Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung der Abschlussberichte 2015 zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung jeweils zum Erfassungsjahr 2014:

Vom 3. August 2016

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 15 Abs. 2 Satz 1 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) in seiner Sitzung am 3. August 2016 die Freigabe der Abschlussberichte 2015 zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung jeweils zum Erfassungsjahr 2014 gemäß **Anlage 1 und 2** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des Instituts nach § 137a SGB V beschlossen.

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

Berlin, den 3. August 2016

Unterausschuss Qualitätssicherung des
Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Klakow-Franck

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Martina Dost, Georg Heinze, Axel Mertens

Bericht zum Strukturierten Dialog 2015

Erfassungsjahr 2014

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 11. Juli 2016

Impressum

Thema:
Bericht zum Strukturierten Dialog 2015. Erfassungsjahr 2014

Autoren:
Martina Dost, Georg Heinze, Axel Mertens

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
17. Mai 2016, geänderte Version vom 11. Juli 2016

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org
http://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ... 5
Abbildungsverzeichnis ... 6
Abkürzungsverzeichnis ... 8
QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung ... 9
Zusammenfassung ... 12
1 Einleitung ... 17
2 Hintergrund und Methodik ... 18
2.1 Zuständigkeiten ... 19
2.2 Rechnerische Auffälligkeiten ... 20
2.3 Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten ... 21
2.3.1 Fachgruppenarbeit ... 21
2.3.2 Umgang mit Krankenhausergebnissen ... 22
2.3.3 Einstufungsmöglichkeiten und Bewertungskategorien ... 23
3 Rechnerische Auffälligkeiten, Maßnahmen und Ergebniseinstufungen ... 26
3.1 Ermittelte rechnerische Auffälligkeiten ... 26
3.2 Durchgeführte Maßnahmen ... 27
3.3 Abschließende Einstufung der rechnerischen Auffälligkeiten ... 33
3.4 Begründungen zu den Bewertungskategorien ... 39
3.4.1 Hinweise ... 39
3.4.2 Unauffällige Bewertungen und ihre Begründungen ... 40
3.4.3 Auffällige Bewertungen und ihre Begründungen ... 41
3.4.4 Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation ... 41
3.4.5 Sonstiges ... 42
3.5 Weiterführende Maßnahmen ... 43
3.5.1 Kollegiale Gespräche und Begehungen ... 43
3.5.2 Zielvereinbarungen und deren Nachverfolgung ... 43
3.5.3 Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen ... 44
4 Betrachtung der Ergebnisse ... 46
4.1 Ergebnisse nach QS-Verfahren, Empfehlungen der Bundesebene und Besonderheiten ... 46

4.1.1 Cholezystektomie (12/1) ... 46
4.1.2 Karotis-Revaskularisation (10/2) ... 48
4.1.3 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) ... 50
4.1.4 Herzschrittmacher-Implantation, -Aggregatwechsel, -Revision/-System-wechsel/-Explantation (09/1 bis 09/3) ... 52
4.1.5 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, – Aggregatwechsel, – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/4 bis 09/6) ... 54
4.1.6 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3) ... 57
4.1.7 Herzchirurgie (HCH) ... 59
4.1.8 Herztransplantation, Lungen- und Herz-Lungentransplantation (HTX/LUTX) ... 61
4.1.9 Lebertransplantation, Leberlebendspende (LTX/LLS) ... 63
4.1.10 Nierentransplantation, Nierenlebendspende, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (NTX/NLS/PNTX) ... 64
4.1.11 Geburtshilfe (16/1) ... 66
4.1.12 Neonatologie (NEO) ... 68
4.1.13 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1) ... 69
4.1.14 Mammachirurgie (18/1) ... 71
4.1.15 Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/1 bis 17/3) ... 73
4.1.16 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation, Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/5 und 17/7) ... 76
4.1.17 Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK) ... 78
4.2 Landesspezifika ... 80
4.3 Empfehlungen aus den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung ... 81
5 Schlussfolgerung und Ausblick ... 83
Glossar ... 84

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 im Vergleich 13
Tabelle 2: Maßnahmen und Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung zur Plausibilität und Vollständigkeit 15
Tabelle 3: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs 24
Tabelle 4: Rechnerische Auffälligkeiten pro QS-Verfahren über einen 3-Jahres-Zeitraum (EJ 2012–EJ 2013) 26
Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren 29
Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland 31
Tabelle 7: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren 34
Tabelle 8: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland 38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) zum EJ 2013 16
Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs 19
Abbildung 3: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure 20
Abbildung 4: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog 22
Abbildung 5: Strukturierter Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung 23
Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen (gesamt) der Erfassungsjahre 2012 bis 2014 28
Abbildung 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2014, EJ 2013) 32
Abbildung 8: Einstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD (EJ 2014 und EJ 2013) 33
Abbildung 9: Hinweise und Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland (EJ 2014 und EJ 2013) 36
Abbildung 10: Verteilung der Ergebniseinstufungen pro QS-Verfahren für das Erfassungsjahr 2014 37
Abbildung 11: Von Krankenhäusern bekanntgegebene Verbesserungsmaßnahmen 45
Abbildung 12: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (12/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 48
Abbildung 13: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (10/2) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 50
Abbildung 14: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (PNEU) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 52
Abbildung 15: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (9/1 bis 9/3) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 54
Abbildung 16: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (9/4 bis 9/6) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 57
Abbildung 17: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (21/3) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 59
Abbildung 18: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (HCH) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 61
Abbildung 19: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (HTX und LUTX) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 63
Abbildung 20: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (LTX und LLS) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 64
Abbildung 21: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (NTX, NLS und PNTX) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 66
Abbildung 22: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (16/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 68
Abbildung 23: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (NEO) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 69

Abbildung 24: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (15/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 71
Abbildung 25: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (18/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 73
Abbildung 26: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (17/1 bis 17/3) für die Jahre 2014 und 2013 76
Abbildung 27: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (17/5 bis 17/7) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 78
Abbildung 28: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (DEK) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 79

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG	Arbeitsgemeinschaft
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
PCI	Perkutane Koronarintervention
QI	Qualitätsindikator
QI-ID	Identifikationsnummer eines Qualitätsindikators
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
SD	Strukturierter Dialog
SGB	Sozialgesetzbuch

QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung

QS-Verfahren	Kürzel des Auswertungs-moduls	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: Kathetergestützte Untersuchung zur Darstellung der Herzkranzgefäße (auch Herzkatheter)
		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	Ersatz der Aortenklappe (offen-chirurgisch)
	HCH-AORT-KATH	Implantation einer Aortenklappe (kathetergestützt)

© IQTIG 2016

QS-Verfahren	Kürzel des Auswertungs-moduls	Beschreibung
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	HCH-KOMB	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aortenklappe
Herztransplantation	HTX	Transplantation eines Herzens von einem Organspender zu einem Empfänger
Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	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
Nierenlebendspende	NLS	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	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
Neonatologie	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

QS-Verfahren	Kürzel des Auswertungs-moduls	Beschreibung
Knie-Endoprothesen-wechsel und -komponentenwechsel	17/7	Austausch einer Prothese (Ersatz) oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies bei Komplikationen oder Verschleiß
Pflege: Dekubitusprophy-laxe	DEK	Vorbeugung eines Druckgeschwürs während eines stationären Aufenthalts

Zusammenfassung

Für das Erfassungsjahr 2014 (EJ 2014) haben bundesweit 1.557 Krankenhäuser an insgesamt 1.857 Standorten 3.245.142 Datensätze dokumentiert. Nach der statistischen Auswertung ergaben sich daraus 16.428 rechnerische Auffälligkeiten für 250 Qualitätsindikatoren mit Referenzbereichen. Wie üblich wurde den Verfahrensteilnehmern die Möglichkeit gegeben, die Auffälligkeiten im Rahmen des Strukturierten Dialogs (SD) zu erklären und den Sachverhalt eines Qualitätsdefizits gegebenenfalls zu entkräften.

Auf die 10 direkten QS-Verfahren (Herzchirurgie und Transplantationsverfahren) entfielen 370 (2,3 %) der rechnerischen Auffälligkeiten. Die 20 indirekten QS-Verfahren verzeichneten 16.058 (97,7 %) rechnerische Auffälligkeiten.

Zur Abklärung der rechnerischen Auffälligkeiten wurden 9.600 Stellungnahmen von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS; indirekte Verfahren) bzw. dem AQUA-Institut (direkte Verfahren) angefordert und bearbeitet. Weitergehend wurden mit 119 Krankenhausstandorten Kollegiale Gespräche geführt und 28 Standorte im Rahmen einer Vor-Ort-Begehung besucht sowie 794 Zielvereinbarungen getroffen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 10,3 % der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ und 38,3 % als „qualitativ unauffällig“ bewertet. In 40,5 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Hinweis an den Krankenhausstandort versandt. Die Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse im Überblick.

Im Strukturierten Dialog des Jahres 2013 (Erfassungsjahr 2012) wurde erstmalig eine neue Einstufungs- und Bewertungssystematik eingesetzt. Deren Anwendung hat sich erfolgreich etabliert. Damit sind teilweise Vergleiche zu Einstufungen und Bewertungen des Vorjahres möglich. Aufgrund dessen finden sich im vorliegenden Bericht einige Darstellungen und Tabellen, die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2014 sowie die Vorjahresergebnisse zeigen. Grundsätzlich sind diese Vergleiche jedoch immer vorbehaltlich der vorgenommenen Änderungen zu beurteilen, denn durch Modifizierungen von Rechenregeln, Änderungen von Referenzbereichen, das Aussetzen von Qualitätsindikatoren oder sonstige Anpassungen in den einzelnen QS-Verfahren ist ein exakter Vergleich der Jahresergebnisse nicht immer möglich. Für das Erfassungsjahr 2014 wurde das Bewertungsschema außerdem um die Bewertungskategorie U33 „qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)“ erweitert, sodass auch hier Verzerrungen in Bezug auf die Einstufungen im Rahmen des Strukturierten Dialogs entstehen können.

Tabelle 1: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 im Vergleich

	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
Strukturierter Dialog	**Anzahl**	**Anteil**	**Anzahl**	**Anteil**
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	16.428	100 %	17.233	100 %
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen	132	0,8 %	122	0,7 %
Hinweise	6.691	40,7 %	7.131	41,4 %
Stellungnahmen	9.600	58,4 %	9.975	57,9 %
Sonstiges	5	0 %	5	0 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)				
Besprechungen	282	1,7 %	236	1,4 %
Begehungen	60	0,4 %	39	0,2 %
Zielvereinbarungen	794	4,8 %	610	3,5 %
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten				
Hinweise [H20/H99]	6.660	40,5 %	7.027	40,8 %
Nach Überprüfung der Stellungnahmen				
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	6.291	38,3 %	6.570	38,1 %
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.687	10,3 %	1.763	10,2 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.434	8,7 %	1.489	8,6 %
Sonstiges [S90/S91/S99]	356	2,2 %	384	2,2 %
Begründungen zu den Einstufungen				
Qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation [U31]	406	2,5 %	454	2,6 %
Qualitativ unauffällig: Bedingt durch Einzelfälle [U32]	4.503	27,4 %	4.997	29 %
Qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) [U33]	1.160	7,1 %		
Qualitativ unauffällig: Sonstiger Kommentar [U99]	222	1,4 %	1.119	6,5 %
Qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel [A41]	1.255	7,6 %	1.287	7,5 %

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Qualitativ auffällig: Keine ausreichend erklärenden Gründe [A42]	246	1,5 %	273	1,6 %
Qualitativ auffällig: Sonstiger Kommentar [A99]	186	1,1 %	203	1,2 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation [D50]	1.313	8 %	1.369	7,9 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Bedingt durch Softwareprobleme [D51]	55	0,3 %	55	0,3 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Sonstiger Kommentar [D99]	66	0,4 %	65	0,4 %
Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog [S90]	132	0,8 %	122	0,7 %
Sonstiges: Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen [S91]	15	0,1 %	8	0 %
Sonstiges: Mit Kommentar [S99]	209	1,3 %	254	1,5 %

Anmerkung: Die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ ist nicht gleichzusetzen mit der Summe aus H20 und H99. Es wurden auch Hinweise versendet, zu denen die rechnerische Auffälligkeit abschließend mit einer der Kategorien U, A oder S eingestuft wurde.

Die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten ist von 17.233 im Vorjahr auf 16.428 gesunken. Insbesondere im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* ist die Abnahme der Auffälligkeiten deutlich. In den übrigen Verfahren ist die Anzahl relativ stabil geblieben.

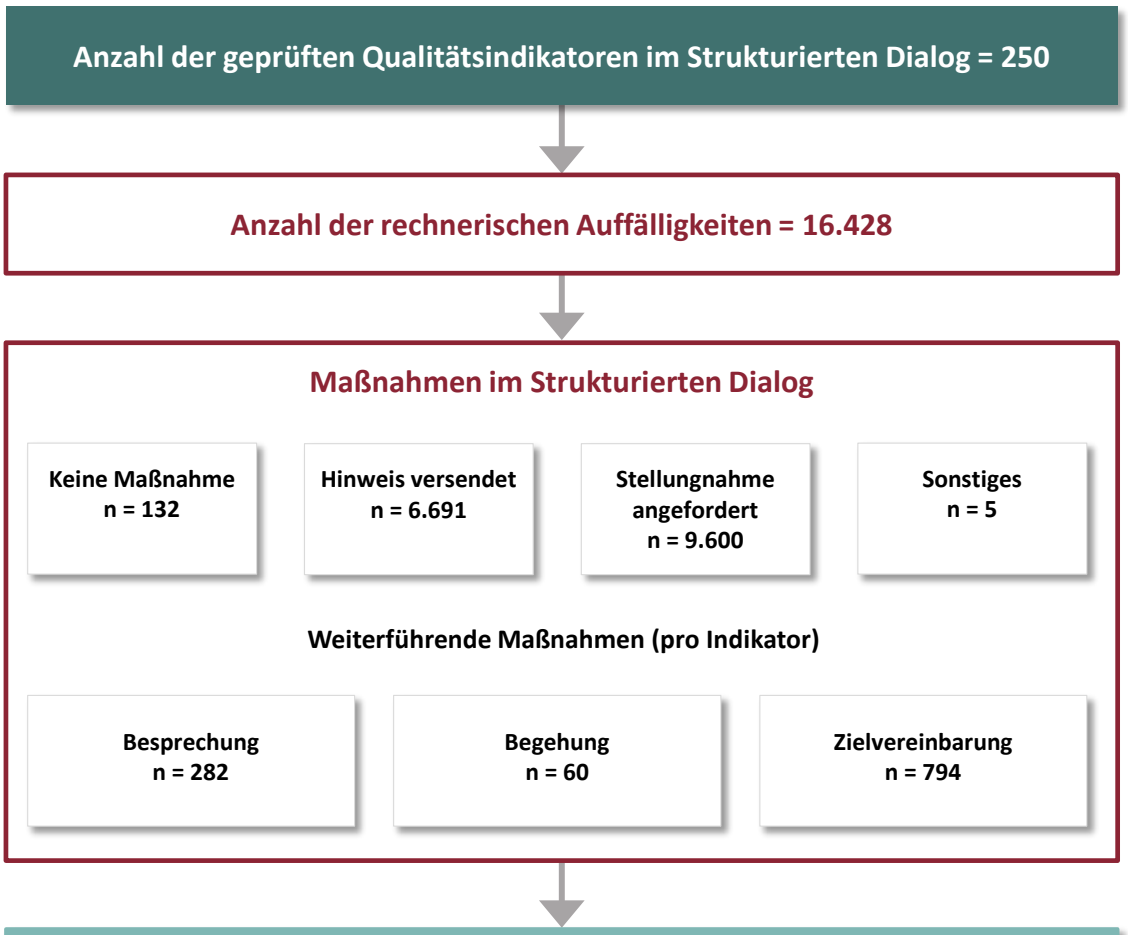
Da die dokumentierten und übermittelten Daten die unverzichtbare Voraussetzung für die Beurteilung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. der Behandlungsqualität sind, findet sich nachstehend eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der parallel durchgeführten Datenvalidierung.

In der Datenvalidierung wird geprüft, ob die Dokumentation der Qualitätssicherungsdaten (QS-Daten) plausibel, vollständig und vollzählig ist. Die Ergebnisse werden dazu genutzt, Verbesserungen in den Dokumentationsprozessen anzuregen und die Aussagekraft der Qualitätsindikatoren zu untermauern. Für eine umfassende externe Datenvalidierung durch Zweitabgleich mit der Primärdokumentation in der Patientenakte wurden im Stichprobenverfahren die einzubeziehenden Krankenhausstandorte ermittelt. Die umfassende Datenvalidierung erfolgte für das Erfassungsjahr 2014 zu den QS-Verfahren *Nierentransplantation*, *Leberlebendspende* und *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*.

In Tabelle 2 sind die Maßnahmen und Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung zur Plausibilität und zur Vollständigkeit dargestellt. Die ausführliche Darstellung zu allen Ergebnissen der Datenvalidierung ist Gegenstand des Berichts zur Datenvalidierung 2015. Dieser Bericht zur *Datenvalidierung 2015 – Erfassungsjahr 2014* ist nach Freigabe durch G-BA auf der Internetseite www.iqtig.org abrufbar.

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

Datenvalidierung 2015 (EJ 2014)	**Anzahl**	**Anteil**
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	911	100 %
Maßnahmen		
Keine Maßnahmen	1	0,1 %
Hinweise	216	23,7 %
Stellungnahmen	694	76,2 %
Sonstiges	0	0 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)		
Besprechungen	7	-
Begehungen	0	-
Zielvereinbarungen	36	-
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde		
Korrekte Dokumentation bestätigt	269	38,8 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	347	50,0 %
Keine erklärenden Gründe genannt	30	4,3 %
Sonstiges	29	4,2 %



Ergebnisse und Begründungen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs

qualitativ unauffällig n = 6.291	▪ besondere klinische Situation ▪ bedingt durch Einzelfälle ▪ Sonstiges
qualitativ auffällig n = 1.687	▪ Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel ▪ keine ausreichenden Erklärungen ▪ Sonstiges
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation n = 1.434	▪ unvollzählige oder falsche Dokumentation ▪ bedingt durch Softwareprobleme ▪ Sonstiges
Sonstiges n = 356	▪ Verzicht auf Maßnahmen ▪ Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen ▪ Sonstiges

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

1 Einleitung

Zum 1. Januar 2016 hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die Aufgaben als Institut nach § 137a SGB V und somit die Verantwortlichkeit für die Verfahren der externen Qualitätssicherung vom AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) übernommen. Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten für das Erfassungsjahr 2014 fanden im Jahr 2015 statt. Die Durchführung in den direkten QS-Verfahren erfolgte durch das AQUA-Institut, in den indirekten QS-Verfahren durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS).

Das IQTIG erfüllt mit diesem Bericht seine Berichtspflicht entsprechend § 15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Nach Prüfung und Freigabe durch den G-BA erfolgt die Veröffentlichung auf der Website des IQTIG.

Im Bericht sind die Ergebnisse bzw. die durchgeführten Maßnahmen in den indirekten QS-Verfahren auf Landesebene und den direkten Verfahren auf der Bundesebene zum Erfassungsjahr 2014 dargestellt. Der Bericht hat das Ziel, die Arbeit aller am Strukturierten Dialog Beteiligten möglichst umfassend und transparent darzustellen. So lassen sich Ereignisse, Entwicklungen und Tendenzen in den bundesweit verpflichtenden QS-Verfahren feststellen. Anhand der abschließenden Bewertungen zu den rechnerischen Auffälligkeiten kann darüber hinaus eine Einschätzung zur Behandlungs- und Prozessqualität in den teilnehmenden Krankenhäusern getroffen werden.

In einem gesonderten Bericht werden die Ergebnisse der parallel stattfindenden Datenvalidierung (Statistische Basisprüfung und Stichprobenprüfung vor Ort) dargestellt. Da diese Ergebnisse in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Strukturierten Dialog stehen, werden diese zum Teil auch im vorliegenden Bericht in Kurzform aufgeführt.

Basis dieses Berichts sind die von den LQS und vom AQUA-Institut übermittelten Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2014 sowie die gemäß § 15 Abs. 1–3 QSKH-RL erstellten Abschlussberichte der Landes- und Bundesebene. Zunächst werden die Hintergrundinformationen und ab Kapitel 3 dann die aggregierten Ergebnisse in tabellarischer Form dargestellt. Nach Möglichkeit sind die Ergebnisse der Vorjahre berücksichtigt. Im Kapitel 4 werden die Ergebnisse jedes QS-Verfahrens zusammenfassend betrachtet. Im Anhang finden sich die detaillierten Ergebnisse zu allen überprüften Qualitätsindikatoren.

Die Ergebnisse des QS-Verfahrens *„Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation“* werden aufgrund sehr geringer Fallzahlen kumuliert über zwei Jahre dargestellt. Die letzte Auswertung erfolgte für das Erfassungsjahr 2012, sodass die Daten für das Erfassungsjahr 2014 wieder in der Auswertung Berücksichtigung fanden.

2 Hintergrund und Methodik

Da die hier präsentierten Prozesse im Jahr 2015 (Erfassungsjahr 2014) stattfanden, findet sich im Folgenden eine Darlegung der Methodik des AQUA-Instituts, welches die Durchführung des zu berichtenden Strukturierten Dialogs der direkten QS-Verfahren verantwortet und den der indirekten QS-Verfahren begleitet hat. Die methodische Grundlage des IQTIG befindet sich derzeit noch in der Entwicklung. Die Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs wird derzeit erarbeitet.

Der Strukturierte Dialog hat zum 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?
- War die Leistung angemessen?
- Waren die strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistung erfüllt?
- Wie war die Ergebnisqualität?

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

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

Der zeitliche Rahmen für die Durchführung des Strukturierten Dialogs ist in der QSKH-RL geregelt. Der Strukturierte Dialog wird 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 ein Verfahren, das sich über sechs bis acht Monate erstreckt. Das Gesamtverfahren mit Datenerfassung, Auswertung, Strukturiertem Dialog und Berichterstattung umfasst einen 3-Jahres-Zeitraum.

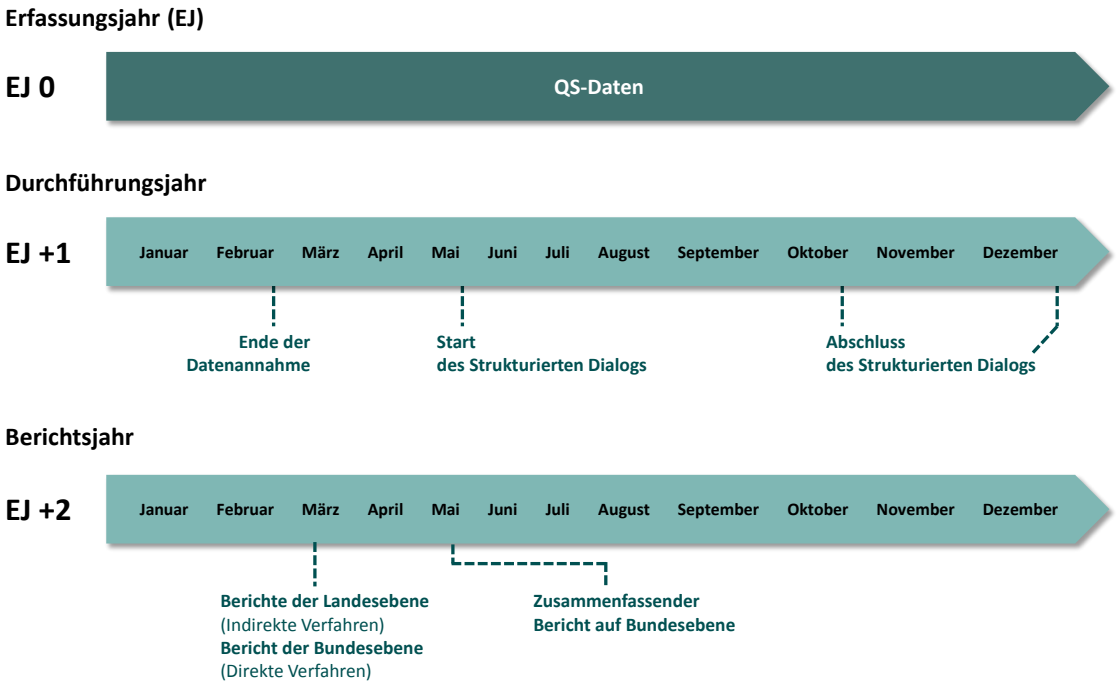


Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs

2.1 Zuständigkeiten

In enger Kooperation mit den Verfahrensteilnehmern sorgen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und die beauftragte Einrichtung auf Bundesebene[1] 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 QS-Verfahren mit vergleichsweise niedrigen Fallzahlen (derzeit Transplantationen und Herzchirurgie), die im Strukturierten Dialog 2015 unmittelbar von der Institution nach § 137a SGB V[2], d. h. dem AQUA-Institut, betreut wurden. Die indirekten Verfahren decken QS-Verfahren mit höheren Fallzahlen ab und werden von den LQS auf Landesebene betreut. Sowohl Bundes- als auch Landesgeschäftsstellen erhalten die Daten anonymisiert und verschlüsselt. Die Gesamtverantwortung für den Strukturierten Dialog liegt für die direkten QS-Verfahren beim Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA als Lenkungsgremium. Für die indirekten QS-Verfahren sind die Lenkungsgremien der Bundesländer (§ 14 QSKH-RL) verantwortlich. Die Durchführung des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen obliegt den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) auf Landes- und der Institution nach § 137a SGB V auf Bundesebene. Entsprechend erhalten diese beauftragten Stellen die dokumentierten QS-Daten der Einrichtungen. Zur Vorbereitung und Umsetzung der Maßnahmen des Strukturierten

[1] Die Institution bzw. das Institut nach § 137a SGB V.
[2] In der Fassung vom 1. Januar 2012.

Dialogs sind jeweils Fach- und Arbeitsgruppen mit unabhängigen Experten für jedes QS-Verfahren etabliert.

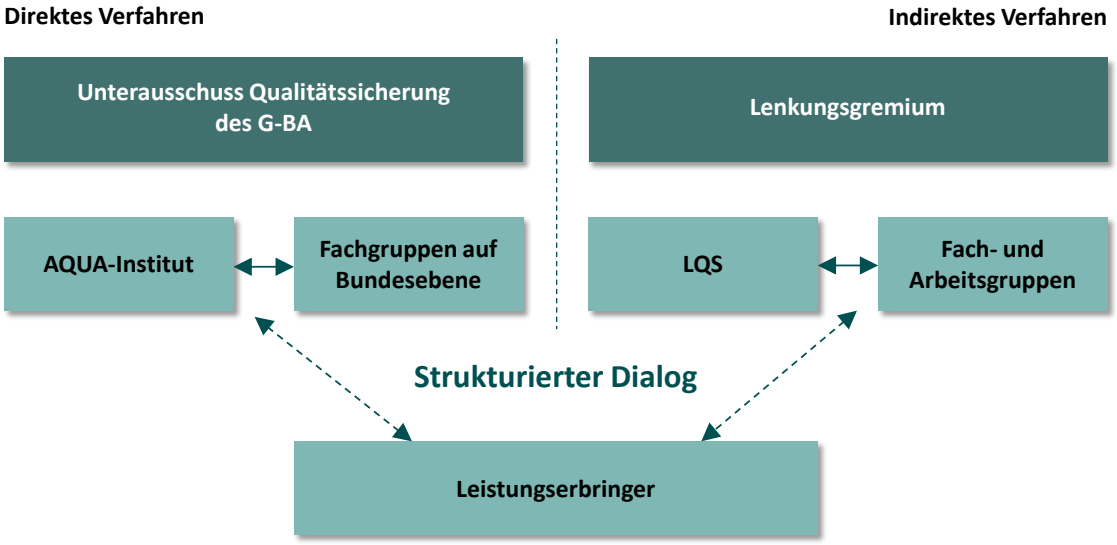


Abbildung 3: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure

2.2 Rechnerische Auffälligkeiten

Anhand des Referenzbereichs eines Qualitätsindikators wird festgestellt, ob das Ergebnis rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Gemäß § 10 Abs. 2 QSKH-RL werden bei der Feststellung der rechnerischen Auffälligkeit Vertrauensbereiche und die Fallzahlen nicht berücksichtigt.

Die Lage eines Qualitätsindikatorwertes inner- oder außerhalb eines zuvor definierten Referenzbereichs ist daher das erste Kriterium zur Beurteilung, 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 bundeseinheitlich eingesetzt werden sollen, obliegt der Institution nach § 137a SGB V[3] in enger Abstimmung mit dem G-BA. Die Indikatoren fungieren als Instrumente zur Messung der medizinischen Versorgungsqualität und werden durch die extern besetzten Expertengremien inhaltlich betreut, gepflegt und regelmäßig aktualisiert. Abweichungen auf der Landesebene sind möglich. Für einige Qualitätsindikatoren sind aus unterschiedlichen Gründen keine Referenzbereiche definiert. Anhand der Krankenhausergebnisse für

[3] Seit dem 1. Januar 2016 ist diese Funktion auf das Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) übergegangen.

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.

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

2.3 Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten

2.3.1 Fachgruppenarbeit

Die von den Einrichtungen dokumentierten QS-Daten werden an die zuständigen Stellen (LQS und Institution nach § 137a SGB V) übermittelt. Sobald ein rechnerisch auffälliges Ergebnis ermittelt worden ist, wird zunächst der Grad der Abweichung betrachtet.

Die eingesetzte Expertengruppe der jeweils beauftragten Stelle entscheidet 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 QSKH-RL auch auf eine Maßnahme verzichtet werden (Ein-Fall-Regel).

Damit die Vorgehensweise bei der Überprüfung der rechnerischen Auffälligkeiten bundesweit möglichst einheitlich ist, sind die Anforderungen für eine zu übermittelnde Stellungnahme der Fach- und Arbeitsgruppen sehr ähnlich. Ein Ergebnis wird nach folgenden Kriterien beurteilt:

- Wurde das angefragte Ergebnis in der Einrichtung selbst kritisch analysiert, reflektiert und diskutiert?
- War das Ergebnis bei diesem Indikator im Jahr zuvor auffällig oder unauffällig?
- Wie sind die Ergebnisse der anderen Qualitätsindikatoren in diesem QS-Verfahren?
- 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 vorgegebenen 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 können insbesondere Einladungen zu Kollegialen Gesprächen oder die Durchführung von Vor-Ort-Begehungen sein.

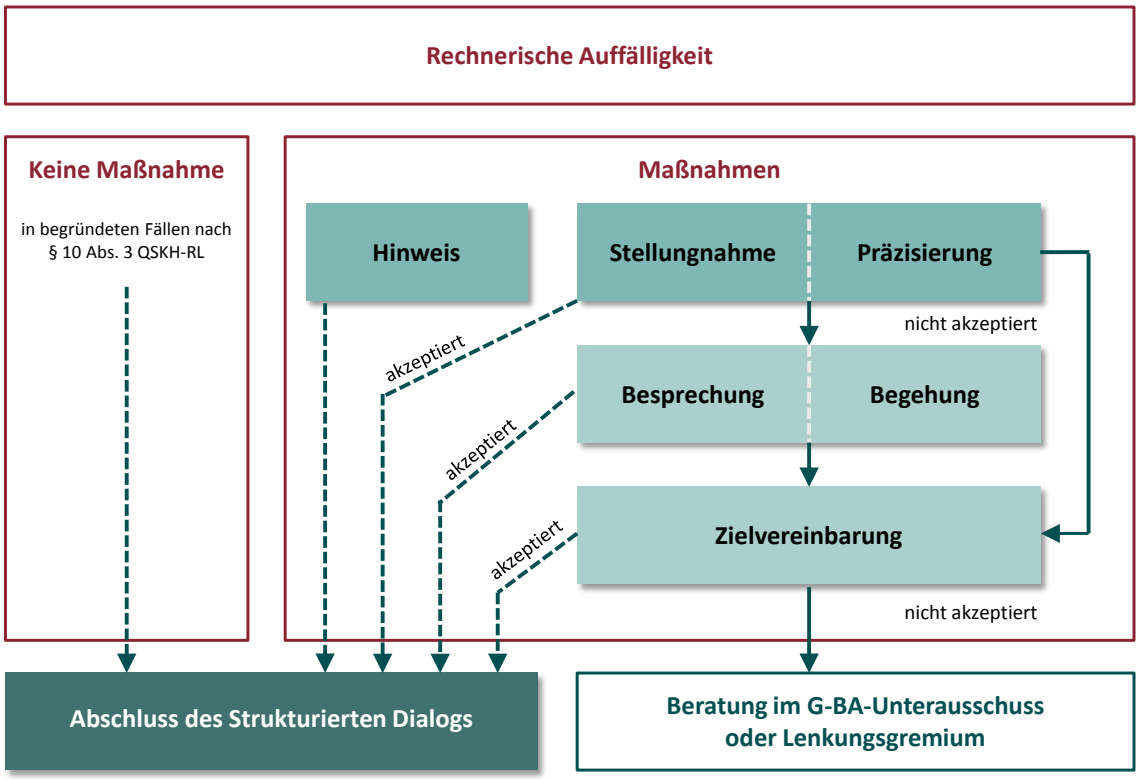


Abbildung 4: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog

2.3.2 Umgang mit Krankenhausergebnissen

Abbildung 10 stellt die einzelnen Prüfschritte für Krankenhausergebnisse im Zusammenhang mit der abschließend zu erteilenden Einstufung/Bewertung dar, die im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfolgen muss.

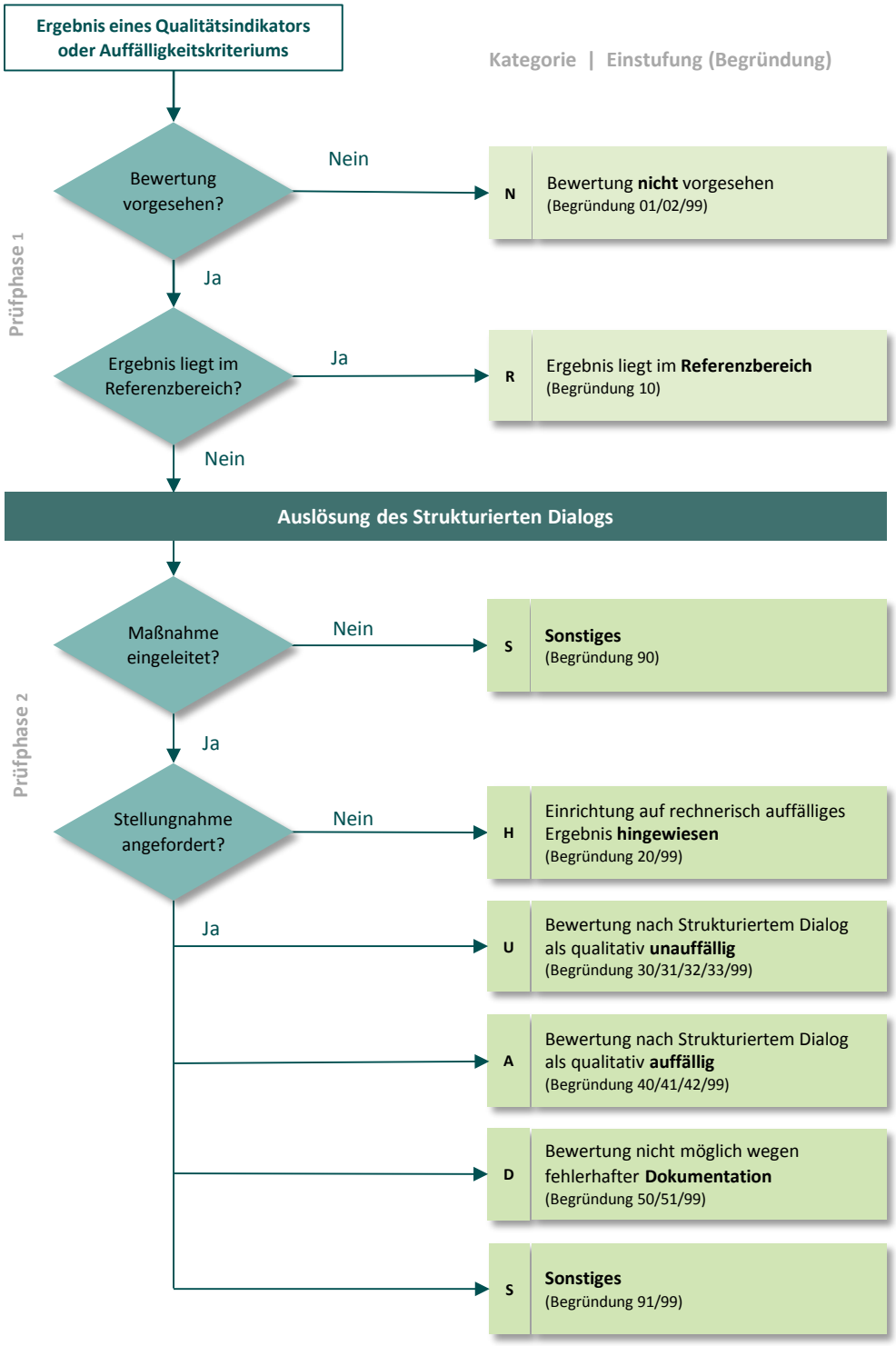


Abbildung 5: Strukturierter Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung

2.3.3 Einstufungsmöglichkeiten und Bewertungskategorien

Die Krankenhausergebnisse erhalten nach Überprüfung und zum Abschluss des Strukturierten Dialogs jeweils eine endgültige Einstufung bzw. 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 sind ausschließlich für Ergebniseinstufungen im Bereich der Datenvalidierung anzuwenden.

Tabelle 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 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
		33	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- und 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)

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

3 Rechnerische Auffälligkeiten, Maßnahmen und Ergebniseinstufungen

3.1 Ermittelte rechnerische Auffälligkeiten

Die Tabelle 4 gibt Auskunft über die ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten in den einzelnen QS-Verfahren der letzten drei Erfassungsjahre (EJ 2012 bis 2014). Nähere Erläuterungen zur Anzahl der rechnerischen Auffälligkeit bezüglich Zunahme bzw. Abnahme im Vergleich zu Ergebnissen der Vorjahre finden sich in Kapitel 4 bei den jeweiligen QS-Verfahren.

Tabelle 4: Rechnerische Auffälligkeiten pro QS-Verfahren über einen 3-Jahres-Zeitraum (EJ 2012–EJ 2013)

QS-Verfahren	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt)		
	EJ 2014	EJ 2013	EJ 2012
Cholezystektomie	860	764	840
Karotis-Revaskularisation	223	245	125
Ambulant erworbene Pneumonie	2.788	3.447	3.302
Herzschrittmacher-Implantation	872	819	849
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	595	713	814
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	462	633	748
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	608	566	770
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	185	181	313
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	355	402	263
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	854	963	1.074
Koronarchirurgie, isoliert	22	16	15
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	86		
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	17	33	26
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	15	14	17
Herztransplantation	37	33	22
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	19	19	14
Lebertransplantation	26	23	32
Leberlebendspende	12	23	28

QS-Verfahren	Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt)		
	EJ 2014	EJ 2013	EJ 2012
Nierentransplantation	42	39	29
Nierenlebendspende	61	55	77
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	33	-	21
Geburtshilfe	617	869	826
Neonatologie	314	280	360
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	845	839	1.200
Mammachirurgie	698	703	1.140
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.348	1.339	1.108
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.097	1.130	1.180
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.320	1.094	1.226
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	660	679	524
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	643	517	484
Pflege: Dekubitusprophylaxe	714	795	259
Gesamt	**16.428**	**17.233**	**17.686**

3.2 Durchgeführte Maßnahmen

Für alle bundesweit ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten (n = 16.428) wurden in einem ersten Schritt von den beauftragten Stellen die in Abbildung 6 dargestellten Maßnahmen eingeleitet.

Für 132 rechnerische Auffälligkeiten wurden keine Maßnahmen ergriffen. Bei diesen Auffälligkeiten wurde zum Beispiel auf die Ein-Fall-Regel zurückgegriffen. Diese besagt laut QSKH-RL, dass bei nur einem einzigen auftretenden Fall auf weitere qualitätssichernde Maßnahmen verzichtet werden kann.

Es wurden für 6.691 rechnerische Auffälligkeiten entsprechende Hinweise an die Krankenhäuser gesendet und für 9.600 festgestellte Abweichungen Stellungnahmen angefordert. Zu 342 Auffälligkeiten davon wurden zusätzliche Maßnahmen wie Besprechungen oder Vor-Ort-Begehungen durchgeführt.

Für 5 rechnerische Auffälligkeiten wurden sonstige Maßnahmen angegeben. Es handelte sich hierbei um die unterjährige Schließung einer chirurgischen Station. Bei einer anderen Einrichtung wurde im Vorjahr ein Kollegiales Gespräch geführt und im Berichtsjahr auf eine Stellungnahme verzichtet.

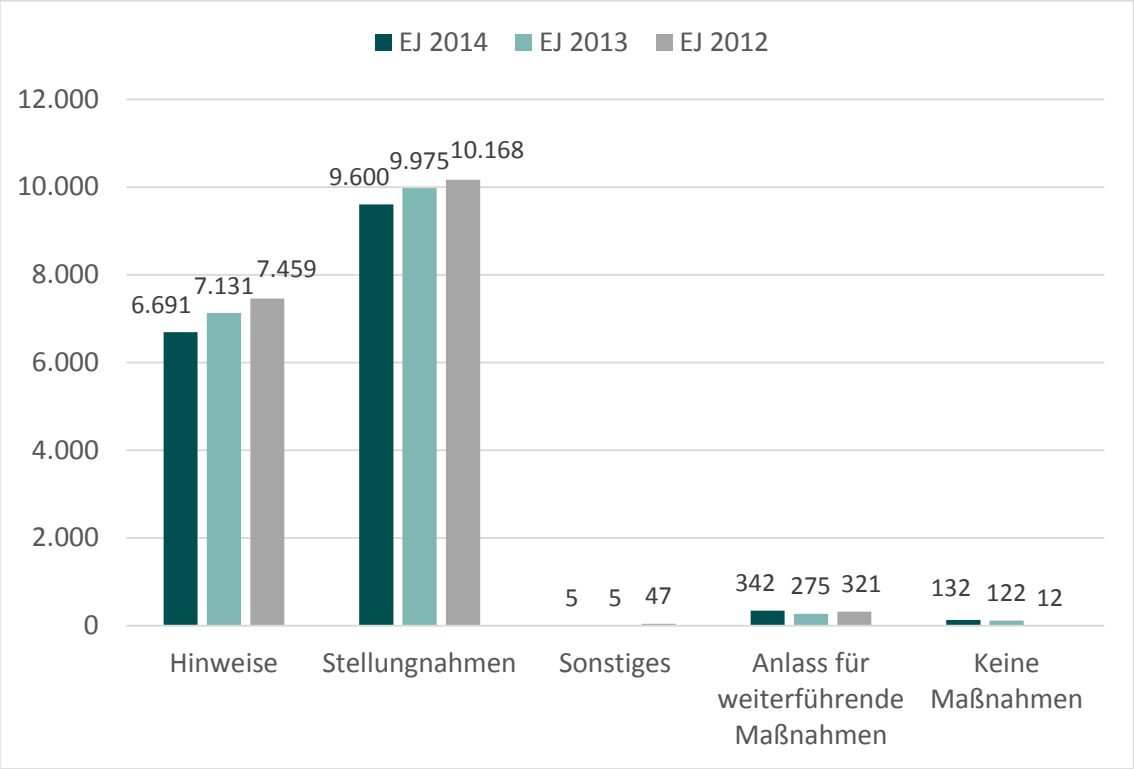


Abbildung 6: Durchgeführte Maßnahmen (gesamt) der Erfassungsjahre 2012 bis 2014

Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
QS-Verfahren	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Cholezystektomie	860	5,2	7	0,8	304	35,3	549	63,8	0	0,0	4	0,5	3	0,3	3	0,3
Karotis-Revaskularisation	223	1,4	0	0,0	78	35,0	145	65,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0	3	1,3
Ambulant erworbene Pneumonie	2.788	17,0	24	0,9	1.253	44,9	1511	54,2	0	0,0	67	2,4	20	0,7	178	6,4
Herzschrittmacher-Implantation	872	5,3	4	0,5	441	50,6	427	49,0	0	0,0	17	1,9	5	0,6	51	5,8
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	595	3,6	2	0,3	305	51,3	288	48,4	0	0,0	6	1,0	4	0,7	28	4,7
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	462	2,8	3	0,6	224	48,5	235	50,9	0	0,0	10	2,2	5	1,1	23	5,0
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	608	3,7	9	1,5	329	54,1	270	44,4	0	0,0	4	0,7	1	0,2	37	6,1
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	185	1,1	4	2,2	93	50,3	88	47,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	4,3
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	355	2,2	6	1,7	140	39,4	209	58,9	0	0,0	3	0,8	2	0,6	14	3,9
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	854	5,2	6	0,7	389	45,6	459	53,7	0	0,0	6	0,7	1	0,1	65	7,6
Koronarchirurgie, isoliert	22	0,1	0	0,0	0	0,0	22	100,0	0	0,0	1	4,5	1	4,5	3	13,6
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	86	0,5	0	0,0	0	0,0	86	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	17	0,1	0	0,0	0	0,0	17	100,0	0	0,0	1	5,9	1	5,9	1	5,9
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	15	0,1	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	1	6,7	1	6,7	2	13,3
Herztransplantation	37	0,2	0	0,0	0	0,0	37	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,5
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	19	0,1	0	0,0	0	0,0	19	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3
Leberlebendspende	12	0,1	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0

QS-Verfahren	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lebertransplantation	26	0,2	0	0,0	0	0,0	26	100,0	0	0,0	8	30,8	0	0,0	0	0,0
Nierenlebendspende	61	0,4	0	0,0	0	0,0	61	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierentransplantation	42	0,3	0	0,0	0	0,0	42	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	33	0,2	0	0,0	0	0,0	33	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Geburtshilfe	617	3,8	22	3,6	187	30,3	408	66,1	0	0,0	15	2,4	4	0,6	41	6,6
Neonatologie	314	1,9	0	0,0	121	38,5	193	61,5	0	0,0	12	3,8	0	0,0	30	9,6
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	845	5,1	4	0,5	409	48,4	432	51,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	22	2,6
Mammachirurgie	698	4,2	12	1,7	333	47,7	353	50,6	0	0,0	3	0,4	3	0,4	23	3,3
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.348	8,2	11	0,8	446	33,1	890	66,0	1	0,1	46	3,4	3	0,2	52	3,9
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.097	6,7	7	0,6	412	37,6	675	61,5	3	0,3	7	0,6	0	0,0	77	7,0
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.320	8,0	4	0,3	489	37,0	827	62,7	0	0,0	25	1,9	2	0,2	27	2,0
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	660	4,0	1	0,2	315	47,7	344	52,1	0	0,0	16	2,4	0	0,0	35	5,3
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	643	3,9	5	0,8	290	45,1	347	54,0	1	0,2	12	1,9	0	0,0	18	2,8
Pflege: Dekubitusprophylaxe	714	4,3	1	0,1	133	18,6	580	81,2	0	0,0	14	2,0	4	0,6	46	6,4
Gesamt	**16.428**	**100,0**	**132**	**0,8**	**6691**	**40,7**	**9.600**	**58,4**	**5**	**0,0**	**282**	**1,7**	**60**	**0,4**	**794**	**4,8**

© IQTIG 2016

Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	2.792	17,0	0	0,0	1.830	65,5	962	34,5	0	0,0	17	0,6	24	0,9	19	0,7
Baden-Württemberg	1.708	10,4	0	0,0	917	53,7	787	46,1	17	1,0	29	1,7	1	0,1	112	6,6
Berlin	563	3,4	0	0,0	170	30,2	393	69,8	0	0,0	50	8,9	12	2,1	4	0,7
Brandenburg	537	3,3	0	0,0	79	14,7	458	85,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	110	0,7	0	0,0	12	10,9	98	89,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	257	1,6	0	0,0	114	44,4	143	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	995	6,1	11	1,1	476	47,8	508	51,1	11	1,1	9	0,9	0	0,0	11	1,1
Mecklenburg-Vorpommern	320	1,9	0	0,0	57	17,8	263	82,2	0	0,0	18	5,6	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	1.664	10,1	42	2,5	436	26,2	1.186	71,3	277	16,6	23	1,4	0	0,0	136	8,2
Nordrhein-Westfalen	3.397	20,7	0	0,0	1.300	38,3	2.097	61,7	0	0,0	41	1,2	0	0,0	422	12,4
Rheinland-Pfalz	1.112	6,8	0	0,0	545	49,0	567	51,0	13	1,2	4	0,4	0	0,0	33	3,0
Saarland	207	1,3	0	0,0	0	0,0	209	101,0	0	0,0	16	7,7	16	7,7	2	1,0
Sachsen	837	5,1	0	0,0	121	14,5	716	85,5	12	1,4	29	3,5	0	0,0	29	3,5
Sachsen-Anhalt	644	3,9	75	11,6	286	44,4	283	43,9	12	1,9	4	0,6	0	0,0	1	0,2
Schleswig-Holstein	485	3,0	4	0,8	132	27,2	349	72,0	7	1,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Thüringen	430	2,6	0	0,0	216	50,2	214	49,8	4	0,9	29	6,7	4	0,9	12	2,8
Institution nach § 137a SGB V	370	2,3	0	0,0	0	0,0	370	100,0	0	0,0	12	3,2	3	0,8	13	3,5
Gesamt	**16.428**	**100,0**	**132**	**0,8**	**6.691**	**40,7**	**9603**	**58,5**	**353**	**2,1**	**282**	**1,7**	**60**	**0,4**	**794**	**4,8**

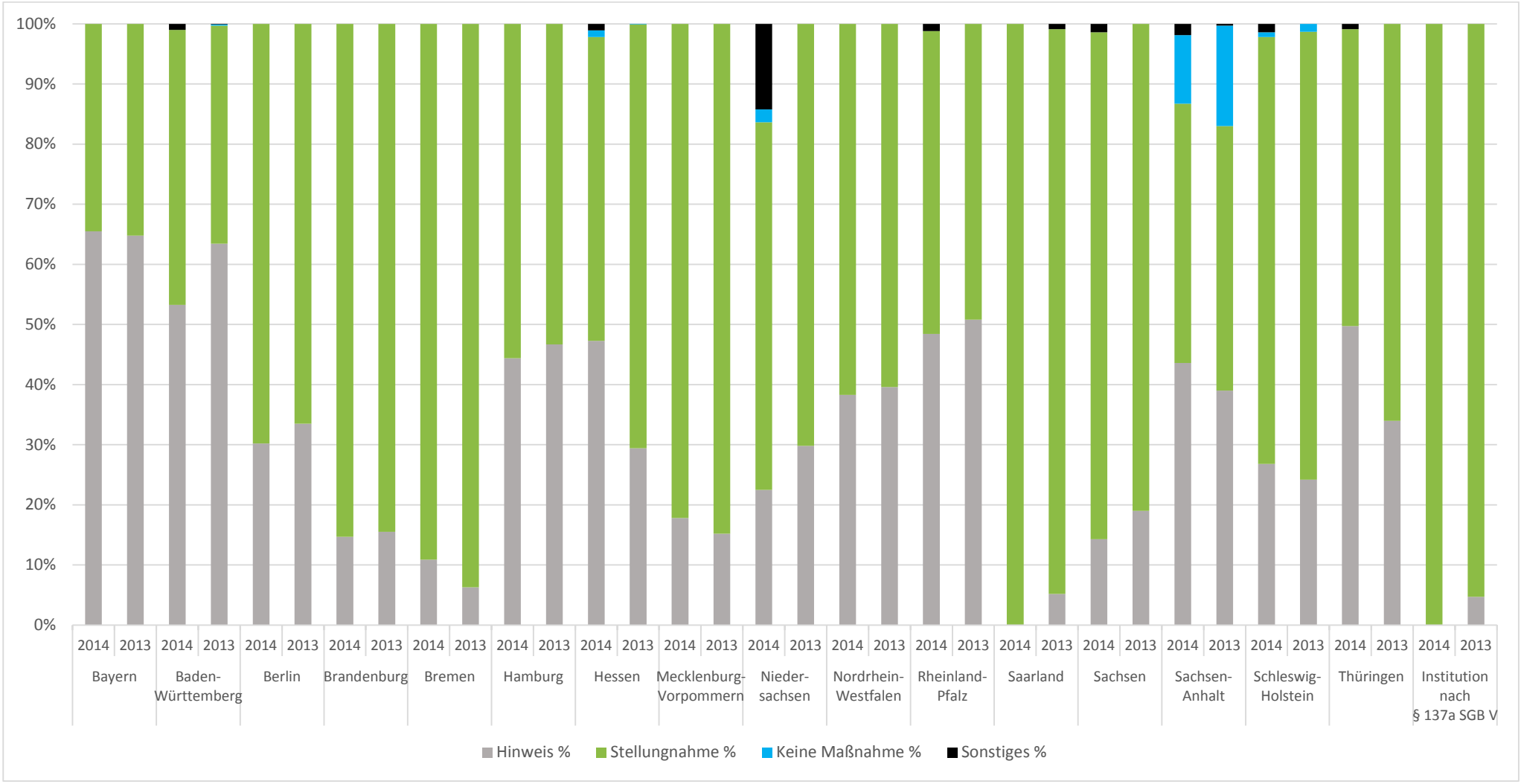


Abbildung 7: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland (EJ 2014, EJ 2013)

3.3 Abschließende Einstufung der rechnerischen Auffälligkeiten

Die rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurden von den beauftragten Stellen und ihren Expertengruppen mit Abschluss des Strukturierten Dialogs eingestuft bzw. bewertet. Abbildung 8 zeigt die jeweiligen Anteile der zur Verfügung stehenden und erteilten Einstufungen. Dargestellt sind die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2014 und die des Vorjahres (EJ 2013). Die Grundgesamtheit bilden alle für das jeweilige Erfassungsjahr festgestellten rechnerischen Auffälligkeiten.

