiver Wert	121/199	60,8 %
negativ prädiktiver Wert	526/547	96,2 %



2.2.5 Datenfeld 19: Lockerung Femur-Komponente

Grundgesamtheit:

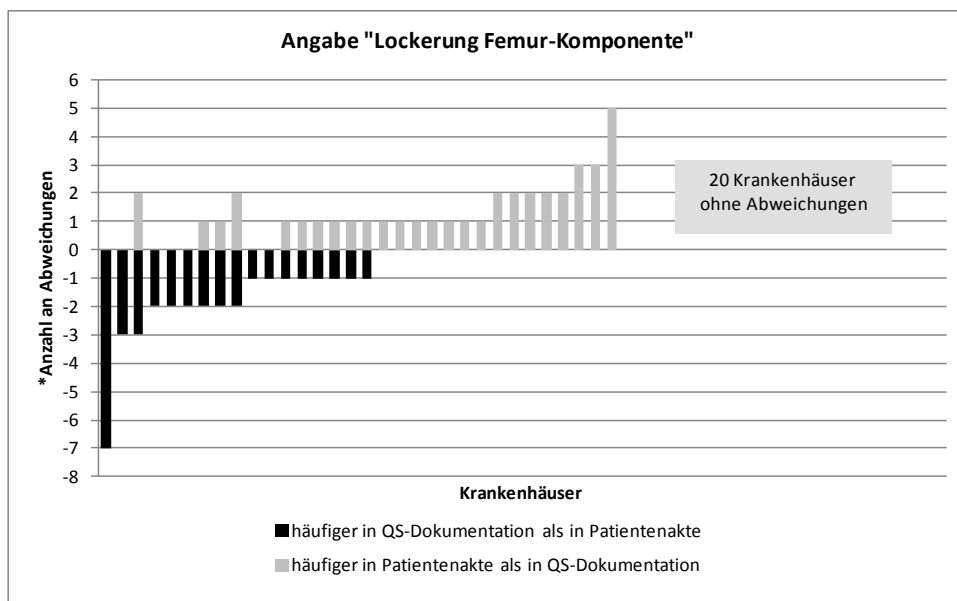
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	745	99,5 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	172 23,0 %	33 4,4 %	0 0,0 %	205 27,4 %
	nein	40 5,3 %	500 66,8 %	4 0,5 %	544 72,6 %
Gesamt		212 28,3 %	533 71,2 %	4 0,5 %	749 100,0 %

*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	672/745	90,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	73/745	9,8 %
Sensitivität	172/212	81,1 %
Spezifität	500/533	93,8 %
positiv prädiktiver Wert	172/205	83,9 %
negativ prädiktiver Wert	500/540	92,6 %



2.2.6 Datenfeld 20: Lockerung Tibia-Komponente

Grundgesamtheit:

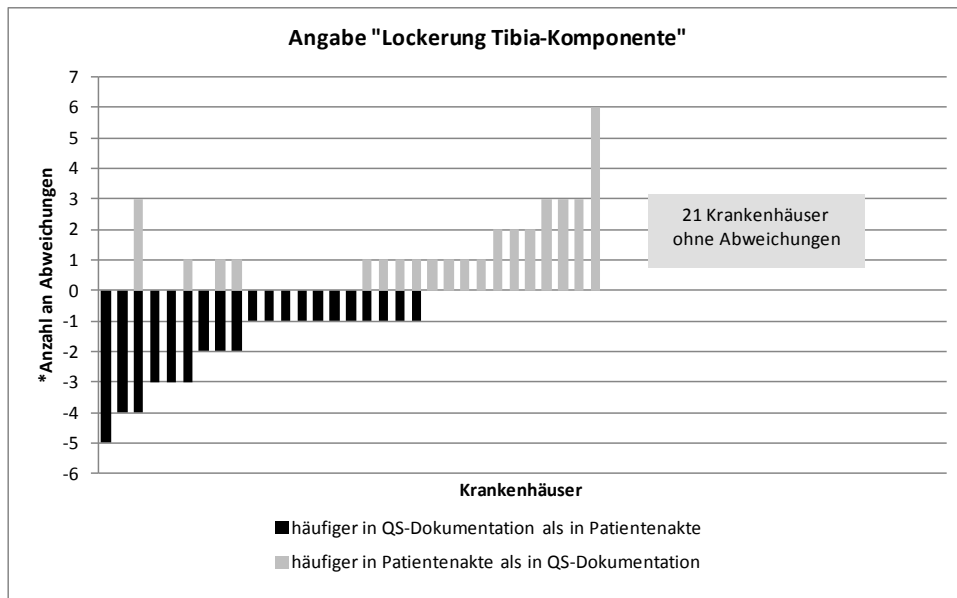
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	745	99,5 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	257 34,3 %	39 5,2 %	1 0,1 %	297 39,7 %
	nein	35 4,7 %	414 55,3 %	3 0,4 %	452 60,3 %
Gesamt		292 39,0 %	453 60,5 %	4 0,5 %	749 100,0 %

*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	671/745	90,1 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	74/745	9,9 %
Sensitivität	257/292	88,0 %
Spezifität	414/453	91,4 %
positiv prädiktiver Wert	257/296	86,8 %
negativ prädiktiver Wert	414/449	92,2 %



2.2.7 Datenfeld 21: Lockerung Patella-Komponente

Grundgesamtheit:

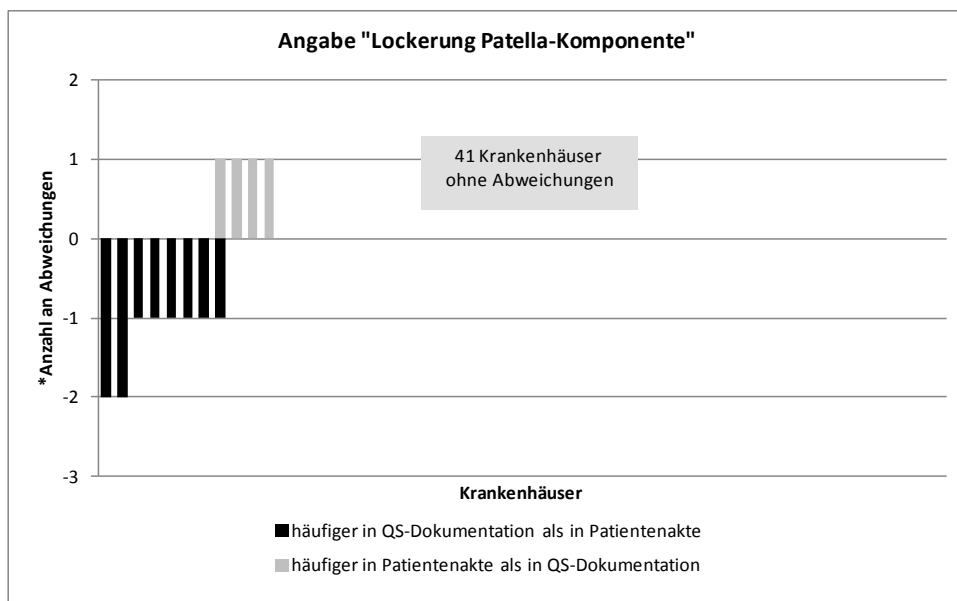
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	745	99,5 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	17 2,3 %	10 1,3 %	0 0,0 %	27 3,6 %
	nein	4 0,5 %	714 95,3 %	4 0,5 %	722 96,4 %
Gesamt		21 2,8 %	724 96,7 %	4 0,5 %	749 100,0 %

*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	731/745	98,1 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	14/745	1,9 %
Sensitivität	17/21	81,0 %
Spezifität	714/724	98,6 %
positiv prädiktiver Wert	17/27	63,0 %
negativ prädiktiver Wert	714/718	99,4 %



2.2.8 Datenfeld 22: Substanzverlust Femur

Grundgesamtheit:

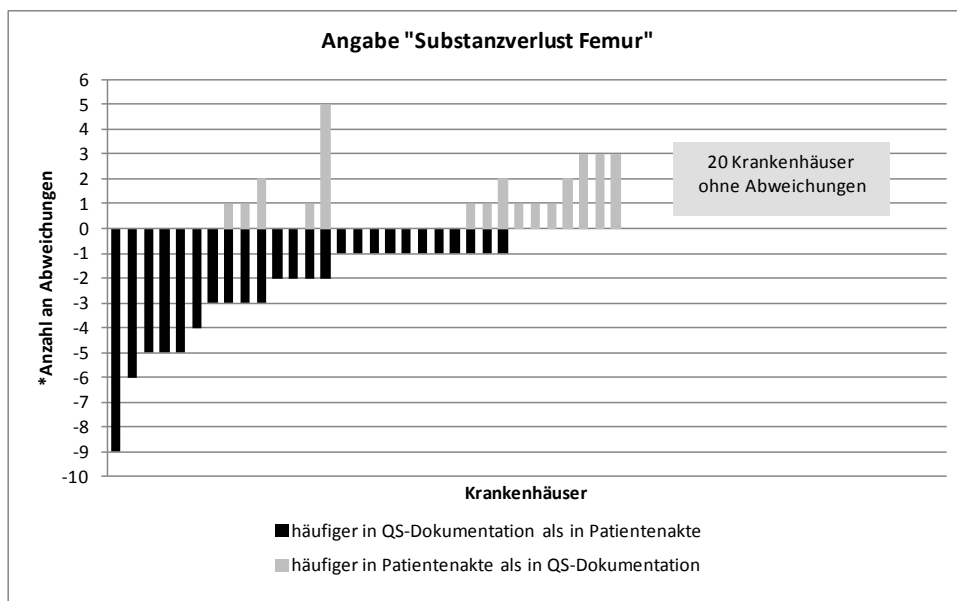
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	744	99,3 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	142 19,0 %	65 8,7 %	2 0,3 %	209 27,9 %
	nein	28 3,7 %	509 68,0 %	3 0,4 %	540 72,1 %
Gesamt		170 22,7 %	574 76,6 %	5 0,7 %	749 100,0 %

*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	651/744	87,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	93/744	12,5 %
Sensitivität	142/170	83,5 %
Spezifität	509/574	88,7 %
positiv prädiktiver Wert	142/207	68,6 %
negativ prädiktiver Wert	509/537	94,8 %



2.2.9 Datenfeld 23: Substanzverlust Tibia

Grundgesamtheit:

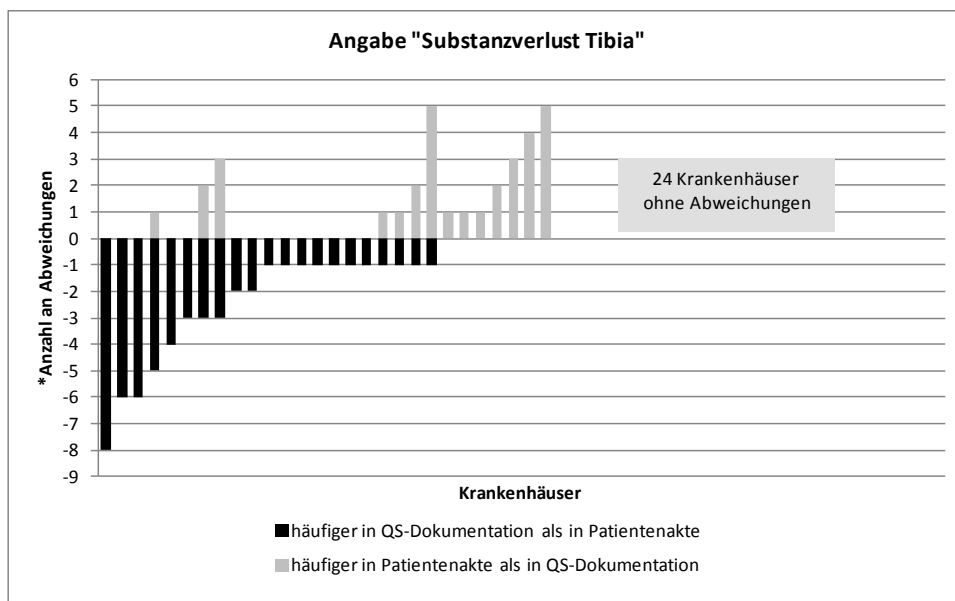
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	742	99,1 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	183 24,4 %	53 7,1 %	4 0,5 %	240 32,0 %
	nein	32 4,3 %	474 63,3 %	3 0,4 %	509 68,0 %
Gesamt		215 28,7 %	527 70,4 %	7 0,9 %	749 100,0 %

*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	657/742	88,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	85/742	11,5 %
Sensitivität	183/215	85,1 %
Spezifität	474/527	89,9 %
positiv prädiktiver Wert	183/236	77,5 %
negativ prädiktiver Wert	474/506	93,7 %



2.2.10 Datenfeld 24: Verschleiß der Gleitfläche

Grundgesamtheit:

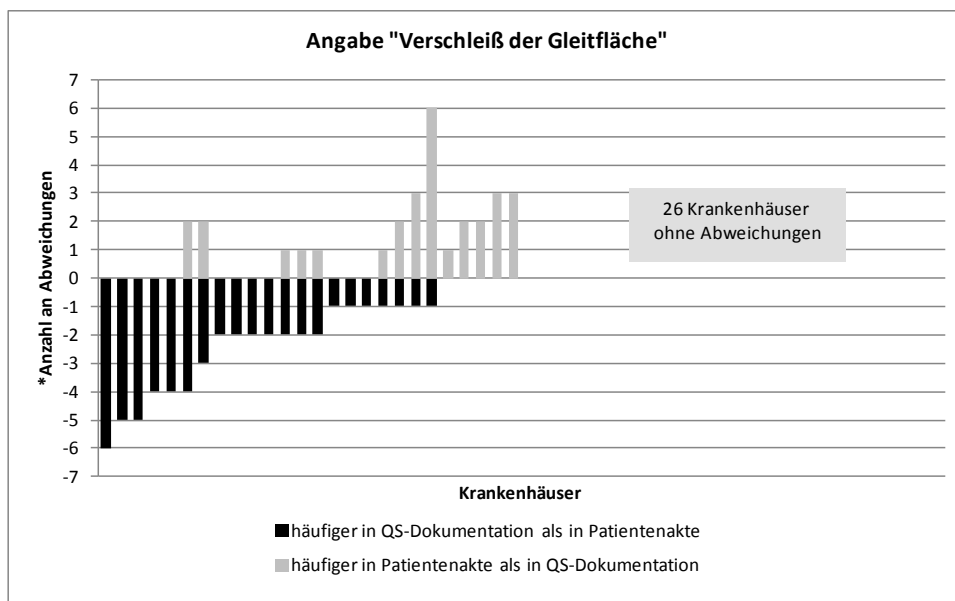
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	742	99,1 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	153 20,4 %	52 6,9 %	3 0,4 %	208 27,8 %
	nein	30 4,0 %	507 67,7 %	4 0,5 %	541 72,2 %
Gesamt		183 24,4 %	559 74,6 %	7 0,9 %	749 100,0 %

*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	660/742	88,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	82/742	11,1 %
Sensitivität	153/183	83,6 %
Spezifität	507/559	90,7 %
positiv prädiktiver Wert	153/205	74,6 %
negativ prädiktiver Wert	507/537	94,4 %



2.2.11 Datenfeld 25: periprothetische Fraktur

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	747	99,7 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	25 3,3 %	6 0,8 %	0 0,0 %	31 4,1 %
	nein	5 0,7 %	711 94,9 %	2 0,3 %	718 95,9 %
Gesamt		30 4,0 %	717 95,7 %	2 0,3 %	749 100,0 %

*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	736/747	98,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11/747	1,5 %
Sensitivität	25/30	83,3 %
Spezifität	711/717	99,2 %
positiv prädiktiver Wert	25/31	80,6 %
negativ prädiktiver Wert	711/716	99,3 %



2.2.12 Datenfeld 26: Prothesen(sub)luxation

Grundgesamtheit:

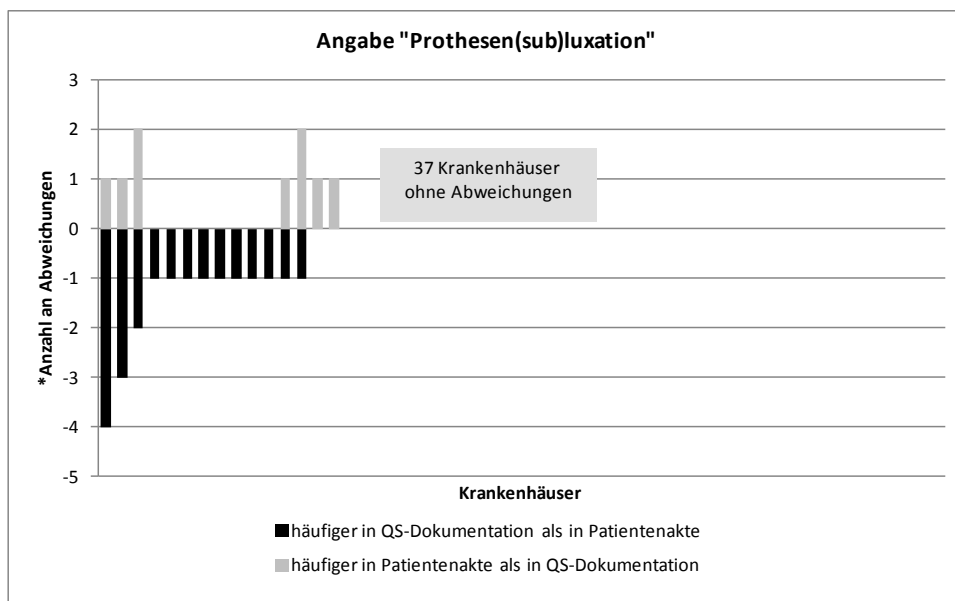
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	747	99,7 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	42 5,6 %	19 2,5 %	0 0,0 %	61 8,1 %
	nein	9 1,2 %	677 90,4 %	2 0,3 %	688 91,9 %
Gesamt		51 6,8 %	696 92,9 %	2 0,3 %	749 100,0 %

*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	719/747	96,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	28/747	3,7 %
Sensitivität	42/51	82,4 %
Spezifität	677/696	97,3 %
positiv prädiktiver Wert	42/61	68,9 %
negativ prädiktiver Wert	677/686	98,7 %



2.2.13 Datenfeld 29: Einstufung nach ASA-Klassifikation**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	715	95,5 %

		in Patientenakte						Gesamt
		ASA 1	ASA 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ASA 1	17 2,3 %	9 1,2 %	4 0,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 0,4 %	33 4,4 %
	ASA 2	5 0,7 %	308 41,1 %	65 8,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	19 2,5 %	397 53,0 %
	ASA 3	1 0,1 %	38 5,1 %	260 34,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	12 1,6 %	311 41,5 %
	ASA 4	0 0,0 %	0 0,0 %	3 0,4 %	5 0,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	8 1,1 %
	ASA 5	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
Gesamt		23 3,1 %	355 47,4 %	332 44,3 %	5 0,7 %	0 0,0 %	34 4,5 %	749 100,0 %

*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:

ASA 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient

ASA 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung

ASA 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung

ASA 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung

ASA 5 = moribunder Patient

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	590/715	82,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	125/715	17,5 %

2.2.14 Datenfeld 30: Wundkontaminationsklassifikation**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	749	100,0 %

		in Patientenakte					Gesamt
		aseptische Eingriffe	bedingt aseptische Eingriffe	kontaminierte Eingriffe	septische Eingriffe	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	aseptische Eingriffe	622 83,0 %	7 0,9 %	0 0,0 %	17 2,3 %	0 0,0 %	646 86,2 %
	bedingt aseptische Eingriffe	18 2,4 %	27 3,6 %	3 0,4 %	14 1,9 %	0 0,0 %	62 8,3 %
	kontaminierte Eingriffe	1 0,1 %	0 0,0 %	9 1,2 %	2 0,3 %	0 0,0 %	12 1,6 %
	septische Eingriffe	5 0,7 %	1 0,1 %	0 0,0 %	23 3,1 %	0 0,0 %	29 3,9 %
Gesamt		646 86,2 %	35 4,7 %	12 1,6 %	56 7,5 %	0 0,0 %	749 100,0 %

*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	681/749	90,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	68/749	9,1 %

2.2.15 Datenfeld 36: behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)

Grundgesamtheit:

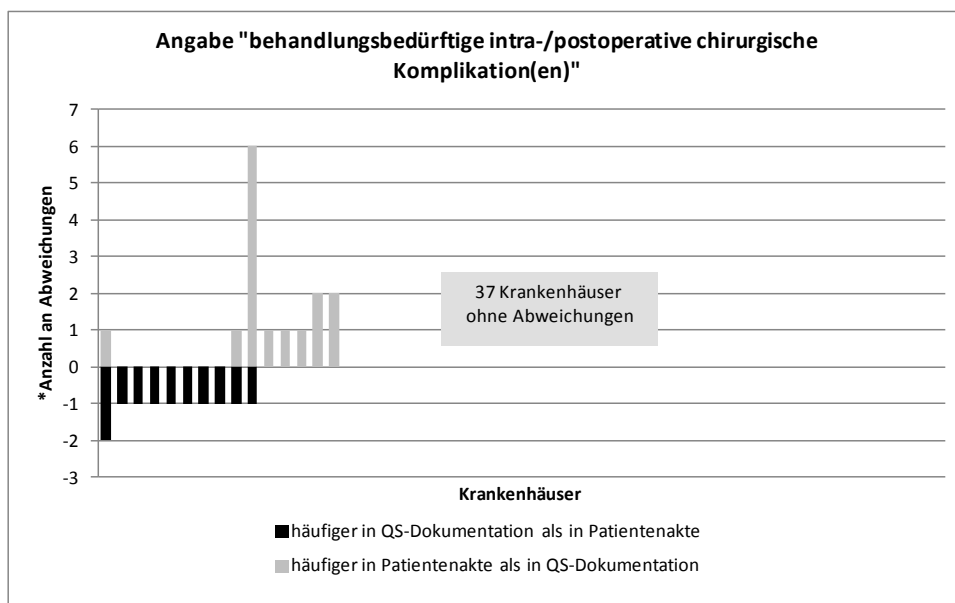
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	749	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	28 3,7 %	11 1,5 %	0 0,0 %	39 5,2 %
	nein	15 2,0 %	695 92,8 %	0 0,0 %	710 94,8 %
Gesamt		43 5,7 %	706 94,3 %	0 0,0 %	749 100,0 %

*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	723/749	96,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	26/749	3,5 %
Sensitivität	28/43	65,1 %
Spezifität	695/706	98,4 %
positiv prädiktiver Wert	28/39	71,8 %
negativ prädiktiver Wert	695/710	97,9 %



2.2.16 Datenfeld 37–44: behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) (gesamt)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) vorliegen

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	28	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	28/28	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	27/28	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.

Anmerkungen:

„behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) (gesamt)“ umfasst: Implantatfehlstelle, Implantatdislokation, Patellafehlstellung, Wundhämatom/Nachblutung, Gefäßläsion, Nervenschaden, Fraktur, sonstige

2.2.17 Datenfeld 45: postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit:

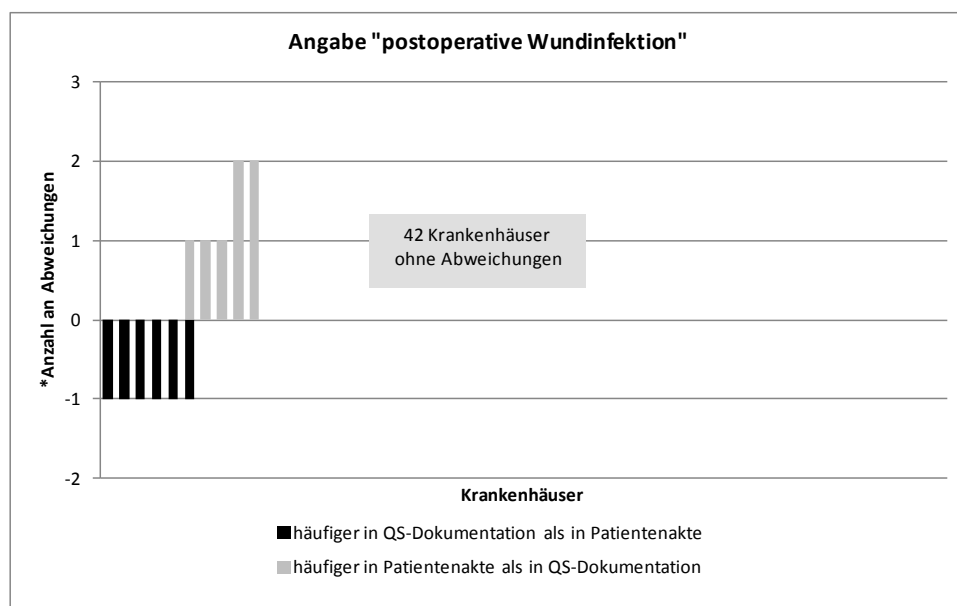
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	749	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	9 1,2 %	6 0,8 %	0 0,0 %	15 2,0 %
	nein	7 0,9 %	727 97,1 %	0 0,0 %	734 98,0 %
Gesamt		16 2,1 %	733 97,9 %	0 0,0 %	749 100,0 %

*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	736/749	98,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	13/749	1,7 %
Sensitivität	9/16	56,3 %
Spezifität	727/733	99,2 %
positiv prädiktiver Wert	9/15	60,0 %
negativ prädiktiver Wert	727/734	99,0 %



2.2.18 Datenfeld 47: Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) oder eine postoperative Wundinfektion vorliegt

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	32	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	32	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	19 59,4 %	3 9,4 %	0 0,0 %	22 68,8 %
	nein	0 0,0 %	10 31,3 %	0 0,0 %	10 31,3 %
Gesamt		19 59,4 %	13 40,6 %	0 0,0 %	32 100,0 %

*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	29/32	90,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/32	9,4 %
Sensitivität	19/19	100,0 %
Spezifität	10/13	76,9 %
positiv prädiktiver Wert	19/22	86,4 %
negativ prädiktiver Wert	10/10	100,0 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch drei Krankenhäuser mit je einer Abweichung bedingt.