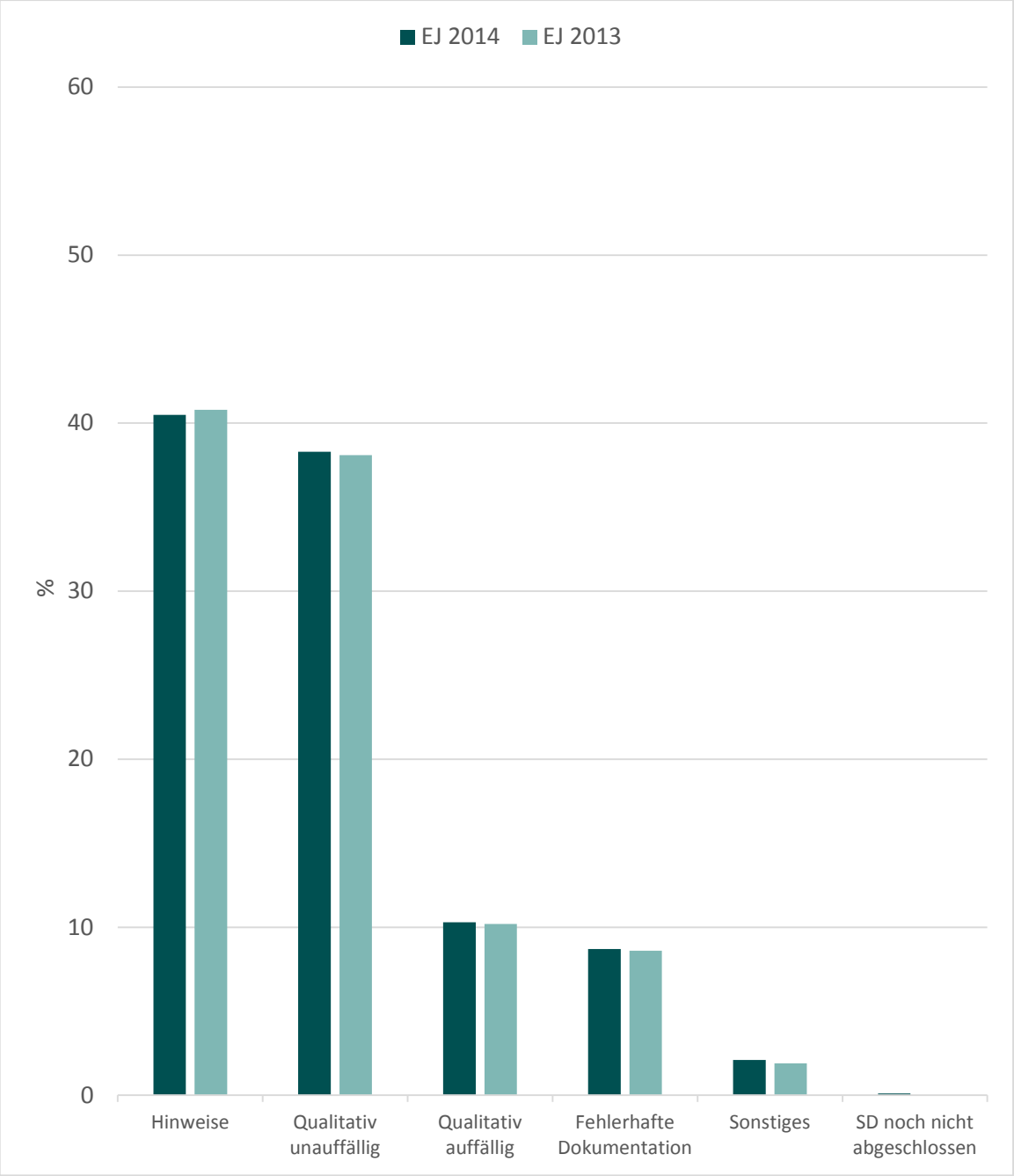


Abbildung 8: Einstufung der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des SD (EJ 2014 und EJ 2013)

Tabelle 7: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro QS-Verfahren

QS-Verfahren	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20 + H99	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cholezystektomie	860	55	6,4	383	44,5	55	6,4	1	0,1	24	2,8	4	0,5	3	0,3	20	2,3	3	0,3	0	0,0	7	0,8	0	0,0	1	0,1	304	35,3
Karotis-Revaskularisation	223	16	7,2	68	30,5	25	11,2	8	3,6	12	5,4	1	0,4	3	1,3	9	4,0	0	0,0	3	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	78	35,0
Ambulant erworbene Pneumonie	2.788	58	2,1	408	14,6	194	7,0	27	1,0	345	12,4	47	1,7	34	1,2	349	12,5	1	0,0	17	0,6	24	0,9	0	0,0	32	1,1	1252	44,9
Herzschrittmacher-Implantation	872	28	3,2	217	24,9	25	2,9	10	1,1	92	10,6	18	2,1	4	0,5	16	1,8	0	0,0	2	0,2	4	0,5	0	0,0	15	1,7	441	50,6
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	595	12	2,0	109	18,3	49	8,2	7	1,2	53	8,9	6	1,0	3	0,5	47	7,9	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	2	0,3	305	51,3
Herzschrittmacher-Revision/-System-wechsel/-Explantation	462	8	1,7	159	34,4	6	1,3	0	0,0	47	10,2	8	1,7	2	0,4	0	0,0	2	0,4	0	0,0	3	0,6	0	0,0	3	0,6	224	48,5
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	608	11	1,8	133	21,9	35	5,8	5	0,8	33	5,4	12	2,0	2	0,3	34	5,6	1	0,2	0	0,0	9	1,5	0	0,0	5	0,8	328	53,9
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	185	4	2,2	35	18,9	15	8,1	5	2,7	14	7,6	2	1,1	0	0,0	13	7,0	0	0,0	0	0,0	4	2,2	0	0,0	0	0,0	93	50,3
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	355	11	3,1	140	39,4	11	3,1	3	0,8	28	7,9	7	2,0	0	0,0	7	2,0	1	0,3	0	0,0	6	1,7	0	0,0	1	0,3	140	39,4
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	854	40	4,7	129	15,1	45	5,3	19	2,2	80	9,4	15	1,8	9	1,1	78	9,1	22	2,6	6	0,7	6	0,7	0	0,0	16	1,9	389	45,6
Koronarchirurgie, isoliert	22	0	0,0	13	59,1	1	4,5	0	0,0	3	13,6	0	0,0	1	4,5	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	13,6	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	86	0	0,0	15	17,4	7	8,1	10	11,6	3	3,5	2	2,3	41	47,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	9,3	0	0,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	17	0	0,0	11	64,7	2	11,8	0	0,0	3	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0
Kombinierte Koronar- und Aortenklap-penchirurgie	15	0	0,0	9	60,0	0	0,0	1	6,7	3	20,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0
Herztransplantation	37	0	0,0	11	29,7	0	0,0	3	8,1	7	18,9	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	40,5	0	0,0
Lungen- und Herz-Lungentransplanta-tion	19	0	0,0	10	52,6	0	0,0	1	5,3	3	15,8	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	21,1	0	0,0

QS-Verfahren	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20 + H99	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Leberlebendspende	12	0	0,0	3	25,0	7	58,3	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
Lebertransplantation	26	0	0,0	17	65,4	0	0,0	0	0,0	3	11,5	0	0,0	3	11,5	0	0,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0	0	0,0	2	7,7	0	0,0
Nierenlebendspende	61	0	0,0	9	14,8	17	27,9	0	0,0	1	1,6	0	0,0	9	14,8	22	36,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,9	0	0,0
Nierentransplantation	42	0	0,0	19	45,2	0	0,0	3	7,1	8	19,0	1	2,4	10	23,8	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pankreas- und Pankreas-Nierentrans-plantation	33	0	0,0	20	60,6	1	3,0	0	0,0	2	6,1	0	0,0	0	0,0	3	9,1	0	0,0	2	6,1	0	0,0	0	0,0	5	15,2	0	0,0
Geburtshilfe	617	12	1,9	110	17,8	106	17,2	11	1,8	71	11,5	10	1,6	5	0,8	72	11,7	0	0,0	2	0,3	22	3,6	3	0,5	6	1,0	187	30,3
Neonatologie	314	15	4,8	68	21,7	32	10,2	8	2,5	28	8,9	7	2,2	2	0,6	28	8,9	4	1,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	120	38,2
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	845	13	1,5	225	26,6	82	9,7	6	0,7	22	2,6	10	1,2	2	0,2	58	6,9	0	0,0	5	0,6	4	0,5	0	0,0	9	1,1	409	48,4
Mammachirurgie	698	6	0,9	151	21,6	36	5,2	10	1,4	74	10,6	13	1,9	7	1,0	40	5,7	0	0,0	1	0,1	12	1,7	0	0,0	15	2,1	333	47,7
Hüftgelenknahe Femurfraktur	1.348	36	2,7	531	39,4	91	6,8	12	0,9	111	8,2	15	1,1	5	0,4	68	5,0	2	0,1	6	0,4	11	0,8	1	0,1	13	1,0	446	33,1
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1.097	14	1,3	340	31,0	76	6,9	13	1,2	45	4,1	13	1,2	14	1,3	159	14,5	2	0,2	2	0,2	7	0,6	0	0,0	13	1,2	399	36,4
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1.320	29	2,2	590	44,7	53	4,0	18	1,4	36	2,7	19	1,4	13	1,0	41	3,1	6	0,5	1	0,1	4	0,3	10	0,8	11	0,8	489	37,0
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplan-tation	660	7	1,1	187	28,3	26	3,9	12	1,8	27	4,1	11	1,7	1	0,2	76	11,5	3	0,5	1	0,2	1	0,2	1	0,2	7	1,1	300	45,5
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	643	6	0,9	232	36,1	39	6,1	12	1,9	13	2,0	7	1,1	3	0,5	28	4,4	0	0,0	2	0,3	5	0,8	0	0,0	6	0,9	290	45,1
Pflege: Dekubitusprophylaxe	714	25	3,5	151	21,1	124	17,4	17	2,4	64	9,0	18	2,5	6	0,8	142	19,9	8	1,1	14	2,0	1	0,1	0	0,0	11	1,5	133	18,6
Gesamt	**16.428**	**406**	**2,5**	**4503**	**27,4**	**1.160**	**7,1**	**222**	**1,4**	**1255**	**7,6**	**246**	**1,5**	**186**	**1,1**	**1.313**	**8,0**	**55**	**0,3**	**66**	**0,4**	**132**	**0,8**	**15**	**0,1**	**209**	**1,3**	**6.660**	**40,5**

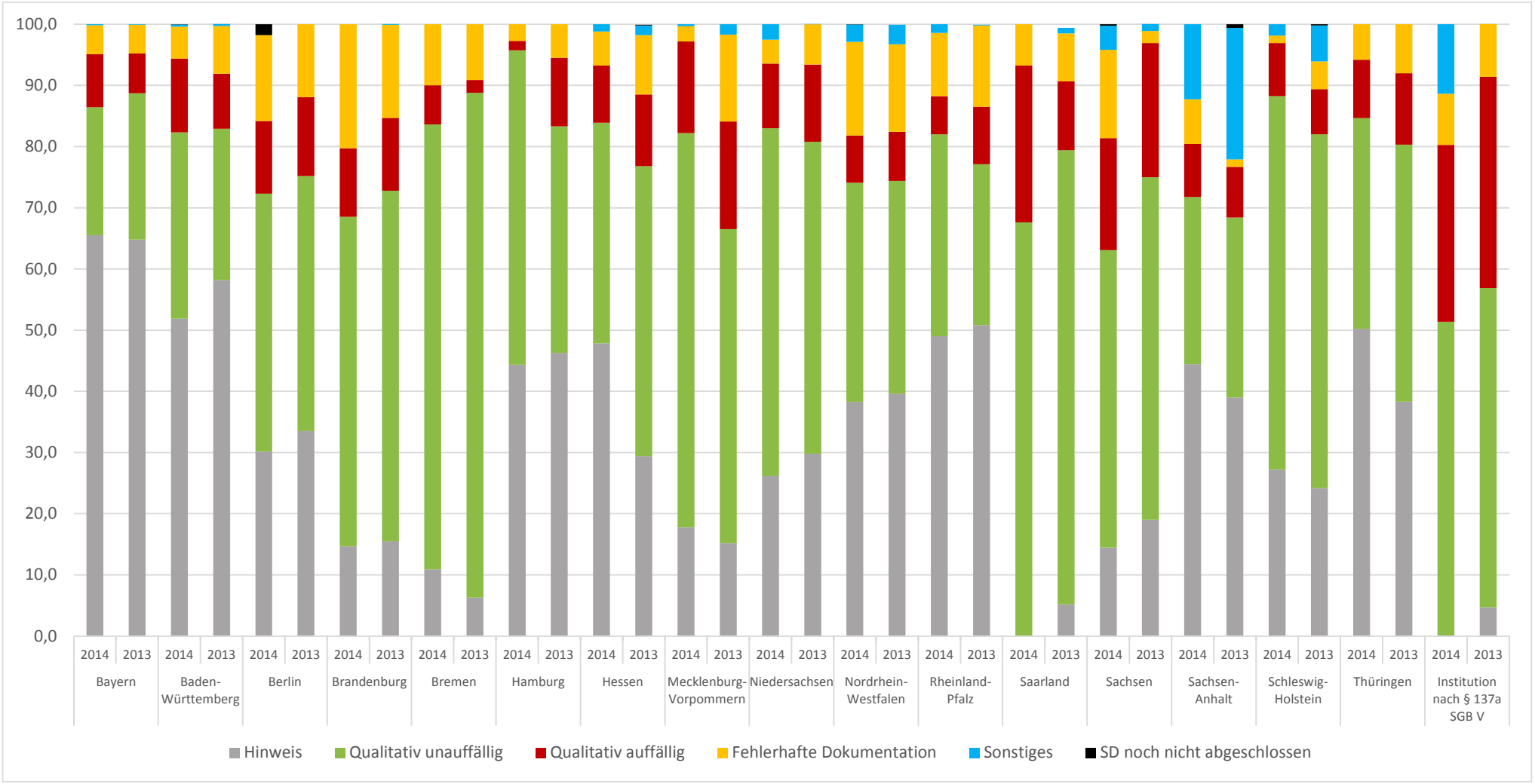


Abbildung 9: Hinweise und Ergebniseinstufungen der Stellungnahmen nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland (EJ 2014 und EJ 2013)

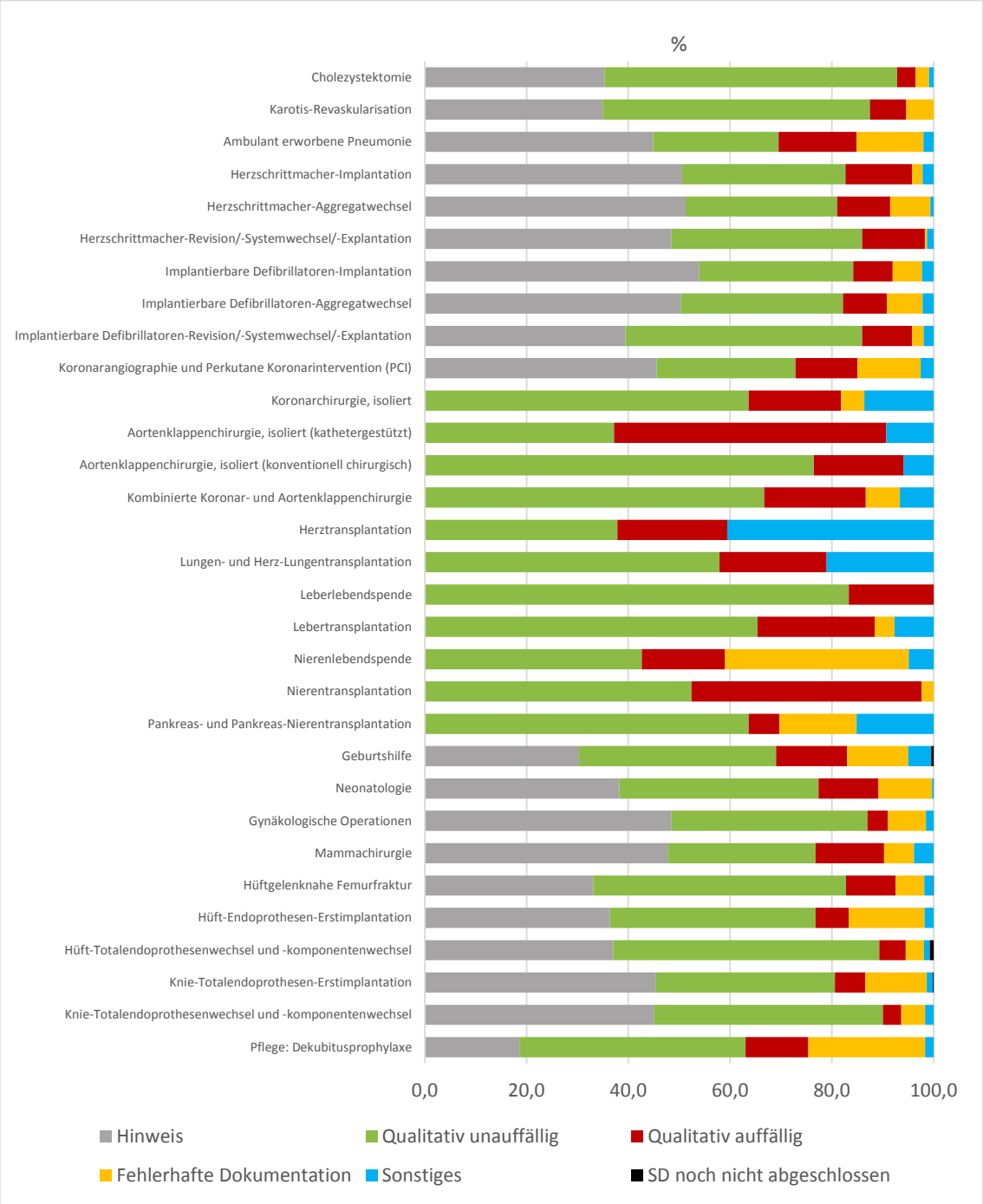


Abbildung 10: Verteilung der Ergebniseinstufungen pro QS-Verfahren für das Erfassungsjahr 2014

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

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20 + H99	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	2.792	46	1,6	413	14,8	124	4,4	0	0,0	157	5,6	85	3,0	0	0,0	126	4,5	6	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,2	1.830	65,5
Baden-Württemberg	1.708	23	1,3	292	17,1	199	11,7	6	0,4	174	10,2	27	1,6	5	0,3	78	4,6	5	0,3	6	0,4	0	0,0	1	0,1	6	0,4	886	51,9
Berlin	563	22	3,9	215	38,2	0	0,0	0	0,0	50	8,9	16	2,8	1	0,2	64	11,4	11	2,0	4	0,7	0	0,0	10	1,8	0	0,0	170	30,2
Brandenburg	537	7	1,3	279	52,0	0	0,0	3	0,6	49	9,1	11	2,0	0	0,0	104	19,4	2	0,4	3	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	79	14,7
Bremen	110	10	9,1	60	54,5	8	7,3	2	1,8	3	2,7	3	2,7	1	0,9	11	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	10,9
Hamburg	257	6	2,3	94	36,6	0	0,0	32	12,5	0	0,0	2	0,8	2	0,8	7	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	114	44,4
Hessen	995	3	0,3	275	27,6	61	6,1	20	2,0	67	6,7	21	2,1	5	0,5	46	4,6	1	0,1	8	0,8	11	1,1	0	0,0	1	0,1	476	47,8
Mecklenburg-Vorpommern	320	0	0,0	133	41,6	57	17,8	16	5,0	27	8,4	0	0,0	21	6,6	0	0,0	3	0,9	5	1,6	0	0,0	0	0,0	1	0,3	57	17,8
Niedersachsen	1.664	48	2,9	642	38,6	240	14,4	15	0,9	161	9,7	5	0,3	10	0,6	65	3,9	0	0,0	0	0,0	42	2,5	0	0,0	0	0,0	436	26,2
Nordrhein-Westfalen	3.397	206	6,1	883	26,0	80	2,4	47	1,4	222	6,5	38	1,1	3	0,1	494	14,5	19	0,6	7	0,2	0	0,0	2	0,1	96	2,8	1.300	38,3
Rheinland-Pfalz	1.112	5	0,4	305	27,4	56	5,0	1	0,1	55	4,9	14	1,3	0	0,0	109	9,8	5	0,4	1	0,1	0	0,0	0	0,0	16	1,4	545	49,0
Saarland	207	0	0,0	116	56,0	24	11,6	0	0,0	49	23,7	2	1,0	2	1,0	14	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	837	9	1,1	284	33,9	97	11,6	17	2,0	120	14,3	16	1,9	17	2,0	106	12,7	1	0,1	14	1,7	0	0,0	2	0,2	33	3,9	121	14,5
Sachsen-Anhalt	644	9	1,4	120	18,6	42	6,5	5	0,8	38	5,9	3	0,5	15	2,3	31	4,8	1	0,2	15	2,3	75	11,6	0	0,0	4	0,6	286	44,4
Schleswig-Holstein	485	11	2,3	149	30,7	97	20,0	39	8,0	6	1,2	0	0,0	36	7,4	6	1,2	0	0,0	0	0,0	4	0,8	0	0,0	5	1,0	132	27,2
Thüringen	430	1	0,2	106	24,7	40	9,3	1	0,2	41	9,5	0	0,0	0	0,0	24	5,6	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	216	50,2
Institution nach § 137a SGB V	370	0	0,0	137	37,0	35	9,5	18	4,9	36	9,7	3	0,8	68	18,4	28	7,6	0	0,0	3	0,8	0	0,0	0	0,0	42	11,4	0	0,0
Gesamt	**16.428**	**406**	**2,5**	**4.503**	**27,4**	**1.160**	**7,1**	**222**	**1,4**	**1.255**	**7,6**	**246**	**1,5**	**186**	**1,1**	**1.313**	**8,0**	**55**	**0,3**	**66**	**0,4**	**132**	**0,8**	**15**	**0,1**	**209**	**1,3**	**6.660**	**40,5**

3.4 Begründungen zu den Bewertungskategorien

Die in den folgenden Kapiteln aufgeführten Anzahlen in den Bewertungskategorien beziehen sich immer auf die Grundgesamtheit von 16.428 rechnerischen Auffälligkeiten.

3.4.1 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. einem Kollegialen Gespräch oder einer Vor-Ort-Begehung im Strukturierten Dialog gewesen ist und im Rahmen der vereinbarten Ziele mittlerweile verbesserte Ergebnisse aufzuweisen hat. Wenn im Folgejahr eine rechnerische Auffälligkeit aufgetreten war, die nach Einschätzung der beauftragten Stelle jedoch nach abgeschlossenen Umsetzungsmaßnahmen behoben sein sollte, kann auch hier ein Hinweis versendet werden. Die Einrichtungen erhalten in den erwähnten Fällen ein Hinweisschreiben mit der Aufforderung, die rechnerische Auffälligkeit im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu analysieren. Insgesamt wurde bei 5.815 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 845-mal diese Begründungskategorie gewählt. Nachstehend sind als Beispiele drei in diesem Jahr verwendete Begründungskommentare aufgeführt:

- Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG Leitfaden.[4]
- Die rechnerische Auffälligkeit wurde bereits im Strukturierten Dialog eines anderen Indikators berücksichtigt.
- Für eine Kennzahl hat eine Arbeitsgruppe beschlossen, lediglich einen Hinweis zu versenden mit der Maßgabe, die statistischen Abweichungen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu bearbeiten.

Obwohl die Bewertungssystematik dies nicht vorsieht, erfolgte nach Versand eines Hinweises die Einstufung der rechnerischen Auffälligkeit in eine andere Kategorie (U, A oder S) als die dafür vorgesehenen H20 oder H99. Dies betraf 31 Indikatorergebnisse. Aufgrund dessen ist die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweis“ nicht gleichzusetzen mit der Summe aus H20 und H99.

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

3.4.2 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 / ein spezielles Leistungsspektrum (z. B. Lungenfachklinik) anbietet, und dadurch eine besondere Patientenklientel vorhanden ist. Die Vergleichbarkeit mit anderen Leistungserbringern kann dadurch eingeschränkt sein. Insgesamt kam dies 406-mal für das Erfassungsjahr 2014 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 4.503 geprüfte rechnerische Auffälligkeiten für das Erfassungsjahr 2014 vergeben.

U33: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)

Auf dieses Einstufungsergebnis wurde bundesweit 1.160-mal für das Erfassungsjahr 2014 zurückgegriffen. In diesen Fällen konnten die Auffälligkeiten in den Stellungnahmen gut begründet werden, vereinzelt waren Dokumentationsfehler aufgetreten.

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 220-mal für das Erfassungsjahr 2014 gewählt. Beispielhaft finden sich im Folgenden verschiedene Kommentare, die verwendet worden sind:

- Das Fachgremium weist darauf hin, dass Ihre Ergebnisse im kommenden Jahr noch einmal besonders überprüft werden.
- Der Qualitätsindikator zur Indikationsstellung berücksichtigt derzeit einen Wechsel der beweglichen Prothesenkomponenten (z. B. Inlay) bei Verdacht auf Frühinfekt ohne Keimnachweis nicht als Indikationskriterium.
- Deutliche Verbesserung zu den Vorjahren, Zielvereinbarungen zeigen Wirkung. Kontrolle im nächsten Jahr.
- Standortproblematik – entlassender Standort nicht Leistungserbringer.
- Eine Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung ist nur indiziert bei Schwangerschaften mit Prolongationsabsicht. In den vorliegenden Fällen war eine Antibiotikaprophylaxe nicht angezeigt, somit wurde ein medizinisch korrektes Vorgehen nachgewiesen.
- Kein Hinweis aus Mängel der medizinischen Qualität – Ergebnis bedingt durch schicksalshafte Einzelfälle sowie vereinzelte Fehleinschätzungen.
- Zwei Fälle haben zur rechnerischen Auffälligkeit bei einstelliger Fallzahl geführt.

3.4.3 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 und/oder sie sich im Rahmen des Kollegialen Gesprächs oder der Vor-Ort-Begehung bestätigen. Für 1.255 Indikatorergebnisse wurde für das Erfassungsjahr 2014 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 246-mal für das Erfassungsjahr 2014 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 2014 zu 86 Indikatorergebnissen verfasst worden sind:

- Unvollständige und invalide Dokumentation lässt auf Prozessmängel schließen.
- Begründete Einzelfälle, jedoch hohe Rate bei geringer Fallzahl.
- Gut begründete Einzelfälle, jedoch hohe Rate bei geringer Fallzahl.
- Sowohl Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität und begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Keine ausreichenden Nachsorgebemühungen.

3.4.4 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 1.313 Indikatorergebnisse angegeben.

D51: Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
Es kann vorkommen, dass eingesetzte Softwareprogramme Probleme bezüglich 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 2014 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 66 Indikatorergebnisse erhielten diese Begründung für das Erfassungsjahr 2014. Folgende Kommentare wurden z. B. angegeben:

- Aufgrund fehlender Risikostatistik konnte der Indikator nicht berechnet werden. Somit ist keine Aussage zur Versorgungsqualität möglich.
- Eine Gesamtbewertung zu diesem Qualitätsindikator ist nicht möglich, da durch gehäufte Kodierfehler auch Patienten ohne ambulant erworbene Pneumonie in der Grundgesamtheit enthalten sind.
- Leistung wurde nicht an diesem Standort erbracht.
- Dokumentation Flächendosisprodukt in Akte vorhanden, nicht in QS übertragen. Nach Strukturiertem Dialog kein Hinweis auf Mängel bei der fachlich gebotenen Qualität. Die rechnerische Abweichung wurde durch fehlerhafte QS-Dokumentation verursacht.
- Diskrepanz zwischen dem von der Klinik eingestuften Dekubitus-Grad und den vorliegenden Unterlagen.

Teilweise wurden Dokumentationsfehler allerdings auch den Kategorien H99, U99, A99 und S99 zugeordnet. Dies ist aus den jeweiligen Kommentaren zur Einstufung ersichtlich.

3.4.5 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 132 rechnerischen Auffälligkeiten für das Erfassungsjahr 2014. Folgende Gründe für den Verzicht auf Maßnahmen wurden z. B. angegeben:

- Keine Maßnahme mehr durchgeführt, da KH geschlossen.
- Aufgrund fraglicher Evidenz hat sich der hessische Fachausschuss gegen die Durchführung des Strukturierten Dialogs ausgesprochen; bundesweit wird der Indikator im folgenden Erfassungsjahr ausgesetzt.
- Abweichung durch einen Fall bedingt (Anwendung von § 10 Abs. 3 QSKH-RL).
- Der Strukturierte Dialog wurde zu einem anderen Indikator geführt. Die Bewertung erfolgt dort.

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 15-mal für das Erfassungsjahr 2014 vergeben.

S99: Sonstiges mit Kommentar

Wird ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis aus anderen als den bereits zur Verfügung stehenden Gründen in die Kategorie „Sonstiges“ eingestuft, so wird die Bewertungskategorie S99 mit einem erläuternden Kommentar vergeben. Dies kam insgesamt 209-mal im Erfassungsjahr 2014 zur Anwendung. Folgende Kommentare wurden beispielsweise vergeben:

- Die Leistung wurde nicht in dem Standort erbracht. Die Ergebnisse des erbringenden Standortes sind unauffällig.
- Krankenhaus/Abteilung geschlossen.
- Die rechnerische Auffälligkeit wurde bereits im Vorjahr eingehend überprüft und das Indikatorergebnis wurde für das Erfassungsjahr 2014 als „qualitativ unauffällig“ bewertet.
- Die Arbeitsgruppe Gynäkologie/Geburtshilfe setzte den Strukturierten Dialog aus, da der Indikator nicht geeignet zu sein scheint, die Dokumentationsqualität zu hinterfragen.
- Neuaufbau des Herzkatheterlabors.
- Der Fall ist nicht abschließend beurteilbar.

3.5 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.

3.5.1 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 60 Qualitätsindikatoren (als Auslösekriterium) in 28 Krankenhäusern Vor-Ort-Begehungen durchgeführt. Ein Großteil der Begehungen war für Indikatoren des QS-Verfahrens *Ambulant erworbene Pneumonie* zu verzeichnen (n = 20). Die Ergebnisse von weiteren 282 Qualitätsindikatoren boten einen Anlass für Kollegiale Gespräche. Daran waren Vertreter von bundesweit 118 Krankenhäusern/Standorten beteiligt. Die meisten Kollegialen Gespräche wurden im Bereich der Orthopädie/Unfallchirurgie (n = 106) und im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* geführt (n = 67). Die Anzahl an beteiligten Einrichtungen im Rahmen der weiterführenden Maßnahmen entspricht ungefähr der Anzahl des Vorjahres (n = 100).

3.5.2 Zielvereinbarungen und deren Nachverfolgung

Zu insgesamt 794 rechnerischen Auffälligkeiten bzw. Indikatorergebnissen des Erfassungsjahrs 2014 wurden Zielvereinbarungen verfasst. Zum Vergleich: Im Vorjahr wurden zu 610 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 Konzepte an die jeweils zuständigen beauftragten Stellen zu übermitteln. Die eingereichten Unterlagen werden in der Regel erneut von den Vertretern der Arbeitsgruppen und Fachgruppen auf Bundesebene überprüft. Ebenso wird die Wirksamkeit der vereinbarten Maßnahmen über einen längeren Zeitraum anhand der Daten beobachtet. Sind eingeleitete Maßnahmen nicht Erfolg versprechend, so wird wiederholt geprüft, was verbessert werden kann, bis die Zielvorgabe erreicht ist. Dieser Prozess kann durchaus mehrere Monate andauern. Bei Nichteinhaltung von Zielvereinbarungen wird das zuständige Lenkungsgremium hinzugezogen.

3.5.3 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 LQS unterschiedliche Kommentare an die Institution nach § 137a SGB V 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 wurde ebenfalls als Verbesserungspotenzial angegeben. In wenigen Fällen wurden auch zu behebende strukturelle Probleme benannt, wie beispielsweise die Verlegung von Patienten in eine andere Klinik oder die Schließung einer Abteilung. Ergänzend dazu wurden die meisten Einrichtungen seitens der beauftragten Stellen zu Maßnahmen aufgefordert oder es wurden Empfehlungen gegeben.

Die Institution nach § 137a SGB V hatte für die direkten Verfahren die Krankenhäuser 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 oder Heart-Team-Sitzungen gebeten und somit ggf. auf eine Zielvereinbarung verzichtet werden.

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 die grobe Kategorisierung dieser Krankenhausangaben.

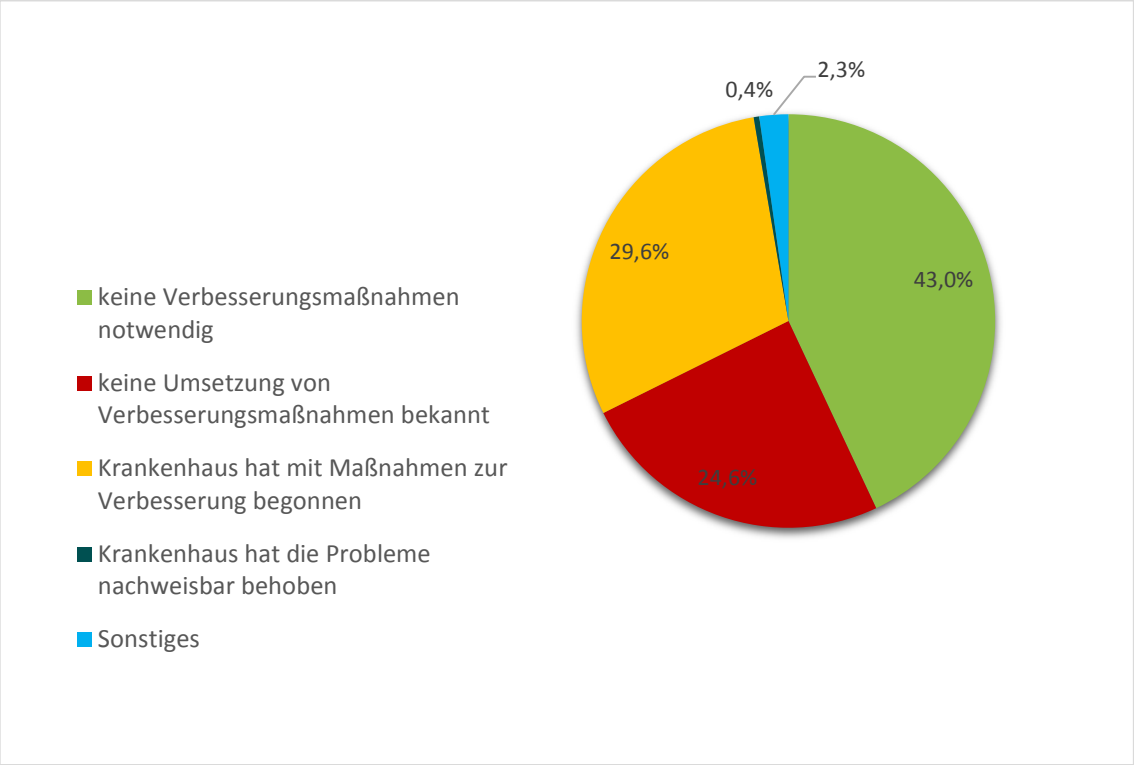


Abbildung 11: Von Krankenhäusern bekanntgegebene Verbesserungsmaßnahmen

4 Betrachtung der Ergebnisse

4.1 Ergebnisse nach QS-Verfahren, Empfehlungen der Bundesebene und Besonderheiten

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der geführten Strukturierten Dialoge näher betrachtet. Berücksichtigung finden u. a. die vor Beginn des Strukturierten Dialogs erteilten Empfehlungen der Fachgruppen auf Bundesebene an die Fachgruppen auf Landesebene. Solche Empfehlungen werden von den Fachgruppen auf Bundesebene ausgesprochen, wenn sich aus den Bundesauswertungen besondere Fragen ergeben. Aber auch andere verfahrensspezifische Besonderheiten, wie z. B. eine Abfrage zu speziellen Behandlungsabläufen, können thematisiert werden. Aus den Rückmeldungen und den weitergehenden Analysen von Ergebnissen können wertvolle Hinweise für die weitere Arbeit in der Fachgruppe auf Bundesebene gewonnen werden.

Es erfolgen auf QS-Verfahrensebene Ergebnisbetrachtungen. Anschließend sind die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2014 im Vergleich zum Vorjahr (Erfassungsjahr 2013) in Diagrammen dargestellt. Danach werden die bestehenden Landesspezifika dargelegt, abschließend folgen Empfehlungen der Fachgruppen auf Landesebene an den Gemeinsamen Bundesausschuss sowie das Institut nach § 137a SGB V.

4.1.1 Cholezystektomie (12/1)

Insgesamt wurden 860 rechnerische Auffälligkeiten im QS-Verfahren *Cholezystektomie* für das Erfassungsjahr 2014 festgestellt. Für 304 rechnerische Auffälligkeiten wurde jeweils ein Hinweis an die betroffene Einrichtung versendet und für 549 Indikatorergebnisse wurde der Strukturierte Dialog eröffnet. Nach Analyse der Stellungnahmen wurden 57,4 % (n = 494) rechnerische Auffälligkeiten als „qualitativ unauffällig“ bewertet. In 2,7 % (n = 23) der rechnerischen Auffälligkeiten wurde eine fehlerhafte Dokumentation festgestellt. In 3,6 % (n = 31) der rechnerischen Auffälligkeiten wurden qualitative Mängel festgestellt, die im Wesentlichen auf Struktur- und Prozessprobleme zurückzuführen waren. Zu 4 rechnerischen Auffälligkeiten wurde eine Besprechung, zu 3 eine Begehung vorgenommen und zu 3 eine Zielvereinbarung geschlossen.

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

8 Fälle mit „Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus“ wurden nach Überprüfung durch die Fachgruppen auf Landesebene als „qualitativ auffällig“ eingestuft; ihnen lagen Struktur- und Prozessmängel zugrunde. Besondere anatomische Gegebenheiten nach vorausgegangenen Entzündungen komplizierten in vielen dieser Fälle den Operationsablauf; in einem Haus war es aufgrund von Personalwechseln zu Schnittstellenproblemen gekommen. Das Haus

selbst hatte bereits weitreichende Maßnahmen ergriffen, um die erhöhte Komplikationsrate und Mortalität zu senken. Hierzu gehören: Standardisierung der OP-Durchführung, Komplikationsmanagement, Konversionsbedingungen, freiwillige Fortführung der Dokumentation des QS-Verfahrens *Cholezystektomie*, monatliche Besprechung der Fälle mit dem Medizinmanagement etc. Der Fachausschuss auf Landesebene wird die Ergebnisse erst wieder nach Einführung des neuen QS-Verfahrens *Cholezystektomie* beobachten können, ist aber zuversichtlich, dass die angekündigten und teilweise bereits umgesetzten Maßnahmen greifen werden. Ein qualitativ auffälliges Krankenhaus ist für ein Peer Review 2016 vorgesehen.

Nach Überprüfung durch die Fachgruppen auf Landesebene wurden 5 Fälle mit „Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko“ als „qualitativ auffällig“ eingestuft; diese Einstufungen waren in einem Teil der Fälle durch die mangelnde Kooperation der betroffenen Kliniken begründet. Die Sterblichkeit bei geringem Sterblichkeitsrisiko lag für das Erfassungsjahr 2014 unverändert zum Vorjahr bei 0,12 %.

Insgesamt wurde die Versorgungssituation seitens der Fachgruppen auf Landesebene als gut bezeichnet, es fanden sich im Strukturierten Dialog keine Hinweise auf gravierende qualitative Defizite. In einigen Fällen wurde Bedauern darüber geäußert, dass das QS-Verfahren *Cholezystektomie* ab dem Erfassungsjahr 2015 ausgesetzt wird. Dies erschwere nach Ansicht einer Fachgruppe die Aussage zur Qualität der Versorgung im Langzeitverlauf. Diese Fachgruppe wünscht neben der Fortführung der QS-Verfahren *Cholezystektomie* und *Karotis-Revaskularisation* zukünftig eine Einbeziehung der Hernienchirurgie und der kolorektalen Tumorchirurgie in die Qualitätssicherung.

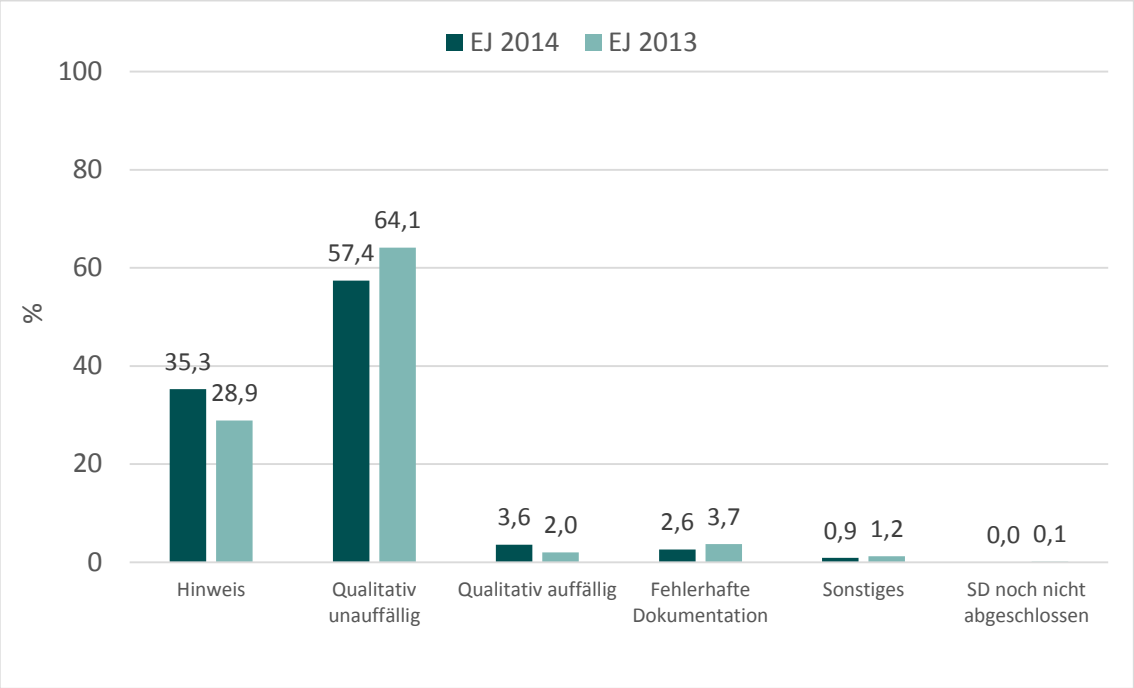


Abbildung 12: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (12/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.2 Karotis-Revaskularisation (10/2)

Für das EJ 2014 sind im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* insgesamt 223 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt worden. Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2013 n = 245) ist ein leichter Abwärtstrend zu verzeichnen, sodass die Größenordnung dem Erfassungsjahr 2012 entspricht. Der Peak von n = 245 im EJ 2013 lässt sich am ehesten durch die damals modifizierten Referenzbereiche erklären. Das aktuelle Ergebnis spiegelt also die positive Tendenz nach Implementierung der enger gesteckten Referenzbereiche im klinischen Alltag wider. Erfreulich im Sinne guter Compliance der Leistungserbringer ist die deutliche Abnahme der Rate fehlerhafter Dokumentationen von 9,4 % auf 5,3 %.

In 35 % der Fälle (n = 78) wurden lediglich Hinweise an die entsprechenden Krankenhausstandorte versendet. Bei allen 145 weiteren rechnerischen Auffälligkeiten (65 %) wurde eine Stellungnahme eingefordert. Als weiterführende Maßnahmen im SD-Prozess waren im EJ 2014 3 Zielvereinbarungen und 2 Besprechungen zu verzeichnen, wobei diese sich vollständig auf den Bereich der kathetergestützten Karotis-Revaskularisationen konzentrierten. Anlässe für Vor-Ort-Begehungen ergaben sich nicht.

Im weiteren Vergleich der beiden Zugangswege „offen-chirurgisch“ und „kathetergestützt“ zeichnet sich schon bei der Betrachtung der absoluten Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten ein interessantes Bild ab. War das Verhältnis im Erfassungsvorjahr 2013 noch 116 (offen-chirurgisch) zu 129 (kathetergestützt), kehrt sich dieses Verhältnis im Folgejahr 2014 in 141 (offen-chirurgisch) zu 82 (kathetergestützt) um. Dieser doch recht deutliche Abfall der absoluten Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bezogen auf den interventionellen Zugangsweg kann im

Sinne eines Erfahrungszuwachses („Learning Curve“) gedeutet werden – die kathetergestützten Karotis-Revaskularisationen sind erstmalig zum EJ 2012 im Qualitätssicherungsverfahren erfasst worden.

Allerdings konnte ein Großteil der Leistungserbringer auch im Erfassungsjahr 2014 die jeweiligen rechnerischen Auffälligkeiten in den Stellungnahmen nachvollziehbar entkräften, sodass sich tatsächliche qualitative Mängel nur in 10 chirurgischen und 6 kathetergestützten Fällen ergaben. Diese insgesamt 16 final qualitativen Auffälligkeiten ergeben eine Quote von 7,1 % realer qualitativer Defizite an rechnerischen Auffälligkeiten. Dieses Ergebnis stellt eine weitere Verbesserung zum Vorjahr (7,8 %) dar und wird auch in der Resultatevaluation der Länder weiterhin als Ausdruck einer guten Versorgungsqualität gewertet.

Auf Ebene der Qualitätsindikatoren entfällt der Hauptanteil der rechnerischen Auffälligkeiten auf die offen-chirurgischen risikoadjustierten Komplikations-/Sterblichkeitsindikatoren QI-ID 11704[5] (n = 98) und QI-ID 11724[6] sowie auf den kathetergestützten Indikationsindikator QI-ID 51437[7] (n = 35).

Die Fachgruppe auf Bundesebene konstatiert nach Bewertung der Ergebnisse ebenso eine gute Versorgungsqualität und stellt keinen erweiterten Handlungsbedarf fest. Allerdings wird die Fokussierung der Qualitätssicherung im Fach Gefäßchirurgie auf den recht überschaubaren Bereich der Karotis-Revaskularisationen kritisch hinterfragt. Die Fachgruppe auf Bundesebene spricht sich daher perspektivisch für eine Ausdehnung der gesetzlichen Qualitätssicherung in ihrem Fach aus und schlägt konkret vor, die medizinische Versorgung von Patienten mit Bauchaortenaneurysmen genauer zu betrachten.

[5] Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch
[6] Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch
[7] Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt

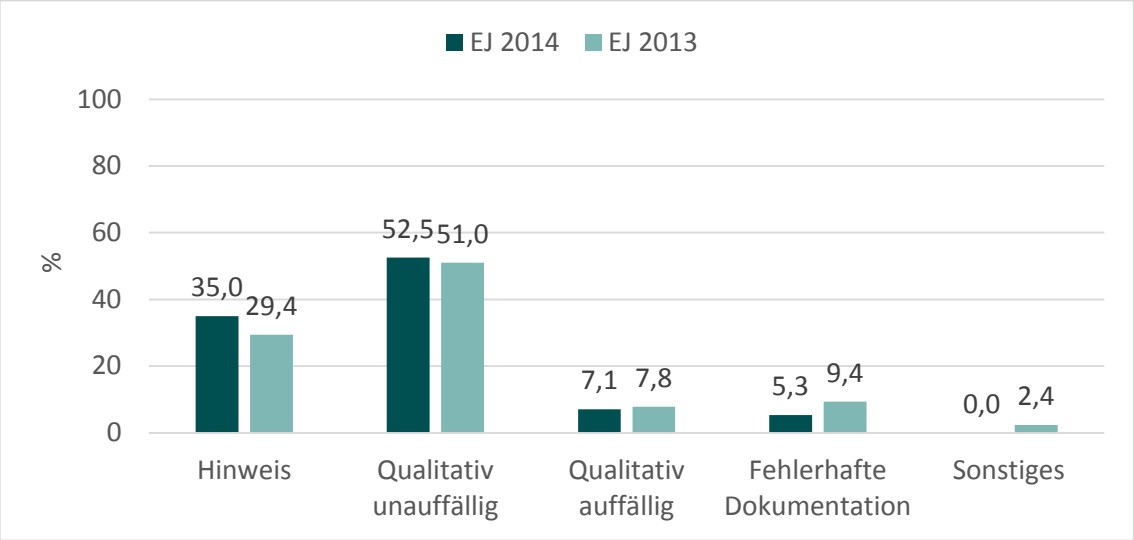


Abbildung 13: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (10/2) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.3 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Im Erfassungsjahr 2014 wurden im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* von 1.456 Einrichtungen insgesamt 259.138 QS-Datensätze geliefert.

Nach deren Auswertung wurden 2.788 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Im Vorjahr waren es noch 3.447, dies entspricht einer Reduktion um etwa 20 %. In etwa gleichem Maße sank auch die Zahl der qualitativ auffälligen Fälle von 520 im EJ 2013 auf 426 im EJ 2014.

Der Anteil der Indikatoren, die nach dem Strukturierten Dialog als „qualitativ auffällig“ bewertetet wurden, an den im EJ 2014 festgestellten rechnerischen Auffälligkeiten war mit 15,3 % dem Anteil im EJ 2013 (15,1 %) in etwa gleich.

Der Anteil an Fällen von fehlerhafter Dokumentation, welche eine Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten nicht zuließ, ist mit 13,1 % (10,6 % in 2013) etwas angestiegen.

Bundesweit führten 178 Indikatorergebnisse zum Abschluss von Zielvereinbarungen, in 38 Fällen wurden Kollegiale Gespräche durchgeführt. Mit 20 Fällen wurde das Instrument der Vor-Ort-Begehungen gegenüber 2013 deutlich stärker genutzt (EJ 2013 n = 3).

Von den insgesamt 426 als „qualitativ auffällig“ bewerteten rechnerischen Auffälligkeiten gehen 2014 knapp 89 % (n = 335) auf 4 Indikatoren zurück:

- QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (n = 163)
- QI-ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (n = 102)
- QI-ID 2009: „Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)“ (n = 37)
- QI-ID 2005: „Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme“ (n = 33)

Insgesamt ist aber bei allen genannten Indikatoren anhand der Ergebnisse eine Verbesserung gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Bei zwei Indikatoren (QI-ID 50722 und QI-ID 2028), die auch den größten Anteil an den rechnerischen wie auch an den qualitativen Auffälligkeiten haben, sind die LQS besonders aktiv:

QI-ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

Der festgelegte Zielbereich von ≥ 98 % an Patienten, bei denen eine Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchgeführt wurde, konnte in 2014 nicht erreicht werden. Da ein Zielbereich von ≥ 98 % auch von vielen Fachgremien als unrealistisch für den klinischen Alltag angesehen wurde, wurde der Zielbereich in Übereinstimmung mit der Empfehlung der Fachgruppe auf Bundesebene auf 95 % herabgesetzt. Grundsätzlich wird der Indikator mit der QI-ID 50722 „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ samt Referenzbereich kritisch diskutiert. Nach Aussage einiger Landesgeschäftsstellen erhielten Krankenhäuser für die Ergebnisse in diesem Indikator hauptsächlich deshalb die Bewertung „qualitativ auffällig“, da es immer noch kein flächendeckendender Standard sei, die Atemfrequenz bei der Aufnahme zu messen. 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. Diese genannten Gründe entsprechen den Begründungen aus den Strukturierten Dialogen vorangegangener Jahre. Im Gegensatz dazu stellen andere Fachgruppen auf Landesebene positiv heraus, dass viele Krankenhäuser die Messung der Atemfrequenz mittlerweile – auch durch die Anstöße der externen Qualitätssicherung – in ihr Routineaufnahmeverfahren integriert hätten.

QI-ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

In Häusern, die im Indikator QI-ID 2028 „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ mit „qualitativ auffällig“ bewertet wurden, ist die routinemäßige Messung dieser Parameter über die Abteilungsgrenzen hinweg nicht immer sichergestellt. Eine Fachgruppe auf Landesebene 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 hinsichtlich dieses Qualitätsindikators Zielvereinbarungen mit Krankenhäusern geschlossen wurden.