2.2.19 Datenfeld 48: allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)

Grundgesamtheit:

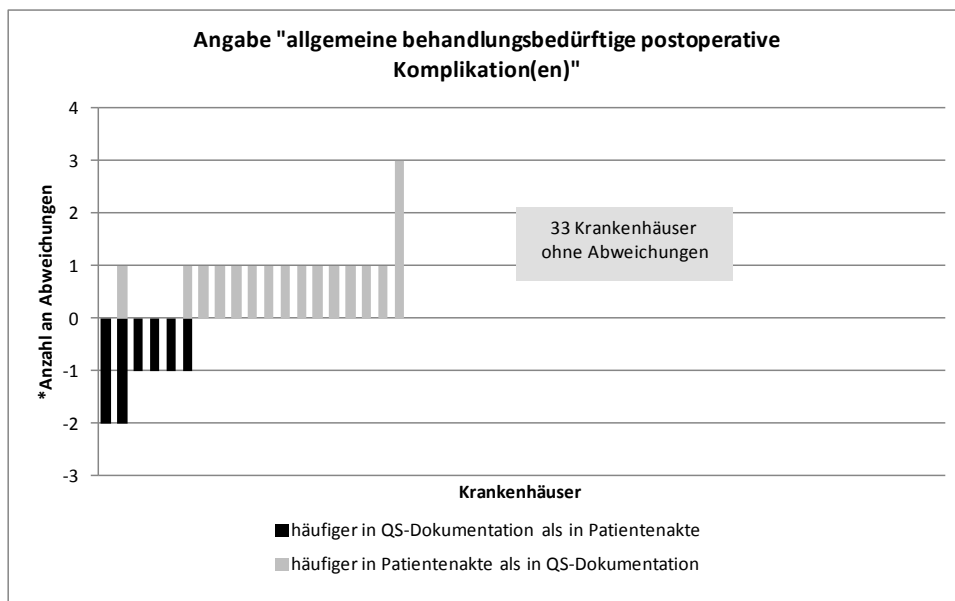
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	749	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	27 3,6 %	8 1,1 %	0 0,0 %	35 4,7 %
	nein	17 2,3 %	697 93,1 %	0 0,0 %	714 95,3 %
Gesamt		44 5,9 %	705 94,1 %	0 0,0 %	749 100,0 %

*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	724/749	96,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	25/749	3,3 %
Sensitivität	27/44	61,4 %
Spezifität	697/705	98,9 %
positiv prädiktiver Wert	27/35	77,1 %
negativ prädiktiver Wert	697/714	97,6 %



2.2.20 Datenfeld 49–53: allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) (gesamt)

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) vorliegen

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	27	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	27/27	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	25/27	92,6 %

*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.

Anmerkungen:

„allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en) (gesamt)*“ umfasst: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikation(en), tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, sonstige

2.2.21 Datenfeld 54: selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, die laut QS-Dokumentation und Patientenakte lebend entlassen wurden

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	745	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	745	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	729 97,9 %	3 0,4 %	0 0,0 %	732 98,3 %
	nein	2 0,3 %	11 1,5 %	0 0,0 %	13 1,7 %
Gesamt		731 98,1 %	14 1,9 %	0 0,0 %	745 100,0 %

*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	740/745	99,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/745	0,7 %
Sensitivität	729/731	99,7 %
Spezifität	11/14	78,6 %
positiv prädiktiver Wert	729/732	99,6 %
negativ prädiktiver Wert	11/13	84,6 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch vier Krankenhäuser mit je einer bzw. zwei Abweichungen bedingt.

2.2.22 Datenfeld 55: War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, bei denen laut QS-Dokumentation und Patientenakte selbstständiges Gehen bei Entlassung nicht möglich war

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	11	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	10	90,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	2 18,2 %	1 9,1 %	0 0,0 %	3 27,3 %
	nein	2 18,2 %	5 45,5 %	1 9,1 %	8 72,7 %
Gesamt		4 36,4 %	6 54,5 %	1 9,1 %	11 100,0 %

*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	7/10	70,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/10	30,0 %
Sensitivität	2/4	50,0 %
Spezifität	5/6	83,3 %
positiv prädiktiver Wert	2/3	66,7 %
negativ prädiktiver Wert	5/7	71,4 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch drei Krankenhäuser mit je einer Abweichung bedingt.

2.2.23 Datenfeld 60: Entlassungsgrund (Tod)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	749	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	749	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS- Dokumentation	ja	4 0,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 0,5 %
	nein	0 0,0 %	745 99,5 %	0 0,0 %	745 99,5 %
Gesamt		4 0,5 %	745 99,5 %	0 0,0 %	749 100,0 %

*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	749/749	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/749	0,0 %
Sensitivität	4/4	100,0 %
Spezifität	745/745	100,0 %
positiv prädiktiver Wert	4/4	100,0 %
negativ prädiktiver Wert	745/745	100,0 %

3 Umfassende Datenvalidierung: Lungen- und Herz-Lungentransplantation

3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Es wurden keine weiteren Auffälligkeitskriterien definiert.

3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

3.2.1 Datenfeld 10: Grunderkrankung

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte						Gesamt
		obstruktive Lungenerkrankungen	restriktive Lungenerkrankungen	pulmonale Hypertension	zystische Fibrose	andere	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	obstruktive Lungenerkrankungen	28 44,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	28 44,4 %
	restriktive Lungenerkrankungen	0 0,0 %	25 39,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	25 39,7 %
	pulmonale Hypertension	1 1,6 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,6 %
	zystische Fibrose	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,6 %	6 9,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	7 11,1 %
	andere	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,6 %	0 0,0 %	1 1,6 %	0 0,0 %	2 3,2 %
Gesamt		29 46,0 %	25 39,7 %	2 3,2 %	6 9,5 %	1 1,6 %	0 0,0 %	63 100,0 %

*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	60/63	95,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/63	4,8 %

3.2.2 Datenfeld 11: Blutgruppe

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte					Gesamt
		A	B	0	AB	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	A	28 44,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	28 44,4 %
	B	0 0,0 %	9 14,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	9 14,3 %
	0	0 0,0 %	0 0,0 %	21 33,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	21 33,3 %
	AB	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	5 7,9 %	0 0,0 %	5 7,9 %
Gesamt		28 44,4 %	9 14,3 %	21 33,3 %	5 7,9 %	0 0,0 %	63 100,0 %

*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	63/63	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/63	0,0 %

3.2.3 Datenfeld 13: Dringlichkeit

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, die eine Herz-Lungen-Transplantation (HLT_x) erhalten haben

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	3	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	2	66,7 %

		in Patientenakte				Gesamt
		High Urgency	urgent	elektiv	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	High Urgency	1 33,3 %	1 33,3 %	0 0,0 %	1 33,3 %	3 100,0 %
	urgent	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	elektiv	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
Gesamt		1 33,3 %	1 33,3 %	0 0,0 %	1 33,3 %	3 100,0 %

*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	1/2	50,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/2	50,0 %

3.2.4 Datenfeld 14: LAS (Lung Allocation Score)

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, die eine uni- oder eine bilaterale Transplantation (SLT_x, DLT_x) erhalten haben und bei denen eine freiwillige Angabe erfolgt ist

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	43	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	43/43	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	35/43	81,4 %

*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.

3.2.5 Datenfeld 15: thorakale Voroperation

Grundgesamtheit:

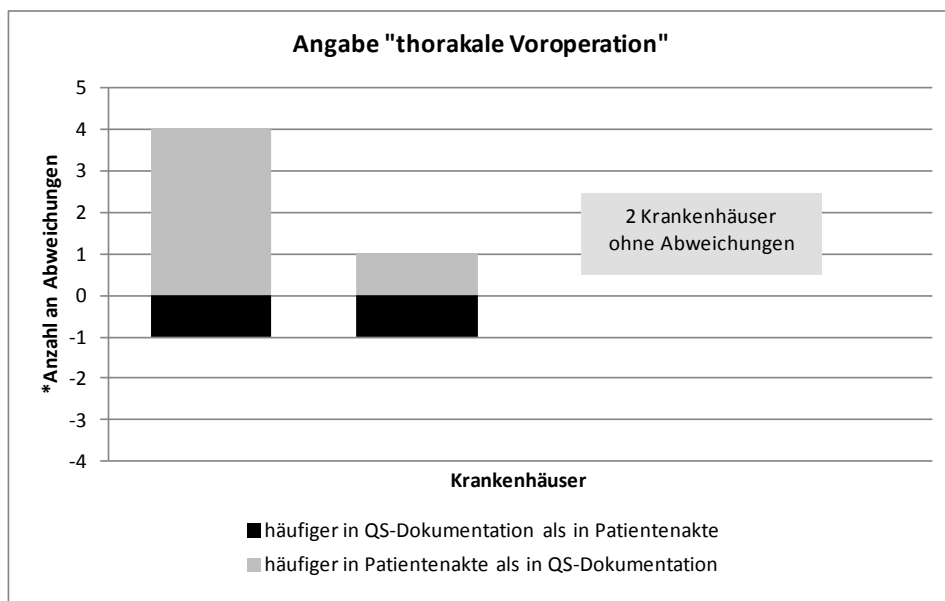
Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	5 7,9 %	2 3,2 %	0 0,0 %	7 11,1 %
	nein	5 7,9 %	51 81,0 %	0 0,0 %	56 88,9 %
Gesamt		10 15,9 %	53 84,1 %	0 0,0 %	63 100,0 %

*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	56/63	88,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/63	11,1 %
Sensitivität	5/10	50,0 %
Spezifität	51/53	96,2 %
positiv prädiktiver Wert	5/7	71,4 %
negativ prädiktiver Wert	51/56	91,1 %



3.2.6 Datenfeld 16: Beatmung präoperativ

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	62	98,4 %

		in Patientenakte					Gesamt
		nicht-invasive Beatmung	invasive Beatmung	extrakorporale Membranoxygenation (ECMO, ECLA)	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	nicht-invasive Beatmung	11 17,5 %	0 0,0 %	1 1,6 %	2 3,2 %	0 0,0 %	14 22,2 %
	invasive Beatmung	0 0,0 %	1 1,6 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,6 %
	extrakorporale Membranoxygenation (ECMO, ECLA)	0 0,0 %	0 0,0 %	6 9,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	6 9,5 %
	nein	8 12,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	33 52,4 %	1 1,6 %	42 66,7 %
Gesamt		19 30,2 %	1 1,6 %	7 11,1 %	35 55,6 %	1 1,6 %	63 100,0 %

*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	51/62	82,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11/62	17,7 %

3.2.7 Datenfeld 25: SpenderID

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	63	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	63/63	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	62/63	98,4 %

*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 26: Spenderalter

Grundgesamtheit:

Alle Patienten, bei denen eine freiwillige Angabe erfolgt ist

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	49	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	49/49	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	49/49	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.

3.2.9 Datenfeld 27: Blutgruppe

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte					Gesamt
		A	B	0	AB	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	A	24 38,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	24 38,1 %
	B	0 0,0 %	9 14,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	9 14,3 %
	0	0 0,0 %	0 0,0 %	26 41,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	26 41,3 %
	AB	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 6,3 %	0 0,0 %	4 6,3 %
Gesamt		24 38,1 %	9 14,3 %	26 41,3 %	4 6,3 %	0 0,0 %	63 100,0 %

*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	63/63	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/63	0,0 %

3.2.10 Datenfeld 28: Beatmungsdauer**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	63	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	1	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	62/62	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	44/62	71,0 %

*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.

3.2.11 Datenfeld 29: Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	62	98,4 %

		in Patientenakte				Gesamt
		gut	mittel	schlecht	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	gut	47 74,6 %	4 6,3 %	0 0,0 %	1 1,6 %	52 82,5 %
	mittel	3 4,8 %	8 12,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	11 17,5 %
	schlecht	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
Gesamt		50 79,4 %	12 19,0 %	0 0,0 %	1 1,6 %	63 100,0 %

*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	55/62	88,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/62	11,3 %

3.2.12 Datenfeld 35: Transplantationsart**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte				Gesamt
		unilaterale Transplantation (SLTx)	bilaterale Transplantation (DLTx)	Herz-Lungen-Transplantation (HLTx)	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	unilaterale Transplantation (SLTx)	14 22,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	14 22,2 %
	bilaterale Transplantation (DLTx)	0 0,0 %	46 73,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	46 73,0 %
	Herz-Lungen-Transplantation (HLTx)	0 0,0 %	0 0,0 %	3 4,8 %	0 0,0 %	3 4,8 %
Gesamt		14 22,2 %	46 73,0 %	3 4,8 %	0 0,0 %	63 100,0 %

*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	63/63	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/63	0,0 %

3.2.13 Datenfeld 36: simultane Operationen

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte					Gesamt
		keine	weitere Transplantation	kardialer Eingriff	kontralateraler Lungeneingriff	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	keine	63 100,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	63 100,0 %
	weitere Transplantation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	kardialer Eingriff	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	kontralateraler Lungeneingriff	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
Gesamt		0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	63 100,0 %

*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	63/63	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/63	0,0 %

3.2.14 Datenfeld 37: Gesamtischämiezeit

Grundgesamtheit:

Alle Patienten

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	63	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	63/63	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	46/63	73,0 %

*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.

3.2.15 Datenfeld 45: Patient bei Entlassung tracheotomiert**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, die lebend entlassen wurden

	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	4 7,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	4 7,0 %
	nein	1 1,8 %	52 91,2 %	0 0,0 %	53 93,0 %
Gesamt		5 8,8 %	52 91,2 %	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	56/57	98,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/57	1,8 %
Sensitivität	4/5	80,0 %
Spezifität	52/52	100,0 %
positiv prädiktiver Wert	4/4	100,0 %
negativ prädiktiver Wert	52/53	98,1 %

Die Abweichungen in diesem Datenfeld sind durch ein Krankenhaus bedingt.

3.2.16 Datenfeld 46: FEV1**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten, die lebend entlassen wurden und bei Entlassung nicht tracheotomiert wurden

	Anzahl/Anteil	%
Grundgesamtheit Erfassung (<i>alle Patienten</i>)	52	-
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	1	-
Grundgesamtheit Analyse (<i>nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich</i>)	51/51	100,0 %
100 %ige Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	39/51	76,5 %

*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.

3.2.17 Datenfeld 49: Entlassungsgrund (Tod)**Grundgesamtheit:**

Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	63	100,0 %
Davon Information aus Patientenakte ersichtlich	63	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	ja	6 9,5 %	0 0,0 %	0 0,0 %	6 9,5 %
	nein	0 0,0 %	57 90,5 %	0 0,0 %	57 90,5 %
Gesamt		6 9,5 %	57 90,5 %	0 0,0 %	63 100,0 %

*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	63/63	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/63	0,0 %
Sensitivität	6/6	100,0 %
Spezifität	57/57	100,0 %
positiv prädiktiver Wert	6/6	100,0 %
negativ prädiktiver Wert	57/57	100,0 %

4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

4.1.1 Verstetigte Auffälligkeitskriterien

Leistungsbereich	AK-ID	Bezeichnung
09/1	813070	Häufig führendes Symptom „sonstiges“
09/1	813071	Häufig führende Indikation „sonstiges“
09/4	850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis ‚sonstige‘
09/4	850315	Häufige Angabe von LVEF ‚nicht bekannt‘
09/4	850316	Häufige Angabe von ASA 4
09/4	850317	Häufige Angabe von ASA 5
12/1	850189	Nie 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	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
16/1	850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten
16/1	850319	Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess
16/1	850320	Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht
17/1	813191	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
17/2	813129	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
17/2	813126	ASA 5 bei elektiven Eingriffen
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	813130	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
17/5	813128	ASA 5 bei elektiven Eingriffen
18/1	813068	Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie
18/1	813069	Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primär-operative Therapie
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
HCH-AORT-CHIR	811809	Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten

Leistungsbereich	AK-ID	Bezeichnung
HCH-AORT-CHIR	815005	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
HCH-AORT-CHIR	850322	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