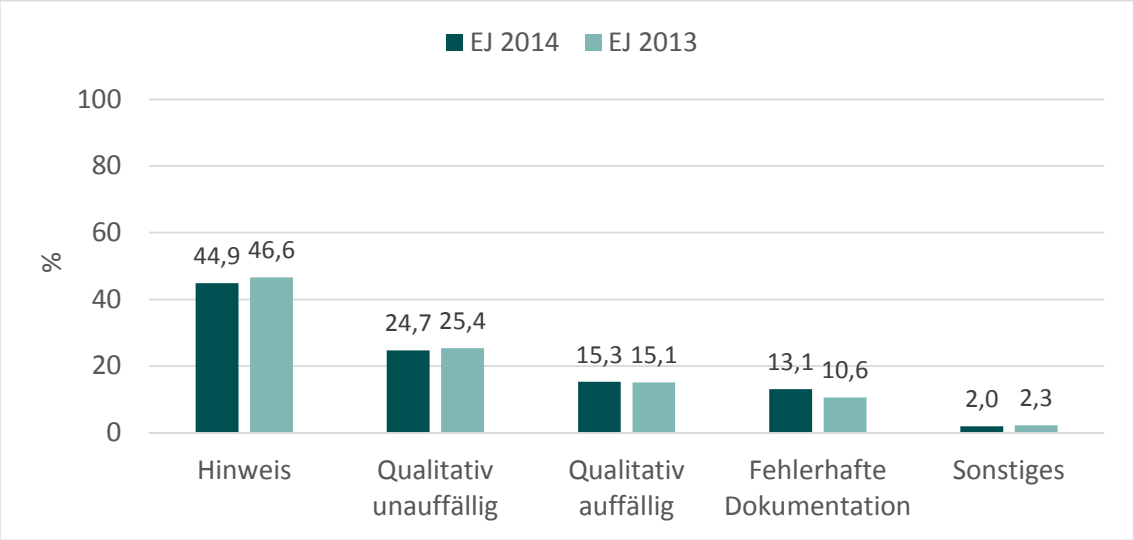


Abbildung 14: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (PNEU) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

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

Für das Erfassungsjahr 2014 waren im Bereich Herzschrittmacherversorgung insgesamt 1.929 rechnerische Auffälligkeiten zu bearbeiten. Dies sind nochmals weniger als im vorhergehenden Jahr (EJ 2013 n = 2.165; EJ 2012 n = 2.411). Hinweise wurden zu 50,3 % der rechnerischen Auffälligkeiten versendet. Etwa ein Drittel der rechnerischen Auffälligkeiten wurde nach Abschluss der Strukturierten Dialoge als „qualitativ unauffällig“ und 12,2 % als „qualitativ auffällig“ bewertet; der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an den rechnerischen Auffälligkeiten hat sich somit im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht (EJ 2013 = 11,0 %). Der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten, der wegen fehlerhafter Dokumentation nicht bewertbar war, hat sich dagegen kaum verändert (EJ 2014 = 3,5 %; EJ 2013 = 3,7 %). Mit einigen Krankenhausstandorten wurden zudem weiterführende Maßnahmen umgesetzt: Dabei wurden 33 Kollegiale Gespräche geführt, 14 Vor-Ort-Begehungen vorgenommen sowie 102 Zielvereinbarungen geschlossen – dies sind deutlich mehr Maßnahmen, als sie noch im Strukturierten Dialog 2014 zum Erfassungsjahr 2013 durchgeführt wurden (11 Besprechungen, keine Begehung und 46 Zielvereinbarungen).

Die umfangreichste Änderung bei den Rechenregeln der Qualitätsindikatoren, die für die Auswertung der Daten zum Erfassungsjahr 2014 im Bereich Herzschrittmacherversorgung vorgenommen wurde, betraf die Indikatoren zur intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung: Anstelle der bislang 12 einzelnen Indikatoren wurden nun zwei Qualitätsindizes eingeführt. Dass die Anzahl an weiterführenden Maßnahmen bezüglich der Indikatoren zur Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung von 4 auf 28 gestiegen ist, spricht dafür, dass der Strukturierte Dialog durch diese Umstrukturierung nun deutlich fokussierter erfolgen kann.

Herzschrittmacher-Implantation

Qualitativ auffällige Ergebnisse fanden sich vor allem in den Bereichen „Eingriffsdauer“ (QI-ID 52128) und Perioperative Komplikationen (QI-ID 1103 „Chirurgische Komplikationen“ und QI-ID 52311 „Sondendislokation oder -dysfunktion“). Für die Indikatoren zur Durchleuchtungszeit wurde der Referenzbereich im Erfassungsjahr 2014 ausgesetzt, da die Strahlenexposition des Patienten zukünftig über das Dosis-Flächen-Produkt bewertet wird.

Eine (zu) lange Eingriffsdauer 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 Standorten; zudem fand auch eine Vor-Ort-Begehung statt. Sondendislokationen oder -dysfunktionen und chirurgische Komplikationen (z. B. Taschenhämatome oder Wundinfektionen) 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 17 Kollegiale Gespräche geführt, 5 Vor-Ort-Begehungen durchgeführt und 51 Zielvereinbarungen geschlossen.

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Qualitative Auffälligkeiten bei Aggregatwechseln wurden neben dem Indikator „Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (QI-ID 52307), in den u. a. Messungen während Aggregatwechsel eingehen, für den Indikator „Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats“ (QI-ID 11484)[8] und für den Indikator „Eingriffsdauer bis 45 Minuten“ (QI-ID 210) ermittelt. Von den 36 im Rahmen des Strukturierten Dialogs untersuchten Todesfällen nach einem Aggregataustausch führte dagegen keiner zu einer qualitativen Auffälligkeit; das Versterben dieser Patienten war beispielsweise auf ein hohes Alter und multiple Vorerkrankungen zurückzuführen, stand jedoch in keinem kausalen Zusammenhang zu dem Eingriff.

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Ein bekanntes Problemfeld in diesem Auswertungsmodul sind prozedurbedingte Komplikationen der Aggregattasche (z. B. Taschenhämatome) oder der Sonden (z. B. Dislokationen) eines Herzschrittmachersystems, die ab dem Erfassungsjahr 2013 durch den Indikator „Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff“ (QI-ID 51988) erfasst werden. Für diesen Indikator werden alle prozedurbedingten Komplikationen berücksichtigt, die innerhalb eines Jahres nach dem mutmaßlich verursachenden Eingriff auftreten und einen Folgeeingriff erforderlich machen. Bei den meisten prozedurassoziierten Problemen handelte es sich um Sondendislokationen.

[8] 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.

Wegen der relativ hohen Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten (n = 179) sah die Fachgruppe auf Bundesebene – wie bereits im Vorjahr – für diesen Indikator besonderen Handlungsbedarf. Es wurden zu diesem Indikator insgesamt 117 Stellungnahmen angefordert, nach Überprüfung ergaben sich 47 qualitativ auffällige Indikatorergebnisse (26,3 %). Es fanden 6 Besprechungen und 2 Begehungen statt; für 20 Indikatorergebnisse wurden Zielvereinbarungen geschlossen. Die Anzahl an rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten verbleibt somit auf dem Niveau des Vorjahres; allerdings wurden vermehrt weiterführende Maßnahmen durchgeführt. Als mögliche Ursachen prozedurbedingter Komplikationen werden seitens der Landesgeschäftsstellen z. B. eine mangelnde Eingriffsroutine (aufgrund einer geringen Fallzahl pro Operateur oder wegen Personalwechsel) und Anpassungsprobleme, weil Materialien vieler verschiedener Anbieter verwendet wurden, genannt. Themen der Kollegialen Gespräche waren beispielsweise die Auswahl der geeigneten Sonden, die Wahl der optimalen Punktionsstelle, das Handling mit den Sonden und die Antibiotikaprophylaxe. Einer Einrichtung wurde zudem empfohlen, das von der Arbeitsgruppe Kardiologie Nordrhein-Westfalen auf Grundlage der Erfahrungen aus dem Strukturierten Dialog entwickelte, webbasierte Fortbildungsangebot zur Herzschrittmacher- und Defibrillatorenversorgung zu nutzen.

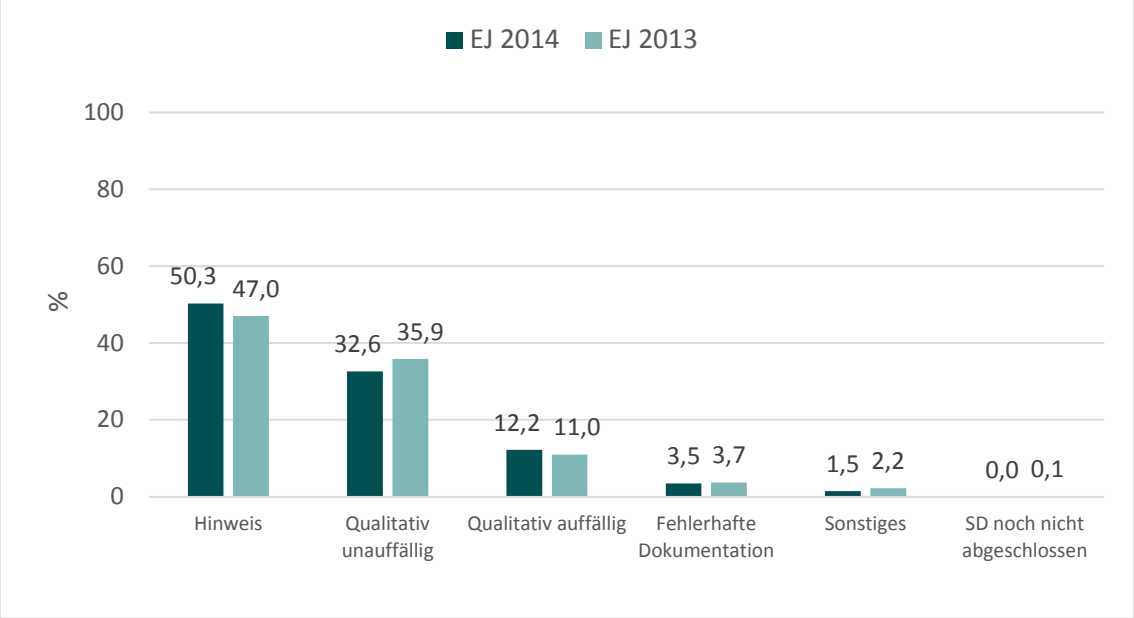


Abbildung 15: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (9/1 bis 9/3) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

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

Für das Erfassungsjahr 2014 waren in den QS-Verfahren zur Defibrillatortherapie insgesamt 1.148 rechnerische Auffälligkeiten zu bearbeiten. Die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten verblieb somit auf dem Niveau des Vorjahres (EJ 2013 n = 1.149). Hinweise wurden zu 48,9 % der rechnerischen Auffälligkeiten versendet. Etwa ein Drittel der rechnerischen Auffälligkeiten wurde nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ und 8,5 % als „qualitativ

auffällig“ bewertet; der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an den rechnerischen Auffälligkeiten hat sich somit im Vergleich zum Vorjahr leicht verringert (EJ 2013 = 9,5 %). Der Anteil rechnerischer Auffälligkeiten, die wegen fehlerhafter Dokumentation nicht bewertbar waren, hat sich dagegen nicht verändert (EJ 2014 = 4,9 %; EJ 2013 = 4,9 %). Mit einigen Krankenhausstandorten wurden zudem weiterführende Maßnahmen umgesetzt: Dabei wurden 7 Kollegiale Gespräche geführt, 3 Vor-Ort-Begehungen vorgenommen sowie 59 Zielvereinbarungen geschlossen – dies sind zwar etwas mehr Maßnahmen als noch im Vorjahr (EJ 2013: 8 Besprechungen, keine Begehung und 29 Zielvereinbarungen), aber deutlich weniger, als im Bereich Herzschrittmacherversorgung durchgeführt wurden.

Die umfangreichste Änderung bei den Rechenregeln der Qualitätsindikatoren, die für die Auswertung der Daten zum Erfassungsjahr 2014 in den QS-Verfahren zur Defibrillatortherapie vorgenommen wurde, betraf die Indikatoren zur intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung: Anstelle der bislang 10 einzelnen Indikatoren wurden nun zwei Qualitätsindizes eingeführt. Dass im Rahmen des Strukturierten Dialogs 2015 zum Erfassungsjahr 2014 bezüglich der Indikatoren zur Reizschwellen- und Amplitudenbestimmung 13 Zielvereinbarungen abgeschlossen wurden, während im Vorjahr keine weiterführenden Maßnahmen ergriffen wurden, spricht dafür, dass der Strukturierte Dialog durch diese Umstrukturierung nun deutlich fokussierter erfolgen kann.

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 Fachgruppe auf Bundesebene – wie bereits im Vorjahr – aufgrund einer hohen Zahl rechnerisch auffälliger Einrichtungen und bestehendem Überarbeitungsbedarf der verfügbaren Leitlinien als Indikator mit besonderem Handlungsbedarf eingestuft. Mittlerweile wurden jedoch neue ESC-Leitlinien zum Management ventrikulärer Arrhythmien veröffentlicht;[9] eine Anpassung der Rechenregeln an diese Leitlinien wird nach Aktualisierung der Spezifikation voraussichtlich für die Auswertung zum Erfassungsjahr 2017 erfolgen. Die Fachgruppe auf Bundesebene hatte empfohlen, Unklarheiten aufgrund der aktuellen Leitliniensituation nicht zulasten der Einrichtungen zu werten. Letztlich wurden 12 Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ eingestuft (EJ 2013 = 22); 17 Ergebnisse davon boten einen Anlass für Zielvereinbarungen und mit 2 Einrichtungen wurde ein Kollegiales Gespräch geführt. Somit ergaben sich weniger qualitative Auffälligkeiten als im Vorjahr, es wurden jedoch häufiger Zielvereinbarungen geschlossen.

Einige Fachgruppen auf Landesebene berichten, dass aufgrund der komplexen Rechenregeln der Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation und Systemwahl häufig Dokumentationsfehler zu

[9] Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, Blom N, Borggrefe M, Camm J, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Eur Heart J 2015; 36(41): 2793–2867.

rechnerisch auffälligen Ergebnissen führen. 16 Standorte erhielten deshalb beim Indikator „Leitlinienkonforme Indikation“ (QI-ID 50004) die Einstufung „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“; 13 Standorte betraf dies beim Indikator „Leitlinienkonforme Systemwahl (QI-ID 50005). Die Dokumentationsqualität konnte in einem Bundesland jedoch verbessert werden, nachdem im vergangenen Jahr in Zusammenarbeit mit den betroffenen Einrichtungen eine detaillierte Auflistung der am häufigsten aufgetretenen Fehlkodierungen erarbeitet wurde.

Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

Qualitative Auffälligkeiten bei Aggregatwechseln wurden überwiegend für den Indikator „Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden“ (QI-ID 52321), in den u. a. Messungen während Aggregatwechsel eingehen, ermittelt. Von den zehn im Rahmen des Strukturierten Dialogs untersuchten Todesfällen nach einem Aggregataustausch führte keiner zu einer qualitativen Auffälligkeit; das Versterben dieser Patienten war nicht auf den Eingriff, sondern auf die Schwere der Grunderkrankung zurückzuführen.

Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

Wie auch in der Herzschrittmachertherapie bestehen hier in erster Linie Qualitätsdefizite bezüglich prozedurbedingter Komplikationen der Aggregattasche (z. B. Taschenhämatome) oder der Sonden (z .B. Dislokationen) eines Defibrillatorsystems, die ab dem Erfassungsjahr 2013 durch den Indikator „Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff“ (QI-ID 52001) erfasst werden. Für diesen Indikator werden alle prozedurbedingten Komplikationen berücksichtigt, die innerhalb eines Jahres nach dem mutmaßlich verursachenden Eingriff auftreten und einen Folgeeingriff erforderlich machen. Bei den meisten prozedurassoziierten Problemen handelte es sich um Sondendislokationen.

Wegen der relativ hohen Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten (n = 173) sah die Fachgruppe auf Bundesebene – wie bereits im Vorjahr – für diesen Indikator einen besonderen Handlungsbedarf. Es wurden zu diesem Indikator insgesamt 115 Stellungnahmen angefordert, nach Überprüfung ergaben sich 31 qualitativ auffällige Indikatorergebnisse (17,9 %). Es fanden zwei Besprechungen und eine Begehung statt; für 12 Indikatorergebnisse wurden Zielvereinbarungen geschlossen. Somit stieg sowohl der Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen als auch die Anzahl weiterführender Maßnahmen im Vergleich zum Vorjahr an. Als mögliche Ursachen prozedurbedingter Komplikationen werden seitens der Landesgeschäftsstellen z. B. ein geringes Implantationsvolumen oder strukturelle Probleme aufgrund von Personalwechsel genannt. Mit einer auffälligen Einrichtung wurden in einem Kollegialen Gespräch beispielsweise folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität besprochen: Abschluss der Eingriffe mittels des Vier-Augen-Prinzips, Analyse der Ursachen jeder Revision im Fallreview und engmaschige Verlaufskontrollen (nach sechs und neun Monaten), um frühzeitige Aussagen über die Ergebnisse der getroffenen Maßnahmen zu ermöglichen.

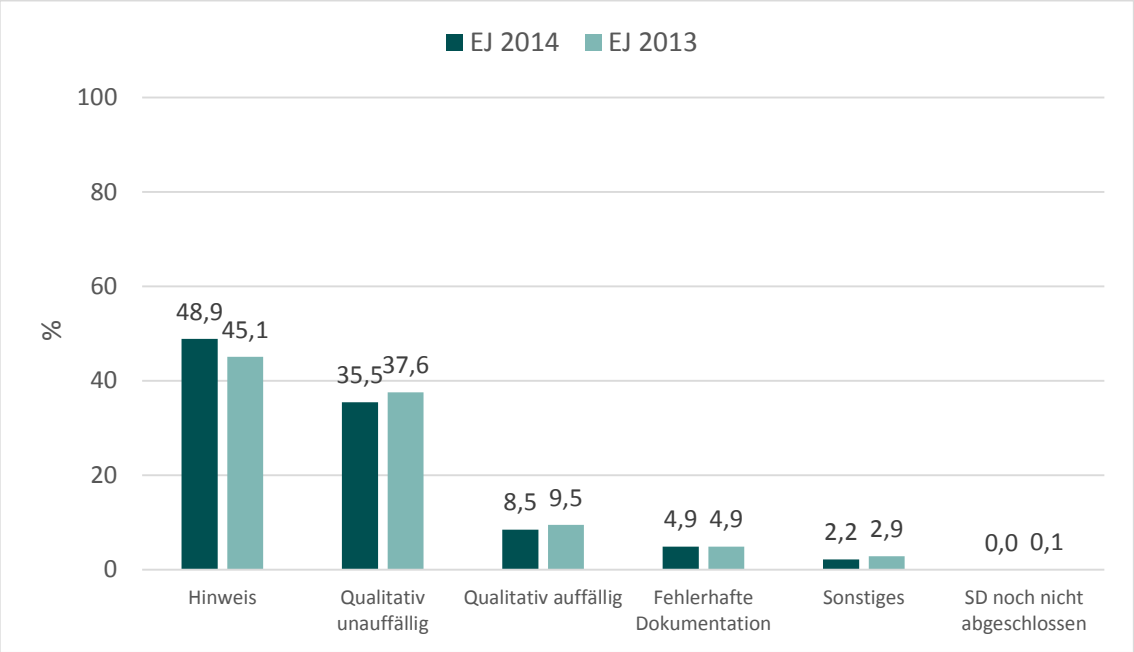


Abbildung 16: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (9/4 bis 9/6) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

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

Im QS-Verfahren *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)* wurden die Bundesergebnisse des Erfassungsjahres 2014 von der Fachgruppe auf Bundesebene als gute Versorgungsqualität bewertet. Für keinen Indikator wurde ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt. Die Erkennung und Umsetzung von Verbesserungspotenzialen in einzelnen Krankenhäusern sollte damit vor allem durch den Strukturierten Dialog gefördert werden.

Bundesweit wurden für das Erfassungsjahr 2014 insgesamt 854 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Für 459 (53,7 %) rechnerische Auffälligkeiten wurden Stellungnahmen der Krankenhäuser erbeten. In 389 Fällen (45,6 %) wurden Hinweise an die verantwortlichen Krankenhäuser versandt. Bei 6 Fällen wurde auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog verzichtet.

Bei der Auswertung der Stellungnahmen durch die jeweiligen Fachgruppen auf Landesebene konnten 106 rechnerische Auffälligkeiten wegen fehlerhafter Dokumentationen nicht bewertet werden. In etwa einem Fünftel der Fälle (22) waren Softwareprobleme hierfür verantwortlich.

Anlass für ein Kollegiales Gespräch waren 6 rechnerische Auffälligkeiten. Eine rechnerische Auffälligkeit führte zu einer Vor-Ort-Begehung der verantwortlichen Einrichtung. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden zu 65 Indikatorergebnissen Zielvereinbarungen geschlossen.

Letztlich wurden 12,3 % (n = 104) der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Die Anzahl der qualitativen Auffälligkeiten ist damit gegenüber dem Vorjahr als absolute Fallzahl erfreulicherweise um etwa ein Fünftel gesunken. Da die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten in 2014 insgesamt gesunken ist, blieb der prozentuale Anteil der qualitativ auffälligen Fälle in etwa gleich.

Auch 2014 wiesen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung auf die Problematik des Strukturierten Dialogs bei Verbringungsleistungen hin. Hier werden Einrichtungen rechnerisch auffällig, die für Leistungen nicht selbst verantwortlich waren, sondern diese als Verbringungsleistungen dokumentiert hatten. Die relativ niedrigen Fallzahlen in diesen Fällen führen häufig zu rechnerischen Auffälligkeiten. 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 beträfen.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten (128 Einrichtungen) fanden sich im Indikator QI-ID 12773 „Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts“, da dies der einzige Indikator dieses QS-Verfahrens mit einem Referenzwert am 90. Perzentil ist. Zwar fanden sich bundesweit nur in 0,6 % (n = 4.760) der stationären (koronaren) Herzkatheteruntersuchungen keine Angaben zum Dosis-Flächen-Produkt. Da aber die Strahlenschutzverordnung vorschreibt, dass für jeden Patienten die applizierte Strahlendosis zu dokumentieren ist, hatte die Fachgruppe auf Bundesebene hier einen strengeren Referenzbereich gesetzt. Rechnerisch auffällig wurden damit alle Einrichtungen mit einer Rate fehlender Dokumentation des Dosis-Flächen-Produkts über 1,7 %. Für diesen Indikator wurden in 2014 die meisten Zielvereinbarungen (n = 14) geschlossen. 12 Einrichtungen wurden als „qualitativ auffällig“ bewertet. Bei 47 Einrichtungen wurde die Kategorie D vergeben, die besagt, dass eine Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation (davon in 11 Fällen aufgrund von Softwareproblemen) nicht möglich war.

Am häufigsten wurden qualitative Auffälligkeiten in den Indikatoren QI-ID 12774 „Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²“ (15 Einrichtungen) und QI-ID 50749 „Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²“ (16 Einrichtungen) festgestellt. Da sich die Indikatorergebnisse zum Strahlenschutz bundesweit seit Einführung der ratenbasierten Indikatoren, die sich an den Dosisreferenzwerten des Bundesamts für Strahlenschutz orientieren, kontinuierlich verbessert haben, wird der konsequent geführte Strukturierte Dialog bei diesen Indikatoren als besonders zielführend und effektiv erachtet.

Zu den MACCE-Indikatoren wurde 2015 kein Strukturierter Dialog geführt, da die Referenzbereiche dieser Indikatoren einmalig ausgesetzt wurden. Grund hierfür waren Probleme in der Spezifikation 2014, die dazu führten, dass eine valide Dokumentation der nicht tödlichen postprozeduralen Ereignisse nicht gewährleistet war.

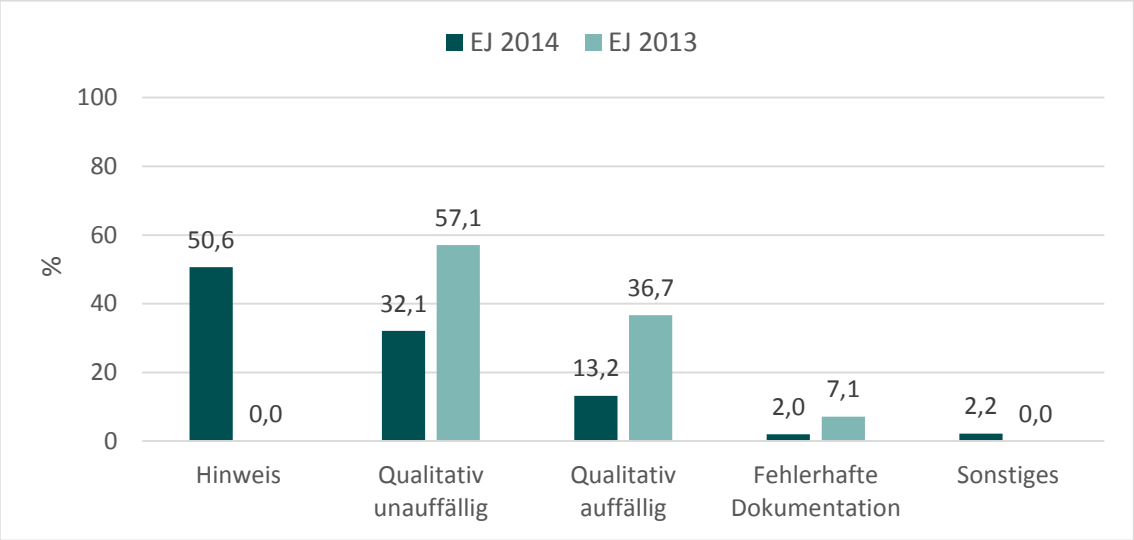


Abbildung 17: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (21/3) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.7 Herzchirurgie (HCH)

Im Bereich Herzchirurgie wurden von 121 Krankenhausstandorten Daten zu den QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert*; *Aortenklappenchirurgie, isoliert* und/oder *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* übermittelt. Davon wurde mit insgesamt 96 Standorten der Strukturierte Dialog zu mindestens einem rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnis bzw. Auffälligkeitskriterium geführt.

Insgesamt fanden sich 140 rechnerische Auffälligkeiten bei den überprüften Qualitätsindikatoren. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2013 (n = 63) war somit für das Erfassungsjahr 2014 eine deutliche Zunahme an rechnerischen Auffälligkeiten zu verzeichnen. Folgende Gründe haben zu dieser Zunahme geführt:

- standortbezogene Auswertung
- Anpassung des Referenzbereichs beim Indikator „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ (QI-ID 51914)
- erstmalige Anwendung eines Referenzbereichs bei den Indikatoren „Intraprozedurale Komplikationen“ (QI-ID 51916) und „Gefäßkomplikationen“ (QI-ID 52007)

Abschließend wurden 41,4 % aller rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ bewertet. Im Vorjahr wurden 38,1 % aller rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ bewertet. Die leichte Zunahme der als „qualitativ auffällig“ bewerteten Qualitätsindikatorergebnisse lässt sich darauf zurückführen, dass mit insgesamt 53 Standorten der Strukturierte Dialog zum Indikator „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ geführt werden musste und abschließend 41 dieser rechnerisch auffälligen Ergebnisse auch als „qualitativ auffällig“ eingestuft wurden.

Vertreter aus einer Einrichtung wurden zum Kollegialen Gespräch eingeladen. Dieses Krankenhaus wird seit Jahren beobachtet, da bezüglich der Sterblichkeitsraten immer wieder schlechte

Ergebnisse in verschiedenen herzchirurgischen QS-Verfahren aufgefallen sind. Im Jahr 2014 hatte das Haus selbst um ein Kollegiales Gespräch gebeten. Aufgrund der wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnisse hatte sich die Fachgruppe auf Bundesebene 2014 zu einer Vor-Ort-Begehung entschlossen. Im Rahmen der damaligen Begehung wurden den Vertretern der Fachgruppe verschiedene bereits ergriffene und noch ausstehende Maßnahmen anhand eines Maßnahmenplans dargestellt. Da die Maßnahmen, die eingeleitet worden waren, sehr zahlreich waren, wurden nur weitere Empfehlungen ausgesprochen und von einer Zielvereinbarung Abstand genommen. Die Auswertungen des Erfassungsjahres 2014 zeigten jedoch erneut rechnerisch auffällige Sterblichkeitsraten in drei herzchirurgischen QS-Verfahren (*Koronarchirurgie, isoliert*; *Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell)* und *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*). In der, erneut gemeinsamen, Besprechung mit den Vertretern des Krankenhauses wurden weiterführende Maßnahmen beschlossen und eine weitere Vor-Ort-Begehung vereinbart. Mithilfe eines dezidierten Fragenkatalogs über Abläufe und Prozesse sowie etlicher Vor-Ort-Gespräche mit beteiligten Mitarbeitern aus den verschiedenen Bereichen (z. B. Intensivstation, OP, Normalstation) konnte sich ein Bild von der herzchirurgischen Abteilung gemacht und das interdisziplinäre Zusammenspiel verfolgt werden. Nach mehreren Diskussionsrunden wurde eine Zielvereinbarung mit den Vertretern des Krankenhauses abgestimmt, deren vorläufige Resultate als Tendenz hin zu besserer Qualität interpretiert werden können. Eine abschließende Beurteilung ist erst im Rahmen der Bundesauswertung 2016 möglich. Die Fachabteilung des Krankhauses verbleibt vorläufig unter genauerer Beobachtung.

Mit 3 Einrichtungen wurden Zielvereinbarungen geschlossen, ohne dass ein Kollegiales Gespräch oder eine Vor-Ort-Begehung stattgefunden hat. Inhalte der Zielvereinbarungen waren jeweils Maßnahmen zur Senkung der Sterblichkeit im Krankenhaus. Zudem soll eine Verbesserung der Dokumentationsqualität erreicht werden. Die standortbezogene Auswertung hat den Strukturierten Dialog in den herzchirurgischen QS-Verfahren erschwert. Es musste mit 7 nicht leistungserbringenden Standorten der Strukturierte Dialog zu verschiedenen Indikatoren geführt werden. Dieser Sachverhalt war jeweils aus den Stellungnahmen ersichtlich, jedoch musste zur Bewertung stets auch der leistungserbringende Standort betrachtet werden. Insgesamt hat dieser Mehraufwand zu keinem zusätzlichen Informationsgewinn geführt und keine Qualitätsdefizite aufgezeigt.

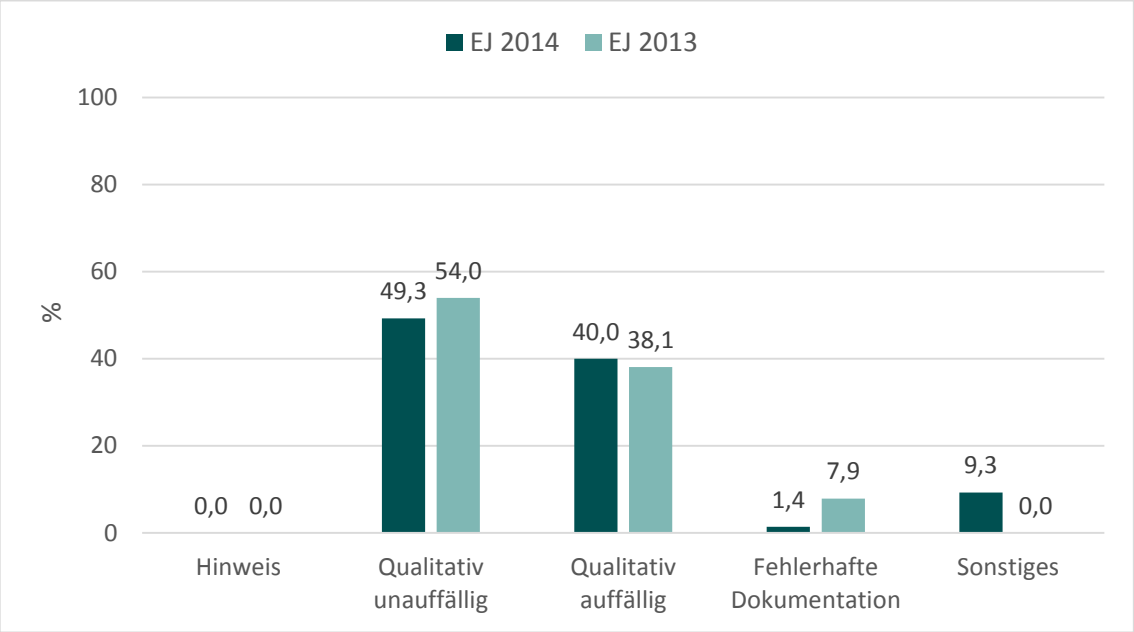


Abbildung 18: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (HCH) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

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

Im Vergleich zum Vorjahr ist im QS-Verfahren *Herztransplantation* ein leichter Anstieg der Datensätze zu verzeichnen (EJ 2013 n = 273; EJ 2014 n = 288). Parallel dazu stieg die Anzahl der ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten minimal an (EJ 2013 n = 33; EJ 2014 n = 37).

Zu allen rechnerischen Auffälligkeiten wurden von den betroffenen Einrichtungen Stellungnahmen erbeten. Diese konnten im vorgegebenen Zeitrahmen von den Krankenhäusern erstellt und an die Institution nach § 137a SGB V übermittelt werden. Die Fachgruppe auf Bundesebene nahm im Sommer 2015 zwei Termine wahr, um die eingereichten Dokumente zu sichten und die Fallkonstellationen zu überprüfen bzw. zu bewerten.

Dabei fielen in diesem Jahr erneut 5 Zentren mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bezüglich der Sterblichkeitsraten auf, bei denen die Entwicklung als kritisch zu beurteilen ist. Von den zur Verfügung stehenden einzuleitenden Maßnahmen gemäß QSKH-RL (Kollegiale Gespräche und Zielvereinbarungen) wurde durch die Fachgruppe auf Bundesebene bereits in den Vorjahren Gebrauch gemacht. Von Vor-Ort-Begehungen nahm die Fachgruppe auf Bundesebene Abstand, da es sich bei 4 Einrichtungen um Zentren handelt, die eine sehr geringe Anzahl von Transplantationen pro Jahr ausführen, sodass dort ein routinemäßiger Tagesablauf im Transplantationsgeschehen nicht stattfindet und dementsprechend nicht überprüfbar ist. So entschied sich die Fachgruppe auf Bundesebene nach ausführlicher Diskussion bei allen 5 Zentren zum Abschluss einer erneuten Zielvereinbarung. Das Ziel für das Erfassungsjahr 2015 soll die Senkung der Sterblichkeitsrate durch Einhaltung des vorgegebenen Referenzbereichs bei den Sterblichkeitsindikatoren sein. Es wurden keine weiteren Vorgaben zur Zielerreichung gegeben, da die Krankenhäuser selbstbestimmt Verbesserungsmaßnahmen – die zu einer sinnvollen Weiterführung ihres Transplantationsprogramms führen – initiieren sollten. In den Zielvereinbarungen wurde darauf

hingewiesen, dass eine Nichteinhaltung des Ziels zur Offenlegung bzw. Benennung gemäß § 13 Abs. 3 QSKH-RL beim Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA (Lenkungsgremium) zur Folge haben kann.

Bei den anderen Zentren wurden nur vereinzelt marginale Schwächen in Strukturen und Prozessen gesehen, die entsprechend kommuniziert wurden und für die zeitgleich Empfehlungen ausgesprochen wurden. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden für das QS-Verfahren *Herztransplantation* 21,6 % der Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ und 37,8 % als „qualitativ unauffällig“ bewertet. Die übrigen Indikatorergebnisse waren bereits in den Vorjahren überprüft worden und wurden daher unter „Sonstiges“ eingestuft.

Für das QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* war ebenfalls ein leichter Anstieg an Datensätzen (EJ 2013 n = 348; EJ 2014 n = 353) festzustellen. Im Vergleich zum Vorjahr blieb die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten jedoch gleich (n = 19).

Nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen wurde mit einem Zentrum eine Zielvereinbarung (analog zum QS-Verfahren *Herztransplantation*, Ziel: Senkung der Sterblichkeitsrate) geschlossen.

Abschließend sind 26,3 % der Indikatorergebnisse als „qualitativ auffällig“ und 52,6 % als „qualitativ unauffällig“ bewertet worden. 21,1 % der Indikatorergebnisse sind bereits in den Vorjahren überprüft worden, sodass diese in die Kategorie „Sonstige“ eingestuft wurden.

Es konnte ein Zentrum, welches im Erfassungsjahr 2012 negative Ergebnisse aufwies, im Rahmen einer Vor-Ort-Begehung besucht werden. Die dort umgesetzten Maßnahmen tragen nachhaltig zur verbesserten Behandlungsqualität bei. Dies zeigen auch die aktuellen Ergebnisdaten.

Die abschließenden Indikatorbewertungen lassen, auch wenn der prozentuale Anteil der ermittelten qualitativen Auffälligkeiten angestiegen ist, für beide QS-Verfahren generell keine Rückschlüsse auf eine schlechte Behandlungsqualität zu. Eher machen sich Einzelfälle und kleine Fallzahlen bemerkbar. Des Weiteren muss das verringerte Organangebot sowie die Güte bzw. Akzeptanz der Organqualität berücksichtigt werden.

Besonders gute Ergebnisse zeigen sowohl die sehr guten Dokumentationsraten (100 %) als auch das Ergebnis der Bundesauswertung bezüglich der 3-Jahres-Überlebensrate im QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation*.

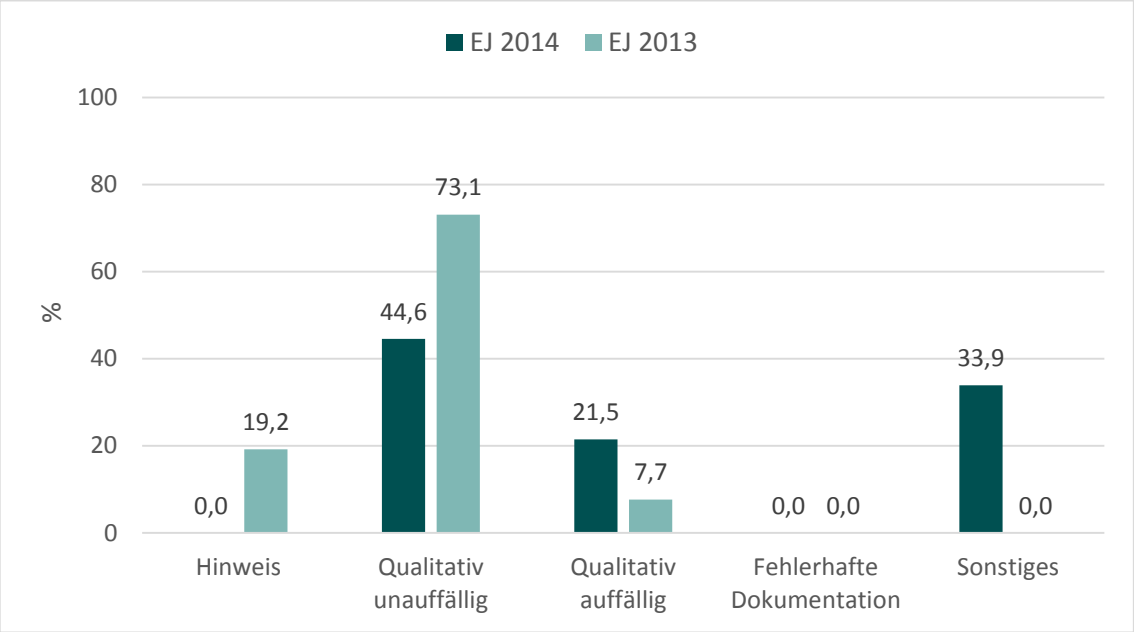


Abbildung 19: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (HTX und LUTX) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.9 Lebertransplantation, Leberlebendspende (LTX/LLS)

Insgesamt waren in den QS-Verfahren *Lebertransplantation* und *Leberlebendspende* 38 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren zu verzeichnen. Davon wurden 8 (21,1 %) nach dem Strukturierten Dialog aufgrund der erhöhten Sterblichkeit im Krankenhaus nach Lebertransplantation und wegen fehlender Follow-up-Dokumentationen als „qualitativ auffällig“ bewertet.

In den Vorjahren war der ermittelte Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten höher (EJ 2012 n = 60, EJ 2013 n = 46). Der Rückgang an rechnerischen Auffälligkeiten ist ausschließlich auf den Einsatz der Worst-Case-Indikatoren zurückzuführen. Die im Erfassungsjahr 2014 zum dritten Mal angewendete Worst-Case-Analyse zeigt eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der Vollzähligkeit der Nachsorgedokumentation im 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up. Weiterer Verbesserungsbedarf wird im QS-Verfahren *Leberlebendspende* gesehen, da es sich hierbei um einen hochsensiblen Bereich handelt, in welchem die Nachsorge und deren Dokumentation einen besonderen Stellenwert einnehmen. Durch die Stellungnahmen wurde jedoch deutlich, dass der Anteil an Patienten, zu denen keine Informationen vorlagen, letztendlich doch sehr gering ist. Die Ursachen lagen hauptsächlich bei der nicht fristgerechten und unvollzähligen Übermittlung der Daten.

Im QS-Verfahren *Leberlebendspende* ist kein Spender im Erfassungsjahr 2014 nach dem Eingriff im Krankenhaus verstorben oder musste sich infolge der Spende selbst einer Transplantation unterziehen. Dies ist Ausdruck guter Versorgungsqualität, da es sich um einen Eingriff an Gesunden handelt und eine Gefährdung des Lebens der Spender durch sorgfältige präoperative Evaluation vermieden werden muss.

Insgesamt stellten die schriftlichen Stellungnahmen und Präzisierungen der Krankenhäuser mehrheitlich eine angemessene Grundlage zur Bewertung der Ergebnisse dar. Mit insgesamt 5 Krankenhäusern wurde ein Kollegiales Gespräch geführt, da vereinzelt medizinische Probleme bzw. Unklarheiten überwiegend zu den aufgeführten Begründungen zur Sterblichkeit im Krankenhaus festgestellt wurden, die weiteren Klärungsbedarf nach sich zogen. Letztlich konnten der Fachgruppe auf Bundesebene die Auffälligkeiten plausibel und nachvollziehbar beschrieben werden, sodass der Strukturierte Dialog ohne weitere Maßnahmen, wie z. B. Zielvereinbarungen, abgeschlossen werden konnte.

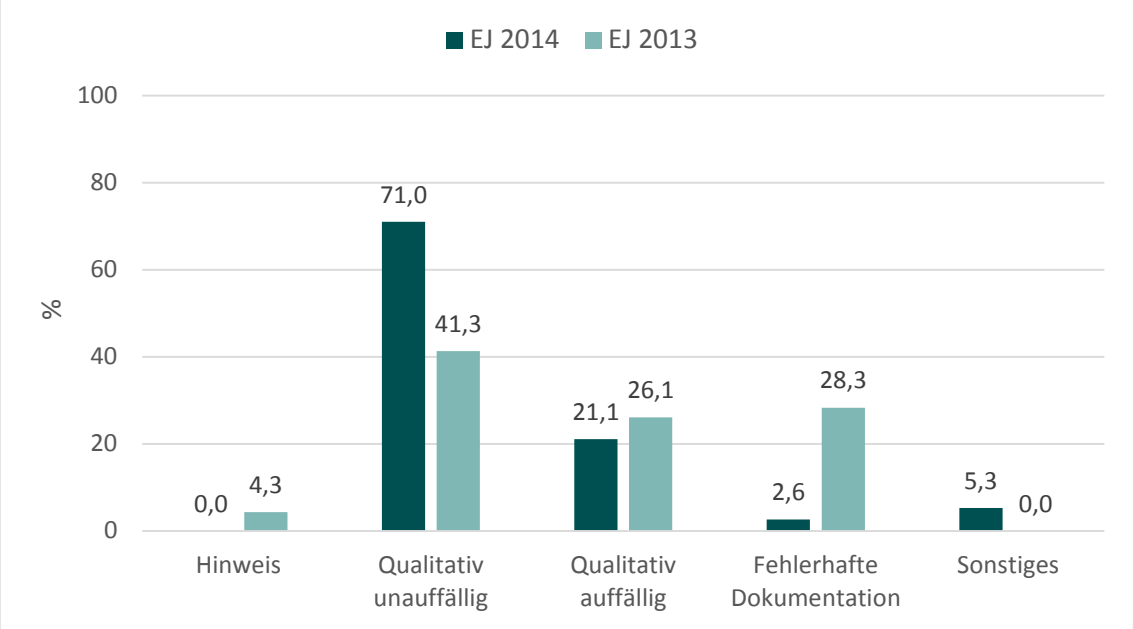


Abbildung 20: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (LTX und LLS) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

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

In den QS-Verfahren *Nierentransplantation*, *Nierenlebendspende* sowie *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* gab es im Erfassungsjahr 2014 insgesamt 136 rechnerische Auffälligkeiten in Bezug auf die Qualitätsindikatoren. Der Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2013 n = 94) beruht auf der Einbeziehung des QS-Verfahrens *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* in den Strukturierten Dialog 2015 aufgrund der über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung sowie der Einführung von Referenzwerten bei den Follow-up-Indikatoren zur Erhebung der Albuminurie nach Nierenlebendspende.

Von den 136 überprüften rechnerischen Auffälligkeiten wurden 31 identifizierte Abweichungen (22,79 %) nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ auffällig“ bewertet. Im Vorjahr waren es noch 55,09 %; dieses Ergebnis war hauptsächlich auf Versäumnisse in der Nachsorgedokumentation zurückzuführen.

Hinsichtlich der Nachsorgedokumentation im 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up zeigt sich jedoch eine kontinuierliche Verbesserung seit der Einführung der Worst-Case-Analyse. Im Erfassungsjahr 2014 wurden nahezu 100 % der geforderten Follow-up-Datensätze vollständig und plausibel dokumentiert, während es im Erfassungsjahr 2012 nur ca. 87 % im QS-Verfahren *Nierenlebendspende* und 89 % im QS-Verfahren *Nierentransplantation* waren. Der Anteil von Patienten, zu denen keine Information zum 1-, 2- bzw. 3-Jahres-Follow-up vorlag (Status unbekannt), ist demnach kontinuierlich gesunken. Im Erfassungsjahr 2012 lag bspw. bei 254 von 2.635 Patienten mit isolierter Nierentransplantation keine Information zum 1-Jahres-Follow-up (Status unbekannt) vor; im Erfassungsjahr 2014 waren es nur noch 14 von 2.135 Patienten.

Besonders hervorzuheben ist darüber hinaus, dass im QS-Verfahren *Nierentransplantation* die Sterblichkeitsrate im Krankenhaus im Erfassungsjahr 2014 erstmals leicht gesunken ist und auf Bundesebene bei unter 1 % lag. Im QS-Verfahren *Nierenlebendspende* ist kein Spender im Erfassungsjahr 2014 nach dem Eingriff im Krankenhaus verstorben. Dies ist nach Meinung der Fachgruppe auf Bundesebene Ausdruck guter Versorgungsqualität, da es sich um einen Eingriff an Gesunden handelt und eine Gefährdung des Lebens der Spender durch sorgfältige präoperative Evaluation vermieden werden muss.

Im QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* konnten nun erstmals zwei kumulierte Erfassungsjahre im Strukturierten Dialog miteinander verglichen werden. Es handelt sich dabei um die jeweils kumulierten Erfassungsjahre 2011/2012 und 2013/2014.

Im Vergleich zur kumulierten Gesamtrate 2011/2012 haben sich die Ergebnisse größtenteils verbessert und zeugen von einer guten Versorgungs- und Behandlungsqualität – auch im internationalen Vergleich. Die Sterblichkeitsrate im Krankenhaus hat sich im Vergleich zu den kumulierten Ergebnissen der Erfassungsjahre 2011/2012 halbiert. Das Überleben der Patienten liegt 1 und 2 Jahre nach Transplantation bei über 90 % und auch 3 Jahre nach Transplantation noch bei 88 %.

Insgesamt stellten die schriftlichen Stellungnahmen der Krankenhäuser mehrheitlich eine angemessene Grundlage zur Bewertung der Ergebnisse dar. Lediglich 5 Präzisierungen mussten über alle 3 QS-Verfahren hinweg angefordert werden. Diese bezogen sich auf Nachfragen zur Indikation, Laborparameter oder zur Anforderung einer ausführlicheren Epikrise. Medizinische Probleme konnten wie auch schon für das Erfassungsjahr 2013 erfreulicherweise nur in einem sehr geringen Ausmaß festgestellt werden, sodass aus Sicht der Fachgruppe auf Bundesebene keine Notwendigkeit für weiterführende Maßnahmen wie Kollegiale Gespräche oder Begehungen bestand.

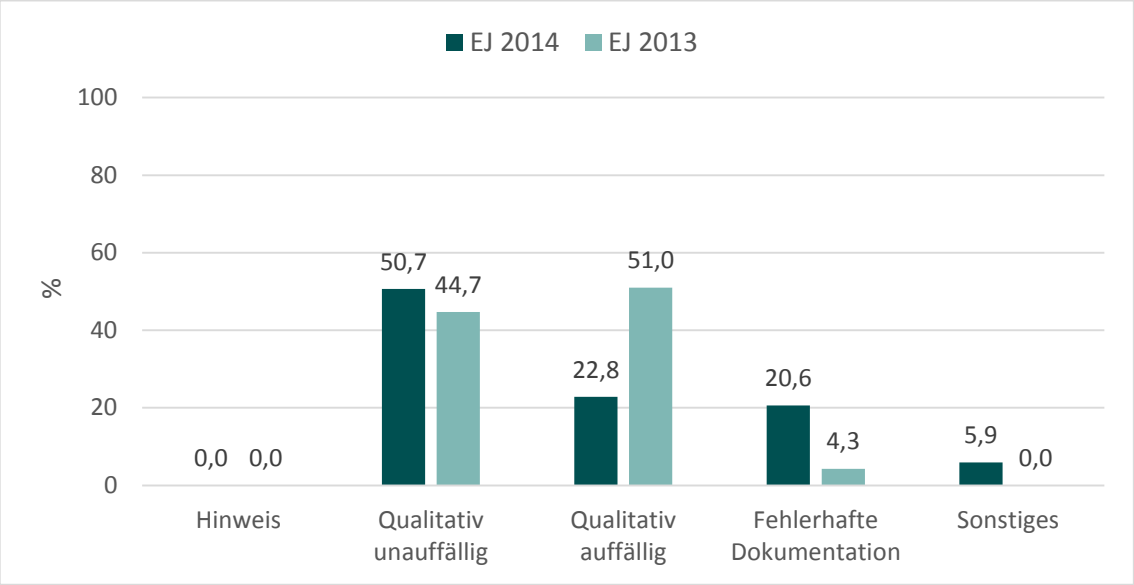


Abbildung 21: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (NTX, NLS und PNTX) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.11 Geburtshilfe (16/1)

Im Erfassungsjahr 2014 ergaben sich für den QS-Verfahren *Geburtshilfe* 617 rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse. Die Anzahl ist im Vergleich zum Vorjahr rückläufig (EJ 2013 n = 869). Es wurden zu 187 Indikatorergebnissen Hinweise versendet und zu 408 rechnerischen Auffälligkeiten Stellungnahmen angefordert. 15 rechnerische Auffälligkeiten boten einen Anlass für Kollegiale Gespräche. In 4 Fällen wurde eine Begehung durchgeführt. Abschließend wurden 41 Zielvereinbarungen mit Einrichtungen geschlossen. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2013 zeigt sich hier ein Rückgang der Begehungen (EJ 2013 n = 20) bei einem gleichzeitigen Anstieg der getroffenen Zielvereinbarungen (EJ 2013 n = 19).

Zielvereinbarungen wurden hauptsächlich zu folgenden Indikatoren getroffen:

- QI-ID 50046: „Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung“
- QI-ID 51803: „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“
- QI-ID 318: „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“
- QI-ID 1058: „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“

Der Strukturierte Dialog wurde vor allem zu den Indikatoren „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318), „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330) und „Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung“ (QI-ID 50046) durchgeführt.

Der Indikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318) wurde von der Fachgruppe auf Bundesebene auf Basis der Daten des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2013 erneut als Indikator mit besonderem Handlungsbedarf eingestuft. Eine Intensivierung des Strukturierten Dialogs fand mit unterschiedlicher Vorgehensweise in einigen Bundesländern statt. Es wurden Einzelfallanalysen, beispielsweise zur Prüfung der präpartalen Verlegung von

Müttern, die bereits 24 Stunden vor der Geburt stationär aufgenommen wurden, oder auch Screenings zu versorgungslevelkonformen Entbindungen durchgeführt. Als Gründe für Auffälligkeiten wurden von den Krankenhäusern vielfältig Notaufnahmen bei fortgeschrittener Geburt, die das Abwarten auf einen Pädiater unmöglich machten, sowie fortgeschrittene Geburten, die eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus nicht zuließen, genannt. Aber auch Prozess- und Strukturmängel sowie Dokumentationsfehler wurden als Ursache kommuniziert.

Bei dem Indikator „Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung“ (QI-ID 50046) ist hervorzuheben, dass sich ein Bundesland aufgrund fehlender Evidenz gegen die Durchführung des Strukturierten Dialogs entschieden hat.

Insgesamt ist die Anzahl der nach Abschluss des Strukturierten Dialogs ermittelten qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben (EJ 2013 = 13,5 %; EJ 2014 = 13,9 %). Die Indikatorergebnisse, die aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht bewertet werden konnten, sind gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen (EJ 2013:10,9 %; EJ 2014: 12 %). Fehldokumentationen oder Softwareprobleme wurden vorrangig bei den Indikatoren „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318), „ Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung“ (QI-ID 50046), „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330) und „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (QI-ID 1058) festgestellt.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs bezüglich des Indikators „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (QI-ID 1058) wurden innerhalb von Zielvereinbarungen die festen Abläufe einer Kaiserschnittentbindung festgelegt. Außerdem fanden Einzelanalysen statt. Trotz einer Präzisierung des Ausfüllhinweises bleibt bei diesem Indikator die Problematik einer möglicherweise nicht validen Dokumentation, beispielsweise durch verspätete Dokumentation der Entschlusszeit oder nicht fristgerecht durchgeführter Not-Sectiones, die als sekundäre Sectio dokumentiert wurden, bestehen.

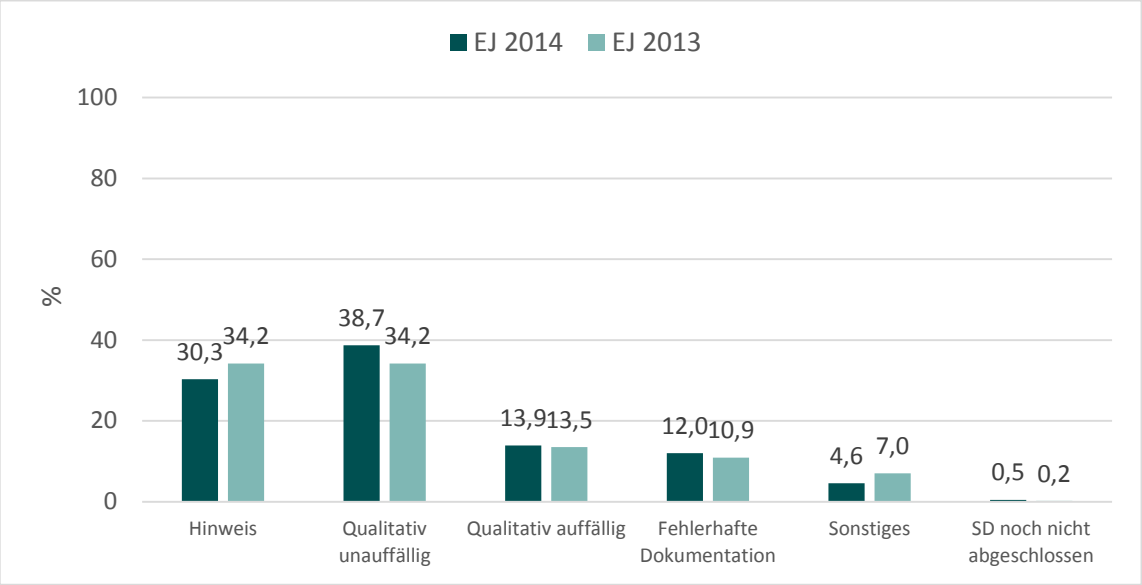


Abbildung 22: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (16/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.12 Neonatologie (NEO)

Im QS-Verfahren *Neonatologie* wurden insgesamt 314 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Bei 121 Indikatorergebnissen wurden Hinweise versendet, zu 193 rechnerischen Abweichungen wurde eine Stellungnahme angefordert. Als weiterführende Maßnahme wurde in 12 Fällen eine Besprechung durchgeführt. Insgesamt wurden 30 Zielvereinbarungen getroffen, dies betraf vor allem die Indikatoren „Durchführung eines Hörtests“ und „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“.

Insbesondere zu den Indikatoren „Durchführung eines Hörtest“ (QI-ID 50063), „Pneumothorax bei Kindern unter oder nach Beatmung“ (QI-ID 51087) sowie den Indikatoren zur Sterblichkeit wurde ein Strukturierter Dialog durchgeführt.

Insgesamt ist die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten des Erfassungsjahres 2014 im QS-Verfahren *Neonatologie* von 280 (EJ 2013) auf 314 gestiegen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs sind 11,7 % der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ eingestuft worden. Gegenüber dem Vorjahr (EJ 2013 = 12,1 %) ist die Rate der qualitativen Auffälligkeiten leicht gesunken. Wie im letzten Jahr sind insbesondere bei dem Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (QI-ID 50064) qualitative Auffälligkeiten ermittelt worden (38,1 %).

Die Anzahl aller rechnerischen Auffälligkeiten, die als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, ist von 37,5 % (EJ 2013) auf 39,2 % leicht angestiegen. Bei 38,2 % der rechnerischen Auffälligkeiten (EJ 2013: 33,6 %) wurden im Erfassungsjahr 2014 lediglich Hinweise versendet. Insbesondere bei dem Indikator „Durchführung eines Hörtests“ wurde zu dieser Maßnahme gegriffen. Jedoch wurden bei diesem Indikator auch 14,4 % der Krankenhausstandorte aufgrund fehlerhafter Dokumentation auffällig. Das Datenfeld zur Erhebung dieses Qualitätsindikators wurde für das Erfassungsjahr 2016 umstrukturiert, indem die Antwortmöglichkeit „2 = ja, in einem vorherigen

Aufenthalt“ ergänzt wurde. Es ist davon auszugehen, dass die Rate der Fehldokumentationen zukünftig sinken wird. Insgesamt konnten 33 rechnerische Ausfälligkeiten (10,5 %) aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht eingestuft werden. Im Vorjahr waren es hier noch 11,8 %.

Weiterhin haben einige LQS bundeslandspezifische Indikatoren entwickelt, die ebenfalls in den SD einbezogen und bewertet wurden. Die LQS betonen in ihren Rückmeldungen, dass es bei den Indikatoren zur Sterblichkeit bzw. zu den nosokomialen Infektionen zu Dopplungen im Strukturierten Dialog kommt. Dies wurde in der letzten Fachgruppensitzung thematisiert. Künftig soll bei einem Qualitätsindikator zur Sterblichkeit der Referenzbereich ausgesetzt und ein Indikator zu nosokomialen Infektionen gestrichen werden.

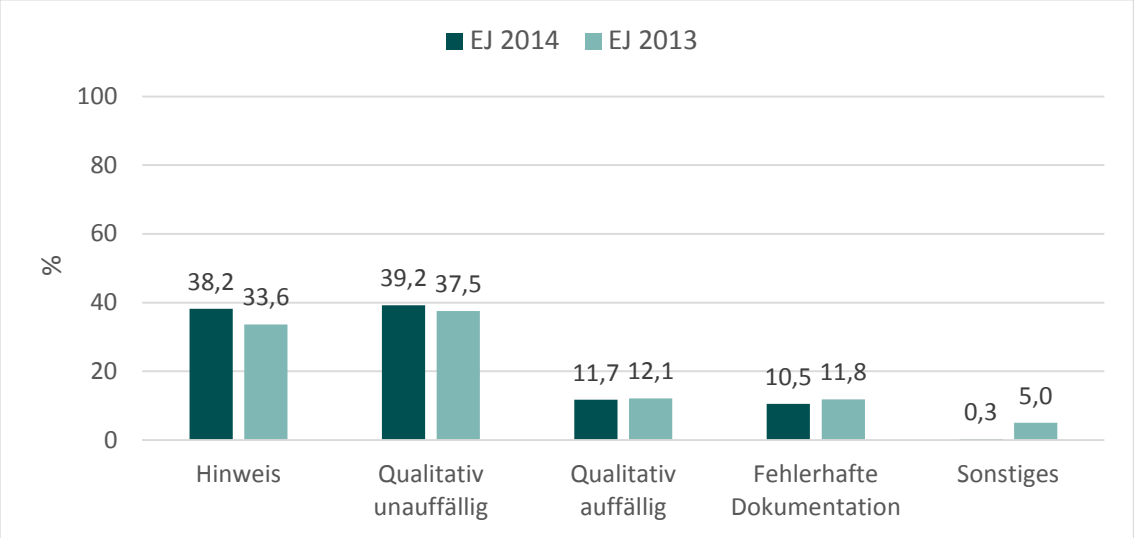


Abbildung 23: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (NEO) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.13 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)

Der Strukturierte Dialog im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen* wurde im Erfassungsjahr 2014 zu 845 ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten geführt. Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten ist im Vergleich zum Vorjahr weitgehend konstant geblieben (EJ 2013 n = 839). Zu 48,4 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Hinweis an die Krankenhausstandorte versendet (n = 409). Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr somit ebenfalls konstant geblieben (EJ 2013: 48,0 %). Bezüglich 432 (51,1 %) rechnerisch auffälliger Ergebnisse wurde von den beteiligten Krankenhausstandorten eine Stellungnahme angefordert. Bei 4 rechnerisch auffälligen Ergebnissen erfolgte dagegen keine Maßnahme.

Die Rückmeldungen aus den Stellungnahmen gaben Anlass für insgesamt ein Kollegiales Gespräch. Eine Vor-Ort-Begehung wurde nicht durchgeführt. Darüber hinaus wurden als Konsequenz aus den Stellungnahmen insgesamt 22 Zielvereinbarungen mit den Krankenhäusern geschlossen.

Auch im Erfassungsjahr 2014 konnte eine Vielzahl der Krankenhäuser die rechnerisch auffälligen Ergebnisse in ihren Stellungnahmen nachvollziehbar erklären und darlegen. Nach Abschluss des

Strukturierten Dialogs wurden somit 38,5 % (n = 326) der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ unauffällig“ bewertet (EJ 2013: 38,1 %). Am häufigsten konnte das abweichende Ergebnis durch Einzelfälle (n = 225) erklärt werden oder es gab keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität (n = 82). Daneben waren besondere klinischen Situationen sowie sonstige Gründe Ursachen für die rechnerischen Auffälligkeiten.

Aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation konnten 7,5 % (n = 63) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nicht bewertet werden. Im Erfassungsjahr 2013 lag der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten, bei denen eine Bewertung aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation nicht möglich war, noch bei 8,8 %. Somit ist ein deutlicher Rückgang der Dokumentationsmängel zu verzeichnen. Grund für die fehlerhafte Dokumentation war vorwiegend eine unvollzählige oder falsche Dokumentation (n = 58). Vor allem bei den Indikatoren „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung“ (QI-ID 12874) sowie „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI-ID 52283) wurde die Bewertung „D50 – Unvollzählige oder falsche Dokumentation“ vorgenommen.

Als „qualitativ auffällig“ wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs 4,0 % der rechnerischen Auffälligkeiten (n = 34) beurteilt. Im Vergleich zum Vorjahr ist hier wieder ein leichter Anstieg der qualitativ auffälligen Ergebnissen zu verzeichnen (EJ 2013: 3,1 %, EJ 2012: 4,2 %). Bei 22 rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen, hier vor allem bei der Indikatorengruppe „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ (QI-ID 1021, QI-ID 51907). 10 Krankenhausstandorte konnten keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benennen.

Zu dem Sentinel-Event-Indikator „Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation“ (QI-ID 51418) wurde bei 87,3 % der rechnerischen Auffälligkeiten eine Stellungnahme (n = 96) angefordert. Die eingereichten Stellungnahmen gaben den Anlass zu einer Vor-Ort-Begehung und insgesamt wurden 2 Zielvereinbarungen geschlossen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs konnten von den insgesamt 110 rechnerischen Auffälligkeiten in diesem Indikator die Mehrzahl als „qualitativ unauffällig“ bewertet werden (n = 87). Das abweichende Ergebnis erklärte sich hier vorwiegend durch Einzelfälle. So wurde z. B. bei einer Patientin bei der Adhäsiolyse eine Läsion verursacht, die jedoch noch im selben Eingriff versorgt wurde. In 6 Fällen lag eine fehlerhafte Dokumentation vor. So wurde z. B. eine Voroperation im OP-Gebiet nicht angegeben. In 2 Fällen haben die zuständigen Stellen auf Landesebene das rechnerisch auffällige Ergebnis als „qualitativ auffällig“ bewertet. Grund hierfür waren Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel. So konnte z. B. ein Krankenhausstandort keine schlüssige Erklärung bieten, warum die iatrogene Dünndarmperforation unvermeidbar war.

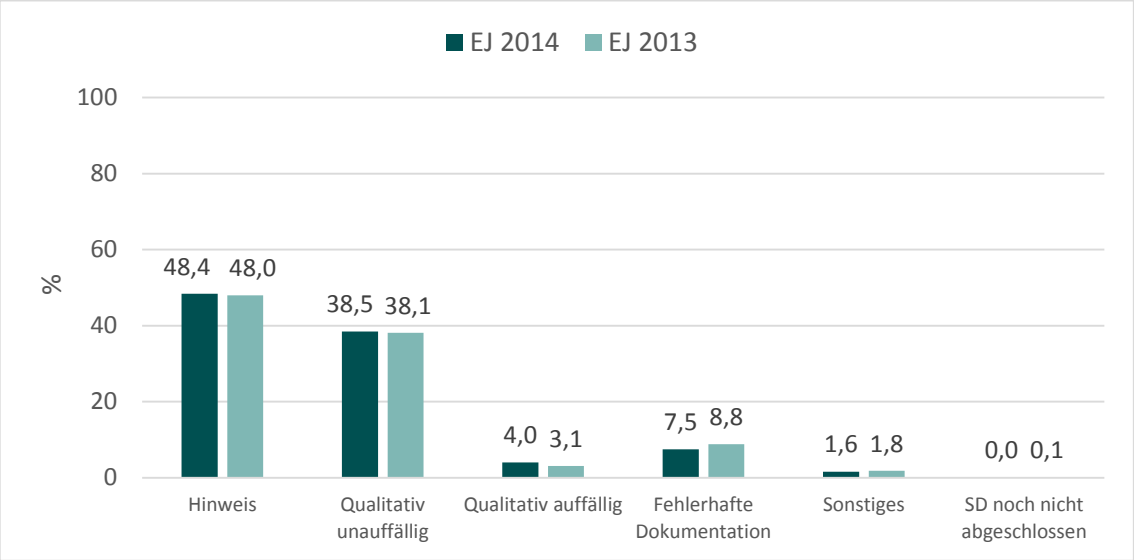


Abbildung 24: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (15/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.14 Mammachirurgie (18/1)

Der Strukturierte Dialog konnte im QS-Verfahren *Mammachirurgie* von allen Fachgruppen auf Landesebene fristgerecht beendet werden. Insgesamt wurden bei den 8 zu prüfenden Indikatoren 679 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, was im Vergleich zum Vorjahr (n = 703) einen Rückgang bedeutet. In 49,0 % (n = 333) dieser rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden Hinweise versendet, für 49,2 % (n = 334) wurde eine Stellungnahme angefordert. Weiterführende Maßnahmen wurden mit 3 Besprechungen der Ergebnisse, 3 Vor-Ort-Begehungen sowie 23 geschlossenen Zielvereinbarungen durchgeführt.

Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten, die im Ergebnis des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, entspricht in etwa dem des Vorjahres: Im Strukturierten Dialog 2015 sind 34,0 % (n = 190) als unauffällig eingestuft, wobei dies in 20,9 % mit Einzelfällen erklärt wurde. Im Vorjahr waren es 31,2 % (n = 219) der rechnerischen Auffälligkeiten, die als unauffällig eingestuft wurden. Als „qualitativ auffällig“ wurden im Strukturierten Dialog 2015 insgesamt 94 der rechnerischen Auffälligkeiten (13,8 %) eingestuft. Dies sind im Vergleich zum Vorjahr 15 qualitativ auffällige Ergebnisse mehr (n = 79). Betrachtet man die Ergebnisse auf Ebene der Indikatoren, so ist die Anzahl qualitativ auffälliger Standorte allerdings in etwa vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen. Der Anstieg auffälliger Standorte ist demnach in erster Linie durch eine erhöhte Anzahl der im Strukturierten Dialog betrachteten Indikatoren zu erklären. Zwar ist ein Indikator weggefallen, 2 Indikatoren wurden hingegen erstmals im Strukturierten Dialog betrachtet (QI-ID 52279 und 52330).

Die Einstufung von rechnerischen Auffälligkeiten in „Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich“ wurde im Vergleich zum Vorjahr häufiger vorgenommen (EJ 2014: 5,3 %, n = 36, EJ 2013: 3,4 %, n = 24). Knapp die Hälfte dieser Bewertungen wurde im Indikator QI-ID 52330 vergeben (n = 17).

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Indikatoren, die auf Grundlage der Bundesauswertung 2014 mit besonderem oder erweitertem Handlungsbedarf bewertet wurden, näher beschrieben.

QI-ID 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Die Fachgruppe auf Bundesebene Mammachirurgie stufte das Ergebnis dieses Indikators (14,1 %) für das Erfassungsjahr 2014 zum zweiten Mal in Folge als Indikator mit besonderem Handlungsbedarf ein. Die Ergebnisse weisen der Fachgruppe nach darauf hin, dass ein hoher Anteil an Frauen übertherapiert wird. Zu den 81 rechnerischen Auffälligkeiten forderten die Landesgeschäftsstellen 57-mal eine Stellungnahme an. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurde 7-mal die Einstufung „qualitativ auffällig“ gewählt, was 8,6 % der rechnerischen Auffälligkeiten in diesem Indikator entspricht. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich hier ein positiver Trend (EJ 2013 12,8 %, n = 14), Aus einigen Länderberichten geht hervor, dass die so bewerteten Standorte die Gründe für die Abweichung von der Leitlinienempfehlung nicht ausreichend oder nicht nachvollziehbar für alle Behandlungsfälle darstellen konnten. Diesen Standorten wurden zum Teil Empfehlungen von den Fachgruppen auf Landesebene gegeben. So wurde einem Standort mit geringer Fallzahl beispielsweise empfohlen, Patientinnen an ein Brustzentrum zu überweisen, um eine leitliniengerechte Behandlung zu gewährleisten. Ein anderer Standort wurde zum internen Dialog aufgefordert. Laut Einstufungen der Landesgeschäftsstellen war das abweichende Ergebnis allerdings auch häufig durch medizinisch begründbare Einzelfälle erklärbar (n = 36) oder es lag eine besondere klinische Situation vor (n = 1). In einigen Fällen war die Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentationen (n = 3) nicht möglich.

QI-ID 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

In der Bundesauswertung 2014 zu diesem Indikator weichen die Ergebnisse der Gruppe der Krankenhausstandorte mit weniger als 20 Fällen in der Grundgesamtheit des Indikators deutlich von den Ergebnissen der anderen Standorte ab. Die Fachgruppe auf Bundesebene bewertete den Indikator deshalb im zweiten Jahr in Folge als Indikator mit erweitertem Handlungsbedarf. Den Landesgeschäftsstellen wurde empfohlen, mit rechnerisch auffälligen Standorten dieser Gruppe im Strukturierten Dialog zu klären, inwieweit strukturelle Probleme eine der Ursachen niedriger Raten bei der prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung sein könnten. Von einigen Landesgeschäftsstellen wird berichtet, dass solche strukturellen Probleme im Strukturierten Dialog nicht festgestellt werden konnten. Stattdessen lagen die Ursachen bei rechnerisch auffälligen Standorten in begründeten Einzelfällen (n = 46), fehlerhafter Dokumentation (n = 6) oder tatsächlicher qualitativer Auffälligkeit (n = 24).

QI-ID 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Für diesen Indikator sah die Fachgruppe auf Bundesebene ebenfalls zum zweiten Jahr in Folge erweiterten Handlungsbedarf, da die Ergebnisse der Standorte mit weniger als 20 Fällen in der Grundgesamtheit deutlich von den Ergebnissen der anderen Standorte abweichen. Die Landesgeschäftsstellen wurden gebeten, bei rechnerisch auffälligen Standorten mit null Fällen im Zähler des Indikators nachzufragen, ob die strukturellen Voraussetzungen für die Durchführung der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie vorliegen. Diese Vermutung wurde von den Ländern allerdings nicht bestätigt. Den Berichten der Länder nach waren es überwiegend Einzelfälle, durch die die

rechnerischen Auffälligkeiten zu begründen waren (n = 29). Allerdings wurde ein im Vergleich zu anderen Indikatoren mit 23,7 % (n = 23) relativ hoher Anteil der rechnerisch auffälligen Standorte auch als „qualitativ auffällig“ beurteilt. Eine Beurteilung aufgrund fehlerhafter Dokumentation war in 7 Fällen (7,2 %) nicht möglich.

Für die Indikatoren „HER2/neu-Positivitätsrate“ (QI-ID 52268) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2/neu-positiven Befunden“ (QI-ID 52273) wurden die Länder gebeten, auf freiwilliger Basis im Gespräch mit ausgewählten Standorten zu evaluieren, ob die in den Patientenakten vorliegenden Informationen zeigen, dass die Dokumentationen der HER2/neu-Befunde gemäß den Vorgaben im Ausfüllhinweis erfolgt sind. Den Berichten der Landesgeschäftsstellen ist zu entnehmen, dass zwei hierzu einen Strukturierten Dialog geführt haben. Eines dieser Länder hat lediglich einen auffälligen Standort identifiziert und hier Softwareprobleme als Begründung für die Auffälligkeit angegeben. Die zweite Landesgeschäftsstelle hat den von der Fachgruppe auf Bundesebene zur Verwendung empfohlenen Referenzbereich weiter eingeengt und die Mindestfallzahl herabgesenkt. Hiernach waren 18 Krankenhausstandorte rechnerisch auffällig, die zu einer Stellungnahme aufgefordert wurden. Bei der Hälfte dieser Fälle wurden Dokumentationsfehler als Begründung für die Auffälligkeit angegeben. Die Fachgruppe auf Bundesebene hat bereits beschlossen, das Datenfeld „HER2/neu-Status“ anzupassen und um zusätzliche Hinweise zu ergänzen.

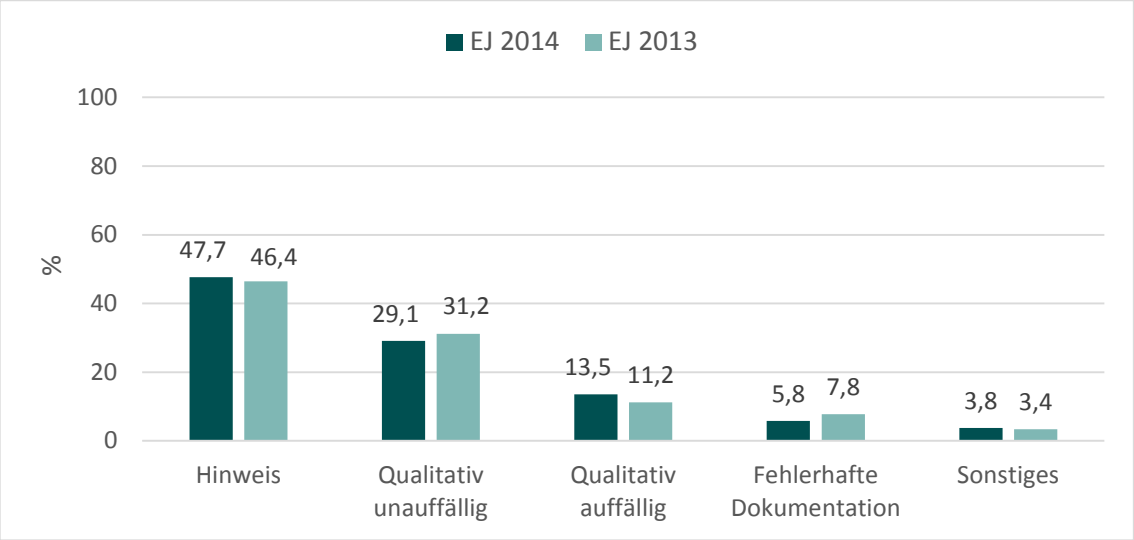


Abbildung 25: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (18/1) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

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

In den QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur*, *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* und *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* wurden insgesamt 3.765 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Hierzu wurden insgesamt 1.347 Hinweise durch die Landesgeschäfts-

stellen für Qualitätssicherung versandt und zu 2.392 rechnerischen Auffälligkeiten wurden Stellungnahmen angefordert. Bei 22 Einzelfällen wurden keine Maßnahmen ergriffen. Nach Bearbeitung der Stellungnahmen boten sich 78 Anlässe für Kollegiale Gespräche. Zu 156 rechnerischen Auffälligkeiten wurden Zielvereinbarungen geschlossen. Aufgrund von 5 rechnerisch auffälligen Ergebnissen fanden Vor-Ort-Begehungen statt. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden letztlich insgesamt 271 (7,1 %) rechnerische Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* ist für den Indikator „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus“ (QI-ID 2266) ein leichter Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten auf 365 (EJ 2013 n = 377) zu konstatieren. Dennoch wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs besonders oft qualitative Defizite (n = 83) in diesem Indikator festgestellt. Das entspricht ca. 30 % von den insgesamt 271 qualitativen Auffälligkeiten in diesem QS-Verfahren.

Die im Jahr 2015 aktualisierte S2e-Leitlinie „Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen“ beinhaltet erneut die Empfehlung der Fachgesellschaft (Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie) zur Einhaltung einer kurzen präoperativen Verweildauer. Diese Empfehlung wird durch die Fachgesellschaft mit einer Evidenz von Ia bzw. IIa klassifiziert. Unter anderem belegen die hierfür betrachteten Studien bei einer Verzögerung der Operation von 48 Stunden nach der Fraktur einen signifikanten Anstieg der risikoadjustierten Mortalität sowie einen signifikanten Anstieg der Dekubitus-, Pneumonie- und Harnwegsinfektionsraten.

Es haben sich insgesamt fünf Landesgeschäftsstellen näher zu diesem Indikator geäußert. 80 Krankenhausstandorte wurden aufgrund von Struktur- und Prozessmängel als „qualitativ auffällig“ bewertet. Unter anderem wurden mit den betroffenen Krankenhausstandorten Zielvereinbarungen zum differenzierten Umgang mit Gerinnungspräparaten sowie zur Notfallversorgung getroffen.

Eine Landesgeschäftsstelle wertet zusätzlich den Indikator „Präoperative Verweildauer bei Aufnahme am Freitag“ aus. Nach Angabe dieser Landesgeschäftsstelle wurden zu diesem Landesindikator lediglich Hinweise versandt. Eine andere Landesgeschäftsstelle berichtet, dass einige Krankenhausstandorte eine Diagnose zur Fraktur erst verspätet nach der Aufnahmezeit stellten, da zunächst eine andere Aufnahmediagnose vermutet wurde. Diese führe dennoch bei der Berechnung des Indikators möglicherweise zu rechnerischen Auffälligkeiten der Krankenhausstandorte.

Zudem schlagen einige Landesgeschäftsstellen vor, die Gabe der gerinnungshemmenden Medikamente bei der Indikatorberechnung zu berücksichtigen. Zusätzlich verweist eine weitere Landesgeschäftsstelle darauf, dass die Empfehlung der Einnahmepause bei den „neuen“ gerinnungshemmenden Medikamenten nicht mit der geforderten präoperativen Verweildauer korreliert.

Der Vorschlag zur Berücksichtigung der Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten in der Rechenregel des Indikators wurde von der Fachgruppe auf Bundesebene mehrfach diskutiert und bisher nicht befürwortet. Die Angabe von gerinnungshemmenden Medikamenten sollte nicht ungeprüft zur Begründung von Operationsverzögerungen herangezogen werden. Ob die Einnahme gerinnungshemmender Medikamente eine verspätete Operation nach Schenkelhalsfraktur rechtfertigt und ob der Umgang des Krankenhauses mit gerinnungshemmenden Medikamenten in Notfallsituationen angemessen war, soll zunächst im Strukturierten Dialog erörtert werden. Zudem dient der Referenzbereich von ≤ 15 % dazu, eine verzögerte präoperative Verweildauer in Einzelfällen zu tolerieren. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss befasst sich derzeit intensiv mit diesem Qualitätsindikator und hat die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung um detaillierte Rückmeldungen der Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog gebeten.

In den QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* und *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* kam es in den beiden Sentinel-Event-Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 457, QI-ID 471) zu insgesamt 601 rechnerischen Auffälligkeiten. Davon wurden 21 (3,4 %) Auffälligkeiten als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Insgesamt wurden 79 Hinweise an die Krankenhausstandorte mit rechnerischen Auffälligkeiten versandt. Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung äußern erneut, dass sich die Analyse der Todesfälle im Rahmen eines Sentinel-Event-Indikators in diesen QS-Verfahren als ineffektiv erwiesen hat. Dies wird anhand der Begründung „schicksalhafter Einzelfall“ oder damit, dass die Todesursache nicht auf die Endoprothesenoperation zurückzuführen sei, belegt. Des Weiteren seien die Einzelfallanalysen einerseits sehr aufwendig und andererseits hätte es bundesweit sehr selten Hinweise auf tatsächlich qualitative Defizite gegeben. Die Festlegung von Sterblichkeitsindikatoren als Sentinel-Event-Indikatoren solle daher überdacht werden. Ferner besteht bei einer Fachgruppe auf Landesebene der Wunsch nach einer bundeseinheitlichen Empfehlung zur Bewertung der Sentinel-Event-Indikatoren. Unklar sei die Gesamtbewertung eines Krankenhauses, wenn bei mindestens einer Einzelfallanalyse ein qualitatives Defizit erkannt wurde.

Zugleich stellte eine Landesgeschäftsstelle auch die Zunahme von Hochrisikopatienten bei den elektiven Operationen fest. Hierzu wurde durch die Fachgruppe auf Landesebene nachdrücklich empfohlen, dass Risikopatienten verständlich und über Alternativen bei elektiven Eingriffen aufgeklärt werden sollen.

Ab dem Erfassungsjahr 2015 werden in den beiden QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* und *Hüftendoprothesenversorgung* die Sterbefälle risikoadjustiert bewertet. Damit stellt nicht mehr jeder Todesfall eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Strukturierten Dialog nach sich zieht.

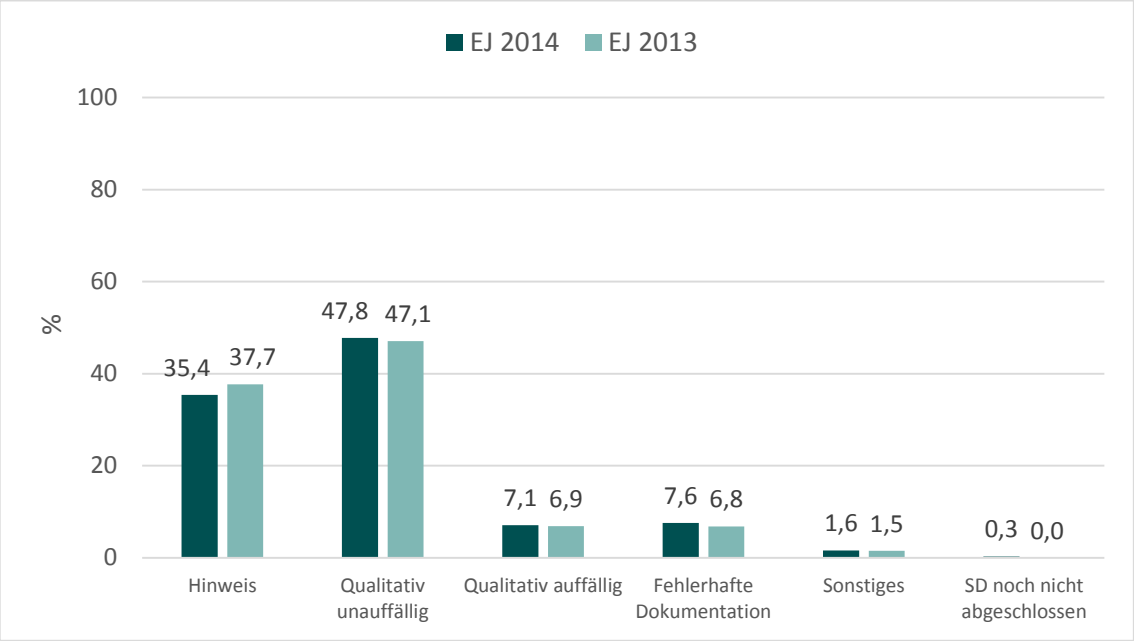


Abbildung 26: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (17/1 bis 17/3) für die Jahre 2014 und 2013

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

In den QS-Verfahren *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* und *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* wurden in Bezug auf sämtliche Qualitätsindikatoren insgesamt 1.303 Krankenhausstandorte rechnerisch auffällig. Für 605 (46,5 %) dieser Standorte bestanden die eingeleiteten Maßnahmen der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung in der Versendung eines Hinweises. Insgesamt wurden 691 (53 %) detaillierte Stellungnahmen angefordert. Mit den Mitarbeitern von 28 Standorten (2,1 %) wurden Besprechungen durchgeführt. Die Anzahl an gemeinsam festgelegten Zielvereinbarungen lag bei 53 (4,1 %). Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 4,8 % (n = 62) der rechnerischen Auffälligkeiten, deren Bewertung im Rahmen des Strukturierten Dialogs möglich war, durch die Fachgruppen auf Landesebene als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Bei 8,4 % (n = 110) der Indikatorergebnisse war die Bewertung aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht möglich.

Im QS-Verfahren *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* wurden nach Feststellen einer rechnerischen Auffälligkeit und nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen die meisten (in absoluten Zahlen) qualitativen Auffälligkeiten bei dem Qualitätsindikator „Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien“ (QI-ID 276) (11,6 %, n = 12) festgestellt. Bundesweit wurden für diesen Qualitätsindikator 25 weiterführende Maßnahmen in Form von Kollegialen Gesprächen (n = 4) und Zielvereinbarungen (n = 21) eingeleitet.

Obwohl dieses QS-Verfahren überwiegend – bis auf wenige Ausnahmen – elektive Eingriffe betrachtet, wurden die meisten rechnerischen Auffälligkeiten bei einem Sentinel-Event-Indikator, nämlich mit fast 19 % (n = 123) bei dem Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-

ID 472) festgestellt. Der Großteil (71,5 %) der rechnerischen Auffälligkeiten wurde nach Begutachtung der Stellungnahmen als „qualitativ unauffällig“ bewertet, da sich das Ergebnis durch Einzelfälle erklärt. Ein Krankenhausstandort wurde als „qualitativ auffällig“ bewertet.

Beobachtet wird eine Zunahme von Operationen bei Hochrisikopatienten vermehrt auch bei Elektiveingriffen, so eine Fachgruppe auf Landesebene. Das Abwägen bei hohem Leidensdruck der Patienten für oder gegen einen Eingriff ist den Erfahrungen der Fachgruppe zufolge oftmals sehr schwierig. Die Fachgruppe empfiehlt daher nachdrücklich und insbesondere bei Risikopatienten, die Patienten sowohl verständlich als auch über Alternativen aufzuklären.

Für den Indikator „Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien“ (QI-ID 295) im QS-Verfahren *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* wurden die meisten rechnerischen Auffälligkeiten (n = 210) festgestellt. In der Folge wurden 65 (31 %) Hinweise versendet und 141 (67,1 %) Stellungnahmen angefordert. 39,5 % (n = 83) der Krankenhausstandorte wurden als „qualitativ unauffällig“ bewertet, da sich die Abweichungen der Qualitätsergebnisse durch Einzelfälle erklären. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 1,9 % (n = 3) Standorte als „qualitativ auffällig“ bewertet. 10,5 % (n = 22) der Standorte gaben Dokumentationsfehler als Grund für die rechnerische Auffälligkeit an.

Eine Fachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie auf Landesebene hebt in ihrem zusammenfassenden Bericht hervor, dass sie die Kollegialen Gespräche als effektivstes Werkzeug des Strukturierten Dialogs erachtet. Die inhaltlichen Aspekte der Fallanalysen können in den Vor-Ort-Begehungen ausführlicher und lösungsorientierter durchgeführt werden. Zudem liegt ein weiterer Haupteffekt der Kollegialen Gespräche in der generellen Sensibilisierung der verschiedenen Krankenhausmitarbeiter (ärztliches Personal, Pflege, Controlling, Geschäftsführung).

Aus den Berichten geht zudem hervor, dass die Anzahl an Anfragen reduziert werden müsste, um eine effektive inhaltliche Arbeit im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu gewährleisten. Durch eine Reduktion des Gesamtumfangs des Strukturierten Dialogs wäre des Weiteren eine Fokussierung auf bestimmte versorgungsrelevante Schwerpunkte möglich. Aufgrund vieler Einzelfallanfragen (bei z. B. Sentinel-Event) wird eine Aufarbeitung im Langzeitverlauf vorgeschlagen, um direkte Rückschlüsse auf die strukturelle und medizinische Qualität einzelner Standorte zu ermöglichen.

Demgegenüber berichtet eine andere Fachgruppe, dass sich „der Ton der Stellungnahmen und der Gespräche“ im Vergleich zum Vorjahr deutlich verschärft hat. Zudem finden sich wiederholt auffällige Krankenhausstandorte, bei denen deutlich wurde, dass die Gespräche des Vorjahres keine nachhaltige Wirkung zeigten. Der Fachgruppe ist bislang unklar, wie mit mehrfach auffälligen Standorten umgegangen werden soll.

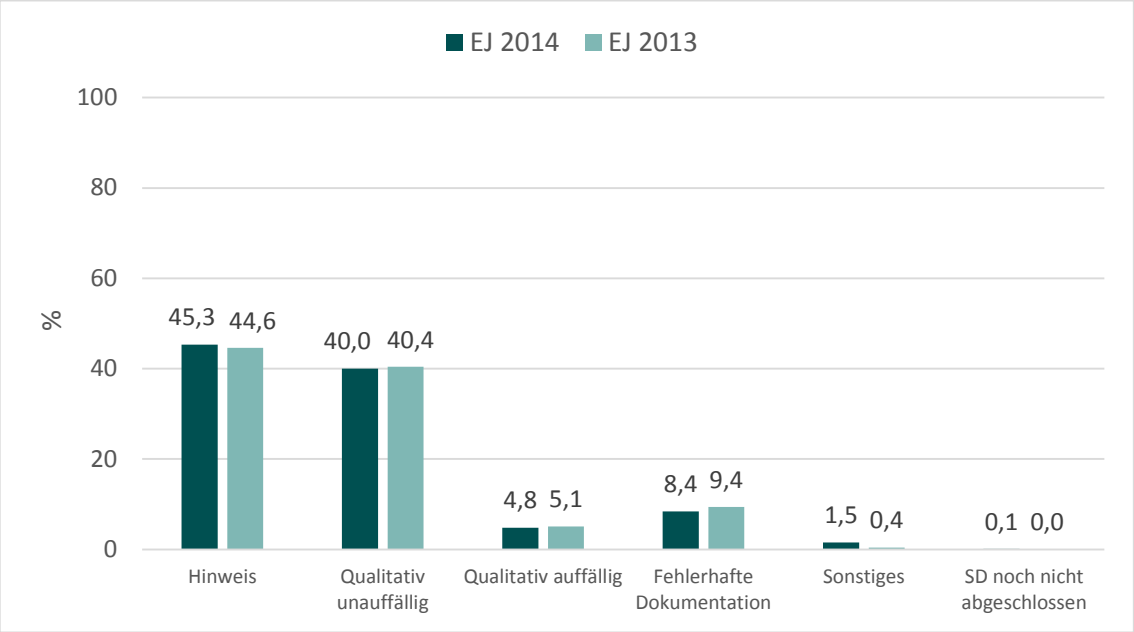


Abbildung 27: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (17/5 bis 17/7) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

4.1.17 Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)

Der Strukturierte Dialog konnte im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* von allen Fachgruppen auf Landesebene fristgerecht beendet werden. Insgesamt wurden bei den 2 zu prüfenden Indikatoren 714 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, was im Vergleich zum Vorjahr (n = 795) einen Rückgang bedeutet. An die rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte wurden insgesamt 133 Hinweise versendet und es wurden 580 Stellungnahmen angefordert. 14-mal wurde eine Besprechung der Ergebnisse und 4-mal eine Begehung durchgeführt. Für 46 der rechnerischen Auffälligkeiten wurde eine Zielvereinbarung geschlossen. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich somit – trotz Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten – die Anzahl dieser weiterführenden Maßnahmen erhöht: Im Strukturierten Dialog 2014 für das Erfassungsjahr 2013 waren es 8 Besprechungen, die durchgeführt wurden, und es fand keine Begehung statt. Zielvereinbarungen wurden 28-mal geschlossen.

Die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten, die im Ergebnis des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, entspricht in etwa dem des Vorjahres: Im Strukturierten Dialog 2015 für das Erfassungsjahr 2014 sind 44,3 % (n = 317) als unauffällig eingestuft, im Strukturierten Dialog 2014 waren es 40 % (n = 318). Auch der Anteil der Auffälligkeiten, die im Ergebnis als „qualitativ auffällig“ eingestuft werden, ist vergleichbar mit den Vorjahresergebnissen. Im Strukturierten Dialog 2015 sind es 12,3 % der Auffälligkeiten, im Strukturierten Dialog 2014 für das Erfassungsjahr 2013 waren es 11,1 %. Die absolute Zahl der als „qualitativ auffällig“ eingestuften Ergebnisse lag in beiden Jahren bei 88. Betrachtet man die beiden im Strukturierten Dialog berücksichtigten Indikatoren getrennt voneinander, wird deutlich, dass die Anzahl qualitativ

auffälliger Standorte für den Indikator QI-ID 52009[10] geringer geworden ist (EJ 2013 n = 41, EJ 2014 n = 31). Hingegen ist die Anzahl qualitativ auffälliger Standorte für den Indikator QI-ID 52010[11] angestiegen (EJ 2013 n = 47, EJ 2014 n = 57).

Die Einstufung von rechnerischen Auffälligkeiten in „Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich“ wurde im Vergleich zum Vorjahr seltener vorgenommen (EJ 2014: 22,7 %, n = 164, EJ 2013: 26,0 %, n = 207), wobei sich im Strukturierten Dialog 2014 vermutlich u. a. die Umstellung des Verfahrens auf die Erfassung mithilfe von Routinedaten widerspiegelt. Diese Umstellung wurde für das Erfassungsjahr 2013 vorgenommen, sodass im ersten Jahr mit einem erhöhten Anteil fehlerhafter Dokumentation zu rechnen war. Dennoch ist die Rate fehlerhafter Dokumentationen nach wie vor hoch. Den Berichten der Länder ist zu entnehmen, dass in vielen Krankenhäusern Unsicherheiten und Schwierigkeiten bei der Einstufung eines Dekubitus bzw. bei der Einstufung des Risikos bestehen. Dementsprechend sind weitere Schulungsmaßnahmen dringend zu empfehlen, worauf die Krankenhäuser im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Teil auch hingewiesen wurden. Des Weiteren werden zur Verbesserung der Dokumentationsqualität zukünftig die Ausfüllhinweise angepasst: Es wird ein zusätzlicher Hinweis des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) aufgenommen, der bei Unsicherheit empfiehlt, den jeweils niedrigeren Dekubitusgrad zu kodieren.

Am 26. Januar 2016 fand in Berlin die Bund-Land-Konferenz Dekubitusprophylaxe statt. Hier wurde in einem Workshop intensiv über den Strukturierten Dialog sowie dessen Ergebnisse diskutiert. Themen waren unter anderem die Bewertung rechnerisch auffälliger Krankenhausstandorte sowie der zeitliche Aufwand für die Beurteilung und ggf. notwendige Begehungen der Standorte.

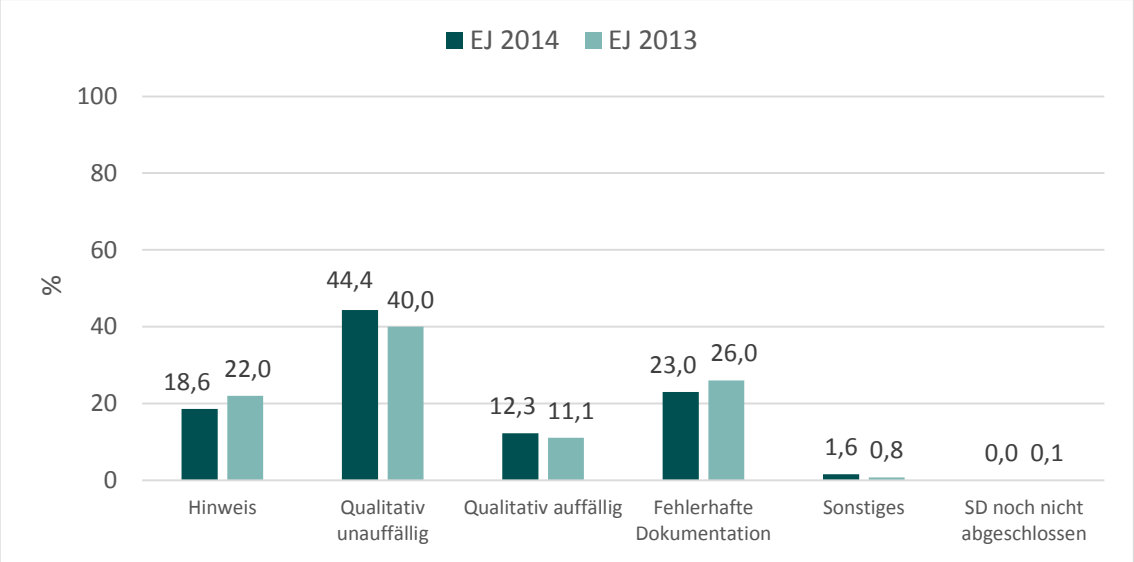


Abbildung 28: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten (gesamt) nach Abschluss des SD (DEK) für die Erfassungsjahre 2014 und 2013

[10] Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
[11] Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

4.2 Landesspezifika

Die externe stationäre Qualitätssicherung findet in den Bundesländern seit vielen Jahren große Beachtung und wird intensiv gefördert. Neben den gesetzlich verpflichtenden Verfahren führen viele Landesgeschäftsstellen eigene Qualitätssicherungsprojekte durch.

Diese basieren vielfach auf modifizierten Indikatoren der Bundesebene und werden in den Strukturierten Dialog miteinbezogen. Weitere Strukturierte Dialoge, die auf Initiative der Landesebene geführt worden sind, 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:

- Schlaganfallversorgung
- Qualitätssicherung bei Multiresistenten Erregern (MRE)
- Todesfallkonferenz Neonatologie
- Patientensicherheit
- Anästhesie
- Radiologie

In vielen Bundesländern werden die Ergebnisse der geführten Strukturierten Dialoge auf eigenen Ergebniskonferenzen vorgestellt. Dabei werden häufig Schwerpunkte auf bestimmte QS-Verfahren gesetzt. Einige Landesspezifika sind nachstehend bespielhaft dargestellt:

- Durchführung eines Pilotprojekts, in dem geprüft werden soll, ob durch einen intensivierten Dialog bzw. Klinikbegehungen Verbesserungen in den Krankenhäusern schneller initiiert werden können. Hierzu wurden aus einzelnen Qualitätsindikatoren Sets gebildet, die eine QS-Verfahren-übergreifende Betrachtung ermöglichen. Bei besonders auffälligen Krankenhäusern erfolgte eine Besprechung vor Ort mit allen Beteiligten. Zusätzlich wurde ein modifiziertes schriftliches Verfahren durchgeführt. Der Abschlussbericht wird derzeit erstellt.
- Einige Fachgruppen auf Landesebene haben die Rechenregeln einzelner Indikatoren angepasst und erfassen mit strengeren Rechenregeln auffällige Einzelfälle genauer. Darüber hinaus werden zum Teil zusätzliche Indikatoren ausgewertet, die in der Praxis als medizinisch relevant erachtet werden.
- Es erfolgte eine genauere Analyse von Dekubitalulcera mit nicht näher bezeichnetem Grad und Fällen mit unbekanntem Dekubitusstatus bei Aufnahme oder bei Aufnahme nicht vorhanden.
- Einige Fachgruppen auf Landesebene sehen für bestimmte Indikatoren keinen Erkenntnisgewinn und sehen von der Überprüfung im Rahmen des Strukturierten Dialogs ab.

Diese und andere landesspezifische Maßnahmen, Vorgehensweisen und weitere qualitätsfördernde Modelle können Anregungen sein, um Weiterentwicklungen auf Bundesebene zu initiieren. Insbesondere landesspezifische Qualitätsindikatoren werden in den Fachgruppen auf Bundesebene – in denen auch jeweils mindestens zwei Vertreter der Landesgeschäftsstellen für

Qualitätssicherung vertreten sind – diskutiert und gegebenenfalls bundesweit umgesetzt. Detaillierte Angaben zu den Ergebnissen von landesspezifischen Kennzahlen befinden sich in eigenen Berichten der entsprechenden Landesgeschäftsstellen. 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.

4.3 Empfehlungen aus den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung

Mit den Ergebnisberichten der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung werden jährlich Anregungen der jeweiligen Fachgruppen auf Landesebene zur kontinuierlichen Verbesserung und Weiterentwicklung der betreffenden QS-Verfahren an die Institution nach § 137a SGB V weitergegeben. Im Rahmen der Systempflege und Weiterentwicklung werden diese Änderungsvorschläge von den entsprechenden Fachgruppen auf Bundesebene bezüglich ihrer Umsetzbarkeit geprüft und ggf. etabliert.

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

Im vorstehenden Abschnitt 4.1 zu den Ergebnissen, unterteilt nach QS-Verfahren, finden bereits einige dieser Empfehlungen Erwähnung. Daher werden nachfolgend nur einzelne Aspekte in kurzer Form und beispielhaft dargelegt.

Die Entscheidung, eine Qualitätssicherung bei der Cholezystektomie ruhen zu lassen, wird bedauert und gleichzeitig wird empfohlen, zusätzlich auch die Hernienchirurgie und die kolorektale Tumorchirurgie einzubeziehen.

Vielfach wird empfohlen, die Anzahl der Anfragen an die Krankenhäuser insbesondere im Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie zu reduzieren, um eine effektive inhaltliche Arbeit zu ermöglichen. Viele Anfragen ermöglichen keine direkten Rückschlüsse auf die strukturelle und medizinische Qualität einzelner Standorte. Dieser Hinweis wird bei der Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs berücksichtigt.

Weiterer Verbesserungsbedarf im Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie wird im Indikator „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus“ (QI-ID 2266) gesehen. Hier sollte zum Beispiel nicht die Aufnahme ins Krankenhaus, sondern der Zeitpunkt der Diagnosestellung betrachtet werden. Auch die Gabe von Antikoagulantien und die erforderliche Einholung einer Betreuung sollte bei der Berechnung berücksichtigt werden.

Im Bereich der Geburtshilfe gibt es die Empfehlung, den Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (QI-ID 1058) zu modifizieren. Hier seien die Ergebnisse seit mehreren Jahren auffällig niedrig. Es sollte diskutiert werden, die Zeitspanne von der frühestmöglichen Erfassbarkeit der Notfallindikation bis zur Entwicklung des Kindes zu erfassen. Auch im Qualitätsindikator „Dammrissrate Grad III oder IV“ (QI-ID 51181) bleibt das Ergebnis wie schon

in den Vorjahren auffällig niedrig, was aus medizinisch-fachlicher Sicht nicht zu den realen Verhältnissen passt. Es muss weiterhin vermutet werden, dass einige der hochgradigen Dammrisse entweder nicht dokumentiert oder nicht erkannt werden. Die Kliniken sollten auf ein einheitliches Vorgehen, aus Sicht der Fachgruppe auch unter Berücksichtigung der partiellen Schließmuskelrisse, orientiert werden.

Die Hinweise der Landesgeschäftsstellen werden in den kommenden Sitzungen der Fachgruppen auf Bundesebene bearbeitet.

5 Schlussfolgerung und Ausblick

Der im vorliegenden Bericht abgehandelte Strukturierte Dialog zeichnete sich erneut durch die konstruktive und engagierte Mitarbeit der beteiligten Krankenhausstandorte sowie durch den zielführenden Einsatz der Mitarbeiter der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und der Institution nach § 137a SGB V aus. Unter aktiver Beteiligung der beratenden Fachgruppen auf Bundes- und Landesebene konnte der Prozess bundesweit fristgerecht beendet werden.

Für das Erfassungsjahr 2014 erfolgten die Auswertungen erstmalig gemäß der Änderung der QSKH-Richtlinie auf Basis der entlassenden Standorte. Dieser Sachverhalt führte mitunter zu Problemen, da die betreffende Leistung nicht immer am entlassenden Standort erbracht wurde. Die von diesem Problem betroffenen Krankenhausstandorte konnten die im Strukturierten Dialog angefragten Fälle teilweise nicht hinreichend evaluieren. Wie eine faire und gerechte Abbildung der Versorgungsqualität in Bezug auf die Standortproblematik in Zukunft aussehen soll, ist zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht abschließend geklärt.

Die Kliniken zeigen sich größtenteils bemüht, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs aufgezeigten Qualitätsdefizite durch strukturelle Verbesserungen nachhaltig zu beseitigen. Vor allem bestätigte sich auch für dieses Erfassungsjahr, dass der direkte Kontakt zu den Krankenhäusern im Kollegialen Gespräch oder während einer Vor-Ort-Begehung die effektivste, allerdings auch die zeitaufwendigste Maßnahme im Strukturierten Dialog ist. Durch persönliche Gespräche mit den Fachexperten können wertvolle Erfahrungen ausgetauscht und Struktur- und Prozessmängel aufgedeckt werden. Zudem können Anregungen und Hinweise von Außenstehenden sehr hilfreich sein, um einrichtungsintern Verbesserungen umzusetzen bzw. gegenüber der Klinikleitung durchzusetzen. Darüber hinaus wird die Akzeptanz der Qualitätssicherungsinstrumente gestärkt.

Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2014 zeigen einen Rückgang bei der Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bei einem nahezu gleichbleibenden Anteil an geprüften qualitativen Auffälligkeiten. Der Anteil an qualitativ unauffälligen bzw. auffälligen Bewertungen, die nach Abschluss des Strukturierten Dialogs vergeben worden sind, ist nahezu identisch geblieben, ebenso der Anteil an Bewertungen, die wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich gewesen sind. Zugenommen hat der Anteil der Besprechungen, der Vor-Ort-Begehungen und der geschlossenen Zielvereinbarungen. Dagegen bleibt der Hinweisversand seit Jahren bei einem recht stabilen Wert von etwa 40 % an allen rechnerischen Auffälligkeiten.

Der Wechsel der Verantwortlichkeiten für die Verfahren der externen Qualitätssicherung im Rahmen der Aufgaben als Institution nach § 137a SGB V wird auch eine Re-Evaluation der Methoden und definierten Prozesse im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit sich bringen. Dabei werden insbesondere die Verkürzung der Zeitschiene, aber auch die Konzentration auf wesentliche Qualitätsdefizite von Bedeutung sein.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, qualitative	Teilmenge der rechnerischen Auffälligkeiten, die in einem qualitativen Beurteilungsprozess (z. B. Strukturierter Dialog) als Qualitätsproblem einer Einrichtung klassifiziert wurden.
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.
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.
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 zum einen auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität (Statistische Basisprüfung), zum anderen auf ihre Übereinstimmung (Konkordanz) mit einer Referenzquelle wie bspw. der Krankenakte/Patientenakte (Stichprobenverfahren mit Datenabgleich).
Dokumentation	siehe: QS-Dokumentation
Dokumentationsqualität	Güte der (medizinischen) QS-Dokumentation eines QS-Verfahrens, die durch die Größen Korrektheit (Übereinstimmung mit den Daten der Patientenakte), Vollständigkeit (einzelner Datensätze) und Vollzähligkeit (der Datensätze insgesamt) abgebildet wird.
Ein-Fall-Regel	Bei rechnerischen Auffälligkeiten, die sich nur durch einen Fall pro Qualitätsindikator je Standort ergeben, kann ohne Begründung auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog verzichtet werden (§ 10 QSKH-RL).
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.

Begriff	Erläuterung
Fachgruppen auf Bundesebene	Beratende Expertengruppen für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung auf Bundesebene.
Fallzahl	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z. B. in einem bestimmten medizinischen 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.
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 Entwicklungsstands und damit der Güte von Leitlinien erstellt.
Plausibilitätsprüfung	Statistisches Verfahren, mit dem die Dokumentationsdaten auf erlaubte und/oder fehlende Werte, Widerspruchsfreiheit, Werteverteilung und bekannte Korrelationen geprüft werden.
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 für die Qualitätssicherung.
QS-Verfahren	hier: QS- Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung. Medizinischer Themen- oder Behandlungsbereich, der im Rahmen der bundesweiten Qualitätssicherung dokumentationspflichtig ist.
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.
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.

© IQTIG 2016

Begriff	Erläuterung
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.
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.
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.
Zielbereich	Definiert durch einen festen Referenzbereich erreichbar gute Qualität auf Basis wissenschaftlicher Untersuchungen.

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Martina Dost, Georg Heinze, Axel Mertens

Bericht zum Strukturierten Dialog 2015

Erfassungsjahr 2014. Anhang

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 17. Mai 2016

Impressum

Thema:
Bericht zum Strukturierten Dialog 2015. Erfassungsjahr 2014. Anhang

Autoren:
Martina Dost, Georg Heinze, Axel Mertens

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
17. Mai 2016

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org
http://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Redaktionelle Hinweise ... 8
1 Cholezystektomie ... 10
1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 10
1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 11
1.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 12
1.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 13
2 Karotis-Revaskularisation ... 14
2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 14
2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 15
2.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 16
2.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 17
3 Ambulant erworbene Pneumonie ... 18
3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 18
3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 20
3.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 21
3.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 23
4 Herzschrittmacher-Implantation ... 24
4.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 24
4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 25
4.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 26
4.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 27
5 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel ... 28
5.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 28
5.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 29
5.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 30
5.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 31
6 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation ... 32
6.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 32
6.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 33
6.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 34

© IQTIG 2016

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 ... 39
8 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel ... 40
8.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 40
8.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 41
8.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 42
8.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 43
9 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation ... 44
9.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 44
9.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 45
9.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 46
9.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 47
10 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) ... 48
10.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 48
10.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 50
10.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 51
10.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 53
11 Koronarchirurgie, isoliert ... 54
11.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 54
11.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 55
12 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) ... 56
12.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 56
12.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 57
13 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) ... 58
13.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 58
13.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 59
14 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie ... 60
14.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 60

14.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 61
15 Herztransplantation ... 62
15.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 62
15.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 63
16 Lungen- und Herz-Lungentransplantation ... 64
16.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 64
16.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 65
17 Lebertransplantation ... 66
17.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 66
17.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 67
18 Leberlebendspende ... 68
18.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 68
18.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 70
19 Nierentransplantation ... 72
19.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 72
19.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 73
20 Nierenlebendspende ... 74
20.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 74
20.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 75
21 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation ... 76
21.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 76
21.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 77
22 Geburtshilfe ... 78
22.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 78
22.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 80
22.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 81
22.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 83
23 Neonatologie ... 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 ... 88

24 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) ... 89
24.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 89
24.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 90
24.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 91
24.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 92
25 Mammachirurgie ... 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 ... 96
26 Hüftgelenknahe Femurfraktur ... 97
26.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 97
26.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 99
26.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 100
26.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 102
27 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation ... 103
27.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 103
27.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 105
27.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 106
27.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 108
28 Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel ... 109
28.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 109
28.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 110
28.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator ... 111
28.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 112
29 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation ... 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 Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel ... 117
30.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator ... 117

30.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland 118
30.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator 119
30.4 Ergebnisse pro Bundesland 120
31 Pflege: Dekubitusprophylaxe 121
31.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator 121
31.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland 122
31.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator 123
31.4 Ergebnisse pro Bundesland 124

Redaktionelle Hinweise

Im vorliegenden Anhang zum Bericht werden die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs des Erfassungsjahres 2014 ausführlich dargestellt. Für die QS-Verfahren 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 QS-Verfahren der 10 direkten Verfahren werden jeweils zwei Tabellen dargestellt, da der Strukturierte Dialog nur auf Bundesebene und nicht in den einzelnen Bundesländern geführt wird:

- Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator
- Ergebnisse pro Qualitätsindikator

Die Ergebnisse des QS-Verfahrens *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* werden aufgrund sehr geringer Fallzahlen kumuliert über zwei Jahre dargestellt.

Folgende Kategorien wurden in den Ergebnistabellen angewendet.

Tabelle 1: 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 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

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
		33	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		41	Hinweise auf Struktur- und 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)

Die Hinweiskategorien H20 und H99 sind in den Ergebnistabellen nicht weiter unterteilt worden, die Gesamtanzahl der versendeten Hinweise ist in den Maßnahmentabellen aufgeführt. Die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ ist nicht gleichzusetzen mit der Summe der Einstufungsoptionen aus H20 und H99. Es wurden teilweise Hinweise zu rechnerischen Auffälligkeiten versendet, die abschließend mit einer der Kategorien U, A oder S eingestuft wurden.

1 Cholezystektomie

1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

12n1-CHOL	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 220: Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus	177	20,6	0	0,0	19	10,7	158	89,3	0	0,0	1	0,6	1	0,6	0	0,0
QI-ID 224: Allgemeine postoperative Komplikationen	80	9,3	1	1,3	43	53,8	36	45,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 225: Allgemeine postoperative Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	66	7,7	0	0,0	43	65,2	23	34,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 226: Allgemeine postoperative Komplikationen nach offen-chirurgischer Operation	142	16,5	4	2,8	92	64,8	46	32,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 613: Behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	64	7,4	0	0,0	24	37,5	40	62,5	0	0,0	1	1,6	1	1,6	1	1,6
QI-ID 50791: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen	73	8,5	0	0,0	22	30,1	51	69,9	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	1,4
QI-ID 50824: Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeits-risiko	180	20,9	1	0,6	23	12,8	156	86,7	0	0,0	1	0,6	1	0,6	0	0,0
QI-ID 51391: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	78	9,1	1	1,3	38	48,7	39	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Gesamt	**860**	**100,0**	**7**	**0,8**	**304**	**35,3**	**549**	**63,8**	**0**	**0,0**	**4**	**0,5**	**3**	**0,3**	**3**	**0,3**

1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

12n1-CHOL	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme					Weiterführende Maßnahme						
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges	Besprechung		Begehung			Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	116	13,5	0	0,0	103	12,0	13	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	75	8,7	0	0,0	17	2,0	58	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	33	3,8	0	0,0	9	1,0	24	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	33	3,8	0	0,0	0	0,0	33	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	11	1,3	0	0,0	4	0,5	7	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	63	7,3	0	0,0	13	1,5	50	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Mecklenburg-Vorpommern	16	1,9	0	0,0	0	0,0	16	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	79	9,2	5	0,6	0	0,0	74	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	218	25,3	0	0,0	85	9,9	133	15,5	0	0,0	1	0,1	0	0,0	2	0,2
Rheinland-Pfalz	52	6,0	0	0,0	22	2,6	30	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	13	1,5	0	0,0	0	0,0	13	1,5	0	0,0	3	0,3	3	0,3	0	0,0
Sachsen	43	5,0	0	0,0	2	0,2	41	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	37	4,3	2	0,2	19	2,2	16	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	36	4,2	0	0,0	11	1,3	25	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	32	3,7	0	0,0	19	2,2	13	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**860**	**99,8**	**7**	**0,8**	**304**	**35,4**	**549**	**63,8**	**0**	**0,0**	**4**	**0,4**	**3**	**0,3**	**3**	**0,3**

© IQTIG 2016

1.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

12n1-CHOL	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 220: Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus	177	15	8,5	120	67,8	9	5,1	1	0,6	6	3,4	1	0,6	1	0,6	4	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	19	10,7
QI-ID 224: Allgemeine postoperative Komplikationen	80	4	5,0	21	26,3	5	6,3	0	0,0	2	2,5	0	0,0	0	0,0	2	2,5	2	2,5	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	43	53,8
QI-ID 225: Allgemeine postoperative Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	66	1	1,5	14	21,2	5	7,6	0	0,0	2	3,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	43	65,2
QI-ID 226: Allgemeine postoperative Komplikationen nach offen-chirurgischer Operation	142	4	2,8	28	19,7	11	7,7	0	0,0	1	0,7	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	4	2,8	0	0,0	0	0,0	92	64,8
QI-ID 613: Behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation	64	7	10,9	22	34,4	5	7,8	0	0,0	5	7,8	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	37,5
QI-ID 50791: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen	73	10	13,7	27	37,0	6	8,2	0	0,0	4	5,5	1	1,4	0	0,0	3	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	30,1
QI-ID 50824: Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko	180	14	7,8	119	66,1	12	6,7	0	0,0	3	1,7	1	0,6	1	0,6	6	3,3	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	23	12,8
QI-ID 51391: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	78	0	0,0	32	41,0	2	2,6	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,3	3	3,8	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	38	48,7
Gesamt	**860**	**55**	**6,4**	**383**	**44,5**	**55**	**6,4**	**1**	**0,1**	**24**	**2,8**	**4**	**0,5**	**3**	**0,3**	**20**	**2,3**	**3**	**0,3**	**0**	**0,0**	**7**	**0,8**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**304**	**35,3**

1.4 Ergebnisse pro Bundesland

12n1-CHOL	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	116	0	0,0	11	9,5	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	0	0,0	0	0,0	103	88,8
Baden-Württemberg	75	0	0,0	39	52,0	12	16,0	0	0,0	6	8,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	22,7
Berlin	33	0	0,0	24	72,7	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	9	27,3
Brandenburg	33	0	0,0	31	93,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	11	0	0,0	6	54,5	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	4	36,4
Hessen	63	1	1,6	46	73,0	2	3,2	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	20,6
Mecklenburg-Vorpommern	16	0	0,0	7	43,8	5	31,3	1	6,3	1	6,3	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
Niedersachsen	79	2	2,5	58	73,4	13	16,5	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	218	51	23,4	67	30,7	1	0,5	0	0,0	3	1,4	0	0,0	0	0,0	8	3,7	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	85	39,0
Rheinland-Pfalz	52	0	0,0	16	30,8	0	0,0	0	0,0	3	5,8	2	3,8	0	0,0	9	17,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	42,3
Saarland	13	0	0,0	5	38,5	1	7,7	0	0,0	6	46,2	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
Sachsen	43	0	0,0	30	69,8	10	23,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,7
Sachsen-Anhalt	37	1	2,7	14	37,8	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,4	0	0,0	0	0,0	19	51,4
Schleswig-Holstein	36	0	0,0	17	47,2	8	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	11	30,6
Thüringen	32	0	0,0	10	31,3	1	3,1	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	59,4
Gesamt	**860**	**55**	**6,4**	**383**	**44,5**	**55**	**6,4**	**1**	**0,1**	**24**	**2,8**	**4**	**0,5**	**3**	**0,3**	**20**	**2,3**	**3**	**0,3**	**0**	**0,0**	**7**	**0,8**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**304**	**35,3**

2 Karotis-Revaskularisation

2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

10n2-KAROT	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	30	13,5	0	0,0	14	46,7	16	53,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	13	5,8	0	0,0	7	53,8	6	46,2	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	54	24,2	0	0,0	16	29,6	38	70,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 11724: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch	44	19,7	0	0,0	14	31,8	30	68,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51437: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	35	15,7	0	0,0	13	37,1	22	62,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
QI-ID 51443: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	8	3,6	0	0,0	6	75,0	2	25,0	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	14	6,3	0	0,0	5	35,7	9	64,3	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	25	11,2	0	0,0	3	12,0	22	88,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	1	4,0
Gesamt	**223**	**100,0**	**0**	**0,0**	**78**	**35,0**	**145**	**65,0**	**0**	**0,0**	**2**	**0,9**	**0**	**0,0**	**3**	**1,3**

2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

10n2-KAROT	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	24	10,8	0	0,0	11	4,9	13	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	14	6,3	0	0,0	0	0,0	14	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	12	5,4	0	0,0	7	3,1	5	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	12	5,4	0	0,0	0	0,0	12	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	2	0,9	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	8	3,6	0	0,0	4	1,8	4	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	10	4,5	0	0,0	2	0,9	8	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	6	2,7	0	0,0	0	0,0	6	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	19	8,5	0	0,0	0	0,0	19	8,5	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Nordrhein-Westfalen	63	28,3	0	0,0	46	20,6	17	7,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rheinland-Pfalz	13	5,8	0	0,0	5	2,2	8	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,9
Saarland	7	3,1	0	0,0	0	0,0	7	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	10	4,5	0	0,0	2	0,9	8	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	3	1,3	0	0,0	0	0,0	3	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	14	6,3	0	0,0	0	0,0	14	6,3	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0
Thüringen	6	2,7	0	0,0	1	0,4	5	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**223**	**100,1**	**0**	**0,0**	**78**	**34,8**	**145**	**64,9**	**0**	**0,0**	**2**	**0,8**	**0**	**0,0**	**3**	**1,3**

2.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

10n2-KAROT	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	30	0	0,0	2	6,7	9	30,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	3,3	3	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	46,7
QI-ID 604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	13	0	0,0	1	7,7	4	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	53,8
QI-ID 11704: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch	54	6	11,1	22	40,7	0	0,0	3	5,6	6	11,1	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	29,6
QI-ID 11724: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch	44	6	13,6	20	45,5	0	0,0	2	4,5	2	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	31,8
QI-ID 51437: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	35	2	5,7	2	5,7	11	31,4	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	2,9	4	11,4	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	37,1
QI-ID 51443: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	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	0	0,0	6	75,0
QI-ID 51865: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt	14	0	0,0	5	35,7	0	0,0	1	7,1	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	35,7
QI-ID 51873: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt	25	2	8,0	15	60,0	0	0,0	1	4,0	1	4,0	0	0,0	1	4,0	1	4,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	12,0
Gesamt	**223**	**16**	**7,2**	**68**	**30,5**	**25**	**11,2**	**8**	**3,6**	**12**	**5,4**	**1**	**0,4**	**3**	**1,3**	**9**	**4,0**	**0**	**0,0**	**3**	**1,3**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**78**	**35,0**

2.4 Ergebnisse pro Bundesland

10n2-KAROT	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	24	1	4,2	7	29,2	1	4,2	0	0,0	2	8,3	1	4,2	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	45,8
Baden-Württemberg	14	0	0,0	5	35,7	8	57,1	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	0	0,0	0	0,0
Berlin	12	0	0,0	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	58,3
Brandenburg	12	0	0,0	6	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	25,0	0	0,0	3	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	8	0	0,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	50,0
Hessen	10	0	0,0	3	30,0	1	10,0	4	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0
Mecklenburg-Vorpommern	6	0	0,0	4	66,7	0	0,0	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	19	0	0,0	9	47,4	9	47,4	0	0,0	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
Nordrhein-Westfalen	63	13	20,6	3	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	46	73,0
Rheinland-Pfalz	13	0	0,0	5	38,5	0	0,0	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	5	38,5
Saarland	7	0	0,0	6	85,7	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	0	0,0	0	0,0
Sachsen	10	1	10,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	4	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0
Sachsen-Anhalt	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
Schleswig-Holstein	14	0	0,0	6	42,9	1	7,1	4	28,6	0	0,0	0	0,0	3	21,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	6	0	0,0	1	16,7	2	33,3	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
Gesamt	**223**	**16**	**7,2**	**68**	**30,5**	**25**	**11,2**	**8**	**3,6**	**12**	**5,4**	**1**	**0,4**	**3**	**1,3**	**9**	**4,0**	**0**	**0,0**	**3**	**1,3**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**78**	**35,0**

3 Ambulant erworbene Pneumonie

3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

PNEU	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2005: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	182	6,5	1	0,5	66	36,3	115	63,2	0	0,0	6	3,3	2	1,1	19	10,4
QI-ID 2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	178	6,4	3	1,7	58	32,6	117	65,7	0	0,0	5	2,8	1	0,6	12	6,7
QI-ID 2012: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	249	8,9	2	0,8	157	63,1	90	36,1	0	0,0	2	0,8	0	0,0	4	1,6
QI-ID 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	315	11,3	2	0,6	151	47,9	162	51,4	0	0,0	6	1,9	1	0,3	22	7,0
QI-ID 2015: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme	88	3,2	0	0,0	37	42,0	51	58,0	0	0,0	1	1,1	1	1,1	5	5,7
QI-ID 2018: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	42	1,5	0	0,0	30	71,4	12	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2019: Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	6	0,2	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	390	14	5	1,3	169	43,3	216	55,4	0	0,0	16	4,1	4	1,0	29	7,4
QI-ID 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	196	7	5	2,6	99	50,5	92	46,9	0	0,0	6	3,1	1	0,5	10	5,1
QI-ID 11879: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	131	4,7	0	0,0	64	48,9	67	51,1	0	0,0	2	1,5	2	1,5	1	0,8

PNEU	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 11880: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	146	5,2	1	0,7	42	28,8	103	70,5	0	0,0	4	2,7	2	1,4	6	4,1
QI-ID 11881: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	202	7,2	2	1,0	119	58,9	81	40,1	0	0,0	1	0,5	0	0,0	3	1,5
QI-ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	639	22,9	3	0,5	232	36,3	404	63,2	0	0,0	18	2,8	6	0,9	67	10,5
QI-ID 50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	24	0,9	0	0,0	24	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**2.788**	**100,0**	**24**	**0,9**	**1.253**	**44,9**	**1.511**	**54,2**	**0**	**0,0**	**67**	**2,4**	**20**	**0,7**	**178**	**6,4**

3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

PNEU	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	555	19,9	0	0,0	309	11,1	246	8,8	0	0,0	8	0,3	8	0,3	8	0,3
Baden-Württemberg	282	10,1	0	0,0	188	6,7	94	3,4	0	0,0	12	0,4	0	0,0	49	1,8
Berlin	116	4,2	0	0,0	52	1,9	64	2,3	0	0,0	14	0,5	12	0,4	2	0,1
Brandenburg	116	4,2	0	0,0	0	0,0	116	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	32	1,1	0	0,0	3	0,1	29	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	26	0,9	0	0,0	8	0,3	18	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	120	4,3	0	0,0	78	2,8	42	1,5	0	0,0	6	0,2	0	0,0	6	0,2
Mecklenburg-Vorpommern	65	2,3	0	0,0	11	0,4	54	1,9	0	0,0	3	0,1	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	296	10,6	11	0,4	167	6,0	118	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	0,6
Nordrhein-Westfalen	496	17,8	0	0,0	177	6,3	319	11,4	0	0,0	10	0,4	0	0,0	76	2,7
Rheinland-Pfalz	189	6,8	0	0,0	107	3,8	82	2,9	0	0,0	4	0,1	0	0,0	12	0,4
Saarland	35	1,3	0	0,0	0	0,0	35	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	176	6,3	0	0,0	38	1,4	138	4,9	0	0,0	6	0,2	0	0,0	6	0,2
Sachsen-Anhalt	147	5,3	9	0,3	67	2,4	71	2,5	0	0,0	4	0,1	0	0,0	1	0,0
Schleswig-Holstein	82	2,9	4	0,1	21	0,8	57	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	55	2,0	0	0,0	27	1,0	28	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**2.788**	**100,0**	**24**	**0,8**	**1.253**	**45,0**	**1.511**	**53,9**	**0**	**0,0**	**67**	**2,3**	**20**	**0,7**	**178**	**6,3**

3.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

PNEU	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2005: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	182	5	2,7	15	8,2	22	12,1	3	1,6	28	15,4	2	1,1	3	1,6	33	18,1	0	0,0	1	0,5	1	0,5	0	0,0	3	1,6	66	36,3
QI-ID 2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	178	10	5,6	43	24,2	7	3,9	2	1,1	30	16,9	3	1,7	4	2,2	13	7,3	1	0,6	1	0,6	3	1,7	0	0,0	3	1,7	58	32,6
QI-ID 2012: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	249	1	0,4	38	15,3	18	7,2	2	0,8	4	1,6	6	2,4	2	0,8	18	7,2	0	0,0	1	0,4	2	0,8	0	0,0	0	0,0	157	63,1
QI-ID 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	315	9	2,9	46	14,6	25	7,9	4	1,3	20	6,3	5	1,6	3	1,0	44	14,0	0	0,0	5	1,6	2	0,6	0	0,0	1	0,3	151	47,9
QI-ID 2015: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme	88	4	4,5	8	9,1	11	12,5	1	1,1	10	11,4	1	1,1	1	1,1	12	13,6	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	2	2,3	37	42,0
QI-ID 2018: Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	42	0	0,0	11	26,2	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	2,4	30	71,4
QI-ID 2019: Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	6	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	83,3
QI-ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	390	7	1,8	26	6,7	25	6,4	4	1,0	91	23,3	3	0,8	8	2,1	48	12,3	0	0,0	1	0,3	5	1,3	0	0,0	4	1,0	168	43,1

PNEU	**Rechnerische Auffälligkeiten**	**Qualitativ unauffällig**								**Qualitativ auffällig**						**Fehlerhafte Dokumentation**						**Sonstiges**						**Hinweis**	
		U31		**U32**		**U33**		**U99**		**A41**		**A42**		**A99**		**D50**		**D51**		**D99**		**S90**		**S91**		**S99**		**H20/H99**	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2036: Erfüllung klinischer Stabilitäts-kriterien bis zur Entlassung	196	2	1,0	13	6,6	15	7,7	0	0,0	16	8,2	4	2,0	3	1,5	38	19,4	0	0,0	0	0,0	5	2,6	0	0,0	1	0,5	99	50,5
QI-ID 11879: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	131	1	0,8	45	34,4	11	8,4	0	0,0	1	0,8	3	2,3	0	0,0	5	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	64	48,9
QI-ID 11880: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	146	8	5,5	53	36,3	6	4,1	0	0,0	1	0,7	7	4,8	0	0,0	25	17,1	0	0,0	2	1,4	1	0,7	0	0,0	1	0,7	42	28,8
QI-ID 11881: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	202	1	0,5	49	24,3	10	5,0	0	0,0	0	0,0	4	2,0	0	0,0	14	6,9	0	0,0	2	1,0	2	1,0	0	0,0	1	0,5	119	58,9
QI-ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	639	9	1,4	61	9,5	44	6,9	11	1,7	144	22,5	9	1,4	10	1,6	99	15,5	0	0,0	3	0,5	3	0,5	0	0,0	14	2,2	232	36,3
QI-ID 50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	24	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	100,0
Gesamt	**2.788**	**58**	**2,1**	**408**	**14,6**	**194**	**7,0**	**27**	**1,0**	**345**	**12,4**	**47**	**1,7**	**34**	**1,2**	**349**	**12,5**	**1**	**0,0**	**17**	**0,6**	**24**	**0,9**	**0**	**0,0**	**32**	**1,1**	**1.252**	**44,9**

3.4 Ergebnisse pro Bundesland

PNEU	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	555	20	3,6	84	15,1	30	5,4	0	0,0	26	4,7	34	6,1	0	0,0	50	9,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	309	55,7
Baden-Württemberg	282	1	0,4	8	2,8	20	7,1	0	0,0	42	14,9	0	0,0	0	0,0	23	8,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	187	66,3
Berlin	116	2	1,7	24	20,7	0	0,0	0	0,0	17	14,7	4	3,4	0	0,0	17	14,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	52	44,8
Brandenburg	116	0	0,0	74	63,8	0	0,0	0	0,0	15	12,9	3	2,6	0	0,0	23	19,8	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	32	6	18,8	13	40,6	3	9,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	21,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	9,4
Hamburg	26	3	11,5	4	15,4	0	0,0	3	11,5	0	0,0	0	0,0	1	3,8	7	26,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	30,8
Hessen	120	0	0,0	2	1,7	10	8,3	0	0,0	20	16,7	0	0,0	3	2,5	5	4,2	0	0,0	2	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	78	65,0
Mecklenburg-Vorpommern	65	0	0,0	15	23,1	16	24,6	0	0,0	10	15,4	0	0,0	13	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	16,9
Niedersachsen	296	1	0,3	14	4,7	21	7,1	0	0,0	73	24,7	0	0,0	7	2,4	2	0,7	0	0,0	0	0,0	11	3,7	0	0,0	0	0,0	167	56,4
Nordrhein-Westfalen	496	12	2,4	62	12,5	16	3,2	12	2,4	59	11,9	6	1,2	0	0,0	136	27,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	3,2	177	35,7
Rheinland-Pfalz	189	0	0,0	35	18,5	20	10,6	0	0,0	16	8,5	0	0,0	0	0,0	8	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,6	107	56,6
Saarland	35	0	0,0	14	40,0	6	17,1	0	0,0	7	20,0	0	0,0	0	0,0	8	22,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	176	1	0,6	19	10,8	25	14,2	2	1,1	28	15,9	0	0,0	4	2,3	44	25,0	0	0,0	8	4,5	0	0,0	0	0,0	7	4,0	38	21,6
Sachsen-Anhalt	147	6	4,1	11	7,5	6	4,1	1	0,7	23	15,6	0	0,0	6	4,1	11	7,5	0	0,0	7	4,8	9	6,1	0	0,0	0	0,0	67	45,6
Schleswig-Holstein	82	5	6,1	22	26,8	18	22,0	9	11,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	4,9	0	0,0	3	3,7	21	25,6
Thüringen	55	1	1,8	7	12,7	3	5,5	0	0,0	9	16,4	0	0,0	0	0,0	8	14,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	49,1
Gesamt	**2.788**	**58**	**2,1**	**408**	**14,6**	**194**	**7,0**	**27**	**1,0**	**345**	**12,4**	**47**	**1,7**	**34**	**1,2**	**349**	**12,5**	**1**	**0,0**	**17**	**0,6**	**24**	**0,9**	**0**	**0,0**	**32**	**1,1**	**1.252**	**44,9**

4 Herzschrittmacher-Implantation

4.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

09n1-HSM-IMPL	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 690: Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	55	6,3	1	1,8	35	63,6	19	34,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,6
QI-ID 1103: Chirurgische Komplikationen	184	21,1	1	0,5	97	52,7	86	46,7	0	0,0	3	1,6	1	0,5	8	4,3
QI-ID 2196: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	79	9,1	1	1,3	51	64,6	27	34,2	0	0,0	2	2,5	0	0,0	3	3,8
QI-ID 51191: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	76	8,7	0	0,0	32	42,1	44	57,9	0	0,0	2	2,6	0	0,0	2	2,6
QI-ID 52128: Eingriffsdauer	105	12	0	0,0	47	44,8	58	55,2	0	0,0	4	3,8	1	1,0	14	13,3
QI-ID 52305: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	110	12,6	0	0,0	52	47,3	58	52,7	0	0,0	1	0,9	0	0,0	8	7,3
QI-ID 52311: Sondendislokation oder -dysfunktion	263	30,2	1	0,4	127	48,3	135	51,3	0	0,0	5	1,9	3	1,1	14	5,3
Gesamt	**872**	**100,0**	**4**	**0,5**	**441**	**50,6**	**427**	**49,0**	**0**	**0,0**	**17**	**1,9**	**5**	**0,6**	**51**	**5,8**

4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

09n1-HSM-IMPL					Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	176	20,2	0	0,0	117	13,4	59	6,8	0	0,0	3	0,3	3	0,3	3	0,3
Baden-Württemberg	89	10,2	0	0,0	60	6,9	29	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3
Berlin	27	3,1	0	0,0	17	1,9	10	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	16	1,8	0	0,0	13	1,5	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	0,5	0	0,0	2	0,2	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	15	1,7	0	0,0	8	0,9	7	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	53	6,1	0	0,0	37	4,2	16	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	12	1,4	0	0,0	6	0,7	6	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	93	10,7	1	0,1	6	0,7	86	9,9	0	0,0	6	0,7	0	0,0	11	1,3
Nordrhein-Westfalen	214	24,5	0	0,0	91	10,4	123	14,1	0	0,0	4	0,5	0	0,0	31	3,6
Rheinland-Pfalz	71	8,1	0	0,0	44	5,0	27	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	14	1,6	0	0,0	0	0,0	14	1,6	0	0,0	2	0,2	2	0,2	2	0,2
Sachsen	30	3,4	0	0,0	8	0,9	22	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	23	2,6	3	0,3	14	1,6	6	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	18	2,1	0	0,0	8	0,9	10	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	17	1,9	0	0,0	10	1,1	7	0,8	0	0,0	2	0,2	0	0,0	1	0,1
Gesamt	**872**	**99,9**	**4**	**0,4**	**441**	**50,3**	**427**	**48,8**	**0**	**0,0**	**17**	**1,9**	**5**	**0,5**	**51**	**5,8**

© IQTIG 2016

4.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

09n1-HSM-IMPL	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 690: Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	55	0	0,0	7	12,7	6	10,9	0	0,0	3	5,5	1	1,8	0	0,0	2	3,6	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	35	63,6
QI-ID 1103: Chirurgische Komplikationen	184	4	2,2	59	32,1	2	1,1	0	0,0	16	8,7	4	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,5	97	52,7
QI-ID 2196: Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	79	0	0,0	12	15,2	4	5,1	1	1,3	4	5,1	0	0,0	0	0,0	6	7,6	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	51	64,6
QI-ID 51191: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	76	2	2,6	37	48,7	0	0,0	1	1,3	2	2,6	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	32	42,1
QI-ID 52128: Eingriffsdauer	105	8	7,6	11	10,5	3	2,9	2	1,9	26	24,8	2	1,9	1	1,0	3	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,9	47	44,8
QI-ID 52305: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	110	9	8,2	12	10,9	7	6,4	3	2,7	8	7,3	3	2,7	3	2,7	5	4,5	0	0,0	2	1,8	0	0,0	0	0,0	6	5,5	52	47,3
QI-ID 52311: Sondendislokation oder -dysfunktion	263	5	1,9	79	30,0	3	1,1	3	1,1	33	12,5	7	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	5	1,9	127	48,3
Gesamt	**872**	**28**	**3,2**	**217**	**24,9**	**25**	**2,9**	**10**	**1,1**	**92**	**10,6**	**18**	**2,1**	**4**	**0,5**	**16**	**1,8**	**0**	**0,0**	**2**	**0,2**	**4**	**0,5**	**0**	**0,0**	**15**	**1,7**	**441**	**50,6**

4.4 Ergebnisse pro Bundesland

09n1-HSM-IMPL	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	176	3	1,7	31	17,6	5	2,8	0	0,0	16	9,1	4	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	117	66,5
Baden-Württemberg	89	4	4,5	16	18,0	1	1,1	1	1,1	6	6,7	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	60	67,4
Berlin	27	1	3,7	6	22,2	0	0,0	0	0,0	2	7,4	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	63,0
Brandenburg	16	0	0,0	3	18,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	81,3
Bremen	4	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0
Hamburg	15	0	0,0	4	26,7	0	0,0	3	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	8	53,3
Hessen	53	1	1,9	3	5,7	2	3,8	0	0,0	6	11,3	2	3,8	0	0,0	2	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	69,8
Mecklenburg-Vorpommern	12	0	0,0	1	8,3	2	16,7	0	0,0	3	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	50,0
Niedersachsen	93	1	1,1	60	64,5	7	7,5	0	0,0	13	14,0	0	0,0	2	2,2	3	3,2	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	6	6,5
Nordrhein-Westfalen	214	18	8,4	51	23,8	1	0,5	4	1,9	22	10,3	6	2,8	0	0,0	5	2,3	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0	14	6,5	91	42,5
Rheinland-Pfalz	71	0	0,0	14	19,7	4	5,6	0	0,0	6	8,5	0	0,0	0	0,0	3	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	44	62,0
Saarland	14	0	0,0	4	28,6	0	0,0	0	0,0	8	57,1	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	30	0	0,0	9	30,0	0	0,0	1	3,3	7	23,3	4	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	8	26,7
Sachsen-Anhalt	23	0	0,0	3	13,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	13,0	0	0,0	0	0,0	14	60,9
Schleswig-Holstein	18	0	0,0	7	38,9	3	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	44,4
Thüringen	17	0	0,0	3	17,6	0	0,0	1	5,9	2	11,8	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	58,8
Gesamt	**872**	**28**	**3,2**	**217**	**24,9**	**25**	**2,9**	**10**	**1,1**	**92**	**10,6**	**18**	**2,1**	**4**	**0,5**	**16**	**1,8**	**0**	**0,0**	**2**	**0,2**	**4**	**0,5**	**0**	**0,0**	**15**	**1,7**	**441**	**50,6**

5 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

5.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

09n2-HSM-AGGW	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 210: Eingriffsdauer bis 45 Minuten	27	4,5	0	0,0	18	66,7	9	33,3	0	0,0	1	3,7	1	3,7	1	3,7
QI-ID 480: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)	57	9,6	0	0,0	49	86,0	8	14,0	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)	17	2,9	1	5,9	14	82,4	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 1092: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Einkammersystem (AAI, VVI)	24	4	0	0,0	13	54,2	11	45,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 1093: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	50	8,4	0	0,0	19	38,0	31	62,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0
QI-ID 1096: Chirurgische Komplikationen	21	3,5	1	4,8	11	52,4	9	42,9	0	0,0	2	9,5	1	4,8	1	4,8
QI-ID 11484: Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats	127	21,3	0	0,0	74	58,3	53	41,7	0	0,0	1	0,8	0	0,0	8	6,3
QI-ID 51398: Sterblichkeit im Krankenhaus	36	6,1	0	0,0	0	0,0	36	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 52307: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	236	39,7	0	0,0	107	45,3	129	54,7	0	0,0	1	0,4	1	0,4	17	7,2
Gesamt	**595**	**100,0**	**2**	**0,3**	**305**	**51,3**	**288**	**48,4**	**0**	**0,0**	**6**	**1,0**	**4**	**0,7**	**28**	**4,7**

5.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

09n2-HSM-AGGW	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	128	21,5	0	0,0	57	9,6	71	11,9	0	0,0	3	0,5	3	0,5	3	0,5
Baden-Württemberg	57	9,6	0	0,0	31	5,2	26	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	28	4,7	0	0,0	11	1,8	17	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	18	3,0	0	0,0	8	1,3	10	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	0,7	0	0,0	2	0,3	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	8	1,3	0	0,0	3	0,5	5	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	35	5,9	0	0,0	23	3,9	12	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	12	2,0	0	0,0	7	1,2	5	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	59	9,9	0	0,0	39	6,6	20	3,4	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Nordrhein-Westfalen	123	20,7	0	0,0	60	10,1	63	10,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	3,5
Rheinland-Pfalz	38	6,4	0	0,0	18	3,0	20	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5
Saarland	9	1,5	0	0,0	0	0,0	9	1,5	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0
Sachsen	21	3,5	0	0,0	10	1,7	11	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	26	4,4	2	0,3	12	2,0	12	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	17	2,9	0	0,0	14	2,4	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	12	2,0	0	0,0	10	1,7	2	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**595**	**100,0**	**2**	**0,3**	**305**	**51,3**	**288**	**48,3**	**0**	**0,0**	**6**	**1,1**	**4**	**0,7**	**28**	**4,7**

5.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

09n2-HSM-AGGW	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 210: Eingriffsdauer bis 45 Minuten	27	1	3,7	4	14,8	0	0,0	0	0,0	1	3,7	2	7,4	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	66,7
QI-ID 480: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)	57	0	0,0	6	10,5	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	49	86,0
QI-ID 481: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	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	1	5,9	0	0,0	0	0,0	14	82,4
QI-ID 1092: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Einkammersystem (AAI, VVI)	24	1	4,2	6	25,0	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	54,2
QI-ID 1093: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	50	4	8,0	19	38,0	7	14,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	38,0
QI-ID 1096: Chirurgische Komplikationen	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	1	4,8	0	0,0	0	0,0	11	52,4
QI-ID 11484: Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats	127	0	0,0	9	7,1	20	15,7	1	0,8	8	6,3	0	0,0	0	0,0	15	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	74	58,3
QI-ID 51398: Sterblichkeit im Krankenhaus	36	0	0,0	35	97,2	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	2,8	0	0,0
QI-ID 52307: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	236	5	2,1	20	8,5	19	8,1	6	2,5	44	18,6	4	1,7	2	0,8	28	11,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	107	45,3
Gesamt	**595**	**12**	**2,0**	**109**	**18,3**	**49**	**8,2**	**7**	**1,2**	**53**	**8,9**	**6**	**1,0**	**3**	**0,5**	**47**	**7,9**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**2**	**0,3**	**0**	**0,0**	**2**	**0,3**	**305**	**51,3**

5.4 Ergebnisse pro Bundesland

09n2-HSM-AGGW	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	128	0	0,0	18	14,1	17	13,3	0	0,0	27	21,1	5	3,9	0	0,0	4	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	57	44,5
Baden-Württemberg	57	2	3,5	13	22,8	4	7,0	2	3,5	3	5,3	0	0,0	0	0,0	2	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	54,4
Berlin	28	1	3,6	8	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	39,3
Brandenburg	18	1	5,6	3	16,7	0	0,0	0	0,0	2	11,1	0	0,0	0	0,0	4	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	44,4
Bremen	4	0	0,0	1	25,0	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	0	0,0	2	50,0
Hamburg	8	0	0,0	2	25,0	0	0,0	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	37,5
Hessen	35	0	0,0	10	28,6	0	0,0	0	0,0	2	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	65,7
Mecklenburg-Vorpommern	12	0	0,0	2	16,7	2	16,7	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	7	58,3
Niedersachsen	59	0	0,0	11	18,6	8	13,6	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	39	66,1
Nordrhein-Westfalen	123	7	5,7	15	12,2	8	6,5	2	1,6	6	4,9	0	0,0	1	0,8	22	17,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6	60	48,8
Rheinland-Pfalz	38	0	0,0	9	23,7	4	10,5	0	0,0	4	10,5	0	0,0	0	0,0	3	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	47,4
Saarland	9	0	0,0	4	44,4	1	11,1	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
Sachsen	21	0	0,0	5	23,8	2	9,5	0	0,0	1	4,8	1	4,8	2	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	47,6
Sachsen-Anhalt	26	1	3,8	4	15,4	1	3,8	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	4	15,4	0	0,0	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	12	46,2
Schleswig-Holstein	17	0	0,0	2	11,8	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	14	82,4
Thüringen	12	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	83,3
Gesamt	**595**	**12**	**2,0**	**109**	**18,3**	**49**	**8,2**	**7**	**1,2**	**53**	**8,9**	**6**	**1,0**	**3**	**0,5**	**47**	**7,9**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**2**	**0,3**	**0**	**0,0**	**2**	**0,3**	**305**	**51,3**

6 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

6.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

09n3-HSM-REV	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 1089: Chirurgische Komplikationen	81	17,5	0	0,0	53	65,4	28	34,6	0	0,0	1	1,2	1	1,2	2	2,5
QI-ID 51399: Sterblichkeit im Krankenhaus	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 51404: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	41	8,9	0	0,0	20	48,8	21	51,2	0	0,0	1	2,4	1	2,4	1	2,4
QI-ID 51987: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	41	8,9	0	0,0	16	39,0	25	61,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51988: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschen-problem) als Indikation zum Folgeeingriff	179	38,7	1	0,6	61	34,1	117	65,4	0	0,0	6	3,4	2	1,1	20	11,2
QI-ID 51994: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	61	13,2	2	3,3	33	54,1	26	42,6	0	0,0	1	1,6	1	1,6	0	0,0
QI-ID 52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implan-tierter Sonden	59	12,8	0	0,0	41	69,5	18	30,5	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**462**	**100,0**	**3**	**0,6**	**224**	**48,5**	**235**	**50,9**	**0**	**0,0**	**10**	**2,2**	**5**	**1,1**	**23**	**5,0**

6.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

09n3-HSM-REV	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	71	15,4	0	0,0	40	8,7	31	6,7	0	0,0	3	0,6	3	0,6	3	0,6
Baden-Württemberg	43	9,3	0	0,0	23	5,0	20	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	10	2,2	0	0,0	7	1,5	3	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	13	2,8	0	0,0	12	2,6	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	0,9	0	0,0	0	0,0	4	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	7	1,5	0	0,0	5	1,1	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	33	7,1	0	0,0	25	5,4	8	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	9	1,9	0	0,0	0	0,0	9	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	53	11,5	1	0,2	0	0,0	52	11,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	121	26,2	0	0,0	64	13,9	57	12,3	0	0,0	2	0,4	0	0,0	18	3,9
Rheinland-Pfalz	41	8,9	0	0,0	32	6,9	9	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	9	1,9	0	0,0	0	0,0	9	1,9	0	0,0	2	0,4	2	0,4	0	0,0
Sachsen	13	2,8	0	0,0	1	0,2	12	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	13	2,8	2	0,4	3	0,6	8	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	7	1,5	0	0,0	2	0,4	5	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	15	3,2	0	0,0	10	2,2	5	1,1	0	0,0	3	0,6	0	0,0	2	0,4
Gesamt	**462**	**99,9**	**3**	**0,6**	**224**	**48,5**	**235**	**50,6**	**0**	**0,0**	**10**	**2,0**	**5**	**1,0**	**23**	**4,9**

6.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

09n3-HSM-REV	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 1089: Chirurgische Komplikationen	81	0	0,0	23	28,4	1	1,2	0	0,0	1	1,2	2	2,5	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	53	65,4
QI-ID 51399: Sterblichkeit im Krankenhaus	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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 51404: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	41	0	0,0	19	46,3	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	0	0,0	0	0,0	20	48,8
QI-ID 51987: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	41	2	4,9	22	53,7	1	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	16	39,0
QI-ID 51988: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	179	6	3,4	60	33,5	2	1,1	0	0,0	41	22,9	5	2,8	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	2	1,1	61	34,1
QI-ID 51994: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	61	0	0,0	20	32,8	0	0,0	0	0,0	3	4,9	1	1,6	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3	0	0,0	1	1,6	33	54,1
QI-ID 52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	59	0	0,0	15	25,4	1	1,7	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	41	69,5
Gesamt	**462**	**8**	**1,7**	**159**	**34,4**	**6**	**1,3**	**0**	**0,0**	**47**	**10,2**	**8**	**1,7**	**2**	**0,4**	**0**	**0,0**	**2**	**0,4**	**0**	**0,0**	**3**	**0,6**	**0**	**0,0**	**3**	**0,6**	**224**	**48,5**

6.4 Ergebnisse pro Bundesland

09n3-HSM-REV	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	71	0	0,0	23	32,4	1	1,4	0	0,0	7	9,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	40	56,3
Baden-Württemberg	43	0	0,0	9	20,9	3	7,0	0	0,0	6	14,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	53,5
Berlin	10	0	0,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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	70,0
Brandenburg	13	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	92,3
Bremen	4	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	7	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	71,4
Hessen	33	0	0,0	3	9,1	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	0	0,0	25	75,8
Mecklenburg-Vorpommern	9	0	0,0	8	88,9	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	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	53	0	0,0	49	92,5	0	0,0	0	0,0	2	3,8	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	121	8	6,6	26	21,5	0	0,0	0	0,0	17	14,0	4	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,7	64	52,9
Rheinland-Pfalz	41	0	0,0	6	14,6	1	2,4	0	0,0	2	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	78,0
Saarland	9	0	0,0	4	44,4	0	0,0	0	0,0	5	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	13	0	0,0	8	61,5	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	7,7	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	7,7
Sachsen-Anhalt	13	0	0,0	7	53,8	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	3	23,1
Schleswig-Holstein	7	0	0,0	3	42,9	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	2	28,6
Thüringen	15	0	0,0	3	20,0	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	0	0,0	0	0,0	10	66,7
Gesamt	**462**	**8**	**1,7**	**159**	**34,4**	**6**	**1,3**	**0**	**0,0**	**47**	**10,2**	**8**	**1,7**	**2**	**0,4**	**0**	**0,0**	**2**	**0,4**	**0**	**0,0**	**3**	**0,6**	**0**	**0,0**	**3**	**0,6**	**224**	**48,5**

7 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

7.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

09n4-DEFI-IMPL	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 50004: Leitlinienkonforme Indikation	148	24,3	1	0,7	71	48,0	76	51,4	0	0,0	2	1,4	0	0,0	17	11,5
QI-ID 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl	116	19,1	1	0,9	58	50,0	57	49,1	0	0,0	1	0,9	0	0,0	10	8,6
QI-ID 50017: Chirurgische Komplikationen	101	16,6	3	3,0	58	57,4	40	39,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51186: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	32	5,3	0	0,0	13	40,6	19	59,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1
QI-ID 52129: Eingriffsdauer	67	11	0	0,0	42	62,7	25	37,3	0	0,0	1	1,5	1	1,5	2	3,0
QI-ID 52316: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	68	11,2	0	0,0	44	64,7	24	35,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	8,8
QI-ID 52325: Sondendislokation oder -dysfunktion	76	12,5	4	5,3	43	56,6	29	38,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Gesamt	**608**	**100,0**	**9**	**1,5**	**329**	**54,1**	**270**	**44,4**	**0**	**0,0**	**4**	**0,7**	**1**	**0,2**	**37**	**6,1**

7.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

09n4-DEFI-IMPL	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	135	22,2	0	0,0	87	14,3	48	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	60	9,9	0	0,0	37	6,1	23	3,8	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,3
Berlin	20	3,3	0	0,0	15	2,5	5	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	23	3,8	0	0,0	21	3,5	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	9	1,5	0	0,0	5	0,8	4	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	44	7,2	0	0,0	40	6,6	4	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	15	2,5	0	0,0	4	0,7	11	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	60	9,9	0	0,0	5	0,8	55	9,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	8	1,3
Nordrhein-Westfalen	99	16,3	0	0,0	43	7,1	56	9,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	25	4,1
Rheinland-Pfalz	38	6,3	0	0,0	30	4,9	8	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
Saarland	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	38	6,3	0	0,0	4	0,7	34	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	28	4,6	9	1,5	16	2,6	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	17	2,8	0	0,0	13	2,1	4	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	20	3,3	0	0,0	9	1,5	11	1,8	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**608**	**100,3**	**9**	**1,5**	**329**	**54,2**	**270**	**44,5**	**0**	**0,0**	**4**	**0,7**	**1**	**0,2**	**37**	**6,0**

7.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

09n4-DEFI-IMPL	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 50004: Leitlinienkonforme Indikation	148	1	0,7	21	14,2	22	14,9	4	2,7	7	4,7	3	2,0	2	1,4	15	10,1	1	0,7	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7	70	47,3
QI-ID 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl	116	2	1,7	25	21,6	9	7,8	0	0,0	4	3,4	3	2,6	0	0,0	13	11,2	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,9	58	50,0
QI-ID 50017: Chirurgische Komplikationen	101	1	1,0	34	33,7	0	0,0	0	0,0	2	2,0	3	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,0	0	0,0	0	0,0	58	57,4
QI-ID 51186: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	32	1	3,1	16	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	13	40,6
QI-ID 52129: Eingriffsdauer	67	2	3,0	6	9,0	2	3,0	0	0,0	13	19,4	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	42	62,7
QI-ID 52316: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	68	2	2,9	10	14,7	2	2,9	1	1,5	4	5,9	0	0,0	0	0,0	5	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	44	64,7
QI-ID 52325: Sondendislokation oder -dysfunktion	76	2	2,6	21	27,6	0	0,0	0	0,0	3	3,9	2	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	5,3	0	0,0	1	1,3	43	56,6
Gesamt	**608**	**11**	**1,8**	**133**	**21,9**	**35**	**5,8**	**5**	**0,8**	**33**	**5,4**	**12**	**2,0**	**2**	**0,3**	**34**	**5,6**	**1**	**0,2**	**0**	**0,0**	**9**	**1,5**	**0**	**0,0**	**5**	**0,8**	**328**	**53,9**

7.4 Ergebnisse pro Bundesland

09n4-DEFI-IMPL	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	135	0	0,0	24	17,8	6	4,4	0	0,0	12	8,9	5	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	87	64,4
Baden-Württemberg	60	1	1,7	13	21,7	6	10,0	0	0,0	3	5,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	60,0
Berlin	20	2	10,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	75,0
Brandenburg	23	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	91,3
Bremen	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	9	0	0,0	2	22,2	0	0,0	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	55,6
Hessen	44	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	40	90,9
Mecklenburg-Vorpommern	15	0	0,0	4	26,7	5	33,3	0	0,0	1	6,7	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	26,7
Niedersachsen	60	0	0,0	35	58,3	8	13,3	0	0,0	3	5,0	2	3,3	0	0,0	7	11,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	8,3
Nordrhein-Westfalen	99	8	8,1	17	17,2	2	2,0	1	1,0	6	6,1	1	1,0	0	0,0	18	18,2	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	43	43,4
Rheinland-Pfalz	38	0	0,0	4	10,5	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	3	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	78,9
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	0,0
Sachsen	38	0	0,0	20	52,6	1	2,6	2	5,3	6	15,8	0	0,0	1	2,6	3	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	4	10,5
Sachsen-Anhalt	28	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	0	0,0	9	32,1	0	0,0	1	3,6	16	57,1
Schleswig-Holstein	17	0	0,0	2	11,8	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	76,5
Thüringen	20	0	0,0	6	30,0	3	15,0	0	0,0	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	9	45,0
Gesamt	**608**	**11**	**1,8**	**133**	**21,9**	**35**	**5,8**	**5**	**0,8**	**33**	**5,4**	**12**	**2,0**	**2**	**0,3**	**34**	**5,6**	**1**	**0,2**	**0**	**0,0**	**9**	**1,5**	**0**	**0,0**	**5**	**0,8**	**328**	**53,9**

8 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

8.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

09n5-DEFI-AGGW	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 50025: Eingriffsdauer bis 60 Minuten	37	20	3	8,1	21	56,8	13	35,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7
QI-ID 50030: Chirurgische Komplikationen	32	17,3	1	3,1	19	59,4	12	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50031: Sterblichkeit im Krankenhaus	10	5,4	0	0,0	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 52321: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	106	57,3	0	0,0	53	50,0	53	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	6,6
Gesamt	**185**	**100,0**	**4**	**2,2**	**93**	**50,3**	**88**	**47,6**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**8**	**4,3**

8.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

09n5-DEFI-AGGW	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	26	14,1	0	0,0	6	3,2	20	10,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	20	10,8	0	0,0	8	4,3	12	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,1
Berlin	8	4,3	0	0,0	5	2,7	3	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	4	2,2	0	0,0	3	1,6	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	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	7	3,8	0	0,0	5	2,7	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	14	7,6	0	0,0	12	6,5	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	4	2,2	0	0,0	3	1,6	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	15	8,1	0	0,0	9	4,9	6	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	34	18,4	0	0,0	17	9,2	17	9,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	3,2
Rheinland-Pfalz	16	8,6	0	0,0	12	6,5	4	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	2	1,1	0	0,0	0	0,0	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	13	7,0	0	0,0	0	0,0	13	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	12	6,5	4	2,2	6	3,2	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	7	3,8	0	0,0	6	3,2	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	3	1,6	0	0,0	1	0,5	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**185**	**100,1**	**4**	**2,2**	**93**	**50,1**	**88**	**47,5**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**8**	**4,3**