4.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

Leistungsbereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
09/1	813070	6	0 (0,0 %)	2 (33,3 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/1	813071	7	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)	5 (71,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850313	27	0 (0,0 %)	6 (22,2 %)	21 (77,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850315	19	0 (0,0 %)	4 (21,1 %)	15 (78,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (10,5 %)
09/4	850316	37	0 (0,0 %)	9 (24,3 %)	28 (75,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (5,4 %)
09/4	850317	15	1 (6,7 %)	2 (13,3 %)	12 (80,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (6,7 %)
12/1	850189	52	0 (0,0 %)	6 (11,5 %)	46 (88,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850192	109	0 (0,0 %)	39 (35,8 %)	69 (63,3 %)	1 (0,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
15/1	811823	25	0 (0,0 %)	4 (16,0 %)	21 (84,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (8,0 %)
15/1	850312	34	0 (0,0 %)	2 (5,9 %)	32 (94,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (5,9 %)
16/1	850318	45	1 (2,2 %)	6 (13,3 %)	38 (84,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (11,1 %)
16/1	850319	47	0 (0,0 %)	6 (12,8 %)	41 (87,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (6,4 %)	0 (0,0 %)
16/1	850320	12	0 (0,0 %)	2 (16,7 %)	10 (83,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/1	813191	7	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)	5 (71,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/2	813129	15	0 (0,0 %)	6 (40,0 %)	9 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (20,0 %)
17/2	813126	16	0 (0,0 %)	6 (37,5 %)	10 (62,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/3	850204	104	0 (0,0 %)	18 (17,3 %)	86 (82,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (8,7 %)
17/3	850205	5	0 (0,0 %)	3 (60,0 %)	2 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	813130	13	0 (0,0 %)	5 (38,5 %)	8 (61,5 %)	0 (0,0 %)	1 (7,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	813128	9	0 (0,0 %)	2 (22,2 %)	7 (77,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
18/1	813068	30	0 (0,0 %)	3 (10,0 %)	27 (90,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (13,3 %)
18/1	813069	39	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	39 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,6 %)

Leistungsbereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
HCH-KCH	813165	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
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	-	-	-	-	-	-	-
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	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-CHIR	850322	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850282	13	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	13 (100,0 %)	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 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-AORT-KATH	850323	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH-KOMB	850325	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt		709	2 (0,3 %)	135 (19,0 %)	571 (80,5 %)	1 (0,1 %)	3 (0,4 %)	3 (0,4 %)	31 (4,4 %)

4.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	64	0 (0,0 %)	11 (17,1 %)	53 (82,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	130	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	130 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (2,3 %)	0 (0,0 %)
Berlin	38	0 (0,0 %)	6 (15,8 %)	32 (84,2 %)	0 (0,0 %)	1 (2,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	19	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	19 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	12	0 (0,0 %)	1 (8,3 %)	11 (91,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	53	1 (1,9 %)	0 (0,0 %)	52 (98,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	15	1 (6,7 %)	0 (0,0 %)	14 (93,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	68	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	68 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (4,4 %)
Nordrhein-Westfalen	161	0 (0,0 %)	67 (41,6 %)	94 (58,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	28 (17,4 %)
Rheinland-Pfalz	32	0 (0,0 %)	29 (90,6 %)	3 (9,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (75,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	27	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	27 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	19	0 (0,0 %)	7 (36,8 %)	12 (63,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	11 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	17	0 (0,0 %)	14 (82,4 %)	3 (17,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	36	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	36 (100,0 %)	0 (0,0 %)	2 (5,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	709	2 (0,3 %)	135 (19,0 %)	571 (80,5 %)	1 (0,1 %)	3 (0,4 %)	3 (0,4 %)	31 (4,4 %)

4.1.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
09/1	813070	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 %)
09/1	813071	5	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850313	21	2 (9,5 %)	0 (0,0 %)	3 (14,3 %)	14 (66,7 %)	0 (0,0 %)	1 (4,8 %)	0 (0,0 %)	1 (4,8 %)
09/4	850315	15	2 (13,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (66,7 %)	0 (0,0 %)	2 (13,3 %)	0 (0,0 %)	1 (6,7 %)
09/4	850316	28	17 (60,7 %)	0 (0,0 %)	1 (3,6 %)	10 (35,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850317	12	3 (25,0 %)	0 (0,0 %)	2 (16,7 %)	7 (58,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850189	46	26 (56,5 %)	0 (0,0 %)	1 (2,2 %)	15 (32,6 %)	4 (8,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850192	69	48 (69,6 %)	0 (0,0 %)	1 (1,4 %)	15 (21,7 %)	3 (4,3 %)	0 (0,0 %)	2 (2,9 %)	0 (0,0 %)
15/1	811823	21	4 (19,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,8 %)	11 (52,4 %)	2 (9,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (14,3 %)
15/1	850312	32	22 (68,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	8 (25,0 %)	1 (3,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,1 %)
16/1	850318	38	13 (34,2 %)	0 (0,0 %)	3 (7,9 %)	21 (55,3 %)	1 (2,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16/1	850319	41	18 (43,9 %)	0 (0,0 %)	8 (19,5 %)	8 (19,5 %)	3 (7,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (9,8 %)
16/1	850320	10	9 (90,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/1	813191	5	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)
17/2	813129	9	6 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/2	813126	10	3 (30,0 %)	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)	5 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (10,0 %)
17/3	850204	86	36 (41,9 %)	2 (2,3 %)	7 (8,1 %)	39 (45,3 %)	1 (1,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (1,2 %)
17/3	850205	2	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	813130	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 %)
17/5	813128	7	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)
18/1	813068	27	4 (14,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	20 (74,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (11,1 %)
18/1	813069	39	19 (48,7 %)	0 (0,0 %)	7 (17,9 %)	7 (17,9 %)	0 (0,0 %)	3 (7,7 %)	0 (0,0 %)	3 (7,7 %)

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
HCH-KCH	813165	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 %)
HCH-KCH	815002	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 %)
HCH-KCH	850324	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HCH-AORT-CHIR	811809	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 %)
HCH-AORT-CHIR	815005	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 %)
HCH-AORT-CHIR	850322	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 %)
HCH-AORT-KATH	850282	13	4 (30,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (69,2 %)	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 %)
HCH-AORT-KATH	850323	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 %)
HCH-KOMB	850325	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 %)
Gesamt		571	263 (46,1 %)	2 (0,4 %)	36 (6,3 %)	225 (39,4 %)	15 (2,6 %)	8 (1,4 %)	2 (0,4 %)	20 (3,5 %)

4.1.5 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
Baden-Württemberg	53	23 (43,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	30 (56,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	130	67 (51,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	54 (41,5 %)	7 (5,4 %)	1 (0,8 %)	0 (0,0 %)	1 (0,8 %)
Berlin	32	11 (34,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	20 (62,5 %)	1 (3,14 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	19	13 (68,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (31,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)
Hamburg	11	0 (0,0 %)	2 (18,2 %)	8 (72,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	52	18 (34,6 %)	0 (0,0 %)	1 (1,9 %)	24 (46,1 %)	7 (13,5 %)	0 (0,0 %)	2 (3,8 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	14	4 (28,6 %)	0 (0,0 %)	5 (35,7 %)	3 (21,4 %)	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	68	50 (73,5 %)	0 (0,0 %)	5 (7,4 %)	13 (19,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	94	35 (37,2 %)	0 (0,0 %)	9 (9,6 %)	37 (39,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	13 (13,8 %)
Rheinland-Pfalz	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 %)
Saarland	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)
Sachsen	27	7 (25,9 %)	0 (0,0 %)	8 (29,6 %)	9 (33,3 %)	0 (0,0 %)	2 (7,4 %)	0 (0,0 %)	1 (3,7 %)
Sachsen-Anhalt	12	9 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (25,0 %)
Schleswig-Holstein	11	2 (18,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (63,6 %)	0 (0,0 %)	2 (18,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	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 %)
AQUA-Institut	36	21 (58,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	15 (41,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	571	263 (46,1 %)	2 (0,4 %)	36 (6,3 %)	225 (39,4 %)	15 (2,6 %)	8 (1,4 %)	2 (0,4 %)	20 (3,5 %)

5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

5.1 Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

5.1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich

Leistungs- bereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
09/1	850097	19	0 (0,0 %)	3 (15,8 %)	16 (84,2 %)	0 (0,0 %)	1 (5,3 %)	0 (0,0 %)	1 (5,3 %)
09/2	850164	13	0 (0,0 %)	7 (53,8 %)	6 (46,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/3	850166	47	0 (0,0 %)	17 (36,2 %)	30 (63,8 %)	0 (0,0 %)	1 (2,1 %)	0 (0,0 %)	2 (4,3 %)
09/4	850193	12	0 (0,0 %)	5 (41,7 %)	7 (58,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (8,3 %)
09/5	850196	12	1 (8,3 %)	8 (66,7 %)	3 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/6	850197	15	0 (0,0 %)	9 (60,0 %)	6 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
10/2	850085	19	0 (0,0 %)	4 (21,1 %)	15 (78,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850168	14	0 (0,0 %)	5 (35,7 %)	9 (64,3 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
15/1	850099	29	0 (0,0 %)	18 (62,1 %)	11 (37,9 %)	0 (0,0 %)	1 (3,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16/1	850081	7	0 (0,0 %)	5 (71,4 %)	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/1	850091	30	0 (0,0 %)	15 (50,0 %)	15 (50,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/2	850089	28	0 (0,0 %)	9 (32,1 %)	19 (67,9 %)	0 (0,0 %)	1 (3,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/3	850170	49	0 (0,0 %)	20 (40,8 %)	29 (59,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	850083	14	0 (0,0 %)	5 (35,7 %)	9 (64,3 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/7	850172	22	1 (4,5 %)	7 (31,8 %)	14 (63,6 %)	0 (0,0 %)	1 (4,5 %)	0 (0,0 %)	1 (4,5 %)
18/1	850093	21	0 (0,0 %)	10 (47,6 %)	11 (52,4 %)	0 (0,0 %)	3 (14,3 %)	1 (4,8 %)	1 (4,7 %)
21/3	850087	24	0 (0,0 %)	8 (33,3 %)	16 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (12,5 %)
DEK	850095	110	1 (0,9 %)	39 (35,5 %)	70 (63,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

Leistungsbereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
NEO	850199	25	0 (0,0 %)	10 (40,0 %)	15 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,0 %)
PNEU	850101	28	0 (0,0 %)	7 (25,0 %)	21 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH	850253	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
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	0	-	-	-	-	-	-	-
LUTX	850245	0	-	-	-	-	-	-	-
NLS	850247	0	-	-	-	-	-	-	-
PNTX	850255	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt		544	3 (0,5 %)	211 (38,8 %)	330 (60,7 %)	0 (0,0 %)	12 (2,2 %)	1 (0,2 %)	10 (1,8 %)

5.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	54	0 (0,0 %)	32 (59,3 %)	22 (40,7 %)	0 (0,0 %)	1 (1,9 %)	0 (0,0 %)	2 (3,7 %)
Bayern	143	0 (0,0 %)	19 (13,3 %)	124 (86,7 %)	0 (0,0 %)	9 (6,3 %)	1 (0,7 %)	0 (0,0 %)
Berlin	17	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	17 (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	2	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	8	0 (0,0 %)	4 (50,0 %)	4 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	36	0 (0,0 %)	22 (61,1 %)	14 (38,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	6	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Niedersachsen	56	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	56 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	131	0 (0,0 %)	107 (81,7 %)	24 (18,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (5,3 %)
Rheinland-Pfalz	15	0 (0,0 %)	9 (60,0 %)	6 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen	24	0 (0,0 %)	2 (8,3 %)	22 (91,7 %)	0 (0,0 %)	1 (4,2 %)	0 (0,0 %)	1 (4,2 %)
Sachsen-Anhalt	16	2 (12,5 %)	1 (6,3 %)	13 (81,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	3	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	16	0 (0,0 %)	10 (62,5 %)	6 (37,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	544	3 (0,5 %)	211 (38,8 %)	330 (60,7 %)	0 (0,0 %)	12 (2,2 %)	1 (0,2 %)	10 (1,8 %)

5.1.3 Ergebnisse pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
09/1	850097	16	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	13 (81,3 %)	1 (6,3 %)	1 (6,3 %)	0 (0,0 %)	1 (6,3 %)
09/2	850164	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)
09/3	850166	30	1 (3,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	26 (86,7 %)	0 (0,0 %)	3 (10,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850193	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (85,7 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/5	850196	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 %)
09/6	850197	6	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (50,0 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)
10/2	850085	15	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (26,7 %)	9 (60,0 %)	1 (6,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (6,7 %)
12/1	850168	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (77,7 %)	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)
15/1	850099	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	11 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16/1	850081	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 %)
17/1	850091	15	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (93,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (6,7 %)
17/2	850089	19	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,3 %)	12 (63,2 %)	2 (10,5 %)	2 (10,5 %)	0 (0,0 %)	2 (10,5 %)
17/3	850170	29	1 (3,4 %)	0 (0,0 %)	1 (3,4 %)	19 (65,5 %)	1 (3,4 %)	3 (10,3 %)	0 (0,0 %)	4 (13,8 %)
17/5	850083	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (77,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (22,2 %)
17/7	850172	14	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	12 (85,7 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)
18/1	850093	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (18,2 %)	6 (54,5 %)	2 (18,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)
21/3	850087	16	1 (6,3 %)	0 (0,0 %)	1 (6,3 %)	13 (81,3 %)	0 (0,0 %)	1 (6,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
DEK	850095	70	2 (2,9 %)	0 (0,0 %)	11 (15,7 %)	48 (68,6 %)	3 (4,3 %)	4 (5,7 %)	0 (0,0 %)	2 (2,9 %)
NEO	850199	15	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	12 (80,0 %)	1 (6,7 %)	2 (13,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
PNEU	850101	21	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (9,5 %)	15 (71,4 %)	1 (4,8 %)	1 (4,8 %)	0 (0,0 %)	2 (9,5 %)
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 %)
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 %)

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
LLS	850241	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LTX	850243	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LUTX	850245	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NLS	850247	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PNTX	850255	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt		330	6 (1,8 %)	0 (0,0 %)	23 (7,0 %)	247 (74,8 %)	14 (4,2 %)	20 (6,1 %)	0 (0,0 %)	20 (6,1 %)

5.1.4 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
Baden-Württemberg	22	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	21 (95,5 %)	1 (4,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	124	1 (0,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	118 (95,2 %)	5 (4,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	17	1 (5,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)	2 (11,8 %)	13 (76,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)	1 (14,3 %)	3 (42,9 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)
Bremen	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	14	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (64,3 %)	2 (14,3 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)
Mecklenburg-Vorpommern	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)
Niedersachsen	56	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (17,9 %)	46 (82,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	24	1 (4,2 %)	0 (0,0 %)	5 (20,8 %)	10 (41,7 %)	0 (0,0 %)	2 (8,3 %)	0 (0,0 %)	6 (25,0 %)
Rheinland-Pfalz	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	4	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)
Sachsen	22	1 (4,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (63,6 %)	3 (13,6 %)	1 (4,5 %)	0 (0,0 %)	3 (13,6 %)
Sachsen-Anhalt	13	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (23,1 %)	4 (30,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (46,1 %)
Schleswig-Holstein	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 %)
Thüringen	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
AQUA-Institut	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	5 (83,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	330	6 (1,8 %)	0 (0,0 %)	23 (7,0 %)	247 (74,8 %)	14 (4,2 %)	20 (6,1 %)	0 (0,0 %)	20 (6,1 %)

5.2 Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

5.2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
09/1	850098	7	0 (0,0 %)	4 (57,1 %)	3 (42,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/2	850165	13	0 (0,0 %)	4 (30,8 %)	9 (69,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/3	850167	3	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850194	2	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/5	850195	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/6	850198	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
10/2	850086	2	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850169	8	0 (0,0 %)	3 (37,5 %)	5 (62,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
15/1	850100	8	0 (0,0 %)	2 (25,0 %)	6 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16/1	850082	3	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/1	850092	25	0 (0,0 %)	11 (44,0 %)	14 (56,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/2	850090	8	0 (0,0 %)	6 (75,0 %)	2 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/3	850171	15	0 (0,0 %)	10 (66,7 %)	5 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	850084	8	0 (0,0 %)	5 (62,5 %)	3 (37,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)
17/7	850173	5	0 (0,0 %)	4 (80,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
18/1	850094	5	0 (0,0 %)	4 (80,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
21/3	850088	15	0 (0,0 %)	4 (26,7 %)	11 (73,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
DEK	850096	17	0 (0,0 %)	5 (29,4 %)	12 (70,6 %)	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)
NEO	850200	16	0 (0,0 %)	2 (12,5 %)	14 (87,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (6,3 %)
PNEU	850102	30	0 (0,0 %)	11 (36,7 %)	19 (63,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH	850254	0	-	-	-	-	-	-	-

Leistungsbereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
HTX	850240	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
LLS	850242	0	-	-	-	-	-	-	-
LTX	850244	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
LUTX	850246	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
NLS	850248	0	-	-	-	-	-	-	-
PNTX	850256	0	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		199	0 (0,0 %)	81 (40,7 %)	118 (59,3 %)	0 (0,0 %)	3 (1,5 %)	0 (0,0 %)	3 (1,5 %)

5.2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	20	0 (0,0 %)	13 (65 %)	7 (35 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	37	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	37 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (2,7 %)	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	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	2	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hessen	17	0 (0,0 %)	6 (35,3 %)	11 (64,7 %)	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)	0 (0,0 %)	1 (5,9 %)
Mecklenburg-Vorpommern	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
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	57	0 (0,0 %)	50 (87,7 %)	7 (12,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (3,5 %)
Rheinland-Pfalz	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Saarland	0	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen	14	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	14 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Sachsen-Anhalt	10	0 (0,0 %)	10 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (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 %)
AQUA-Institut	7	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (100,0 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Gesamt	199	0 (0,0 %)	81 (40,7 %)	118 (59,3 %)	0 (0,0 %)	3 (1,5 %)	0 (0,0 %)	3 (1,5 %)