© IQTIG 2016

8.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

09n5-DEFI-AGGW	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 50025: Eingriffsdauer bis 60 Minuten	37	2	5,4	7	18,9	2	5,4	1	2,7	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,1	0	0,0	0	0,0	21	56,8
QI-ID 50030: Chirurgische Komplikationen	32	0	0,0	10	31,3	0	0,0	0	0,0	1	3,1	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	19	59,4
QI-ID 50031: Sterblichkeit im Krankenhaus	10	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 52321: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	106	2	1,9	8	7,5	13	12,3	4	3,8	12	11,3	1	0,9	0	0,0	13	12,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	53	50,0
Gesamt	**185**	**4**	**2,2**	**35**	**18,9**	**15**	**8,1**	**5**	**2,7**	**14**	**7,6**	**2**	**1,1**	**0**	**0,0**	**13**	**7,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**4**	**2,2**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**93**	**50,3**

8.4 Ergebnisse pro Bundesland

09n5-DEFI-AGGW	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	26	0	0,0	5	19,2	7	26,9	0	0,0	6	23,1	0	0,0	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	23,1
Baden-Württemberg	20	0	0,0	6	30,0	1	5,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	40,0
Berlin	8	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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	5	62,5
Brandenburg	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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	3	75,0
Bremen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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	7	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	0	0,0	0	0,0	5	71,4
Hessen	14	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	85,7
Mecklenburg-Vorpommern	4	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	0	0,0	0	0,0	3	75,0
Niedersachsen	15	0	0,0	6	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	60,0
Nordrhein-Westfalen	34	2	5,9	5	14,7	1	2,9	2	5,9	2	5,9	0	0,0	0	0,0	5	14,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	50,0
Rheinland-Pfalz	16	0	0,0	1	6,3	3	18,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	75,0
Saarland	2	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	13	0	0,0	7	53,8	1	7,7	1	7,7	2	15,4	1	7,7	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-Anhalt	12	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	33,3	0	0,0	0	0,0	6	50,0
Schleswig-Holstein	7	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	85,7
Thüringen	3	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
Gesamt	**185**	**4**	**2,2**	**35**	**18,9**	**15**	**8,1**	**5**	**2,7**	**14**	**7,6**	**2**	**1,1**	**0**	**0,0**	**13**	**7,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**4**	**2,2**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**93**	**50,3**

9 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

9.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

09n6-DEFI-REV	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 50041: Chirurgische Komplikationen	60	16,9	2	3,3	34	56,7	24	40,0	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	28	7,9	0	0,0	12	42,9	16	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6
QI-ID 52001: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschen-problem) als Indikation zum Folgeeingriff	173	48,7	2	1,2	56	32,4	115	66,5	0	0,0	2	1,2	1	0,6	12	6,9
QI-ID 52002: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	33	9,3	0	0,0	17	51,5	16	48,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,0
QI-ID 52324: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implan-tierter Sonden	26	7,3	2	7,7	13	50,0	11	42,3	0	0,0	1	3,8	1	3,8	0	0,0
QI-ID 52328: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	35	9,9	0	0,0	8	22,9	27	77,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**355**	**100,0**	**6**	**1,7**	**140**	**39,4**	**209**	**58,9**	**0**	**0,0**	**3**	**0,8**	**2**	**0,6**	**14**	**3,9**

9.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

09n6-DEFI-REV	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	61	17,2	0	0,0	23	6,5	38	10,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	31	8,7	0	0,0	21	5,9	10	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Berlin	14	3,9	0	0,0	7	2,0	7	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	14	3,9	0	0,0	6	1,7	8	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	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	1,7	0	0,0	2	0,6	4	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	27	7,6	0	0,0	15	4,2	12	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	10	2,8	0	0,0	1	0,3	9	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	40	11,3	0	0,0	0	0,0	40	11,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	70	19,7	0	0,0	30	8,5	40	11,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	3,4
Rheinland-Pfalz	24	6,8	0	0,0	18	5,1	6	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	3	0,8	0	0,0	0	0,0	3	0,8	0	0,0	2	0,6	2	0,6	0	0,0
Sachsen	14	3,9	0	0,0	0	0,0	14	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	17	4,8	6	1,7	7	2,0	4	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	12	3,4	0	0,0	3	0,8	9	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	12	3,4	0	0,0	7	2,0	5	1,4	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3
Gesamt	**355**	**99,9**	**6**	**1,7**	**140**	**39,6**	**209**	**58,8**	**0**	**0,0**	**3**	**0,9**	**2**	**0,6**	**14**	**4,0**

9.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

09n6-DEFI-REV	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 50041: Chirurgische Komplikationen	60	1	1,7	20	33,3	1	1,7	1	1,7	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3	0	0,0	0	0,0	34	56,7
QI-ID 51196: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	28	0	0,0	14	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	42,9
QI-ID 52001: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	173	6	3,5	74	42,8	0	0,0	1	0,6	25	14,5	6	3,5	0	0,0	3	1,7	0	0,0	0	0,0	2	1,2	0	0,0	0	0,0	56	32,4
QI-ID 52002: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	33	0	0,0	6	18,2	7	21,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	51,5
QI-ID 52324: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	26	1	3,8	8	30,8	0	0,0	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	13	50,0
QI-ID 52328: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	35	3	8,6	18	51,4	3	8,6	1	2,9	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	8	22,9
Gesamt	**355**	**11**	**3,1**	**140**	**39,4**	**11**	**3,1**	**3**	**0,8**	**28**	**7,9**	**7**	**2,0**	**0**	**0,0**	**7**	**2,0**	**1**	**0,3**	**0**	**0,0**	**6**	**1,7**	**0**	**0,0**	**1**	**0,3**	**140**	**39,4**

9.4 Ergebnisse pro Bundesland

09n6-DEFI-REV	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	61	1	1,6	23	37,7	3	4,9	0	0,0	10	16,4	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	37,7
Baden-Württemberg	31	5	16,1	2	6,5	0	0,0	0	0,0	2	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	67,7
Berlin	14	0	0,0	7	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	7	50,0
Brandenburg	14	0	0,0	7	50,0	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	6	42,9
Bremen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3
Hessen	27	0	0,0	2	7,4	2	7,4	0	0,0	4	14,8	3	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	15	55,6
Mecklenburg-Vorpommern	10	0	0,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0
Niedersachsen	40	0	0,0	33	82,5	4	10,0	0	0,0	3	7,5	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
Nordrhein-Westfalen	70	4	5,7	20	28,6	0	0,0	2	2,9	6	8,6	3	4,3	0	0,0	5	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	42,9
Rheinland-Pfalz	24	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	75,0
Saarland	3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	14	1	7,1	10	71,4	1	7,1	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	17	0	0,0	4	23,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	35,3	0	0,0	0	0,0	7	41,2
Schleswig-Holstein	12	0	0,0	8	66,7	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	0	0,0	3	25,0
Thüringen	12	0	0,0	4	33,3	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	0	0,0	0	0,0	7	58,3
Gesamt	**355**	**11**	**3,1**	**140**	**39,4**	**11**	**3,1**	**3**	**0,8**	**28**	**7,9**	**7**	**2,0**	**0**	**0,0**	**7**	**2,0**	**1**	**0,3**	**0**	**0,0**	**6**	**1,7**	**0**	**0,0**	**1**	**0,3**	**140**	**39,4**

10 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

10.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

21n3-KORO-PCI	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2311: Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz	40	4,7	0	0,0	8	20,0	32	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5
QI-ID 12773: Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts	128	15	1	0,8	46	35,9	81	63,3	0	0,0	2	1,6	0	0,0	14	10,9
QI-ID 12774: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²	62	7,3	0	0,0	23	37,1	39	62,9	0	0,0	1	1,6	1	1,6	11	17,7
QI-ID 12775: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm²	56	6,6	1	1,8	27	48,2	28	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	21,4
QI-ID 50749: Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²	52	6,1	1	1,9	17	32,7	34	65,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	17,3
QI-ID 51405: Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml	74	8,7	0	0,0	46	62,2	28	37,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,1
QI-ID 51406: Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml	64	7,5	1	1,6	44	68,8	19	29,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51407: Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml	58	6,8	0	0,0	31	53,4	27	46,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,2
QI-ID 52256: Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie: Anteil ohne pathologischen Befund	9	1,1	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 52331: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	93	10,9	1	1,1	54	58,1	38	40,9	0	0,0	1	1,1	0	0,0	3	3,2
QI-ID 52332: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h“	57	6,7	1	1,8	20	35,1	36	63,2	0	0,0	1	1,8	0	0,0	6	10,5

21n3-KORO-PCI	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 52333: Erreichen des Interventionsziels bei PCI ohne Herzinfarkt	62	7,3	0	0,0	42	67,7	20	32,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 52341: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie	50	5,9	0	0,0	14	28,0	36	72,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0
QI-ID 52342: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI	49	5,7	0	0,0	8	16,3	41	83,7	0	0,0	1	2,0	0	0,0	2	4,1
Gesamt	**854**	**100,0**	**6**	**0,7**	**389**	**45,6**	**459**	**53,7**	**0**	**0,0**	**6**	**0,7**	**1**	**0,1**	**65**	**7,6**

10.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

21n3-KORO-PCI	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	168	19,7	0	0,0	65	7,6	103	12,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	122	14,3	0	0,0	68	8,0	54	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	1,4
Berlin	19	2,2	0	0,0	6	0,7	13	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	18	2,1	0	0,0	16	1,9	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	9	1,1	0	0,0	4	0,5	5	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	12	1,4	0	0,0	7	0,8	5	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	35	4,1	0	0,0	21	2,5	14	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	10	1,2	0	0,0	2	0,2	8	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	53	6,2	1	0,1	0	0,0	52	6,1	0	0,0	4	0,5	0	0,0	12	1,4
Nordrhein-Westfalen	243	28,5	0	0,0	122	14,3	121	14,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0	41	4,8
Rheinland-Pfalz	43	5,0	0	0,0	34	4,0	9	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	7	0,8	0	0,0	0	0,0	7	0,8	0	0,0	1	0,1	1	0,1	0	0,0
Sachsen	33	3,9	0	0,0	12	1,4	21	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	17	2,0	5	0,6	5	0,6	7	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	41	4,8	0	0,0	10	1,2	31	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	24	2,8	0	0,0	17	2,0	7	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**854**	**100,1**	**6**	**0,7**	**389**	**45,7**	**459**	**53,7**	**0**	**0,0**	**6**	**0,7**	**1**	**0,1**	**65**	**7,6**

10.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

21n3-KORO-PCI	**Rechnerische Auffälligkeiten**	**Qualitativ unauffällig**								**Qualitativ auffällig**						**Fehlerhafte Dokumentation**						**Sonstiges**						**Hinweis**	
		U31		**U32**		**U33**		**U99**		**A41**		**A42**		**A99**		**D50**		**D51**		**D99**		**S90**		**S91**		**S99**		**H20/H99**	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2311: Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus oder Nieren-insuffizienz	40	0	0,0	0	0,0	2	5,0	0	0,0	2	5,0	0	0,0	5	12,5	15	37,5	8	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	20,0
QI-ID 12773: Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts	128	0	0,0	1	0,8	17	13,3	2	1,6	11	8,6	1	0,8	0	0,0	30	23,4	11	8,6	6	4,7	1	0,8	0	0,0	2	1,6	46	35,9
QI-ID 12774: Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²	62	5	8,1	3	4,8	1	1,6	2	3,2	13	21,0	2	3,2	0	0,0	7	11,3	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	8,1	23	37,1
QI-ID 12775: Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm²	56	1	1,8	6	10,7	1	1,8	2	3,6	11	19,6	2	3,6	2	3,6	2	3,6	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	1,8	27	48,2
QI-ID 50749: Einzeitig-PCI mit Flächendosis-produkt über 8.000 cGy*cm²	52	7	13,5	2	3,8	2	3,8	2	3,8	14	26,9	1	1,9	1	1,9	2	3,8	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	3	5,8	17	32,7
QI-ID 51405: Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml	74	4	5,4	13	17,6	1	1,4	0	0,0	6	8,1	0	0,0	0	0,0	3	4,1	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	46	62,2
QI-ID 51406: Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml	64	6	9,4	10	15,6	1	1,6	0	0,0	2	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	44	68,8

21n3-KORO-PCI	**Rechnerische Auffälligkeiten**	**Qualitativ unauffällig**								**Qualitativ auffällig**						**Fehlerhafte Dokumentation**						**Sonstiges**						**Hinweis**	
		U31		**U32**		**U33**		**U99**		**A41**		**A42**		**A99**		**D50**		**D51**		**D99**		**S90**		**S91**		**S99**		**H20/H99**	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 51407: Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml	58	6	10,3	7	12,1	1	1,7	1	1,7	7	12,1	5	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	53,4
QI-ID 52256: Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie: Anteil ohne pathologischen Befund	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	0	0,0	0	0,0	9	100,0
QI-ID 52331: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	93	2	2,2	8	8,6	4	4,3	4	4,3	10	10,8	0	0,0	1	1,1	8	8,6	1	1,1	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	54	58,1
QI-ID 52332: Erreichen des Rekanalisations-ziels bei PCI mit der Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h“	57	1	1,8	9	15,8	10	17,5	2	3,5	1	1,8	2	3,5	0	0,0	9	15,8	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	2	3,5	20	35,1
QI-ID 52333: Erreichen des Interventions-ziels bei PCI ohne Herzinfarkt	62	1	1,6	11	17,7	4	6,5	2	3,2	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	42	67,7
QI-ID 52341: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie	50	4	8,0	29	58,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	28,0
QI-ID 52342: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI	49	3	6,1	30	61,2	1	2,0	1	2,0	2	4,1	1	2,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,1	8	16,3
Gesamt	**854**	**40**	**4,7**	**129**	**15,1**	**45**	**5,3**	**19**	**2,2**	**80**	**9,4**	**15**	**1,8**	**9**	**1,1**	**78**	**9,1**	**22**	**2,6**	**6**	**0,7**	**6**	**0,7**	**0**	**0,0**	**16**	**1,9**	**389**	**45,6**

10.4 Ergebnisse pro Bundesland

21n3-KORO-PCI	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	168	10	6,0	35	20,8	10	6,0	0	0,0	17	10,1	12	7,1	0	0,0	13	7,7	6	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	65	38,7
Baden-Württemberg	122	9	7,4	7	5,7	5	4,1	2	1,6	14	11,5	0	0,0	5	4,1	5	4,1	1	0,8	6	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	68	55,7
Berlin	19	4	21,1	7	36,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	31,6
Brandenburg	18	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	88,9
Bremen	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
Hamburg	12	0	0,0	1	8,3	0	0,0	4	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	58,3
Hessen	35	0	0,0	4	11,4	1	2,9	0	0,0	3	8,6	1	2,9	0	0,0	4	11,4	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	60,0
Mecklenburg-Vorpommern	10	0	0,0	0	0,0	4	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0
Niedersachsen	53	2	3,8	20	37,7	7	13,2	0	0,0	16	30,2	0	0,0	0	0,0	7	13,2	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	243	12	4,9	23	9,5	3	1,2	7	2,9	20	8,2	2	0,8	0	0,0	36	14,8	6	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	4,9	122	50,2
Rheinland-Pfalz	43	0	0,0	1	2,3	1	2,3	0	0,0	2	4,7	0	0,0	0	0,0	2	4,7	2	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	34	79,1
Saarland	7	0	0,0	3	42,9	0	0,0	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
Sachsen	33	0	0,0	5	15,2	1	3,0	0	0,0	2	6,1	0	0,0	2	6,1	7	21,2	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	9,1	12	36,4
Sachsen-Anhalt	17	0	0,0	2	11,8	1	5,9	0	0,0	1	5,9	0	0,0	1	5,9	1	5,9	1	5,9	0	0,0	5	29,4	0	0,0	0	0,0	5	29,4
Schleswig-Holstein	41	3	7,3	10	24,4	12	29,3	6	14,6	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	10	24,4
Thüringen	24	0	0,0	6	25,0	0	0,0	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	17	70,8
Gesamt	**854**	**40**	**4,7**	**129**	**15,1**	**45**	**5,3**	**19**	**2,2**	**80**	**9,4**	**15**	**1,8**	**9**	**1,1**	**78**	**9,1**	**22**	**2,6**	**6**	**0,7**	**6**	**0,7**	**0**	**0,0**	**16**	**1,9**	**389**	**45,6**

11 Koronarchirurgie, isoliert

11.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

HCH-KCH	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 332: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	4	18,2	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2257: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	4	18,2	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2259: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	5	22,7	0	0,0	0	0,0	5	100,0	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	9	40,9	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	1	11,1	1	11,1	3	33,3
Gesamt	**22**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**22**	**100,0**	**0**	**0,0**	**1**	**4,5**	**1**	**4,5**	**3**	**13,6**

11.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

HCH-KCH	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 332: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	4	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0
QI-ID 2257: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	4	0	0,0	3	75,0	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	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2259: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	5	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0
QI-ID 11617: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	9	0	0,0	3	33,3	0	0,0	0	0,0	3	33,3	0	0,0	1	11,1	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0
Gesamt	**22**	**0**	**0,0**	**13**	**59,1**	**1**	**4,5**	**0**	**0,0**	**3**	**13,6**	**0**	**0,0**	**1**	**4,5**	**1**	**4,5**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**3**	**13,6**	**0**	**0,0**

12 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)

12.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

HCH-AORT-CHIR	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2280: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	3	17,6	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2282: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	4	23,5	0	0,0	0	0,0	4	100,0	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	7	41,2	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	1	14,3	1	14,3	1	14,3
QI-ID 52006: Intraprozedurale Komplikationen	3	17,6	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**17**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**17**	**100,0**	**0**	**0,0**	**1**	**5,9**	**1**	**5,9**	**1**	**5,9**

12.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

HCH-AORT-CHIR	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2280: 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	0,0	0	0,0
QI-ID 2282: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	4	0	0,0	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	1	25,0	0	0,0
QI-ID 12092: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	7	0	0,0	4	57,1	1	14,3	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 52006: Intraprozedurale Komplikationen	3	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**17**	**0**	**0,0**	**11**	**64,7**	**2**	**11,8**	**0**	**0,0**	**3**	**17,6**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**5,9**	**0**	**0,0**

13 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)

13.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

HCH-AORT-KATH	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 12001: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	7	8,1	0	0,0	0	0,0	7	100,0	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	7	8,1	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3
QI-ID 51914: Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I	53	61,6	0	0,0	0	0,0	53	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51916: Intraprozedurale Komplikationen	8	9,3	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 52007: Gefäßkomplikationen	11	12,8	0	0,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**86**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**86**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**1,2**

13.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

HCH-AORT-KATH	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 12001: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	7	0	0,0	4	57,1	1	14,3	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	1	14,3	0	0,0
QI-ID 12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	7	0	0,0	2	28,6	0	0,0	1	14,3	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6	0	0,0
QI-ID 51914: Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I	53	0	0,0	1	1,9	3	5,7	6	11,3	0	0,0	2	3,8	39	73,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8	0	0,0
QI-ID 51916: Intraprozedurale Komplikationen	8	0	0,0	3	37,5	2	25,0	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	1	12,5	0	0,0
QI-ID 52007: Gefäßkomplikationen	11	0	0,0	5	45,5	1	9,1	1	9,1	0	0,0	0	0,0	2	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	18,2	0	0,0
Gesamt	**86**	**0**	**0,0**	**15**	**17,4**	**7**	**8,1**	**10**	**11,6**	**3**	**3,5**	**2**	**2,3**	**41**	**47,7**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**8**	**9,3**	**0**	**0,0**

14 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

14.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

HCH-KOMB	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2284: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	3	20	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2286: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	2	13,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	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	10	66,7	0	0,0	0	0,0	10	100,0	0	0,0	1	10,0	1	10,0	2	20,0
Gesamt	**15**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**15**	**100,0**	**0**	**0,0**	**1**	**6,7**	**1**	**6,7**	**2**	**13,3**

14.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

HCH-KOMB	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2284: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2286: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	2	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12193: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	10	0	0,0	5	50,0	0	0,0	1	10,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0
Gesamt	**15**	**0**	**0,0**	**9**	**60,0**	**0**	**0,0**	**1**	**6,7**	**3**	**20,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**6,7**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**6,7**	**0**	**0,0**

15 Herztransplantation

15.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

HTX	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	8	21,6	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	62,5
QI-ID 12539: Unbekannter Überlebensstatus 30 Tage postoperativ	1	2,7	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51629: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	13	35,1	0	0,0	0	0,0	13	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51631: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	9	24,3	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51633: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	6	16,2	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**37**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**37**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**5**	**13,5**

© IQTIG 2016

15.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

HTX	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	8	0	0,0	3	37,5	0	0,0	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
QI-ID 12539: Unbekannter Überlebensstatus 30 Tage postoperativ	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51629: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	13	0	0,0	5	38,5	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	38,5	0	0,0
QI-ID 51631: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	9	0	0,0	2	22,2	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	0	0,0	6	66,7	0	0,0
QI-ID 51633: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	6	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	66,7	0	0,0
Gesamt	**37**	**0**	**0,0**	**11**	**29,7**	**0**	**0,0**	**3**	**8,1**	**7**	**18,9**	**0**	**0,0**	**1**	**2,7**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**15**	**40,5**	**0**	**0,0**

16 Lungen- und Herz-Lungentransplantation

16.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

LUTX	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2155: Sterblichkeit im Krankenhaus	4	21,1	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
QI-ID 51636: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	6	31,6	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51639: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	5	26,3	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51641: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	4	21,1	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**19**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**19**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**5,3**

© IQTIG 2016

16.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

LUTX	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2155: Sterblichkeit im Krankenhaus	4	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51636: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	6	0	0,0	4	66,7	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51639: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	5	0	0,0	3	60,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0
QI-ID 51641: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	4	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	0	0,0	3	75,0	0	0,0
Gesamt	19	0	0,0	10	52,6	0	0,0	1	5,3	3	15,8	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	21,1	0	0,0

17 Lebertransplantation

17.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

LTX	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus	4	15,4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2097: Tod durch operative Komplikationen	3	11,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2133: Postoperative Verweildauer	7	26,9	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51596: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	5	19,2	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51599: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	3	11,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51602: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	4	15,4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**26**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**26**	**100,0**	**0**	**0,0**	**8**	**30,8**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

17.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

LTX	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus	4	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2097: Tod durch operative Komplikationen	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	0,0
QI-ID 2133: Postoperative Verweildauer	7	0	0,0	5	71,4	0	0,0	0	0,0	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
QI-ID 51596: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	5	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51599: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51602: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	4	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	0	0,0	2	50,0	0	0,0
Gesamt	**26**	**0**	**0,0**	**17**	**65,4**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**3**	**11,5**	**0**	**0,0**	**3**	**11,5**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**3,8**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**2**	**7,7**	**0**	**0,0**

18 Leberlebendspende

18.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

LLS					Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2125: Sterblichkeit im Krankenhaus	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 2127: Lebertransplantation beim Spender erforderlich	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 2128: Eingriffsspezifische oder allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	3	25	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12549: Lebertransplantation beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	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 12561: Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	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 12577: Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	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 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	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 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	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 Leberlebendspende)	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 51603: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	2	16,7	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

© IQTIG 2016

LLS	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 51604: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	4	33,3	0	0,0	0	0,0	4	100,0	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 Leberlebendspende	3	25	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**12**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**12**	**100,0**	**0**	**0,0**	**1**	**8,3**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

18.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

LLS	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2125: Sterblichkeit im Krankenhaus	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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 2127: Lebertransplantation beim Spender erforderlich	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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 2128: Eingriffsspezifische oder allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	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	0,0
QI-ID 12549: Lebertransplantation beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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 12561: Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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 12577: Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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 12613: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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 Leberlebendspende)	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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 51603: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	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	0,0

LLS	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 51604: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leber-lebendspende	4	0	0,0	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
QI-ID 51605: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leber-lebendspende	3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**12**	**0**	**0,0**	**3**	**25,0**	**7**	**58,3**	**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**

19 Nierentransplantation

19.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

NTX	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2171: Sterblichkeit im Krankenhaus	3	7,1	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2184: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	6	14,3	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2185: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	10	23,8	0	0,0	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2188: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende	1	2,4	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2189: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende	1	2,4	0	0,0	0	0,0	1	100,0	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)	2	4,8	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51557: Intra- oder postoperative Komplikationen	5	11,9	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51560: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	6	14,3	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51561: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	2	4,8	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51562: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	6	14,3	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**42**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**42**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

19.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

NTX	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**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	0,0
QI-ID 2184: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	6	0	0,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	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
QI-ID 2185: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	10	0	0,0	4	40,0	0	0,0	1	10,0	3	30,0	0	0,0	1	10,0	1	10,0	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	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	0,0
QI-ID 2189: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende	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	0,0
QI-ID 12809: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	2	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51557: Intra- oder postoperative Komplikationen	5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51560: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	6	0	0,0	4	66,7	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51561: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51562: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	6	0	0,0	2	33,3	0	0,0	1	16,7	1	16,7	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
Gesamt	**42**	**0**	**0,0**	**19**	**45,2**	**0**	**0,0**	**3**	**7,1**	**8**	**19,0**	**1**	**2,4**	**10**	**23,8**	**1**	**2,4**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

20 Nierenlebendspende

20.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

NLS	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus	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 2138: Dialyse beim Lebendspender erforderlich	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	2	3,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	2	3,3	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen	5	8,2	0	0,0	0	0,0	5	100,0	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 Nierenlebendspende	8	13,1	0	0,0	0	0,0	8	100,0	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 Nierenlebendspende	13	21,3	0	0,0	0	0,0	13	100,0	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 Nierenlebendspende	15	24,6	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	4	6,6	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	6	9,8	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	4	6,6	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**61**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**61**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

© IQTIG 2016

20.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

NLS	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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 2138: Dialyse beim Lebendspender erforderlich	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	2	0	0,0	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	0,0
QI-ID 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	2	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	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	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	5	0	0,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51568: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nieren-lebendspende	8	0	0,0	1	12,5	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51569: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nieren-lebendspende	13	0	0,0	1	7,7	5	38,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	23,1	3	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0
QI-ID 51570: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nieren-lebendspende	15	0	0,0	0	0,0	7	46,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	13,3	4	26,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	13,3	0	0,0
QI-ID 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	6	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	4	0	0,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**61**	**0**	**0,0**	**9**	**14,8**	**17**	**27,9**	**0**	**0,0**	**1**	**1,6**	**0**	**0,0**	**9**	**14,8**	**22**	**36,1**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**3**	**4,9**	**0**	**0,0**

21 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

21.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

PNTX	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2143: Sterblichkeit im Krankenhaus	5	15,2	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2145: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	4	12,1	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2146: Entfernung des Pankreastransplantats	8	24,2	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51524: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	4	12,1	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51544: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	5	15,2	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51545: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	7	21,2	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**33**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**33**	**100,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

21.2 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

PNTX	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2143: 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	0,0	0	0,0
QI-ID 2145: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	4	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2146: Entfernung des Pankreastransplantats	8	0	0,0	7	87,5	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51524: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	4	0	0,0	1	25,0	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	0	0,0
QI-ID 51544: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	5	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0
QI-ID 51545: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	7	0	0,0	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	2	28,6	0	0,0
Gesamt	**33**	**0**	**0,0**	**20**	**60,6**	**1**	**3,0**	**0**	**0,0**	**2**	**6,1**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**3**	**9,1**	**0**	**0,0**	**2**	**6,1**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**5**	**15,2**	**0**	**0,0**

22 Geburtshilfe

22.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

16n1-GEBH	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	179	29	4	2,2	53	29,6	122	68,2	0	0,0	4	2,2	0	0,0	7	3,9
QI-ID 319: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebend geborenen Einlingen	10	1,6	1	10,0	3	30,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	69	11,2	0	0,0	24	34,8	45	65,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	5,8
QI-ID 331: Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung	19	3,1	0	0,0	0	0,0	19	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3
QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	56	9,1	1	1,8	9	16,1	46	82,1	0	0,0	1	1,8	0	0,0	5	8,9
QI-ID 1059: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	12	1,9	1	8,3	0	0,0	11	91,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	31	5	2	6,5	2	6,5	27	87,1	0	0,0	0	0,0	4	12,9	3	9,7
QI-ID 50046: Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung	119	19,3	12	10,1	50	42,0	57	47,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	6,7
QI-ID 51181: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	27	4,4	0	0,0	16	59,3	11	40,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,4
QI-ID 51397: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	6	1	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	3	50,0	0	0,0	1	16,7
QI-ID 51797: Angabe eines pH-Wertes, aber keine Angabe eines Base Excess-Wertes	6	1	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	39	6,3	1	2,6	6	15,4	32	82,1	0	0,0	5	12,8	0	0,0	8	20,5

16n1-GEBH	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 51831: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	36	5,8	0	0,0	18	50,0	18	50,0	0	0,0	2	5,6	0	0,0	2	5,6
QI-ID 52249: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten	8	1,3	0	0,0	1	12,5	7	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**617**	**100,0**	**22**	**3,6**	**187**	**30,3**	**408**	**66,1**	**0**	**0,0**	**15**	**2,4**	**4**	**0,6**	**41**	**6,6**

22.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

16n1-GEBH	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	93	15,1	0	0,0	52	8,4	41	6,6	0	0,0	0	0,0	4	0,6	1	0,2
Baden-Württemberg	85	13,8	0	0,0	31	5,0	54	8,8	0	0,0	6	1,0	0	0,0	3	0,5
Berlin	12	1,9	0	0,0	0	0,0	12	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	16	2,6	0	0,0	0	0,0	16	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	0,5	0	0,0	0	0,0	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	4	0,6	0	0,0	1	0,2	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	64	10,4	11	1,8	10	1,6	43	7,0	0	0,0	3	0,5	0	0,0	3	0,5
Mecklenburg-Vorpommern	9	1,5	0	0,0	1	0,2	8	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	77	12,5	5	0,8	8	1,3	64	10,4	0	0,0	4	0,6	0	0,0	10	1,6
Nordrhein-Westfalen	126	20,4	0	0,0	60	9,7	66	10,7	0	0,0	1	0,2	0	0,0	19	3,1
Rheinland-Pfalz	42	6,8	0	0,0	6	1,0	36	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,6
Saarland	5	0,8	0	0,0	0	0,0	5	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	27	4,4	0	0,0	3	0,5	24	3,9	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Sachsen-Anhalt	27	4,4	6	1,0	3	0,5	18	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	16	2,6	0	0,0	8	1,3	8	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	11	1,8	0	0,0	4	0,6	7	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**617**	**100,1**	**22**	**3,6**	**187**	**30,3**	**408**	**66,1**	**0**	**0,0**	**15**	**2,5**	**4**	**0,6**	**41**	**6,7**

22.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

16n1-GEBH	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	179	7	3,9	48	26,8	29	16,2	1	0,6	16	8,9	3	1,7	1	0,6	16	8,9	0	0,0	0	0,0	4	2,2	0	0,0	1	0,6	53	29,6
QI-ID 319: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebend geborenen Einlingen	10	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0	0	0,0	1	10,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0
QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	69	0	0,0	5	7,2	22	31,9	1	1,4	2	2,9	0	0,0	0	0,0	15	21,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	34,8
QI-ID 331: Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung	19	1	5,3	10	52,6	0	0,0	1	5,3	2	10,5	0	0,0	1	5,3	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5	1	5,3	0	0,0
QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	56	0	0,0	3	5,4	26	46,4	0	0,0	4	7,1	0	0,0	0	0,0	13	23,2	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	9	16,1
QI-ID 1059: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	12	0	0,0	8	66,7	0	0,0	0	0,0	3	25,0	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
QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	31	2	6,5	0	0,0	6	19,4	3	9,7	9	29,0	0	0,0	0	0,0	5	16,1	0	0,0	0	0,0	2	6,5	0	0,0	2	6,5	2	6,5
QI-ID 50046: Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung	119	0	0,0	11	9,2	18	15,1	5	4,2	2	1,7	1	0,8	0	0,0	17	14,3	0	0,0	1	0,8	12	10,1	1	0,8	1	0,8	50	42,0
QI-ID 51181: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	27	1	3,7	1	3,7	3	11,1	0	0,0	3	11,1	3	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	59,3
QI-ID 51397: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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

16n1-GEBH	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 51797: Angabe eines pH-Wertes, aber keine Angabe eines Base Excess-Wertes	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	83,3
QI-ID 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	39	0	0,0	11	28,2	1	2,6	0	0,0	14	35,9	2	5,1	0	0,0	2	5,1	0	0,0	1	2,6	1	2,6	0	0,0	1	2,6	6	15,4
QI-ID 51831: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	36	0	0,0	13	36,1	1	2,8	0	0,0	2	5,6	0	0,0	1	2,8	1	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	50,0
QI-ID 52249: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten	8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	62,5	1	12,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5
Gesamt	**617**	**12**	**1,9**	**110**	**17,8**	**106**	**17,2**	**11**	**1,8**	**71**	**11,5**	**10**	**1,6**	**5**	**0,8**	**72**	**11,7**	**0**	**0,0**	**2**	**0,3**	**22**	**3,6**	**3**	**0,5**	**6**	**1,0**	**187**	**30,3**

22.4 Ergebnisse pro Bundesland

16n1-GEBH	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	93	2	2,2	17	18,3	6	6,5	0	0,0	9	9,7	1	1,1	0	0,0	6	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	52	55,9
Baden-Württemberg	85	0	0,0	9	10,6	15	17,6	0	0,0	23	27,1	4	4,7	0	0,0	3	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	36,5
Berlin	12	0	0,0	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	1	8,3	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	16	2	12,5	2	12,5	0	0,0	0	0,0	2	12,5	0	0,0	0	0,0	10	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
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	0,0
Hamburg	4	0	0,0	2	50,0	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	1	25,0
Hessen	64	0	0,0	17	26,6	8	12,5	0	0,0	13	20,3	1	1,6	1	1,6	2	3,1	0	0,0	1	1,6	11	17,2	0	0,0	0	0,0	10	15,6
Mecklenburg-Vorpommern	9	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	0	0,0	1	11,1
Niedersachsen	77	5	6,5	17	22,1	35	45,5	1	1,3	4	5,2	0	0,0	1	1,3	1	1,3	0	0,0	0	0,0	5	6,5	0	0,0	0	0,0	8	10,4
Nordrhein-Westfalen	126	3	2,4	12	9,5	13	10,3	2	1,6	4	3,2	1	0,8	0	0,0	25	19,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6	4	3,2	60	47,6
Rheinland-Pfalz	42	0	0,0	11	26,2	2	4,8	1	2,4	5	11,9	1	2,4	0	0,0	15	35,7	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	14,3
Saarland	5	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	27	0	0,0	3	11,1	3	11,1	0	0,0	8	29,6	0	0,0	1	3,7	8	29,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	3	11,1
Sachsen-Anhalt	27	0	0,0	4	14,8	7	25,9	4	14,8	1	3,7	1	3,7	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	22,2	0	0,0	0	0,0	3	11,1
Schleswig-Holstein	16	0	0,0	2	12,5	1	6,3	2	12,5	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,5	8	50,0
Thüringen	11	0	0,0	0	0,0	7	63,6	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	36,4
Gesamt	**617**	**12**	**1,9**	**110**	**17,8**	**106**	**17,2**	**11**	**1,8**	**71**	**11,5**	**10**	**1,6**	**5**	**0,8**	**72**	**11,7**	**0**	**0,0**	**2**	**0,3**	**22**	**3,6**	**3**	**0,5**	**6**	**1,0**	**187**	**30,3**

23 Neonatologie

23.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

NEO	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 50048: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)	36	11,5	0	0,0	19	52,8	17	47,2	0	0,0	1	2,8	0	0,0	1	2,8
QI-ID 50053: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	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 1.000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	17	5,4	0	0,0	5	29,4	12	70,6	0	0,0	1	5,9	0	0,0	2	11,8
QI-ID 50061: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1.000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	18	5,7	0	0,0	6	33,3	12	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,1
QI-ID 50062: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)	33	10,5	0	0,0	6	18,2	27	81,8	0	0,0	4	12,1	0	0,0	5	15,2
QI-ID 50063: Durchführung eines Hörtests	97	30,9	0	0,0	37	38,1	60	61,9	0	0,0	1	1,0	0	0,0	9	9,3
QI-ID 50064: Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad	21	6,7	0	0,0	9	42,9	12	57,1	0	0,0	2	9,5	0	0,0	3	14,3
QI-ID 50103: Aufnahmetemperatur über 37,5 Grad	7	2,2	0	0,0	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51119: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten	35	11,1	0	0,0	18	51,4	17	48,6	0	0,0	1	2,9	0	0,0	2	5,7
QI-ID 51845: Aufnahmetemperatur nicht angegeben	21	6,7	0	0,0	3	14,3	18	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	23,8
QI-ID 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	24	7,6	0	0,0	9	37,5	15	62,5	0	0,0	2	8,3	0	0,0	1	4,2
QI-ID 52262: Zunahme des Kopfumfangs	4	1,3	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**314**	**100,0**	**0**	**0,0**	**121**	**38,5**	**193**	**61,5**	**0**	**0,0**	**12**	**3,8**	**0**	**0,0**	**30**	**9,6**

23.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

NEO	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	50	15,9	0	0,0	49	15,6	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	36	11,5	0	0,0	26	8,3	10	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,6
Berlin	17	5,4	0	0,0	0	0,0	17	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	11	3,5	0	0,0	0	0,0	11	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	8	2,5	0	0,0	0	0,0	8	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	8	2,5	0	0,0	0	0,0	8	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	12	3,8	0	0,0	2	0,6	10	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	10	3,2	0	0,0	1	0,3	9	2,9	0	0,0	2	0,6	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	24	7,6	0	0,0	0	0,0	24	7,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,0
Nordrhein-Westfalen	48	15,3	0	0,0	11	3,5	37	11,8	0	0,0	3	1,0	0	0,0	15	4,8
Rheinland-Pfalz	14	4,5	0	0,0	3	1,0	11	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	6	1,9	0	0,0	0	0,0	6	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	38	12,1	0	0,0	10	3,2	28	8,9	0	0,0	7	2,2	0	0,0	7	2,2
Sachsen-Anhalt	13	4,1	0	0,0	9	2,9	4	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	9	2,9	0	0,0	0	0,0	9	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	10	3,2	0	0,0	10	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**314**	**99,9**	**0**	**0,0**	**121**	**38,6**	**193**	**61,4**	**0**	**0,0**	**12**	**3,8**	**0**	**0,0**	**30**	**9,6**

23.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

NEO	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 50048: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)	36	1	2,8	10	27,8	2	5,6	0	0,0	0	0,0	2	5,6	0	0,0	1	2,8	1	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	52,8
QI-ID 50053: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	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	0,0
QI-ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1.000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	17	1	5,9	5	29,4	0	0,0	0	0,0	5	29,4	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	29,4
QI-ID 50061: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1.000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	18	2	11,1	3	16,7	2	11,1	0	0,0	2	11,1	0	0,0	0	0,0	3	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	33,3
QI-ID 50062: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)	33	0	0,0	15	45,5	2	6,1	2	6,1	7	21,2	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	18,2
QI-ID 50063: Durchführung eines Hörtests	97	9	9,3	8	8,2	16	16,5	6	6,2	5	5,2	0	0,0	1	1,0	13	13,4	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	37	38,1
QI-ID 50064: Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad	21	2	9,5	2	9,5	0	0,0	0	0,0	7	33,3	0	0,0	1	4,8	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	38,1
QI-ID 50103: Aufnahmetemperatur über 37,5 Grad	7	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	71,4
QI-ID 51119: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten	35	0	0,0	11	31,4	2	5,7	0	0,0	1	2,9	1	2,9	0	0,0	1	2,9	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	51,4

NEO	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 51845: Aufnahmetemperatur nicht angegeben	21	0	0,0	5	23,8	6	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	23,8	2	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	14,3
QI-ID 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenen-versorgung	24	0	0,0	7	29,2	2	8,3	0	0,0	1	4,2	2	8,3	0	0,0	3	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	37,5
QI-ID 52262: Zunahme des Kopfumfangs	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	0	0,0	0	0,0	4	100,0
Gesamt	**314**	**15**	**4,8**	**68**	**21,7**	**32**	**10,2**	**8**	**2,5**	**28**	**8,9**	**7**	**2,2**	**2**	**0,6**	**28**	**8,9**	**4**	**1,3**	**1**	**0,3**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**0,3**	**120**	**38,2**

23.4 Ergebnisse pro Bundesland

NEO	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	50	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	49	98,0
Baden-Württemberg	36	0	0,0	3	8,3	3	8,3	0	0,0	2	5,6	0	0,0	0	0,0	3	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	69,4
Berlin	17	6	35,3	9	52,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	11	1	9,1	8	72,7	0	0,0	1	9,1	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
Bremen	8	2	25,0	1	12,5	0	0,0	2	25,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	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
Hessen	12	0	0,0	2	16,7	2	16,7	0	0,0	3	25,0	2	16,7	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7
Mecklenburg-Vorpommern	10	0	0,0	5	50,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0
Niedersachsen	24	0	0,0	8	33,3	11	45,8	1	4,2	3	12,5	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	48	2	4,2	4	8,3	6	12,5	2	4,2	6	12,5	4	8,3	0	0,0	10	20,8	1	2,1	1	2,1	0	0,0	0	0,0	1	2,1	11	22,9
Rheinland-Pfalz	14	0	0,0	3	21,4	2	14,3	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	3	21,4	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	21,4
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	0,0
Sachsen	38	4	10,5	6	15,8	0	0,0	1	2,6	13	34,2	0	0,0	0	0,0	4	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	26,3
Sachsen-Anhalt	13	0	0,0	2	15,4	2	15,4	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	9	69,2
Schleswig-Holstein	9	0	0,0	3	33,3	4	44,4	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	0	0,0
Thüringen	10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0
Gesamt	**314**	**15**	**4,8**	**68**	**21,7**	**32**	**10,2**	**8**	**2,5**	**28**	**8,9**	**7**	**2,2**	**2**	**0,6**	**28**	**8,9**	**4**	**1,3**	**1**	**0,3**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**0,3**	**120**	**38,2**

24 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

24.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

15n1-GYN-OP	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 612: Organerhaltung bei Ovareingriffen	103	12,2	0	0,0	61	59,2	42	40,8	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	203	24	0	0,0	109	53,7	94	46,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	3,0
QI-ID 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	95	11,2	2	2,1	42	44,2	51	53,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	5,3
QI-ID 51418: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	110	13	0	0,0	14	12,7	96	87,3	0	0,0	1	0,9	0	0,0	2	1,8
QI-ID 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	47	5,6	0	0,0	16	34,0	31	66,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1
QI-ID 51907: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund	118	14	1	0,8	62	52,5	55	46,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,5
QI-ID 52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	169	20	1	0,6	105	62,1	63	37,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	3,0
Gesamt	**845**	**100,0**	**4**	**0,5**	**409**	**48,4**	**432**	**51,1**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**0**	**0,0**	**22**	**2,6**

24.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

15n1-GYN-OP	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	152	18,0	0	0,0	125	14,8	27	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	59	7,0	0	0,0	22	2,6	37	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	24	2,8	0	0,0	12	1,4	12	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	24	2,8	0	0,0	0	0,0	24	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	5	0,6	0	0,0	1	0,1	4	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	15	1,8	0	0,0	8	0,9	7	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	65	7,7	0	0,0	32	3,8	33	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	12	1,4	0	0,0	5	0,6	7	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	103	12,2	2	0,2	24	2,8	77	9,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	6	0,7
Nordrhein-Westfalen	189	22,4	0	0,0	88	10,4	101	12,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	1,9
Rheinland-Pfalz	61	7,2	0	0,0	40	4,7	21	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	9	1,1	0	0,0	0	0,0	9	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	50	5,9	0	0,0	11	1,3	39	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	28	3,3	2	0,2	13	1,5	13	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	27	3,2	0	0,0	11	1,3	16	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	22	2,6	0	0,0	17	2,0	5	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**845**	**100,0**	**4**	**0,4**	**409**	**48,2**	**432**	**51,1**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**0**	**0,0**	**22**	**2,6**

24.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

15n1-GYN-OP	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 612: Organerhaltung bei Ovareingriffen	103	4	3,9	28	27,2	4	3,9	1	1,0	3	2,9	1	1,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	61	59,2
QI-ID 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	203	2	1,0	55	27,1	9	4,4	1	0,5	7	3,4	3	1,5	0	0,0	9	4,4	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	7	3,4	109	53,7
QI-ID 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	95	1	1,1	14	14,7	15	15,8	0	0,0	1	1,1	4	4,2	0	0,0	15	15,8	0	0,0	0	0,0	2	2,1	0	0,0	1	1,1	42	44,2
QI-ID 51418: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	110	2	1,8	60	54,5	23	20,9	2	1,8	2	1,8	0	0,0	0	0,0	6	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	14	12,7
QI-ID 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	47	0	0,0	18	38,3	10	21,3	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	2,1	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	34,0
QI-ID 51907: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund	118	1	0,8	28	23,7	10	8,5	0	0,0	6	5,1	1	0,8	0	0,0	7	5,9	0	0,0	2	1,7	1	0,8	0	0,0	0	0,0	62	52,5
QI-ID 52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	169	3	1,8	22	13,0	11	6,5	2	1,2	2	1,2	1	0,6	0	0,0	20	11,8	0	0,0	2	1,2	1	0,6	0	0,0	0	0,0	105	62,1
Gesamt	**845**	**13**	**1,5**	**225**	**26,6**	**82**	**9,7**	**6**	**0,7**	**22**	**2,6**	**10**	**1,2**	**2**	**0,2**	**58**	**6,9**	**0**	**0,0**	**5**	**0,6**	**4**	**0,5**	**0**	**0,0**	**9**	**1,1**	**409**	**48,4**

24.4 Ergebnisse pro Bundesland

15n1-GYN-OP	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	152	1	0,7	9	5,9	4	2,6	0	0,0	1	0,7	5	3,3	0	0,0	7	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	125	82,2
Baden-Württemberg	59	0	0,0	6	10,2	22	37,3	0	0,0	9	15,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	37,3
Berlin	24	2	8,3	4	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	50,0
Brandenburg	24	0	0,0	10	41,7	0	0,0	0	0,0	4	16,7	4	16,7	0	0,0	6	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	5	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0
Hamburg	15	0	0,0	2	13,3	0	0,0	5	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	53,3
Hessen	65	0	0,0	24	36,9	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	12,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	49,2
Mecklenburg-Vorpommern	12	0	0,0	7	58,3	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	5	41,7
Niedersachsen	103	5	4,9	38	36,9	29	28,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,9	0	0,0	0	0,0	2	1,9	0	0,0	0	0,0	24	23,3
Nordrhein-Westfalen	189	5	2,6	60	31,7	2	1,1	0	0,0	6	3,2	1	0,5	0	0,0	19	10,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	4,2	88	46,6
Rheinland-Pfalz	61	0	0,0	17	27,9	2	3,3	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	40	65,6
Saarland	9	0	0,0	5	55,6	2	22,2	0	0,0	1	11,1	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
Sachsen	50	0	0,0	22	44,0	6	12,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,0	4	8,0	0	0,0	5	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	22,0
Sachsen-Anhalt	28	0	0,0	5	17,9	6	21,4	0	0,0	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,1	0	0,0	1	3,6	13	46,4
Schleswig-Holstein	27	0	0,0	9	33,3	6	22,2	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	11	40,7
Thüringen	22	0	0,0	3	13,6	2	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	17	77,3
Gesamt	**845**	**13**	**1,5**	**225**	**26,6**	**82**	**9,7**	**6**	**0,7**	**22**	**2,6**	**10**	**1,2**	**2**	**0,2**	**58**	**6,9**	**0**	**0,0**	**5**	**0,6**	**4**	**0,5**	**0**	**0,0**	**9**	**1,1**	**409**	**48,4**

25 Mammachirurgie

25.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

18n1-MAMMA	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS	11	1,6	0	0,0	3	27,3	8	72,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	81	11,6	0	0,0	24	29,6	57	70,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,5
QI-ID 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	88	12,6	2	2,3	61	69,3	25	28,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
QI-ID 51371: Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation	47	6,7	1	2,1	33	70,2	13	27,7	0	0,0	0	0,0	1	2,1	2	4,3
QI-ID 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	181	25,9	4	2,2	86	47,5	91	50,3	0	0,0	2	1,1	1	0,6	6	3,3
QI-ID 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	97	13,9	1	1,0	28	28,9	68	70,1	0	0,0	0	0,0	1	1,0	2	2,1
QI-ID 52268: HER2/neu-Positivitätsrate	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 52273: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2/neu-positiven Befunden	18	2,6	0	0,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	72	10,3	1	1,4	47	65,3	24	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,2
QI-ID 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	102	14,6	3	2,9	51	50,0	48	47,1	0	0,0	1	1,0	0	0,0	7	6,9
Gesamt	**698**	**100,0**	**12**	**1,7**	**333**	**47,7**	**353**	**50,6**	**0**	**0,0**	**3**	**0,4**	**3**	**0,4**	**23**	**3,3**

25.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

18n1-MAMMA	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	128	18,3	0	0,0	102	14,6	26	3,7	0	0,0	0	0,0	3	0,4	1	0,1
Baden-Württemberg	89	12,8	0	0,0	34	4,9	55	7,9	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Berlin	14	2,0	0	0,0	6	0,9	8	1,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	18	2,6	0	0,0	0	0,0	18	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	0,4	0	0,0	0	0,0	3	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	14	2,0	0	0,0	8	1,1	6	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	52	7,4	0	0,0	32	4,6	20	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	15	2,1	0	0,0	8	1,1	7	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	66	9,5	0	0,0	13	1,9	53	7,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,9
Nordrhein-Westfalen	137	19,6	0	0,0	78	11,2	59	8,5	0	0,0	1	0,1	0	0,0	15	2,1
Rheinland-Pfalz	45	6,4	0	0,0	16	2,3	29	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	12	1,7	0	0,0	0	0,0	12	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	35	5,0	0	0,0	4	0,6	31	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	32	4,6	12	1,7	12	1,7	8	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	20	2,9	0	0,0	9	1,3	11	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	18	2,6	0	0,0	11	1,6	7	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**698**	**99,9**	**12**	**1,7**	**333**	**47,8**	**353**	**50,6**	**0**	**0,0**	**3**	**0,3**	**3**	**0,4**	**23**	**3,2**

25.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

18n1-MAMMA	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS	11	0	0,0	3	27,3	2	18,2	0	0,0	2	18,2	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	27,3
QI-ID 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	81	1	1,2	36	44,4	5	6,2	1	1,2	6	7,4	0	0,0	1	1,2	3	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	4,9	24	29,6
QI-ID 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	88	1	1,1	13	14,8	1	1,1	0	0,0	5	5,7	2	2,3	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	2	2,3	0	0,0	2	2,3	61	69,3
QI-ID 51371: Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation	47	0	0,0	3	6,4	1	2,1	5	10,6	3	6,4	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	33	70,2
QI-ID 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	181	1	0,6	45	24,9	8	4,4	2	1,1	18	9,9	6	3,3	0	0,0	5	2,8	0	0,0	1	0,6	4	2,2	0	0,0	5	2,8	86	47,5
QI-ID 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	97	3	3,1	29	29,9	2	2,1	1	1,0	21	21,6	1	1,0	1	1,0	7	7,2	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	3	3,1	28	28,9
QI-ID 52268: HER2/neu-Positivitätsrate	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	0	0,0	1	100,0	0	0,0
QI-ID 52273: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2/neu-positiven Befunden	18	0	0,0	9	50,0	4	22,2	0	0,0	0	0,0	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
QI-ID 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	72	0	0,0	6	8,3	2	2,8	0	0,0	10	13,9	2	2,8	3	4,2	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	47	65,3
QI-ID 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	102	0	0,0	7	6,9	11	10,8	1	1,0	9	8,8	1	1,0	2	2,0	17	16,7	0	0,0	0	0,0	3	2,9	0	0,0	0	0,0	51	50,0
Gesamt	**698**	**6**	**0,9**	**151**	**21,6**	**36**	**5,2**	**10**	**1,4**	**74**	**10,6**	**13**	**1,9**	**7**	**1,0**	**40**	**5,7**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**12**	**1,7**	**0**	**0,0**	**15**	**2,1**	**333**	**47,7**

25.4 Ergebnisse pro Bundesland

18n1-MAMMA	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	128	0	0,0	6	4,7	3	2,3	0	0,0	5	3,9	5	3,9	0	0,0	7	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	102	79,7
Baden-Württemberg	89	1	1,1	17	19,1	12	13,5	0	0,0	18	20,2	1	1,1	0	0,0	5	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	34	38,2
Berlin	14	0	0,0	7	50,0	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	6	42,9
Brandenburg	18	0	0,0	8	44,4	0	0,0	0	0,0	5	27,8	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
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	0,0
Hamburg	14	2	14,3	2	14,3	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	8	57,1
Hessen	52	0	0,0	8	15,4	2	3,8	4	7,7	1	1,9	0	0,0	1	1,9	4	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	61,5
Mecklenburg-Vorpommern	15	0	0,0	4	26,7	1	6,7	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	8	53,3
Niedersachsen	66	0	0,0	33	50,0	7	10,6	0	0,0	12	18,2	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	19,7
Nordrhein-Westfalen	137	3	2,2	20	14,6	1	0,7	3	2,2	9	6,6	1	0,7	1	0,7	10	7,3	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	10	7,3	78	56,9
Rheinland-Pfalz	45	0	0,0	24	53,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	35,6
Saarland	12	0	0,0	3	25,0	4	33,3	0	0,0	4	33,3	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	35	0	0,0	6	17,1	1	2,9	3	8,6	13	37,1	3	8,6	0	0,0	2	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,6	4	11,4
Sachsen-Anhalt	32	0	0,0	2	6,3	2	6,3	0	0,0	3	9,4	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	37,5	0	0,0	0	0,0	12	37,5
Schleswig-Holstein	20	0	0,0	4	20,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	45,0
Thüringen	18	0	0,0	4	22,2	0	0,0	0	0,0	3	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	61,1
Gesamt	**698**	**6**	**0,9**	**151**	**21,6**	**36**	**5,2**	**10**	**1,4**	**74**	**10,6**	**13**	**1,9**	**7**	**1,0**	**40**	**5,7**	**0**	**0,0**	**1**	**0,1**	**12**	**1,7**	**0**	**0,0**	**15**	**2,1**	**333**	**47,7**