5.2.3 Ergebnisse pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
09/1	850098	3	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)
09/2	850165	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (77,8 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)
09/3	850167	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 %)
09/4	850194	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 %)
09/5	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 %)
09/6	850198	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
10/2	850086	0	-	-	-	-	-	-	-	-
12/1	850169	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)
15/1	850100	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	4 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)
16/1	850082	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 %)
17/1	850092	14	2 (14,3 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	9 (64,3 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)
17/2	850090	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 %)
17/3	850171	5	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
17/5	850084	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 %)
17/7	850173	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 %)
18/1	850094	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 %)
21/3	850088	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (90,9 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)
DEK	850096	12	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	10 (83,3 %)	1 (8,3 %)	1 (8,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
NEO	850200	14	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)	10 (71,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)
PNEU	850102	19	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,3 %)	17 (89,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (5,3 %)
HCH	850253	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HTX	850239	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 %)

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
LLS	850241	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LTX	850243	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 %)
LUTX	850245	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 %)
NLS	850247	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PNTX	850255	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		118	4 (3,4 %)	0 (0,0 %)	5 (4,2 %)	95 (80,5 %)	1 (0,8 %)	4 (3,4 %)	0 (0,0 %)	9 (7,6 %)

5.2.4 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
Baden-Württemberg	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 %)
Bayern	37	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	37 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	0 (0,0 %)	1 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (66,7 %)	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bremen	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Hamburg	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 %)
Hessen	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (81,8 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)	0 (0,0 %)	1 (9,1 %)
Mecklenburg-Vorpommern	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 %)
Niedersachsen	11	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	11 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	7	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (28,6 %)
Rheinland-Pfalz	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 %)
Saarland	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sachsen	14	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (14,3 %)	11 (78,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (7,1 %)
Sachsen-Anhalt	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	5 (83,3 %)
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 %)
AQUA-Institut	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 %)
Gesamt	118	4 (3,4 %)	0 (0,0 %)	5 (4,2 %)	95 (80,5 %)	1 (0,8 %)	4 (3,4 %)	0 (0,0 %)	9 (7,6 %)

5.3 Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz

5.3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Leistungsbereich

Leitungsbereich	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
				Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
09/1	850217	8	0 (0,0 %)	3 (37,5 %)	5 (62,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/2	850218	2	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/3	850219	12	0 (0,0 %)	6 (50,0 %)	6 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850220	4	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)	2 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/5	850221	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/6	850222	8	0 (0,0 %)	3 (37,5 %)	5 (62,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
10/2	850223	11	0 (0,0 %)	2 (18,2 %)	9 (81,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850224	3	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
15/1	850225	4	0 (0,0 %)	2 (50,0 %)	1 (25,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
16/1	850226	0	-	-	-	-	-	-	-
18/1	850227	14	0 (0,0 %)	4 (28,6 %)	9 (64,3 %)	1 (7,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
21/3	850228	5	0 (0,0 %)	4 (80,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
PNEU	850229	21	0 (0,0 %)	9 (42,9 %)	12 (57,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
DEK	850230	2	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
HCH	850281	0	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		95	0 (0,0 %)	38 (40,0 %)	55 (57,9 %)	2 (2,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

5.3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Keine Maßnahme	Eingeleitete Maßnahme			Weiterführende Maßnahme		
			Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung
Baden-Württemberg	15	0 (0,0 %)	6 (40,0 %)	7 (46,7 %)	2 (13,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	8	0 (0,0 %)	6 (75,0 %)	2 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Berlin	4	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (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	0	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	0	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	13	0 (0,0 %)	2 (15,4 %)	11 (84,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	0	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	9	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	9 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	27	0 (0,0 %)	22 (81,5 %)	5 (18,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Rheinland-Pfalz	3	0 (0,0 %)	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)	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	2	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Schleswig-Holstein	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	0	-	-	-	-	-	-	-
AQUA-Institut	0	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	95	0 (0,0 %)	38 (40,0 %)	55 (57,9 %)	2 (2,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

5.3.3 Ergebnisse pro Leistungsbereich

Leistungsbereich	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
			U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
09/1	850217	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 %)
09/2	850218	0	-	-	-	-	-	-	-	-
09/3	850219	6	3 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
09/4	850220	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 %)
09/5	850221	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 %)
09/6	850222	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 %)
10/2	850223	9	7 (77,8 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
12/1	850224	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 %)
15/1	850225	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)
16/1	850226	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18/1	850227	9	7 (77,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)
21/3	850228	1	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
DEK	850230	12	8 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
PNEU	850229	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 %)
HCH	850281	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt		55	34 (61,8 %)	0 (0,0 %)	2 (3,6 %)	15 (27,3 %)	2 (3,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (3,6 %)

5.3.4 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig			Qualitativ auffällig			Sonstiges	
		U30	U32	U99	A40	A42	A99	S91	S99
Baden-Württemberg	7	4 (57,1 %)	0 (0,0 %)	1 (14,3 %)	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Bayern	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 %)
Berlin	4	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Brandenburg	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 %)
Bremen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	11	6 (54,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (36,4 %)	1 (9,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	9	6 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Nordrhein-Westfalen	5	3 (60,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)
Rheinland-Pfalz	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 %)
Saarland	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 %)
Sachsen	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 %)
Sachsen-Anhalt	2	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)
Schleswig-Holstein	6	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Thüringen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AQUA-Institut	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	55	34 (61,8 %)	0 (0,0 %)	2 (3,6 %)	15 (27,3 %)	2 (3,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (3,6 %)

5.4 Weitere Auffälligkeitskriterien

5.4.1 Isolierte Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850289: Unterdokumentation endovaskulär
- AK-ID 850291: Unterdokumentation transapikal
- AK-ID 850292: Überdokumentation transapikal

	AK-ID 850289	AK-ID 850291	AK-ID 850292	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95 %	≥ 95 %	≤ 110 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	97	97	97	97
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	9	6	5	20
Maßnahmen				
Hinweise	1	0	0	1
Stellungnahmen	8	6	5	19
Weiterführende Maßnahmen				
Anlass für Besprechungen	2	0	0	2
Anlass für Begehungen	0	0	0	0
Ergebnisse				
Hinweis [H20]	1	0	0	1
Korrekte Dokumentation [U30]	0	1	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	8	5	5	18

5.4.1 Herztransplantation

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850259: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850295: Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850259	AK-ID 850295	Gesamt
Referenzbereiche	≥95 %	≤5 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	22	22	22
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	1	4
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	3	1	4
Weiterführende Maßnahmen			
Anlass für Besprechungen	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0
Ergebnisse			
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	3	1	4

5.4.2 Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850303: Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850303	Gesamt
Referenzbereiche	≥95 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	15	15
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	1
Maßnahmen		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	1	1
Weiterführende Maßnahmen		
Anlass für Besprechungen	0	0
Anlass für Begehungen	0	0
Ergebnisse		
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	1	1

5.4.3 Lebertransplantation

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850263: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850264: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850265: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850301: Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850263	AK-ID 850264	AK-ID 850265	AK-ID 850301	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95 %	≥ 95 %	≥ 95 %	≤ 5 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	24	24	23	23	24
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	3	3	2	9
Maßnahmen					
Hinweise	1	3	1	0	5
Stellungnahmen	0	0	2	2	4
Weiterführende Maßnahmen					
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0
Ergebnisse					
Hinweis [H20/H99]	1	3	1	0	5
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	0	2	2	4

5.4.4 Leberlebenspende

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850261: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850262: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850261	AK-ID 850262	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95 %	≥ 95 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	11	11	11
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	2	3
Maßnahmen			
Hinweise	1	2	3
Stellungnahmen	0	0	0
Weiterführende Maßnahmen			
Anlass für Besprechungen	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0
Ergebnisse			
Hinweis [H20/H99]	1	2	3

5.4.5 Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bei folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850278: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850279: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850280: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850310: Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850278	AK-ID 850279	AK-ID 850280	AK-ID 850310	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95 %	≥ 95 %	≥ 95 %	≤5 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	40	40	39	39	40
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	2	7	3	13
Maßnahmen					
Hinweise	1	0	1	0	2
Stellungnahmen	0	2	6	3	11
Weiterführende Maßnahmen					
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0
Ergebnisse					
Hinweise [H20/H99]	1	0	1	0	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	2	6	3	11

5.4.6 Nierenlebenspende

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 %	
Anzahl der betrachteten Krankenhäuser	37	40	38	40
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	4	5	4	13
Maßnahmen				
Hinweise	3	4	4	11
Stellungnahmen	1	1	0	2
Weiterführende Maßnahmen				
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0
Ergebnisse				
Hinweise [H20/H99]	3	4	4	11
Korrekte Dokumentation [U30]	1	0	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	1	0	1