26 Hüftgelenknahe Femurfraktur

26.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

17n1-HÜFT-FRAK	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 2115: Endoprothetische Versorgung bei Patienten über 80 Jahren mit medialer Schenkelhalsfraktur (Garden III oder IV)	33	2,4	1	3,0	16	48,5	16	48,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 2266: Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus	365	27,1	1	0,3	124	34,0	240	65,8	0	0,0	25	6,8	0	0,0	14	3,8
QI-ID 2277: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2	148	11	0	0,0	18	12,2	130	87,8	0	0,0	5	3,4	0	0,0	9	6,1
QI-ID 2278: Sterblichkeit im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung	84	6,2	0	0,0	33	39,3	51	60,7	0	0,0	5	6,0	1	1,2	2	2,4
QI-ID 2279: Sterblichkeit im Krankenhaus bei osteosynthetischer Versorgung	91	6,8	3	3,3	39	42,9	49	53,8	0	0,0	1	1,1	0	0,0	2	2,2
QI-ID 10361: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei osteosynthetischer Versorgung	56	4,2	1	1,8	32	57,1	22	39,3	1	1,8	1	1,8	0	0,0	2	3,6
QI-ID 10364: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei endoprothetischer Versorgung	12	0,9	0	0,0	7	58,3	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50853: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	15	1,1	0	0,0	8	53,3	7	46,7	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	50	3,7	1	2,0	18	36,0	31	62,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,0
QI-ID 50864: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	10	0,7	0	0,0	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

17n1-HÜFT-FRAK	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 50874: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	71	5,3	1	1,4	20	28,2	50	70,4	0	0,0	1	1,4	0	0,0	3	4,2
QI-ID 50879: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	207	15,4	0	0,0	73	35,3	134	64,7	0	0,0	4	1,9	1	0,5	10	4,8
QI-ID 50884: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen	35	2,6	1	2,9	17	48,6	17	48,6	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	2,9
QI-ID 50889: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen	95	7	2	2,1	13	13,7	80	84,2	0	0,0	1	1,1	0	0,0	4	4,2
QI-ID 50894: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	76	5,6	0	0,0	24	31,6	52	68,4	0	0,0	2	2,6	1	1,3	3	3,9
Gesamt	**1.348**	**100,0**	**11**	**0,8**	**446**	**33,1**	**890**	**66,0**	**1**	**0,1**	**46**	**3,4**	**3**	**0,2**	**52**	**3,9**

26.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

17n1-HÜFT-FRAK	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	206	15,3	0	0,0	161	11,9	45	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	149	11,1	0	0,0	47	3,5	102	7,6	0	0,0	1	0,1	0	0,0	3	0,2
Berlin	46	3,4	0	0,0	0	0,0	46	3,4	0	0,0	10	0,7	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	60	4,5	0	0,0	0	0,0	60	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	0,2	0	0,0	0	0,0	3	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	16	1,2	0	0,0	5	0,4	11	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	86	6,4	0	0,0	24	1,8	61	4,5	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Mecklenburg-Vorpommern	38	2,8	0	0,0	0	0,0	38	2,8	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	139	10,3	8	0,6	55	4,1	76	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	0,8
Nordrhein-Westfalen	284	21,1	0	0,0	54	4,0	230	17,1	0	0,0	17	1,3	0	0,0	25	1,9
Rheinland-Pfalz	109	8,1	0	0,0	38	2,8	71	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
Saarland	18	1,3	0	0,0	0	0,0	18	1,3	0	0,0	3	0,2	3	0,2	0	0,0
Sachsen	68	5,0	0	0,0	3	0,2	65	4,8	0	0,0	9	0,7	0	0,0	9	0,7
Sachsen-Anhalt	53	3,9	3	0,2	32	2,4	18	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	28	2,1	0	0,0	0	0,0	28	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	45	3,3	0	0,0	27	2,0	18	1,3	0	0,0	5	0,4	0	0,0	1	0,1
Gesamt	**1.348**	**100,0**	**11**	**0,8**	**446**	**33,1**	**890**	**65,9**	**1**	**0,1**	**46**	**3,5**	**3**	**0,2**	**52**	**3,9**

26.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

17n1-HÜFT-FRAK	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 2115: Endoprothetische Versorgung bei Patienten über 80 Jahren mit medialer Schenkelhalsfraktur (Garden III oder IV)	33	1	3,0	7	21,2	4	12,1	0	0,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	3	9,1	0	0,0	0	0,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	16	48,5
QI-ID 2266: Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus	365	11	3,0	117	32,1	7	1,9	3	0,8	77	21,1	3	0,8	3	0,8	10	2,7	0	0,0	2	0,5	1	0,3	0	0,0	7	1,9	124	34,0
QI-ID 2277: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2	148	1	0,7	71	48,0	36	24,3	1	0,7	1	0,7	2	1,4	0	0,0	16	10,8	0	0,0	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	12,2
QI-ID 2278: Sterblichkeit im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung	84	4	4,8	36	42,9	1	1,2	1	1,2	7	8,3	0	0,0	1	1,2	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	39,3
QI-ID 2279: Sterblichkeit im Krankenhaus bei osteosynthetischer Versorgung	91	3	3,3	43	47,3	0	0,0	1	1,1	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	3	3,3	0	0,0	0	0,0	39	42,9
QI-ID 10361: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei osteosynthetischer Versorgung	56	0	0,0	4	7,1	9	16,1	0	0,0	3	5,4	0	0,0	0	0,0	6	10,7	1	1,8	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	32	57,1
QI-ID 10364: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei endoprothetischer Versorgung	12	0	0,0	2	16,7	2	16,7	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	7	58,3
QI-ID 50853: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	15	1	6,7	5	33,3	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	0	0,0	8	53,3
QI-ID 50858: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen/Nachblutungen	50	0	0,0	14	28,0	5	10,0	1	2,0	1	2,0	2	4,0	0	0,0	6	12,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0	18	36,0
QI-ID 50864: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	10	0	0,0	4	40,0	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	1	10,0	4	40,0

17n1-HÜFT-FRAK	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 50874: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	71	9	12,7	23	32,4	8	11,3	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	8	11,3	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	20	28,2
QI-ID 50879: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	207	4	1,9	100	48,3	6	2,9	2	1,0	6	2,9	4	1,9	0	0,0	8	3,9	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,4	73	35,3
QI-ID 50884: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen	35	0	0,0	14	40,0	0	0,0	0	0,0	3	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	17	48,6
QI-ID 50889: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen	95	0	0,0	54	56,8	9	9,5	1	1,1	5	5,3	2	2,1	1	1,1	7	7,4	0	0,0	0	0,0	2	2,1	1	1,1	0	0,0	13	13,7
QI-ID 50894: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	76	2	2,6	37	48,7	4	5,3	1	1,3	4	5,3	1	1,3	0	0,0	2	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	24	31,6
Gesamt	**1.348**	**36**	**2,7**	**531**	**39,4**	**91**	**6,8**	**12**	**0,9**	**111**	**8,2**	**15**	**1,1**	**5**	**0,4**	**68**	**5,0**	**2**	**0,1**	**6**	**0,4**	**11**	**0,8**	**1**	**0,1**	**13**	**1,0**	**446**	**33,1**

26.4 Ergebnisse pro Bundesland

17n1-HÜFT-FRAK	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	206	5	2,4	17	8,3	5	2,4	0	0,0	13	6,3	3	1,5	0	0,0	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	161	78,2
Baden-Württemberg	149	0	0,0	58	38,9	31	20,8	0	0,0	8	5,4	1	0,7	0	0,0	4	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	31,5
Berlin	46	0	0,0	25	54,3	0	0,0	0	0,0	13	28,3	2	4,3	0	0,0	4	8,7	0	0,0	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	60	2	3,3	50	83,3	0	0,0	0	0,0	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
Bremen	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	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
Hamburg	16	0	0,0	11	68,8	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	5	31,3
Hessen	86	1	1,2	45	52,3	5	5,8	1	1,2	7	8,1	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	27,9
Mecklenburg-Vorpommern	38	0	0,0	29	76,3	5	13,2	2	5,3	2	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
Niedersachsen	139	7	5,0	46	33,1	16	11,5	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	4,3	0	0,0	0	0,0	8	5,8	0	0,0	0	0,0	55	39,6
Nordrhein-Westfalen	284	19	6,7	129	45,4	6	2,1	4	1,4	29	10,2	2	0,7	0	0,0	30	10,6	1	0,4	2	0,7	0	0,0	0	0,0	8	2,8	54	19,0
Rheinland-Pfalz	109	0	0,0	48	44,0	2	1,8	0	0,0	3	2,8	2	1,8	0	0,0	14	12,8	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	38	34,9
Saarland	18	0	0,0	14	77,8	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	68	1	1,5	19	27,9	12	17,6	4	5,9	18	26,5	4	5,9	1	1,5	2	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	3	4,4	3	4,4
Sachsen-Anhalt	53	1	1,9	11	20,8	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	4	7,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,7	0	0,0	1	1,9	32	60,4
Schleswig-Holstein	28	0	0,0	17	60,7	9	32,1	0	0,0	2	7,1	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
Thüringen	45	0	0,0	12	26,7	0	0,0	0	0,0	6	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	60,0
Gesamt	**1.348**	**36**	**2,7**	**531**	**39,4**	**91**	**6,8**	**12**	**0,9**	**111**	**8,2**	**15**	**1,1**	**5**	**0,4**	**68**	**5,0**	**2**	**0,1**	**6**	**0,4**	**11**	**0,8**	**1**	**0,1**	**13**	**1,0**	**446**	**33,1**

27 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

27.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

17n2-HÜFT-TEP					Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 265: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	12	1,1	0	0,0	5	41,7	7	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7
QI-ID 446: Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode	50	4,6	0	0,0	38	76,0	12	24,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,0
QI-ID 457: Sterblichkeit im Krankenhaus	256	23,3	0	0,0	40	15,6	216	84,4	0	0,0	2	0,8	0	0,0	4	1,6
QI-ID 1082: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	198	18	3	1,5	52	26,3	142	71,7	1	0,5	3	1,5	0	0,0	34	17,2
QI-ID 2223: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	204	18,6	2	1,0	124	60,8	77	37,7	1	0,5	0	0,0	0	0,0	21	10,3
QI-ID 50909: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	63	5,7	1	1,6	26	41,3	36	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6
QI-ID 50914: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	43	3,9	1	2,3	23	53,5	19	44,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50919: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	60	5,5	0	0,0	17	28,3	43	71,7	0	0,0	1	1,7	0	0,0	2	3,3
QI-ID 50924: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen	28	2,6	0	0,0	19	67,9	9	32,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6
QI-ID 50929: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen	49	4,5	0	0,0	20	40,8	29	59,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	8,2

17n2-HÜFT-TEP	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 50934: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	15	1,4	0	0,0	6	40,0	9	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
QI-ID 50939: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	85	7,7	0	0,0	32	37,6	52	61,2	1	1,2	1	1,2	0	0,0	2	2,4
QI-ID 50944: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	34	3,1	0	0,0	10	29,4	24	70,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,8
Gesamt	**1.097**	**100,0**	**7**	**0,6**	**412**	**37,6**	**675**	**61,5**	**3**	**0,3**	**7**	**0,6**	**0**	**0,0**	**77**	**7,0**

27.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

17n2-HÜFT-TEP	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	174	15,9	0	0,0	127	11,6	47	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	115	10,5	0	0,0	63	5,7	49	4,5	3	0,3	1	0,1	0	0,0	16	1,5
Berlin	34	3,1	0	0,0	11	1,0	23	2,1	0	0,0	3	0,3	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	42	3,8	0	0,0	0	0,0	42	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	5	0,5	0	0,0	0	0,0	5	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	25	2,3	0	0,0	14	1,3	11	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	69	6,3	0	0,0	32	2,9	37	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	20	1,8	0	0,0	1	0,1	19	1,7	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	117	10,7	5	0,5	22	2,0	90	8,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0	23	2,1
Nordrhein-Westfalen	223	20,3	0	0,0	76	6,9	147	13,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	3,0
Rheinland-Pfalz	97	8,8	0	0,0	27	2,5	70	6,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,4
Saarland	13	1,2	0	0,0	0	0,0	13	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	52	4,7	0	0,0	6	0,5	46	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	35	3,2	2	0,2	15	1,4	18	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	46	4,2	0	0,0	7	0,6	39	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	30	2,7	0	0,0	11	1,0	19	1,7	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Gesamt	**1.097**	**100,0**	**7**	**0,7**	**412**	**37,5**	**675**	**61,6**	**3**	**0,3**	**7**	**0,7**	**0**	**0,0**	**77**	**7,1**

27.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

17n2-HÜFT-TEP	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 265: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	12	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	41,7
QI-ID 446: Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode	50	0	0,0	3	6,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0	2	4,0	0	0,0	18	36,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	50,0
QI-ID 457: Sterblichkeit im Krankenhaus	256	3	1,2	192	75,0	4	1,6	3	1,2	7	2,7	0	0,0	2	0,8	4	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	40	15,6
QI-ID 1082: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	198	1	0,5	14	7,1	30	15,2	5	2,5	13	6,6	2	1,0	2	1,0	71	35,9	1	0,5	2	1,0	3	1,5	0	0,0	2	1,0	52	26,3
QI-ID 2223: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	204	1	0,5	11	5,4	12	5,9	2	1,0	11	5,4	0	0,0	2	1,0	35	17,2	1	0,5	0	0,0	2	1,0	0	0,0	3	1,5	124	60,8
QI-ID 50909: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	63	1	1,6	17	27,0	9	14,3	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	12,7	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	26	41,3
QI-ID 50914: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	43	1	2,3	10	23,3	2	4,7	1	2,3	1	2,3	1	2,3	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	0	0,0	2	4,7	23	53,5
QI-ID 50919: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	60	1	1,7	25	41,7	5	8,3	0	0,0	5	8,3	1	1,7	1	1,7	3	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,3	17	28,3
QI-ID 50924: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen	28	0	0,0	8	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	0	0,0	0	0,0	1	3,6	19	67,9
QI-ID 50929: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen	49	2	4,1	12	24,5	6	12,2	0	0,0	1	2,0	2	4,1	1	2,0	5	10,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	40,8

17n2-HÜFT-TEP	**Rechnerische Auffälligkeiten**	**Qualitativ unauffällig**								**Qualitativ auffällig**						**Fehlerhafte Dokumentation**						**Sonstiges**						**Hinweis**	
		U31		**U32**		**U33**		**U99**		**A41**		**A42**		**A99**		**D50**		**D51**		**D99**		**S90**		**S91**		**S99**		**H20/H99**	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 50934: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	15	1	6,7	3	20,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	1	6,7	1	6,7	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	40,0
QI-ID 50939: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	85	2	2,4	36	42,4	3	3,5	1	1,2	3	3,5	2	2,4	2	2,4	3	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	32	37,6
QI-ID 50944: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	34	1	2,9	9	26,5	2	5,9	0	0,0	3	8,8	1	2,9	2	5,9	5	14,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	10	29,4
Gesamt	**1.097**	**14**	**1,3**	**340**	**31,0**	**76**	**6,9**	**13**	**1,2**	**45**	**4,1**	**13**	**1,2**	**14**	**1,3**	**159**	**14,5**	**2**	**0,2**	**2**	**0,2**	**7**	**0,6**	**0**	**0,0**	**13**	**1,2**	**399**	**36,4**

27.4 Ergebnisse pro Bundesland

17n1-HÜFT-FRAK	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	206	5	2,4	17	8,3	5	2,4	0	0,0	13	6,3	3	1,5	0	0,0	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	161	78,2
Baden-Württemberg	149	0	0,0	58	38,9	31	20,8	0	0,0	8	5,4	1	0,7	0	0,0	4	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	31,5
Berlin	46	0	0,0	25	54,3	0	0,0	0	0,0	13	28,3	2	4,3	0	0,0	4	8,7	0	0,0	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	60	2	3,3	50	83,3	0	0,0	0	0,0	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
Bremen	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	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
Hamburg	16	0	0,0	11	68,8	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	5	31,3
Hessen	86	1	1,2	45	52,3	5	5,8	1	1,2	7	8,1	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	27,9
Mecklenburg-Vorpommern	38	0	0,0	29	76,3	5	13,2	2	5,3	2	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
Niedersachsen	139	7	5,0	46	33,1	16	11,5	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	4,3	0	0,0	0	0,0	8	5,8	0	0,0	0	0,0	55	39,6
Nordrhein-Westfalen	284	19	6,7	129	45,4	6	2,1	4	1,4	29	10,2	2	0,7	0	0,0	30	10,6	1	0,4	2	0,7	0	0,0	0	0,0	8	2,8	54	19,0
Rheinland-Pfalz	109	0	0,0	48	44,0	2	1,8	0	0,0	3	2,8	2	1,8	0	0,0	14	12,8	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	38	34,9
Saarland	18	0	0,0	14	77,8	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	68	1	1,5	19	27,9	12	17,6	4	5,9	18	26,5	4	5,9	1	1,5	2	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	3	4,4	3	4,4
Sachsen-Anhalt	53	1	1,9	11	20,8	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	4	7,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,7	0	0,0	1	1,9	32	60,4
Schleswig-Holstein	28	0	0,0	17	60,7	9	32,1	0	0,0	2	7,1	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
Thüringen	45	0	0,0	12	26,7	0	0,0	0	0,0	6	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	60,0
Gesamt	**1.348**	**36**	**2,7**	**531**	**39,4**	**91**	**6,8**	**12**	**0,9**	**111**	**8,2**	**15**	**1,1**	**5**	**0,4**	**68**	**5,0**	**2**	**0,1**	**6**	**0,4**	**11**	**0,8**	**1**	**0,1**	**13**	**1,0**	**446**	**33,1**

28 Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

28.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

17n3-HÜFT-WECH	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 268: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	182	13,8	3	1,6	86	47,3	93	51,1	0	0,0	2	1,1	0	0,0	9	4,9
QI-ID 270: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	24	1,8	0	0,0	17	70,8	7	29,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
QI-ID 471: Sterblichkeit im Krankenhaus	345	26,1	0	0,0	39	11,3	306	88,7	0	0,0	3	0,9	0	0,0	6	1,7
QI-ID 50954: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	91	6,9	0	0,0	62	68,1	29	31,9	0	0,0	2	2,2	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50959: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	106	8	0	0,0	64	60,4	42	39,6	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50964: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	96	7,3	0	0,0	33	34,4	63	65,6	0	0,0	2	2,1	0	0,0	0	0,0
QI-ID 50969: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen	61	4,6	0	0,0	33	54,1	28	45,9	0	0,0	3	4,9	1	1,6	2	3,3
QI-ID 50979: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	57	4,3	0	0,0	32	56,1	25	43,9	0	0,0	2	3,5	0	0,0	2	3,5
QI-ID 50984: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	89	6,7	0	0,0	48	53,9	41	46,1	0	0,0	2	2,2	0	0,0	2	2,2
QI-ID 50989: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	167	12,7	1	0,6	68	40,7	98	58,7	0	0,0	5	3,0	1	0,6	1	0,6
QI-ID 51866: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infekt-zeichen	102	7,7	0	0,0	7	6,9	95	93,1	0	0,0	3	2,9	0	0,0	4	3,9
Gesamt	**1.320**	**100,0**	**4**	**0,3**	**489**	**37,0**	**827**	**62,7**	**0**	**0,0**	**25**	**1,9**	**2**	**0,2**	**27**	**2,0**

28.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

17n3-HÜFT-WECH	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	185	14,0	0	0,0	132	10,0	53	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	142	10,8	0	0,0	88	6,7	54	4,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	2	0,2
Berlin	54	4,1	0	0,0	3	0,2	51	3,9	0	0,0	10	0,8	0	0,0	2	0,2
Brandenburg	38	2,9	0	0,0	0	0,0	38	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	13	1,0	0	0,0	0	0,0	13	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	30	2,3	0	0,0	8	0,6	22	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	89	6,7	0	0,0	36	2,7	53	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	15	1,1	0	0,0	1	0,1	14	1,1	0	0,0	3	0,2	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	145	11,0	1	0,1	46	3,5	98	7,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,2
Nordrhein-Westfalen	303	23,0	0	0,0	99	7,5	204	15,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	1,2
Rheinland-Pfalz	94	7,1	0	0,0	40	3,0	54	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	19	1,4	0	0,0	0	0,0	19	1,4	0	0,0	2	0,2	2	0,2	0	0,0
Sachsen	70	5,3	0	0,0	5	0,4	65	4,9	0	0,0	4	0,3	0	0,0	4	0,3
Sachsen-Anhalt	56	4,2	3	0,2	23	1,7	30	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	33	2,5	0	0,0	1	0,1	32	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	34	2,6	0	0,0	7	0,5	27	2,0	0	0,0	5	0,4	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**1.320**	**100,0**	**4**	**0,3**	**489**	**37,0**	**827**	**62,7**	**0**	**0,0**	**25**	**2,0**	**2**	**0,2**	**27**	**2,1**

28.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

17n3-HÜFT-WECH	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 268: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	182	8	4,4	41	22,5	8	4,4	5	2,7	4	2,2	4	2,2	0	0,0	21	11,5	1	0,5	0	0,0	3	1,6	1	0,5	0	0,0	86	47,3
QI-ID 270: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	24	0	0,0	3	12,5	2	8,3	1	4,2	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	70,8
QI-ID 471: Sterblichkeit im Krankenhaus	345	8	2,3	268	77,7	6	1,7	2	0,6	7	2,0	2	0,6	3	0,9	1	0,3	1	0,3	1	0,3	0	0,0	4	1,2	3	0,9	39	11,3
QI-ID 50954: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	91	0	0,0	21	23,1	3	3,3	1	1,1	2	2,2	0	0,0	1	1,1	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	62	68,1
QI-ID 50959: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	106	2	1,9	28	26,4	4	3,8	0	0,0	1	0,9	5	4,7	0	0,0	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	64	60,4
QI-ID 50964: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	96	0	0,0	43	44,8	6	6,3	2	2,1	6	6,3	1	1,0	1	1,0	1	1,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	1,0	33	34,4
QI-ID 50969: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen	61	0	0,0	20	32,8	1	1,6	0	0,0	2	3,3	0	0,0	2	3,3	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	1,6	33	54,1
QI-ID 50979: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	57	1	1,8	14	24,6	0	0,0	0	0,0	3	5,3	1	1,8	0	0,0	4	7,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	32	56,1
QI-ID 50984: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	89	1	1,1	30	33,7	3	3,4	0	0,0	3	3,4	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,4	48	53,9
QI-ID 50989: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	167	7	4,2	62	37,1	4	2,4	2	1,2	6	3,6	4	2,4	4	2,4	4	2,4	1	0,6	0	0,0	1	0,6	2	1,2	2	1,2	68	40,7
QI-ID 51866: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen	102	2	2,0	60	58,8	16	15,7	5	4,9	2	2,0	1	1,0	2	2,0	5	4,9	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	7	6,9
Gesamt	**1.320**	**29**	**2,2**	**590**	**44,7**	**53**	**4,0**	**18**	**1,4**	**36**	**2,7**	**19**	**1,4**	**13**	**1,0**	**41**	**3,1**	**6**	**0,5**	**1**	**0,1**	**4**	**0,3**	**10**	**0,8**	**11**	**0,8**	**489**	**37,0**

28.4 Ergebnisse pro Bundesland

17n3-HÜFT-WECH	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	185	0	0,0	45	24,3	4	2,2	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	132	71,4
Baden-Württemberg	142	0	0,0	33	23,2	6	4,2	1	0,7	4	2,8	10	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	88	62,0
Berlin	54	0	0,0	20	37,0	0	0,0	0	0,0	6	11,1	6	11,1	0	0,0	3	5,6	6	11,1	0	0,0	0	0,0	10	18,5	0	0,0	3	5,6
Brandenburg	38	0	0,0	25	65,8	0	0,0	0	0,0	6	15,8	0	0,0	0	0,0	7	18,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	13	1	7,7	11	84,6	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	0	0,0	0	0,0
Hamburg	30	0	0,0	20	66,7	0	0,0	2	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	26,7
Hessen	89	0	0,0	47	52,8	5	5,6	1	1,1	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	36	40,4
Mecklenburg-Vorpommern	15	0	0,0	9	60,0	1	6,7	4	26,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
Niedersachsen	145	7	4,8	70	48,3	9	6,2	6	4,1	5	3,4	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	46	31,7
Nordrhein-Westfalen	303	21	6,9	151	49,8	2	0,7	3	1,0	6	2,0	1	0,3	0	0,0	18	5,9	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	99	32,7
Rheinland-Pfalz	94	0	0,0	46	48,9	5	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	40	42,6
Saarland	19	0	0,0	14	73,7	4	21,1	0	0,0	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
Sachsen	70	0	0,0	42	60,0	5	7,1	0	0,0	6	8,6	0	0,0	0	0,0	3	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	12,9	5	7,1
Sachsen-Anhalt	56	0	0,0	28	50,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	3	5,4	0	0,0	0	0,0	23	41,1
Schleswig-Holstein	33	0	0,0	13	39,4	5	15,2	1	3,0	0	0,0	0	0,0	13	39,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,0
Thüringen	34	0	0,0	16	47,1	6	17,6	0	0,0	2	5,9	0	0,0	0	0,0	3	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	20,6
Gesamt	**1.320**	**29**	**2,2**	**590**	**44,7**	**53**	**4,0**	**18**	**1,4**	**36**	**2,7**	**19**	**1,4**	**13**	**1,0**	**41**	**3,1**	**6**	**0,5**	**1**	**0,1**	**4**	**0,3**	**10**	**0,8**	**11**	**0,8**	**489**	**37,0**

29 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

29.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

17n5-KNIE-TEP	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 276: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	104	15,8	1	1,0	32	30,8	71	68,3	0	0,0	4	3,8	0	0,0	21	20,2
QI-ID 277: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	11	1,7	0	0,0	8	72,7	3	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 472: Sterblichkeit im Krankenhaus	123	18,6	0	0,0	26	21,1	97	78,9	0	0,0	3	2,4	0	0,0	1	0,8
QI-ID 2218: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	48	7,3	0	0,0	35	72,9	13	27,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,3
QI-ID 10953: Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode	117	17,7	0	0,0	79	67,5	38	32,5	0	0,0	4	3,4	0	0,0	9	7,7
QI-ID 51004: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	53	8	0	0,0	35	66,0	18	34,0	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	18	2,7	0	0,0	9	50,0	9	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51014: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Frakturen	18	2,7	0	0,0	12	66,7	6	33,3	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	44	6,7	0	0,0	17	38,6	27	61,4	0	0,0	2	4,5	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51024: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	17	2,6	0	0,0	6	35,3	11	64,7	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51029: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	72	10,9	0	0,0	43	59,7	29	40,3	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51034: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	35	5,3	0	0,0	13	37,1	22	62,9	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	2,9
Gesamt	**660**	**100,0**	**1**	**0,2**	**315**	**47,7**	**344**	**52,1**	**0**	**0,0**	**16**	**2,4**	**0**	**0,0**	**35**	**5,3**

29.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

17n5-KNIE-TEP	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	126	19,1	0	0,0	108	16,4	18	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	87	13,2	0	0,0	59	8,9	28	4,2	0	0,0	2	0,3	0	0,0	8	1,2
Berlin	17	2,6	0	0,0	0	0,0	17	2,6	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	19	2,9	0	0,0	0	0,0	19	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	0,5	0	0,0	0	0,0	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	15	2,3	0	0,0	8	1,2	7	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	38	5,8	0	0,0	20	3,0	18	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	17	2,6	0	0,0	6	0,9	11	1,7	0	0,0	5	0,8	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	71	10,8	1	0,2	26	3,9	44	6,7	0	0,0	2	0,3	0	0,0	8	1,2
Nordrhein-Westfalen	127	19,2	0	0,0	42	6,4	85	12,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	1,8
Rheinland-Pfalz	50	7,6	0	0,0	22	3,3	28	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5
Saarland	5	0,8	0	0,0	0	0,0	5	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	26	3,9	0	0,0	1	0,2	25	3,8	0	0,0	2	0,3	0	0,0	2	0,3
Sachsen-Anhalt	18	2,7	0	0,0	11	1,7	7	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	17	2,6	0	0,0	7	1,1	10	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	24	3,6	0	0,0	5	0,8	19	2,9	0	0,0	4	0,6	0	0,0	2	0,3
Gesamt	**660**	**100,2**	**1**	**0,2**	**315**	**47,8**	**344**	**52,3**	**0**	**0,0**	**16**	**2,5**	**0**	**0,0**	**35**	**5,3**

29.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

17n5-KNIE-TEP	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
QI-ID 276: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	104	2	1,9	8	7,7	9	8,7	4	3,8	11	10,6	1	1,0	0	0,0	37	35,6	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	31	29,8
QI-ID 277: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	11	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	2	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	63,6
QI-ID 472: Sterblichkeit im Krankenhaus	123	3	2,4	88	71,5	1	0,8	2	1,6	0	0,0	1	0,8	0	0,0	2	1,6	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	20,3
QI-ID 2218: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	48	1	2,1	1	2,1	1	2,1	0	0,0	3	6,3	0	0,0	0	0,0	7	14,6	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	70,8
QI-ID 10953: Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode	117	0	0,0	11	9,4	2	1,7	0	0,0	6	5,1	3	2,6	0	0,0	16	13,7	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,9	2	1,7	75	64,1
QI-ID 51004: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	53	0	0,0	9	17,0	5	9,4	1	1,9	1	1,9	0	0,0	1	1,9	2	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	64,2
QI-ID 51009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden	18	0	0,0	4	22,2	0	0,0	0	0,0	1	5,6	2	11,1	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,1	8	44,4
QI-ID 51014: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Frakturen	18	0	0,0	6	33,3	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	11	61,1
QI-ID 51019: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen	44	0	0,0	19	43,2	2	4,5	1	2,3	0	0,0	1	2,3	0	0,0	4	9,1	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	36,4
QI-ID 51024: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	17	1	5,9	6	35,3	0	0,0	1	5,9	1	5,9	0	0,0	0	0,0	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	5	29,4
QI-ID 51029: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	72	0	0,0	23	31,9	1	1,4	1	1,4	1	1,4	2	2,8	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	42	58,3
QI-ID 51034: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	35	0	0,0	12	34,3	4	11,4	2	5,7	2	5,7	1	2,9	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	12	34,3
Gesamt	**660**	**7**	**1,1**	**187**	**28,3**	**26**	**3,9**	**12**	**1,8**	**27**	**4,1**	**11**	**1,7**	**1**	**0,2**	**76**	**11,5**	**3**	**0,5**	**1**	**0,2**	**1**	**0,2**	**1**	**0,2**	**7**	**1,1**	**300**	**45,5**

29.4 Ergebnisse pro Bundesland

17n5-KNIE-TEP	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	126	1	0,8	5	4,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	108	85,7
Baden-Württemberg	87	0	0,0	13	14,9	5	5,7	0	0,0	5	5,7	3	3,4	0	0,0	16	18,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	44	50,6
Berlin	17	2	11,8	7	41,2	0	0,0	0	0,0	2	11,8	1	5,9	0	0,0	2	11,8	3	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	19	0	0,0	13	68,4	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	5	26,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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
Hamburg	15	1	6,7	4	26,7	0	0,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	53,3
Hessen	38	0	0,0	14	36,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,9	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	52,6
Mecklenburg-Vorpommern	17	0	0,0	5	29,4	0	0,0	5	29,4	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	6	35,3
Niedersachsen	71	0	0,0	26	36,6	5	7,0	0	0,0	5	7,0	1	1,4	0	0,0	7	9,9	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	26	36,6
Nordrhein-Westfalen	127	3	2,4	53	41,7	5	3,9	1	0,8	0	0,0	1	0,8	0	0,0	18	14,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,1	42	33,1
Rheinland-Pfalz	50	0	0,0	12	24,0	3	6,0	0	0,0	3	6,0	3	6,0	0	0,0	4	8,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,0	22	44,0
Saarland	5	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	26	0	0,0	12	46,2	4	15,4	0	0,0	5	19,2	1	3,8	0	0,0	3	11,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8
Sachsen-Anhalt	18	0	0,0	4	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	61,1
Schleswig-Holstein	17	0	0,0	4	23,5	1	5,9	4	23,5	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	7	41,2
Thüringen	24	0	0,0	10	41,7	2	8,3	0	0,0	4	16,7	0	0,0	0	0,0	3	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	20,8
Gesamt	**660**	**7**	**1,1**	**187**	**28,3**	**26**	**3,9**	**12**	**1,8**	**27**	**4,1**	**11**	**1,7**	**1**	**0,2**	**76**	**11,5**	**3**	**0,5**	**1**	**0,2**	**1**	**0,2**	**1**	**0,2**	**7**	**1,1**	**300**	**45,5**

30 Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

30.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

17n7-KNIE-WECH	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 292: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	24	3,7	2	8,3	13	54,2	9	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
QI-ID 295: Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	210	32,7	3	1,4	65	31,0	141	67,1	1	0,5	4	1,9	0	0,0	8	3,8
QI-ID 476: Sterblichkeit im Krankenhaus	64	10	0	0,0	5	7,8	59	92,2	0	0,0	3	4,7	0	0,0	2	3,1
QI-ID 2220: Gefäßläsion/Nervenschaden	21	3,3	0	0,0	10	47,6	11	52,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8
QI-ID 51044: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	58	9	0	0,0	47	81,0	11	19,0	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	22	3,4	0	0,0	12	54,5	10	45,5	0	0,0	1	4,5	0	0,0	2	9,1
QI-ID 51054: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	37	5,8	0	0,0	25	67,6	12	32,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,4
QI-ID 51059: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	69	10,7	0	0,0	54	78,3	15	21,7	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0
QI-ID 51064: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	97	15,1	0	0,0	58	59,8	39	40,2	0	0,0	2	2,1	0	0,0	2	2,1
QI-ID 51874: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infekt-zeichen	41	6,4	0	0,0	1	2,4	40	97,6	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	2,4
Gesamt	**643**	**100,0**	**5**	**0,8**	**290**	**45,1**	**347**	**54,0**	**1**	**0,2**	**12**	**1,9**	**0**	**0,0**	**18**	**2,8**

30.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

17n7-KNIE-WECH	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	116	18,0	0	0,0	62	9,6	54	8,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	75	11,7	0	0,0	56	8,7	18	2,8	1	0,2	4	0,6	0	0,0	4	0,6
Berlin	26	4,0	0	0,0	2	0,3	24	3,7	0	0,0	4	0,6	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	14	2,2	0	0,0	0	0,0	14	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	2	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	14	2,2	0	0,0	11	1,7	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	44	6,8	0	0,0	22	3,4	22	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	9	1,4	0	0,0	0	0,0	9	1,4	0	0,0	3	0,5	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	80	12,4	0	0,0	16	2,5	64	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,8
Nordrhein-Westfalen	116	18,0	0	0,0	57	8,9	59	9,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	1,4
Rheinland-Pfalz	44	6,8	0	0,0	31	4,8	13	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	9	1,4	0	0,0	0	0,0	9	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	32	5,0	0	0,0	1	0,2	31	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	26	4,0	5	0,8	18	2,8	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	15	2,3	0	0,0	1	0,2	14	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	21	3,3	0	0,0	13	2,0	8	1,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**643**	**99,8**	**5**	**0,8**	**290**	**45,1**	**347**	**54,0**	**1**	**0,2**	**12**	**1,9**	**0**	**0,0**	**18**	**2,8**

30.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

17n7-KNIE-WECH	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 292: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	24	0	0,0	2	8,3	6	25,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,3	0	0,0	0	0,0	13	54,2
QI-ID 295: Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	210	6	2,9	83	39,5	16	7,6	9	4,3	3	1,4	1	0,5	0	0,0	21	10,0	0	0,0	1	0,5	3	1,4	0	0,0	2	1,0	65	31,0
QI-ID 476: Sterblichkeit im Krankenhaus	64	0	0,0	53	82,8	1	1,6	0	0,0	3	4,7	0	0,0	1	1,6	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	7,8
QI-ID 2220: Gefäßläsion/Nervenschaden	21	0	0,0	10	47,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	47,6
QI-ID 51044: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	58	0	0,0	7	12,1	2	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	81,0
QI-ID 51049: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Frakturen	22	0	0,0	6	27,3	1	4,5	0	0,0	2	9,1	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	54,5
QI-ID 51054: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	37	0	0,0	7	18,9	3	8,1	0	0,0	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	25	67,6
QI-ID 51059: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	69	0	0,0	12	17,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	78,3
QI-ID 51064: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	97	0	0,0	27	27,8	2	2,1	2	2,1	3	3,1	2	2,1	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,1	58	59,8
QI-ID 51874: Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen	41	0	0,0	25	61,0	8	19,5	1	2,4	2	4,9	1	2,4	0	0,0	2	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	2,4
Gesamt	**643**	**6**	**0,9**	**232**	**36,1**	**39**	**6,1**	**12**	**1,9**	**13**	**2,0**	**7**	**1,1**	**3**	**0,5**	**28**	**4,4**	**0**	**0,0**	**2**	**0,3**	**5**	**0,8**	**0**	**0,0**	**6**	**0,9**	**290**	**45,1**

30.4 Ergebnisse pro Bundesland

17n7-KNIE-WECH	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
	n	U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	116	1	0,9	32	27,6	13	11,2	0	0,0	0	0,0	2	1,7	0	0,0	6	5,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	62	53,4
Baden-Württemberg	75	0	0,0	9	12,0	2	2,7	0	0,0	5	6,7	1	1,3	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	56	74,7
Berlin	26	0	0,0	18	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0	3	11,5	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,7
Brandenburg	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
Bremen	2	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	14	0	0,0	3	21,4	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	11	78,6
Hessen	44	0	0,0	18	40,9	2	4,5	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	0	0,0	22	50,0
Mecklenburg-Vorpommern	9	0	0,0	5	55,6	1	11,1	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	80	2	2,5	42	52,5	9	11,3	5	6,3	3	3,8	0	0,0	0	0,0	3	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	20,0
Nordrhein-Westfalen	116	3	2,6	39	33,6	2	1,7	1	0,9	3	2,6	2	1,7	0	0,0	8	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	57	49,1
Rheinland-Pfalz	44	0	0,0	7	15,9	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,8	31	70,5
Saarland	9	0	0,0	7	77,8	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	0	0,0
Sachsen	32	0	0,0	25	78,1	3	9,4	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	1	3,1
Sachsen-Anhalt	26	0	0,0	3	11,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	19,2	0	0,0	0	0,0	18	69,2
Schleswig-Holstein	15	0	0,0	4	26,7	2	13,3	1	6,7	2	13,3	0	0,0	3	20,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
Thüringen	21	0	0,0	5	23,8	2	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	61,9
Gesamt	**643**	**6**	**0,9**	**232**	**36,1**	**39**	**6,1**	**12**	**1,9**	**13**	**2,0**	**7**	**1,1**	**3**	**0,5**	**28**	**4,4**	**0**	**0,0**	**2**	**0,3**	**5**	**0,8**	**0**	**0,0**	**6**	**0,9**	**290**	**45,1**

31 Pflege: Dekubitusprophylaxe

31.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Qualitätsindikator

DEK	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Qualitätsindikator	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	75	10,5	0	0,0	2	2,7	73	97,3	0	0,0	6	8,0	2	2,7	16	21,3
QI-ID 52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	639	89,5	1	0,2	131	20,5	507	79,3	0	0,0	8	1,3	2	0,3	30	4,7
Gesamt	**714**	**100,0**	**1**	**0,1**	**133**	**18,6**	**580**	**81,2**	**0**	**0,0**	**14**	**2,0**	**4**	**0,6**	**46**	**6,4**

31.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

DEK	Rechnerische Auffälligkeiten		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	102	14,3	0	0,0	94	13,2	8	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	78	10,9	0	0,0	38	5,3	40	5,6	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Berlin	32	4,5	0	0,0	0	0,0	32	4,5	0	0,0	7	1,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	28	3,9	0	0,0	0	0,0	28	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	6	0,8	0	0,0	0	0,0	6	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	7	1,0	0	0,0	0	0,0	7	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	42	5,9	0	0,0	0	0,0	42	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	16	2,2	0	0,0	0	0,0	16	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	75	10,5	1	0,1	0	0,0	74	10,4	0	0,0	2	0,3	0	0,0	10	1,4
Nordrhein-Westfalen	163	22,8	0	0,0	0	0,0	163	22,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	4,2
Rheinland-Pfalz	31	4,3	0	0,0	0	0,0	31	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Saarland	11	1,5	0	0,0	0	0,0	11	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	48	6,7	0	0,0	0	0,0	48	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	33	4,6	0	0,0	1	0,1	32	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	23	3,2	0	0,0	0	0,0	23	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	19	2,7	0	0,0	0	0,0	19	2,7	0	0,0	4	0,6	4	0,6	4	0,6
Gesamt	**714**	**99,8**	**1**	**0,1**	**133**	**18,6**	**580**	**81,1**	**0**	**0,0**	**14**	**2,0**	**4**	**0,6**	**46**	**6,4**

31.3 Ergebnisse pro Qualitätsindikator

DEK	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Qualitätsindikator	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
QI-ID 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	75	3	4,0	6	8,0	8	10,7	3	4,0	21	28,0	6	8,0	4	5,3	17	22,7	3	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,7	2	2,7
QI-ID 52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	639	22	3,4	145	22,7	116	18,2	14	2,2	43	6,7	12	1,9	2	0,3	125	19,6	5	0,8	14	2,2	1	0,2	0	0,0	9	1,4	131	20,5
Gesamt	**714**	**25**	**3,5**	**151**	**21,1**	**124**	**17,4**	**17**	**2,4**	**64**	**9,0**	**18**	**2,5**	**6**	**0,8**	**142**	**19,9**	**8**	**1,1**	**14**	**2,0**	**1**	**0,1**	**0**	**0,0**	**11**	**1,5**	**133**	**18,6**

31.4 Ergebnisse pro Bundesland

DEK	Rechnerische Auffälligkeiten	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges						Hinweis	
		U31		U32		U33		U99		A41		A42		A99		D50		D51		D99		S90		S91		S99		H20/H99	
Bundesland	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	102	0	0,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0	2	2,0	4	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	94	92,2
Baden-Württemberg	78	0	0,0	9	11,5	24	30,8	0	0,0	5	6,4	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38	48,7
Berlin	32	0	0,0	15	46,9	0	0,0	0	0,0	6	18,8	0	0,0	0	0,0	11	34,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	28	1	3,6	2	7,1	0	0,0	2	7,1	4	14,3	0	0,0	0	0,0	18	64,3	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	6	0	0,0	2	33,3	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	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	0,0
Hessen	42	0	0,0	3	7,1	15	35,7	9	21,4	4	9,5	5	11,9	0	0,0	6	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	16	0	0,0	6	37,5	1	6,3	0	0,0	2	12,5	0	0,0	2	12,5	0	0,0	0	0,0	5	31,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	75	12	16,0	20	26,7	31	41,3	1	1,3	7	9,3	0	0,0	0	0,0	3	4,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	163	8	4,9	48	29,4	6	3,7	1	0,6	10	6,1	3	1,8	1	0,6	73	44,8	6	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	4,3	0	0,0
Rheinland-Pfalz	31	0	0,0	10	32,3	0	0,0	0	0,0	7	22,6	3	9,7	0	0,0	11	35,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	11	0	0,0	9	81,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	48	1	2,1	12	25,0	15	31,3	0	0,0	6	12,5	1	2,1	2	4,2	7	14,6	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	3	6,3	0	0,0
Sachsen-Anhalt	33	0	0,0	4	12,1	7	21,2	0	0,0	2	6,1	0	0,0	0	0,0	10	30,3	0	0,0	8	24,2	0	0,0	0	0,0	1	3,0	1	3,0
Schleswig-Holstein	23	3	13,0	1	4,3	13	56,5	4	17,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	19	0	0,0	3	15,8	7	36,8	0	0,0	9	47,4	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
Gesamt	**714**	**25**	**3,5**	**151**	**21,1**	**124**	**17,4**	**17**	**2,4**	**64**	**9,0**	**18**	**2,5**	**6**	**0,8**	**142**	**19,9**	**8**	**1,1**	**14**	**2,0**	**1**	**0,1**	**0**	**0,0**	**11**	**1,5**	**133**	**18,6**

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Laura Nölke, Georg Heinze, Axel Mertens

Bericht zur Datenvalidierung 2015

Erfassungsjahr 2014

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 17. Mai 2016

Impressum

Thema:
Bericht zur Datenvalidierung 2015. Erfassungsjahr 2014

Autoren:
Laura Nölke, Georg Heinze, Axel Mertens

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
17. Mai 2016

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org
http://www.iqtig.org

© IQTIG 2016

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 5
Abbildungsverzeichnis 6
Abkürzungsverzeichnis 7
Zusammenfassung 8
1 Einleitung 13
2 Methodik 15
2.1 Statistische Basisprüfung mit strukturiertem Dialog 15
2.1.1 Durchführung 16
2.1.2 Bewertung 17
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 19
3 Umfassende Datenvalidierung 21
3.1 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation 21
3.1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog 21
3.1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 24
3.1.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität 27
3.2 Nierentransplantation 29
3.2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog 29
3.2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 30
3.2.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität 32
3.3 Leberlebendspende 33
3.3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog 33
3.3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 33
3.3.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität 35
4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung) 37
4.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) 37
4.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) 38
4.3 Koronarchirurgie, isoliert 39
4.4 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie 40
4.5 Herzschrittmacher-Implantation 41
4.6 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation 42

4.7 Karotis-Revaskularisation ... 44
4.8 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) ... 45
4.9 Geburtshilfe ... 47
4.10 Hüftgelenknahe Femurfraktur ... 48
4.11 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation ... 49
4.12 Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel ... 50
4.13 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation ... 52
4.14 Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel ... 53
4.15 Mammachirurgie ... 55
5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 57
5.1 Indirekte QS-Verfahren ... 57
5.1.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation ... 57
5.1.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation ... 61
5.1.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz ... 65
5.1.4 Erkenntnisse zur Vollzähligkeit ... 68
5.2 Direkte QS-Verfahren ... 68
5.2.1 Herzchirurgie ... 68
5.2.2 Transplantationen und Lebendspenden ... 69
6 Erkenntnisse aus dem Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren ... 73
7 Schlussfolgerung und Ausblick ... 77
Glossar ... 79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Nierentransplantation – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität .. 8
Tabelle 2: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität 10
Tabelle 3: Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung 11
Tabelle 4: Bewertung der Ergebnisse und Maßnahmen 17
Tabelle 5: Kategorisierung der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität 20
Tabelle 6: Kategorisierung der Sensitivität und Spezifität zur Bewertung der Datenvalidität ... 20
Tabelle 7:Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog 22
Tabelle 8: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Mengengerüst der Stichprobenprüfung 25
Tabelle 9: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Ergebnisse der Stichprobenprüfung 25
Tabelle 10: Nierentransplantation – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung 29
Tabelle 11: Mengengerüst der Stichprobenprüfung mit Datenabgleich (Nierentransplantation) 30
Tabelle 12: Nierentransplantation – Ergebnisse der Stichprobenprüfung 31
Tabelle 13: Mengengerüst der Stichprobenprüfung (Leberlebendspende) 34
Tabelle 14: Leberlebendspende – Ergebnisse der Stichprobenprüfung 34
Tabelle 15: Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) – Ergebnisse 37
Tabelle 16: Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) – Ergebnisse 39
Tabelle 17: Koronarchirurgie, isoliert – Ergebnisse 40
Tabelle 18: Herzschrittmacher-Implantation – Ergebnisse 42
Tabelle 19: Implantierbare Defibrillatoren-Implantation – Ergebnisse 44
Tabelle 20: Karotis-Revaskularisation – Ergebnisse 45
Tabelle 21: Gynäkologische Operationen – Ergebnisse 46
Tabelle 22: Geburtshilfe – Ergebnisse 48
Tabelle 23: Hüftgelenknahe Femurfraktur – Ergebnisse 49
Tabelle 24: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation – Ergebnisse 50
Tabelle 25: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel – Ergebnisse 51
Tabelle 26: Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation – Ergebnisse 52
Tabelle 27: Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel – Ergebnisse 55
Tabelle 28: Mammachirurgie – Ergebnisse 56
Tabelle 29: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation – Ergebnisse 59
Tabelle 30: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation – Ergebnisse 63
Tabelle 31: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz – Ergebnisse 67
Tabelle 32: Herzchirurgie: Gesamtübersicht Strukturierter Dialog zur Vollzähligkeitsprüfung . 69
Tabelle 33: Transplantationen und Lebendspenden – Dokumentationsraten 71
Tabelle 34: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren (gesamt) 73
Tabelle 35: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs: Qualitätsindikatoren mit Dokumentationsproblemen 75

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Ergebnis Statistische Basisprüfung 9
Abbildung 2: Verstetigte Auffälligkeitskriterien – Ergebnis Statistische Basisprüfung 11
Abbildung 3: Verfahren der Datenvalidierung 15
Abbildung 4: AK Unterdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten 58
Abbildung 5: AK-Überdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten 62

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AK	Auffälligkeitskriterium
AK-ID	Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums
AQUA	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
MDS	Minimaldatensatz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QI	Qualitätsindikator
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
SGB	Sozialgesetzbuch

© IQTIG 2016

Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der Datenvalidierung 2015 zum Erfassungsjahr 2014 berichtet. Für diesen Zeitraum waren die QS-Verfahren *Nierentransplantation*, *Leberlebendspende* und *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* für die umfassende Datenvalidierung ausgewählt worden. Zudem erfolgt neben einer Überprüfung weiterer QS-Verfahren (mit verstetigten Auffälligkeitskriterien) im Hinblick auf Plausibilität und Vollständigkeit auch eine Prüfung der Vollzähligkeit in allen QS-Verfahren.

Insgesamt wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 147 Auffälligkeitskriterien überprüft. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden für die Datenvalidierung 1.645 rechnerische Auffälligkeiten analysiert und bewertet.

Für die Stichprobenprüfung wurden mittels Zufallsstichprobe für die beiden direkten QS-Verfahren *Nierentransplantation* und *Leberlebendspende* 8 Krankenhausstandorte mit 120 Fällen gezogen. Beim indirekten QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* wurden die Daten von 43 Krankenhausstandorten mit 496 Fällen zur Prüfung an die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung übermittelt und nach Abschluss des Stichprobenverfahrens an das Institut nach § 137a SGB V gesendet.

Nierentransplantation

Im QS-Verfahren *Nierentransplantation* wurde im Rahmen der Statistischen Basisprüfung ein einzelnes Auffälligkeitskriterium überprüft. Bei 9 rechnerischen Auffälligkeiten wurde in allen Fällen eine Stellungnahme angefordert. Bei keinem der angefragten Krankenhausstandorte wurden jedoch Dokumentationsfehler festgestellt.

Im Rahmen der Stichprobenprüfung mit Datenabgleich wurden die Informationen zu 19 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse führte dazu, dass 2 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden mussten (vgl. Tabelle 1). Insgesamt zeigten sich bei 2 von 4 besuchten Krankenhausstandorten Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte für diese beiden Datenfelder.

Tabelle 1: Nierentransplantation – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfelds	Bezeichnung des Datenfelds
43	Reoperation erforderlich
44	sonstige Komplikation

Leberlebendspende

Im QS-Verfahren *Leberlebendspende* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung keine Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit und Plausibilität entwickelt und überprüft.

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 25 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass keines der untersuchten Datenfelder eine „verbesserungsbedürftige“ Datenvalidität aufwies.

Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Im QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* wurden im Rahmen der Statistischen Basisprüfung 6 neue Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit und Plausibilität überprüft. Bei 125 rechnerischen Auffälligkeiten wurde in 76 % der Fälle (n = 95) eine Stellungnahme angefordert. Bei 58,9 % der angefragten Krankenhausstandorte wurden Dokumentationsfehler festgestellt, 2,1 % der angefragten Krankenhausstandorte nannten keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten und bei 34,7 % zeigte sich, dass die Dokumentation korrekt war. Bei 3,2 % wurde die Bewertung „Sonstiges“ vergeben, da der Strukturierte Dialog und somit das Stellungnahmeverfahren noch nicht beendet war oder eine andere Erklärung für die rechnerischen Auffälligkeiten abgegeben wurde (vgl. Abbildung 1).

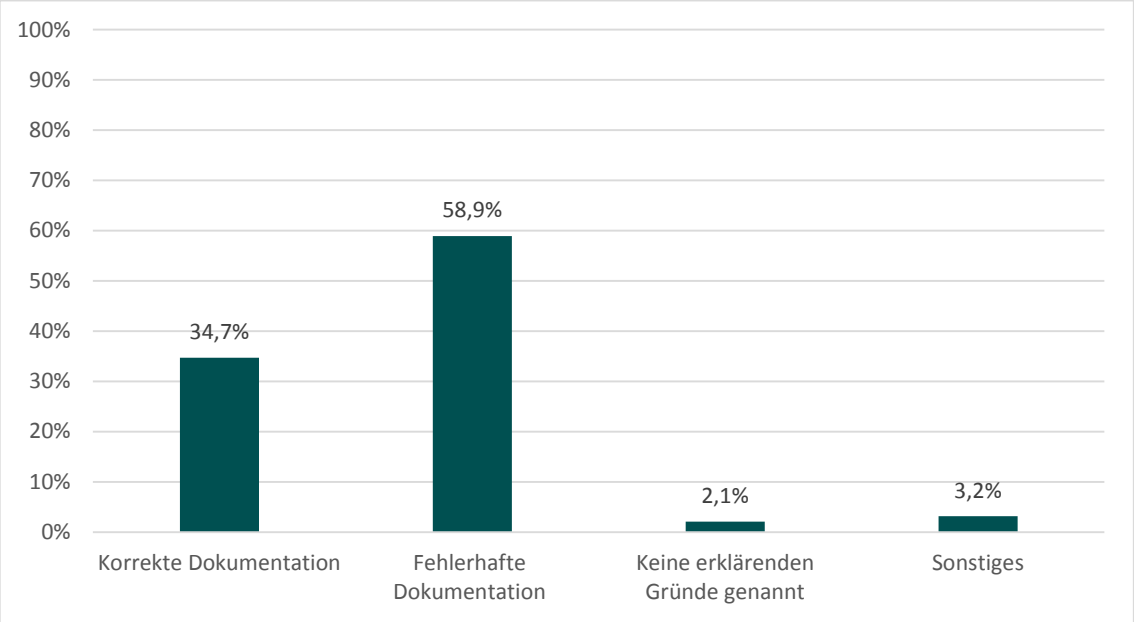


Abbildung 1: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Ergebnis Statistische Basisprüfung

Im Rahmen der Stichprobenprüfung wurden die Informationen zu 40 Datenfeldern erneut erfasst. Die Auswertung der Ergebnisse führte dazu, dass 2 Datenfelder hinsichtlich ihrer Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet werden mussten (vgl. Tabelle 2). Insgesamt zeigten sich bei 26 von 43 besuchten Krankenhausstandorten Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte für diese beiden Datenfelder.

Tabelle 2: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Datenfelder mit verbesserungsbedürftiger Datenvalidität

Nr. des Datenfeldes	Bezeichnung des Datenfeldes
55	Reizschwelle
57	R-Amplitude

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

Bezogen auf die Überprüfung der Datensätze hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit konnten bei allen indirekten Verfahren insgesamt 728 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt werden. Die Auffälligkeiten werden auf Ebene der Krankenhausstandorte und pro Auffälligkeitskriterium bestimmt, sodass ein Standort mehrfach rechnerisch auffällig werden kann. Es wurden 74,3 % der Krankenhausstandorte (n = 541) mit der Bitte um Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme angeschrieben. Der Strukturierte Dialog hat ergeben, dass 49,4 % (n = 267) der rechnerischen Auffälligkeiten, für die eine Stellungnahme vorliegt, durch eine fehlerhafte Dokumentation bedingt sind (vgl. Abbildung 2). Bei den direkten Verfahren wurden 49 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Es wurden alle auffälligen Standorte angeschrieben mit der Bitte um Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu den Auffälligkeiten. In 49 % der Stellungnahmen (n = 24) wurden die rechnerischen Auffälligkeiten mit einer fehlerhaften Dokumentation begründet (vgl. Abbildung 2).

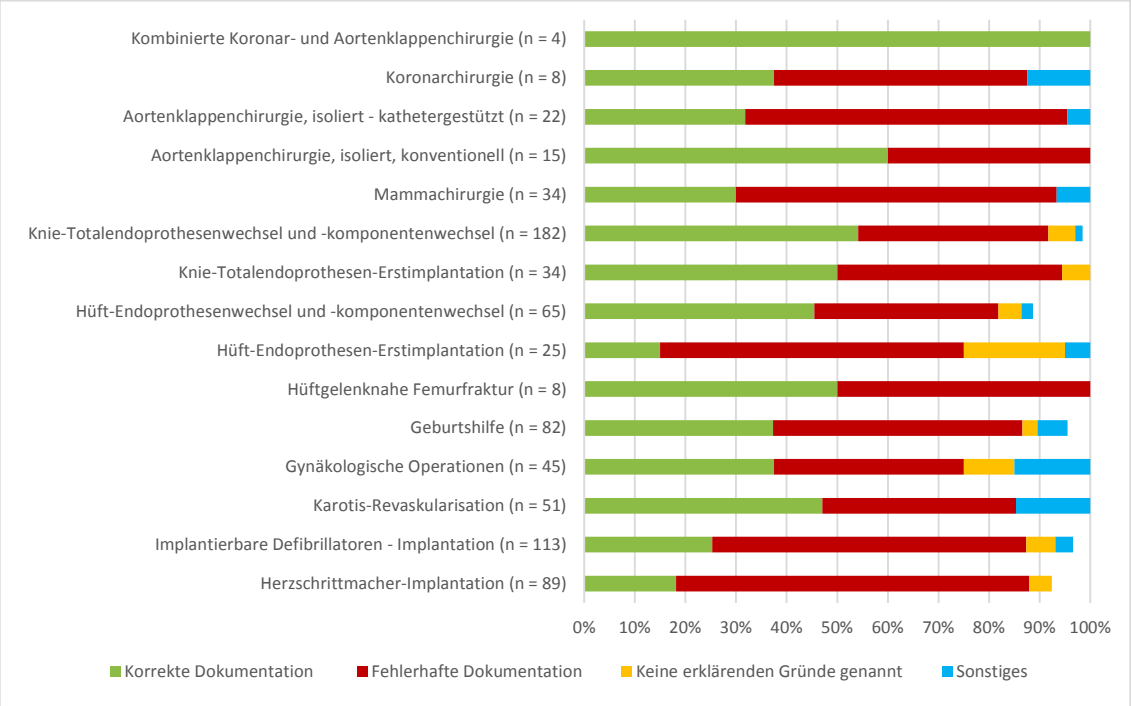


Abbildung 2: Verstetigte Auffälligkeitskriterien – Ergebnis Statistische Basisprüfung

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Bei der Anwendung der Vollzähligkeitsprüfung auf den Bundesdatenpool 2014 zeigten sich insgesamt 683 rechnerische Auffälligkeiten bezogen auf die Auffälligkeitskriterien zur Unter- bzw. Überdokumentation und zum Minimaldatensatz. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich bei allen drei Auffälligkeitskriterien ein Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung

Auffälligkeitskriterium	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellungnahmen	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellungnahmen
Unterdokumentation	469	265	544	330
Überdokumentation	144	84	199	118
Minimaldatensatz	70	42	95	55

Da sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden zudem auch die Follow-up-Ergebnisse der Patienten nach ein, zwei und drei Jahren in Form von Auffälligkeitskriterien dokumentiert werden, wurden diese zusätzlich bei der Überprüfung der Vollzähligkeit berücksichtigt. Diesbezüglich wurden weitere 31 rechnerische Auffälligkeiten identifiziert. Außerdem wurden bei der Überprüfung der häufigen Angabe eines unbekannten Follow-up-Status noch

6 weitere rechnerische Auffälligkeiten analysiert. Auch hier zeigte sich im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten.

Bericht: Strukturierter Dialog zu den Qualitätsindikatoren

Für den Strukturierten Dialog zum Erfassungsjahr 2014 zur Klärung rechnerischer Auffälligkeiten bei den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren wurden nach Auswertung der Datenätze für 16.428 Indikatorergebnisse rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Zu den rechnerischen Auffälligkeiten wurden insgesamt 9.600 (58,4 %) Stellungnahmen angefordert und 6.691 (40,7 %) Hinweise versendet. Nach Überprüfung der von den Krankenhausstandorten eingereichten Stellungnahmen wurden letztlich 10,3 % (n = 1.687) als „qualitativ auffällig“ bewertet. Als „qualitativ unauffällig“ wurden 38,3 % (n = 6.291) der Ergebnisse eingestuft. 8,7 % (n = 1.434) der rechnerischen Auffälligkeiten waren wegen fehlerhafter Dokumentation nicht zu bewerten. Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2013 n = 1.489) nahm der Anteil Letzterer damit um 3,7 % ab.

Die gesamten Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren sind in einem separaten Bericht aufgearbeitet. Dieser *Bericht zum Strukturierten Dialog 2015 – Erfassungsjahr 2014* ist nach Freigabe durch G-BA auf der Internetseite www.iqtig.org abrufbar.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Durch den Einsatz von Auffälligkeitskriterien bei der Statistischen Basisprüfung konnten Probleme hinsichtlich der Dokumentationsqualität identifiziert und im Strukturierten Dialog mit den Krankenhausstandorten zum Teil auch gelöst werden. Sofern Dokumentationsfehler vorlagen, wurden von den Standorten Maßnahmen zur künftigen Vermeidung eingeleitet.

Im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit Zweiterfassung und Datenabgleich zwischen QS-Dokumentation und der Dokumentation in der Patientenakte erfolgte die Bewertung der Datenvalidität ausgewählter Datenfelder auf Grundlage eines definierten Schemas. Dabei stellte sich heraus, dass in den untersuchten QS-Verfahren einige der untersuchten Datenfelder eine „verbesserungsbedürftige“ Datenvalidität aufwiesen.

Für die Datenvalidierung 2016 für das Erfassungsjahr 2015 wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zwei indirekte sowie ein direktes Verfahren ausgewählt. Eine umfassende Datenvalidierung wird in den QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*, *Mammachirurgie* und *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* durchgeführt werden.

1 Einleitung

Zum 1. Januar 2016 hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die Aufgaben als Institut nach § 137a SGB V und somit auch die Verantwortlichkeit für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung vom AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) übernommen. Der vorliegende Bericht über die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) bezieht sich auf die Daten des Erfassungsjahres 2014. Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten fanden im Jahr 2015 statt und wurden für die direkten QS-Verfahren noch durch das AQUA-Institut geführt.

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Dokumentationsqualität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert und wird jährlich in ausgewählten QS-Verfahren durchgeführt (vgl. § 9 QSKH-RL). Im Durchführungsjahr 2015 wurden die Daten aus dem Erfassungsjahr 2014 der QS-Verfahren *Nierentransplantation*, *Leberlebendspende* und *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* umfassend validiert. Zudem erfolgte die jährliche Überprüfung der Datensätze auf Plausibilität und Vollständigkeit in weiteren ausgewählten QS-Verfahren sowie die Auswertung der Vollzähligkeit der gelieferten Datensätze für alle QS-Verfahren.

Aufgrund von Änderungen in der QSKH-RL fand zum Erfassungsjahr 2014 erstmals eine Auswertung auf Standortebene (entlassender Standort) anstatt wie bisher auf Krankenhausebene statt. Durch diese Umstellung der Auswertungseinheit kam es vereinzelt vor, dass der Strukturierte Dialog mit Einrichtungen geführt wurde, die den Patienten zwar entlassen haben, aber die dokumentationspflichtige Leistung nicht selbst erbracht hatten. In diesen Fällen wurde die Bewertungskategorie „Sonstiges“ mit einem erklärenden Kommentar versehen. Auch im Hinblick auf das Stichprobenverfahren mit Zweiterfassung gab es zum Erfassungsjahr 2014 eine Änderung: Während bisher nur Krankenhäuser mit mehr als einem dokumentierten Fall in dem entsprechenden QS-Verfahren für die Ziehung der Zufallsstichprobe berücksichtigt wurden, dürfen ab dem Erfassungsjahr 2014 nur noch Standorte mit mehr als 4 Fällen herangezogen werden.

Nach einer kurzen Darstellung der Methodik des Datenvalidierungsverfahrens werden zunächst die Ergebnisse der umfassenden Datenvalidierung in den ausgewählten QS-Verfahren vorgestellt. Zudem werden auf Grundlage der Erfahrungen, die die Mitarbeiter der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) und des AQUA-Instituts im Rahmen der Datenvalidierung gesammelt haben, zentrale Dokumentationsprobleme benannt und Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt. Darüber hinaus wird beschrieben, welche Auswirkungen die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren in dem jeweiligen QS-Verfahren 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 QS-Verfahren.

Im abschließenden Kapitel wird ein Fazit formuliert und ein Ausblick gegeben, welche Weiterentwicklungen in der Datenvalidierung bereits umgesetzt bzw. geplant sind.

Detaillierte Ergebnisse finden sich in einem ausführlichen separaten Anhang.

2 Methodik

Im Folgenden wird die Methodik des AQUA-Instituts beschrieben, die der Durchführung des Datenvalidierungsverfahren 2015 zum Erfassungsjahr 2014 zugrunde liegt. Die Methodik wird derzeit vom IQTIG geprüft und überarbeitet.

Das Datenvalidierungsverfahren besteht aus zwei Segmenten, die sich sowohl in ihrer primären Zielsetzung als auch in ihrer Methodik unterscheiden. Abbildung 3 veranschaulicht die beiden Bausteine „Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ und „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“, die anschließend erläutert werden.

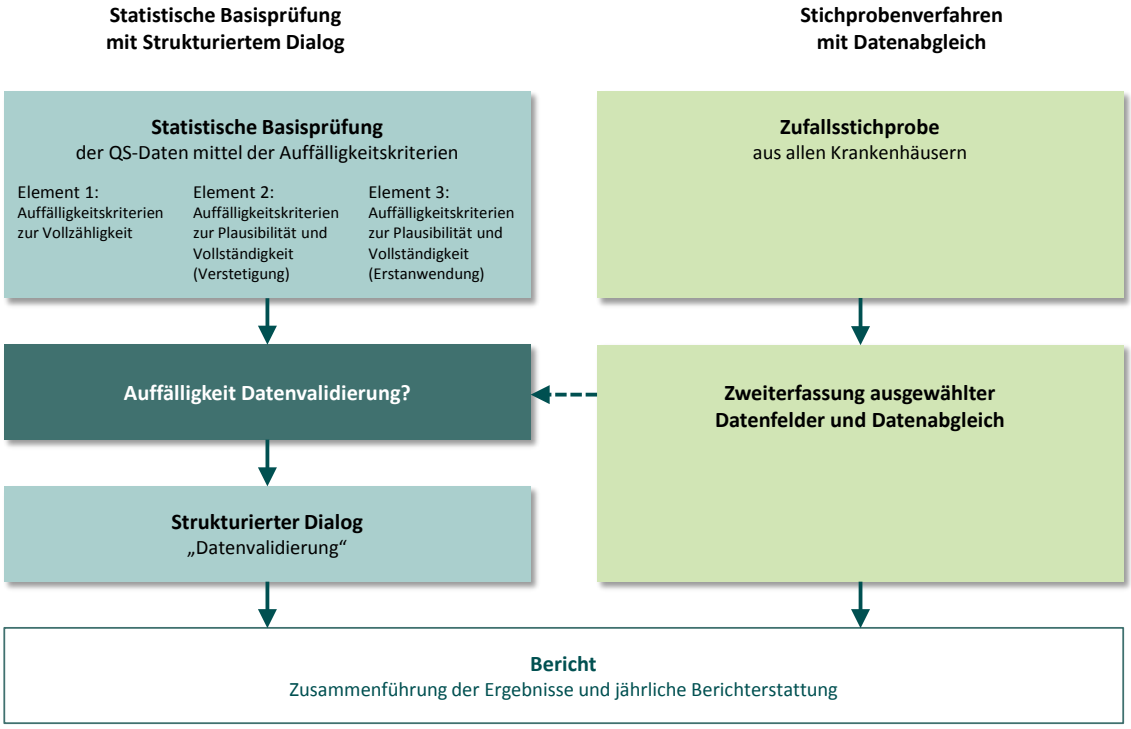


Abbildung 3: Verfahren der Datenvalidierung

2.1 Statistische Basisprüfung mit strukturiertem Dialog

Das Ziel der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ist die Identifikation von fehlerhaften, unvollständigen und unvollzähligen 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 Vollzähligkeit
Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden seit dem Erfassungsjahr 2011 in allen QS-Verfahren angewandt. Im Zuge dessen werden die Datensätze, die ein Krankenhausstandort in einem QS-Verfahren geliefert hat (Ist-Bestand), den Angaben der Sollstatistik (Soll-Bestand) gegenübergestellt. Auf Grundlage dieses Soll-Ist-Abgleichs werden pro QS-Verfahren jeweils ein

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Referenzbereich ≥ 95 % pro QS-Verfahren)[1] und ein Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Referenzbereich ≤ 110 % pro QS-Verfahren) berechnet. Zur Prüfung des Anteils an Minimaldatensätzen an den zu dokumentierenden Fällen wird zusätzlich in allen QS-Verfahren ein Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (AK MDS) eingesetzt; ausgenommen hiervon sind das QS-Verfahren *Neonatologie* sowie die orthopädischen, unfallchirurgischen und transplantationsmedizinischen QS-Verfahren. Da sowohl bei den Transplantationen als auch bei den Lebendspenden Follow-up-Daten erhoben werden, wurden für diese QS-Verfahren weitere Auffälligkeitskriterien eingeführt, die die Dokumentationsrate sowie die Angabe eines unbekannten 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 Vollzähligkeit und den verstetigten Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit der Vorjahre wird jedes Jahr auch ein Set neuer Auffälligkeitskriterien entwickelt, welches in den für die umfassende Datenvalidierung ausgewählten QS-Verfahren erstmals angewendet wird.

2.1.1 Durchführung

Auffälligkeitskriterien werden ratenbasiert (Zähler/Nenner) dargestellt und weisen einen Referenzbereich auf. Krankenhausstandorte, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, gelten als rechnerisch auffällig in Bezug auf die Dokumentationsqualität. Für diese Standorte wird ein Strukturierter Dialog zur Datenvalidität eingeleitet. Dazu bestehen die folgenden Möglichkeiten:

1. Einholen einer Stellungnahme vom jeweiligen Krankenhausstandort, 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 den Krankenhausstandort, der diesen 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 dem betreffenden Krankenhausstandort angefordert. In

[1] Eine Ausnahme bilden die transplantationsmedizinischen QS-Verfahren. Hier liegt der Referenzbereich bei ≥ 100,00 %.

dieser wird der Standort darum gebeten, die Dokumentation der auffälligen Fälle zu überprüfen und das Ergebnis der Überprüfung der zuständigen LQS bzw. der Institution nach § 137a SGB V schriftlich mitzuteilen. Zu diesem Zweck wird allen auffälligen Krankenhausstandorten – 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 Krankenhausstandorte 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 rechnerischen 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 Berichterstattung über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zur Datenvalidierung ist es erforderlich, dass die Antworten der Krankenhausstandorte von den LQS bzw. dem IQTIG bewertet werden. Die folgende Tabelle 4 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 A42 „Keine erklärenden Gründe genannt“. In der Kategorie „Sonstiges“ werden alle Fälle aufgeführt, die die Einstufung S91 oder S99 erhalten haben.

Tabelle 4: Bewertung der Ergebnisse und Maßnahmen

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
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	**30**	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (Datenvalidierung)
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
		33	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		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)

Neu hinzugekommen im Erfassungsjahr 2014 ist die Bewertungskategorie „U33 = Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig. Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)“.

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 Kommentars eindeutig ist, dass Dokumentationsfehler aufgetreten sind.

Unter anderem wurde mit den Kategorien 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 4 beschriebenen Zuordnung wie folgt abgewichen: Wenn aus dem Kommentar eindeutig hervorging, dass in einem Krankenhausstandort Dokumentationsfehler aufgetreten waren – wenn auch nur in einzelnen Fällen –, wurde dieser Krankenhausstandort ebenfalls in der Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ aufgeführt. Ist ein derartiger Fall aufgetreten, ist dies an der entsprechenden Stelle im Bericht auch aufgeführt. Im Anhang 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 Krankenhausstandorten 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 QS-Verfahren 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 QS-Verfahren jeweils 5 % der Krankenhausstandorte ausgewählt, die die zu überprüfenden medizinischen Leistungen anbieten und entsprechende Daten geliefert haben. Bei den direkten Verfahren sind in das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich mindestens 5 % der Krankenhausstandorte mit den ausgewählten QS-Verfahren einzuschließen. Bezogen auf die von allen Krankenhausstandorten in dem ausgewählten QS-Verfahren dokumentierten Fälle sind hierbei je QS-Verfahren mindestens 4 Standorte und mindestens 40 Fälle in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. Anschließend werden sowohl bei den direkten als auch bei den indirekten Verfahren für jeden der zufällig ausgewählten Krankenhausstandorte bis zu 20 Behandlungsfälle ebenfalls zufällig ausgewählt, bei denen anhand der Patientenakte die Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder erfolgt. Je nach QS-Verfahren (direkt oder indirekt) wird die Zweiterfassung in den Krankenhausstandorten von Mitarbeitern der LQS bzw. der Institution nach § 137a SGB V[2] durchgeführt. Um die Zweiterfassung in allen Krankenhäusern möglichst einheitlich zu gestalten, wird vom IQTIG 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 Fachgruppen auf Bundes- und Landesebene vorgestellt und von diesen bewertet. Auf Grundlage der Erkenntnisse aus dem Gespräch und der Bewertung durch die Fachgruppen Bundes- und Landesebene 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 QS-Verfahrens 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 entnommen werden.

[2] In der Fassung vom 1. Januar 2014. Seit 1. Januar 2016 wird diese Funktion vom IQTIG übernommen.

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 5 dargelegte Kategorisierung bzw. Bewertung der Datenvalidität angewendet:

Tabelle 5: Kategorisierung der Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität

Kategorisierung der Übereinstimmungsrate	Bewertung der Datenvalidität
Übereinstimmungsrate ≥ 90 %	hervorragend
Übereinstimmungsrate ≥ 80 % und < 90 %	gut
Übereinstimmungsrate < 80 %	verbesserungsbedürftig

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 zur Sensitivität und zur Spezifität erzielen. Für diese Kennzahlen wurde die in Tabelle 6 dargestellte Kategorisierung zur Bewertung der Datenvalidität gewählt:

Tabelle 6: Kategorisierung der Sensitivität und Spezifität zur Bewertung der Datenvalidität

Kategorisierung der Sensitivität und Spezifität	Bewertung der Datenvalidität
Sensitivität und Spezifität ≥ 90 %	hervorragend
Sensitivität oder Spezifität ≥ 80 % und < 90 %	gut
Sensitivität oder Spezifität < 80 %	verbesserungsbedürftig

Die Kennzahlen zur Sensitivität und zur 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 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

3.1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* 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 Betreuern der Fachgruppe auf Bundesebene seitens 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 6 Kriterien als relevant erachtet, die dem Unterausschuss für Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem verabschiedet wurden. Diese lauten wie folgt:

- AK-ID 850337: Häufige Angabe von nicht bekanntem Implantationsjahr beim Schrittmacher-Aggregat
- AK-ID 850338: Häufige Angabe von „unbekannt“ beim Zeitabstand zur Implantation der Sonde
- AK-ID 850339: Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen
- AK-ID 850340: Häufige Angabe „kein Eigenrhythmus“ an der 1.Ventrikelsonde
- AK-ID 850341: Keine Angabe von peri- bzw. postoperativen Komplikationen bei langer postoperativer Verweildauer, langer Eingriffsdauer und hoher Durchleuchtungszeit
- AK-ID 850342: Angabe von ausschließlich sonstigen interventionspflichtigen peri- bzw. postoperativen Komplikationen

Die Anwendung der Auffälligkeitskriterien auf den Bundesdatenpool 2014 erfolgte durch das AQUA-Institut. Die Pseudonyme der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser und deren Ergebnisse wurden den LQS anschließend 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.

Tabelle 7:Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

AK-ID	850337	850338	850339	850340	850341	850342
Referenzbereiche	≤ 22,26 % (95. Perzentil)	≤ 7,41 % (95. Perzentil)	≤ 19,51 % (95. Perzentil)	≤ 25,95 % (95. Perzentil)	< 100,00 %	≤ 1
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	17	13	31	19	44	1
Maßnahmen						
Hinweise	1	3	2	9	14	0
Stellungnahmen	16	10	29	10	29	1
Ergebnisse						
Korrekte Dokumentation	1	1	3	7	20	1
Fehlerhafte Dokumentation	14	8	25	3	6	0
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt	0	1	0	0	1	0
Sonstiges	1	0	0	0	2	0

Anmerkungen:

AK-ID 850337: Häufige Angabe von nicht bekanntem Implantationsjahr beim Schrittmacher-Aggregat
AK-ID 850338: Häufige Angabe von „unbekannt“ beim Zeitabstand zur Implantation der Sonde
AK-ID 850339: Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen
AK-ID 850340: Häufige Angabe „kein Eigenrhythmus“ an der 1.Ventrikelsonde
AK-ID 850341: Keine Angabe von peri- bzw. postoperativen Komplikationen bei langer postoperativer Verweildauer, langer Eingriffsdauer und hoher Durchleuchtungszeit
AK-ID 850342: Angabe von ausschließlich sonstigen interventionspflichtigen peri- bzw. postoperativen Komplikationen

AK-ID 850337: Häufige Angabe von nicht bekanntem Implantationsjahr beim Schrittmacher-Aggregat

Bei diesem Auffälligkeitskriterium wurden 17 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. 16 der betroffenen Krankenhausstandorte wurden um eine Stellungnahme gebeten, an einen Standort wurde ein Hinweis versendet. In 11 Fällen wurde eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt. In 3 Fällen wurde die Bewertungskategorie A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der Landesgeschäftsstellen eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese als „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung für das Erfassungsjahr 2015 zur Verstetigung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850338: Häufige Angabe von „unbekannt“ beim Zeitabstand zur Implantation der Sonde

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 13 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. 10 Krankenhausstandorte wurden um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 80 % der Stellungnahmen wurde die fehlerhafte Dokumentation bestätigt.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung für das Erfassungsjahr 2015 zur Verstetigung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850339: Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 31 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. 29 Krankenhausstandorte wurden um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 86,2 % der Stellungnahmen wurde die fehlerhafte Dokumentation bestätigt. In einem Fall wurde die Bewertungskategorie A99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der Landesgeschäftsstellen eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser Fall zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung für das Erfassungsjahr 2015 zur Verstetigung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850340: Häufige Angabe „kein Eigenrhythmus“ an der 1.Ventrikelsonde

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 19 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. 10 Krankenhausstandorte wurden um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 30 % der Stellungnahmen wurde die fehlerhafte Dokumentation bestätigt.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung als nicht zielführend bewertet und zur Streichung zum Erfassungsjahr 2015 vorgeschlagen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850341: Keine Angabe von peri- bzw. postoperativen Komplikationen bei langer postoperativer Verweildauer, langer Eingriffsdauer und hoher Durchleuchtungszeit

Für dieses Kriterium wurden 44 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. In 29 Fällen wurden Stellungnahmen angefordert. In 20,7 % der angeforderten Stellungnahmen wurde die fehlerhafte Dokumentation bestätigt. In einem Fall wurde die Bewertungskategorie A99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der Landesgeschäftsstellen eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser Fall zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung als nicht zielführend bewertet und zur Streichung zum Erfassungsjahr 2015 vorgeschlagen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850342: Angabe von ausschließlich sonstigen interventionspflichtigen peri- bzw. postoperativen Komplikationen

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurde 1 rechnerische Auffälligkeit festgestellt. Der betroffene Krankenhausstandort wurde um die Abgabe einer Stellungnahme gebeten und bestätigte die korrekte Dokumentation.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung als nicht zielführend bewertet und zur Streichung zum Erfassungsjahr 2015 vorgeschlagen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

3.1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Die Auswahl der Datenfelder, für die im QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* eine Zweiterfassung durchgeführt werden sollte, erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung und den entsprechenden Bundesfachgruppenbetreuern. Es wurden 40 der insgesamt 110 Datenfelder des Erfassungsbogens für den Datenabgleich ausgewählt. Die Ziehung der Zufallsstichprobe der zu untersuchenden Krankenhausstandorte und Patientenakten für das Erfassungsjahr 2014 erfolgte ebenfalls durch das AQUA-Institut. Dazu wurden unter Anwendung einer geschichteten Klumpenstichprobe pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zu diesem QS-Verfahren QS-Daten für das Erfassungsjahr 2014 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 43 Krankenhausstandorte ausgewählt, für die bundesweit 496 Fallakten durch die Mitarbeiter der LQS überprüft wurden. Es musste bundesweit auf 3 Reservefälle für den Datenabgleich zurückgegriffen werden. Tabelle 8 stellt die Anzahl der Krankenhausstandorte und Fallakten je Bundesland dar, welche dem Stichprobenverfahren unterworfen wurden.

Tabelle 8: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Mengengerüst der Stichprobenprüfung

Bundesland	Anzahl Krankenhausstandorte	Anzahl Fallakten
Baden-Württemberg	4	45
Bayern	6	57
Berlin	2	12
Brandenburg	2	23
Bremen	1	7
Hamburg	1	15
Hessen	3	36
Mecklenburg-Vorpommern	1	17
Niedersachsen	4	53
Nordrhein-Westfalen	9	106
Rheinland-Pfalz	2	26
Saarland	1	4
Sachsen-Anhalt	2	35
Sachsen	2	24
Schleswig-Holstein	1	7
Thüringen	2	29
Gesamt	**43**	**496**

Ergebnis der Stichprobenprüfung

Tabelle 9: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation – Ergebnisse der Stichprobenprüfung

Nr. des Datenfelds	Datenfeld	Datenvalidität
16	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	gut
17	Batterieerschöpfung*	hervorragend
18	vermutete Schrittmacherfehlfunktion*	hervorragend
19	Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf*	hervorragend
20	Pektoraliszucken*	hervorragend
21	Taschenhämatom*	hervorragend

Nr. des Datenfelds	Datenfeld	Datenvalidität
22	Infektion*	hervorragend
23	anderes Taschenproblem*	hervorragend
24	Aggregatperforation*	hervorragend
25	sonstige Indikation*	hervorragend
26	Vorhof*	hervorragend
27	Ventrikel 1. Sonde*	hervorragend
28	Ventrikel 2. Sonde*	hervorragend
33	Postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden	hervorragend
35	Art des Vorgehens*	hervorragend
36	Jahr der Implantation*	hervorragend
39	Art des Vorgehens*	hervorragend
40	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde*	hervorragend
49	Art des Vorgehens*	hervorragend
50	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde*	hervorragend
55	Reizschwelle*	verbesserungsbedürftig
56	nicht gemessen*	hervorragend
57	R-Amplitude*	verbesserungsbedürftig
58	nicht gemessen*	hervorragend
70	Art des Vorgehens*	hervorragend
74	Art des Vorgehens*	hervorragend
80	Art des Vorgehens*	hervorragend
81	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde*	hervorragend
92	Peri- bzw. postoperative Komplikationen	hervorragend
93	Asystolie*	hervorragend
94	Kammerflimmern*	hervorragend
95	interventionspflichtiger Pneumothorax*	hervorragend
96	interventionspflichtiger Hämatothorax*	hervorragend

Nr. des Datenfelds	Datenfeld	Datenvalidität
97	Interventionspflichtiger Perikarderguss*	hervorragend
98	Interventionspflichtiges Taschenhämatom*	hervorragend
99	Sondendislokation*	hervorragend
102	Sondendysfunktion*	hervorragend
105	postoperative Wundinfektion*	hervorragend
107	sonstige interventionspflichtige Komplikation*	hervorragend
109	Entlassungsgrund (Tod)	hervorragend

* Datenfelder, die in der QS-Dokumentation nicht zwangsläufig ausgefüllt werden müssen. Bei diesen „Kann-Feldern“ ist es möglich, dass die Anzahl der Fälle geringer ist.

Die Durchführung des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* kann zusammenfassend als positiv beurteilt werden. So ergab der Abgleich der Datenfelder lediglich für 2 der 40 geprüften Datenfelder eine verbesserungsbedürftige Datenvalidität. Alle anderen Datenfelder wiesen eine gute bis hervorragende Datenvalidität auf.

Im Anhang sind weitere detaillierte Ergebnisse für die einzelnen Datenfelder einzusehen.

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Datenfeld 55: Reizschwelle und Datenfeld 57: R-Amplitude
Den Berichten der Landesgeschäftsstellen ist zu entnehmen, dass in einigen Kliniken bei der Angabe der Reizschwellen- und R-Amplitudenmesswerte zum Teil post- und präoperativ gemessene Werte als intraoperative Messungen dokumentiert wurden. Es wurde angemerkt, dass es eindeutige und einheitliche Vorgaben geben sollte, welche Werte bei mehreren intraoperativen Messungen dokumentiert und auf welche Referenzdokumente zurückgegriffen werden soll.

Als Konsequenz der Zweiterfassung wurde mit zwei Krankenhausstandorten eine erneute Zweiterfassung ausgewählter Datenfelder im nächsten Jahr vereinbart. In einem weiteren Standort fand eine interne Schulung zur Dokumentation von Messwerten statt.

3.1.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität

Eine valide Datengrundlage ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren entscheidend. Deshalb wird im Folgenden dargestellt, welchen Einfluss ausgewählte Datenfelder, für die im Rahmen der Zweiterfassung eine verbesserungsbedürftige Datenvalidität ermittelt wurde, auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren haben.

Die Datenfelder 55 „Reizschwelle“ und 57 „R-Amplitude“ werden für die Berechnung QS-Verfahren-übergreifender Qualitätsindizes zur Reizschwellen- und Amplitudenmessung verwendet. Dazu zählen:

- QI-ID 52307: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden (QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel)*
- QI-ID 52305: Qualitätsindex zu akzeptablen Messergebnissen bei Reizschwellen und Amplituden (QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Implantation*)

In den Qualitätsindex 52307 fließen die Reizschwellen- und Amplitudenmessungen der Sonden, die nicht neu implantiert oder neu platziert wurden, aus den QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* und *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* sowie alle erforderlichen Messungen an der zweiten Ventrikelsonde aus dem QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Implantation* ein. Qualitätsziel des Index ist die möglichst häufige Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden.

Aus den QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Implantation* und *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* fließen in den Qualitätsindex 52305 die Reizschwellen- und Amplitudenmessungen der Vorhof- und ersten Ventrikelsonden, die neu implantiert oder neu platziert wurden, ein. Qualitätsziel des Index sind möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen.

Beim Datenfeld 55 „Reizschwelle“ liegt die Abweichungsrate zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte bei 20,6 % (n = 97 Fälle). Davon liegen in 7 Fällen Abweichungen zwischen den Werten in der QS-Dokumentation und der Patientenakte vor, die den Grenzwert von 1,0 V betreffen. Diese Fälle haben einen möglichen Einfluss auf die Ergebnisse des Qualitätsindex 52305: Gemäß Index liegt der Akzeptanzbereich bei Reizschwellenmessungen für Ventrikelsonden bei 0,0 V bis 1,0 V. Wenn die Angaben in der QS-Dokumentation unter 1,0 V, in der Patientenakte aber über 1,0 V liegen, könnten die Einrichtungen dadurch seltener rechnerisch auffällig und seltener ein Strukturierter Dialog ausgelöst werden.

Beim Datenfeld 57 „R-Amplitude“ liegt die Abweichungsrate zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte bei 24,7 % (n = 116 Fälle). Davon liegen in 9 Fällen Abweichungen zwischen den Werten in der QS-Dokumentation und der Patientenakte vor, die den Grenzwert von 4,0 mV betreffen. Diese Fälle haben einen möglichen Einfluss auf die Berechnung des Qualitätsindex 52305: Gemäß Index liegt der Akzeptanzbereich bei R-Amplitudenmessungen für Ventrikelsonden bei 4,0 mV bis 30,0 mV. Wenn die Angaben in der QS-Dokumentation über 4,0 mV, in der Patientenakte aber unter 4,0 mV liegen, könnten die Einrichtungen dadurch seltener rechnerisch auffällig werden und daher könnte seltener ein Strukturierter Dialog ausgelöst werden.

Bei den beiden Datenfeldern 55 und 57 liegen ebenfalls Fälle vor, bei denen Reizschwellen- und Amplitudenwerte in der Patientenakte stehen, jedoch nicht in der QS-Dokumentation eingetragen wurden (n = 12 Fälle). Es gibt jedoch auch Fälle, in denen Werte in der QS-Dokumentation erfasst wurden, jedoch nicht in der Patientenakte stehen (n = 60 Fälle). Letztere Fälle haben einen möglichen Einfluss auf die Berechnung des Qualitätsindex 52307: Je öfter die Durchführung von Messungen in der QS-Dokumentation angegeben wird, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Einrichtungen rechnerisch auffällig werden und ein Strukturierter Dialog ausgelöst wird. Es kann jedoch nicht eindeutig festgestellt und beurteilt werden, ob ein fehlender

Eintrag in der Patientenakte trotz Eintrag in der QS-Dokumentation als tatsächlich nicht durchgeführte Messung zu werten ist.

3.2 Nierentransplantation

3.2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung der Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im QS-Verfahren *Nierentransplantation* 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 Betreuern der Fachgruppe auf Bundesebene 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 wurde ein Kriterium als relevant erachtet, das dem Unterausschuss für Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem verabschiedet wurde. Dieses lautet wie folgt:

- AK-ID 850343: Seltene Angabe einer behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation

Die Anwendung des Auffälligkeitskriteriums auf den Bundesdatenpool 2014 erfolgte durch das AQUA-Institut.

Tabelle 10: Nierentransplantation – Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung

AK-ID	850343
Referenzbereiche	≤ 90,00 %
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	9
Maßnahmen	
Hinweise	0
Stellungnahmen	9
Ergebnisse	
Korrekte Dokumentation	9
Fehlerhafte Dokumentation	0
Keine (ausreichend erklärenden) Gründe benannt	0
Sonstiges	0

Für das Auffälligkeitskriterium wurden 9 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Alle betroffenen Krankenhausstandorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In allen Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt.

Das Auffälligkeitskriterium wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung für das Erfassungsjahr 2015 zur Verstetigung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

3.2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich im QS-Verfahren *Nierentransplantation* wurden 19 Datenfelder von insgesamt 49 Datenfeldern des Erfassungsbogens ausgewählt. Die Auswahl erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung und den entsprechenden Betreuern der Fachgruppe auf Bundesebene. Da es sich beim QS-Verfahren *Nierentransplantation* um ein direktes Verfahren handelt, sind dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich pro QS-Verfahren mindestens 5 % der Krankenhausstandorte zu unterwerfen. Hierbei sind pro QS-Verfahren mindestens 4 Krankenhausstandorte und insgesamt mindestens 40 Fälle, bezogen auf die von allen Krankenhäusern im ausgewählten QS-Verfahren dokumentierten Fälle, in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. Standorte mit weniger als 4 Fällen in dem betroffenen QS-Verfahren sind davon ausgenommen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhausstandorte durch das AQUA-Institut wurden, ebenfalls durch ein Zufallsverfahren, bis zu 20 Fälle pro Standort bestimmt, bei denen eine Nierentransplantation stattgefunden hat. Für diese wurde anhand der Patientenakte – unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder durch zwei Mitarbeiter des AQUA-Instituts durchgeführt.

Umfang der Stichprobenprüfung

Insgesamt wurde in 4 Krankenhausstandorten eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder anhand der Patientenakte durchgeführt. Dabei wurden in 3 Standorten je 20 Patientenakten geprüft. Da in dem anderen Krankenhausstandort im Erfassungsjahr 2014 insgesamt nur 19 Nierentransplantationen durchgeführt wurden, konnten hier auch nur diese Fälle in die Zweiterfassung einbezogen werden. Der Einbezug von Reservefällen war nicht erforderlich (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Mengengerüst der Stichprobenprüfung mit Datenabgleich (Nierentransplantation)

	Anzahl
Besuchte Krankenhausstandorte	4
Untersuchte Akten insgesamt	79

Unmittelbar nach der Zweiterfassung vor Ort wurde der Abgleich der Daten der Zweiterfassung mit den Daten der QS-Dokumentation durchgeführt. Diese Ergebnisse bildeten die Grundlage

für ein ausführliches Feedbackgespräch. Nach der Zweiterfassung erhielten die Krankenhausstandorte eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse des Datenabgleichs auf Einzelfallebene sowie die Gesamtauswertung und die Ergebnisse des Feedbackgesprächs.

Ergebnis der Stichprobenprüfung

Für die Bewertung der Datenvalidität wurden die Daten für jene Fälle, für die eine Zweiterfassung ausgewählter Datenfelder erfolgt ist, zusammengeführt und analysiert. Hierbei wurde die Datenvalidität anhand eines definierten Bewertungsschemas, welches in Tabelle 5 und Tabelle 6 zu finden ist, beurteilt. In Tabelle 12 ist das Ergebnis dieser Bewertung dargestellt. Im Anhang zu diesem Bericht sind weitere detaillierte Ergebnisse für die einzelnen Datenfelder einzusehen.

Tabelle 12: Nierentransplantation – Ergebnisse der Stichprobenprüfung

Nr. des Datenfelds	Datenfeld	Datenvalidität
8	Geschlecht	hervorragend
12	Vorerkrankungen	hervorragend
13	Diabetes mellitus*	hervorragend
21	Spendertyp	hervorragend
26	Kreatinin i. S. in mg/dl	hervorragend
27	Kreatinin i. S. in µmol/l	hervorragend
29	OP-Datum	hervorragend
31	Abbruch der Transplantation	hervorragend
38	Funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung	hervorragend
39	Postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats*	hervorragend
40	Anzahl postoperativer Dialysen bis Funktionsaufnahme*	hervorragend
41	behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)	hervorragend
42	Blutung*	hervorragend
43	Reoperation erforderlich*	verbesserungsbedürftig
44	sonstige Komplikation*	verbesserungsbedürftig
49	akute behandlungsbedürftige Rejektion Niere	hervorragend
51	Kreatinin in mg/dl*	hervorragend

Nr. des Datenfelds	Datenfeld	Datenvalidität
52	Kreatinin in µmol/l*	hervorragend
56	Entlassungsgrund (Tod)	hervorragend

* Datenfelder, die in der QS-Dokumentation nicht zwangsläufig ausgefüllt werden müssen. Bei diesen „Kann-Feldern“ ist es möglich, dass die Anzahl der Fälle geringer ist.

Die Durchführung des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren *Nierentransplantation* kann zusammenfassend als sehr positiv beurteilt werden. So ergab der Abgleich der Datenfelder für 17 der 19 geprüften Datenfelder eine hervorragende Datenvalidität. 2 Datenfelder wiesen eine verbesserungsbedürftige Datenvalidität auf.

Dokumentationsprobleme und Optimierungsvorschläge

Im Folgenden werden die beiden Datenfelder, deren Datenvalidität mit „verbesserungsbedürftig“ bewertet wurde, noch einmal genauer hinsichtlich zentraler Dokumentationsprobleme und möglicher Optimierungsvorschläge betrachtet. Es handelt sich hierbei um zwei abhängige Datenfelder, die erst ausgefüllt werden können, wenn das übergeordnete Datenfeld 41 „behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)“ mit „ja“ beantwortet wurde. Dieses Datenfeld weist eine hervorragende Validität auf.

Datenfeld 43: Reoperation erforderlich

In 9 Fällen wurde das übergeordnete Datenfeld 41 mit „ja“ beantwortet. Die geringe Zahl der Fälle mit Abweichungen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte beim Datenfeld 43 (n = 2) deuten darauf hin, dass sich die Abweichungen durch Einzelfälle erklären lassen. In den Fällen mit Abweichungen fand sich zwar jeweils eine Angabe in der Patientenakte, jedoch keine Angabe in der QS-Dokumentation.

Datenfeld 44: sonstige Komplikationen

In 9 Fällen wurde das übergeordnete Datenfeld 41 mit „ja“ beantwortet. Die geringe Zahl der Fälle mit Abweichungen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte beim Datenfeld 44 (n = 5) deuten darauf hin, dass sich die Abweichungen durch Einzelfälle erklären lassen. In den Fällen mit Abweichungen fand sich zwar jeweils eine Angabe in der QS-Dokumentation, aber keine Angabe in der Patientenakte.

3.2.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität

Eine valide Datengrundlage ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren entscheidend. Deshalb wird im Folgenden dargestellt, welchen Einfluss ausgewählte Datenfelder, für die im Rahmen der Zweiterfassung eine verbesserungsbedürftige Datenvalidität ermittelt wurde, auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren haben.

Die Datenfelder 43 „Reoperation erforderlich“ und 44 „sonstige Komplikationen“ werden nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Nierentransplantation* verwendet. Sie haben somit auch keinen Einfluss auf Letztere und auf die Auslösung eines Strukturierten Dialogs zu diesen Indikatoren.

Den Datenfeldern 43 und 44 sind ebenfalls keine abhängigen Datenfelder nachgelagert, deren Datenvalidität beeinflusst werden könnte.

Das den Datenfeldern 43 und 44 vorgelagerte Datenfeld 41 „behandlungsbedürftige (schwere) intra- und postoperative Komplikation(en)“ besitzt direkte QI-Relevanz, weist jedoch eine hervorragende Datenvalidität auf.

3.3 Leberlebendspende

3.3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Entwicklung neuer Auffälligkeitskriterien für die Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog im QS-Verfahren *Leberlebendspende* wurde in Absprache mit dem Betreuer der Fachgruppe auf Bundesebene seitens des AQUA-Instituts als nicht zielführend erachtet. Diese Empfehlung wurde dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA vorgeschlagen und von diesem auch so verabschiedet.

3.3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wurden 25 Datenfelder von insgesamt 43 Datenfeldern des Erfassungsbogens ausgewählt. Die Auswahl erfolgte durch das AQUA-Institut in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Projektgruppe Datenvalidierung und den entsprechenden Betreuern der Fachgruppe auf Bundesebene. Da es sich beim QS-Verfahren *Leberlebendspende* um ein direktes Verfahren handelt, sind dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich pro QS-Verfahren mindestens 5 % der Krankenhausstandorte zu unterwerfen. Hierbei sind je QS-Verfahren mindestens 4 Krankenhausstandorte und insgesamt mindestens 40 Fälle, bezogen auf die von allen Krankenhäusern im ausgewählten QS-Verfahren dokumentierten Fälle, in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. Standorte mit weniger als 4 Fällen in dem betroffenen QS-Verfahren sind davon ausgenommen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhausstandorte durch das AQUA-Institut wurden, ebenfalls durch ein Zufallsverfahren, bis zu 20 Fälle pro Standort bestimmt, bei denen eine Leberlebendspende durchgeführt wurde. Für diese wurde – unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder durch zwei Mitarbeiter des AQUA-Instituts anhand der Patientenakte durchgeführt.

Umfang der Stichprobenprüfung

Insgesamt wurde in 4 Krankenhausstandorten eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder anhand der Patientenakte durchgeführt. Dabei wurden in einem Standort 20 Patientenakten geprüft. Da in den anderen 3 Krankenhausstandorten im Erfassungsjahr 2014 insgesamt nur zwischen 6 und 8 Leberlebendspenden durchgeführt wurden, konnten hier auch nur diese Fälle in

die Zweiterfassung einbezogen werden. Der Einbezug von Reservefällen war nicht erforderlich (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Mengengerüst der Stichprobenprüfung (Leberlebendspende)

	Anzahl
Besuchte Krankenhausstandorte	4
Untersuchte Akten insgesamt	41

Unmittelbar nach der Zweiterfassung vor Ort wurde der Abgleich der Daten der Zweiterfassung mit den Daten der QS-Dokumentation durchgeführt. Diese Ergebnisse bildeten die Grundlage für ein ausführliches Feedbackgespräch. Nach der Zweiterfassung erhielten die Krankenhausstandorte eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse des Datenabgleichs auf Einzelfallebene sowie die Gesamtauswertung und die Ergebnisse des Feedbackgesprächs.

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 beurteilt, welches in Tabelle 5 und Tabelle 6 zu finden ist. In Tabelle 14 ist das Ergebnis dieser Bewertung dargestellt. Im Anhang sind weitere detaillierte Ergebnisse für die einzelnen Datenfelder einzusehen.

Tabelle 14: Leberlebendspende – Ergebnisse der Stichprobenprüfung

Nr. des Datenfelds	**Datenfeld**	**Datenvalidität**
11	OP-Datum	hervorragend
13	Segment I	hervorragend
14	Segment II	hervorragend
15	Segment III	hervorragend
16	Segment IV	hervorragend
17	Segment V	hervorragend
18	Segment VI	hervorragend
19	Segment VII	hervorragend
20	Segment VIII	hervorragend
21	Gewicht entnommene Leber	gut
22	eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)	hervorragend
23	Blutung*	hervorragend

Nr. des Datenfelds	Datenfeld	Datenvalidität
24	Gallenwegskomplikation*	hervorragend
25	sekundäre Wundheilung*	hervorragend
26	Ileus*	hervorragend
27	akutes Leberversagen*	hervorragend
28	sonstige eingriffsspezifische Komplikationen*	hervorragend
30	Lebertransplantation beim Lebendspender erforderlich	hervorragend
31	Dominotransplantation*	-
32	allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)	hervorragend
33	Thrombose*	hervorragend
34	Lungenembolie*	hervorragend
35	Pneumonie*	hervorragend
36	sonstige allgemeine Komplikationen*	hervorragend
41	Entlassungsgrund (Tod)	hervorragend

* Datenfelder, die in der QS-Dokumentation nicht zwangsläufig ausgefüllt werden müssen. Bei diesen „Kann-Feldern“ ist es möglich, dass die Anzahl der Fälle geringer ist.

Das Datenfeld 31 „Dominotransplantation“ konnte nicht im Rahmen der Zweiterfassung geprüft werden. Es lagen keine Fälle vor, in denen eine Lebertransplantation bei Lebendspendern erforderlich war und eine Domino-Transplantation[3] durchgeführt wurde.

Die Durchführung des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren *Leber-lebendspende* kann zusammenfassend als sehr positiv beurteilt werden. So ergab der Abgleich der Datenfelder für 23 der 25 geprüften Datenfelder eine hervorragende Datenvalidität. Ein Datenfeld (21: Gewicht entnommene Leber) wies eine gute Datenvalidität auf.

3.3.3 Erkenntnisse zur Datenvalidität

Eine valide Datengrundlage ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren entscheidend. Deshalb wird im Folgenden dargestellt, welchen Einfluss ausgewählte Datenfelder, die im Rahmen

[3] Es handelt sich dabei um einen Spezialfall der Lebendspende, bei dem zwar eine Krankheit nur durch eine Transplantation geheilt werden kann, das vom Patienten explantierte Organ aber dennoch funktionsfähig ist und daher einem anderen Empfänger übertragen werden kann. Im Fall von Lebertransplantationen betrifft dies z. B. spezielle Stoffwechsel-Defekte der Leber (Amyloidose), die zu Sekundärschäden an anderen Organen führen (daher die Notwendigkeit der Transplantation). Die verursachende Leber ist aber funktionsfähig, und die Sekundärschäden treten erst sehr viel später auf, sodass eine Transplantation angesichts des Organmangels in Deutschland vertretbar ist.

des Stichprobenverfahrens zweiterfasst wurden, auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren haben.

Von den zweiterfassten Datenfeldern im QS-Verfahren *Leberlebendspende* werden die Datenfelder 22 „eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)“, 31 „Dominotransplantation“, 32 „allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)“ und 41 „Entlassungsgrund“ zur Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet.

Da für die Datenfelder 22, 32 und 41 eine hervorragende Datenvalidität ermittelt werden konnte, wurden weder die Indikatorenberechnung noch die Auslösung des Strukturierte Dialogs beeinträchtigt.

Das Datenfeld 31 „Dominotransplantation“ wird zur Berechnung aller Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Leberlebendspende* verwendet. Die Datenvalidität für dieses Datenfeld konnte im Rahmen der Zweiterfassung nicht ermittelt werden, da keine Fälle zum Abgleich der Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation vorhanden waren. Somit kann nicht beurteilt werden, ob die Berechnung der Qualitätsindikatoren und die Auslösung des Strukturierten Dialogs durch die Datenvalidität des Datenfelds negativ beeinflusst werden.

4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

Für das Erfassungsjahr 2014 wurden insgesamt in 15 QS-Verfahren jeweils zwischen 1 und 5 verstetigte Auffälligkeitskriterien angewendet. Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2014 wurden anhand der festgelegten Auffälligkeitskriterien insgesamt 777 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten ist damit im Vergleich zum Vorjahr (n = 709) leicht gestiegen.

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)

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

4.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)

Insgesamt wurden 15 rechnerisch auffällige Ergebnisse bei den 3 eingesetzten Auffälligkeitskriterien festgestellt. Die betroffenen Krankenhausstandorte wurden jeweils alle um eine Stellungnahme gebeten.

Tabelle 15: Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
811809	5	5	1	4	0	0
815005	4	4	2	2	0	0
850322	6	6	6	0	0	0

Anmerkungen:
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 Kriterium waren 5 Krankenhausstandorte mit abweichenden Ergebnissen ermittelt worden. Alle Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. Die hausinterne Überprüfung der Krankenhausstandorte ergab bei einer Einrichtung eine korrekte Dokumentation, bei den anderen Einrichtungen zeigte sich, dass die Angabe „sonstige Operation“ nicht in jedem Fall gerechtfertigt war, sodass die Ergebnisse entsprechend als „qualitativ auffällig“ gewertet wurden.

AK-ID 815005: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
4 Krankenhausstandorte zeigten bei diesem Kriterium Auffälligkeiten. Nach interner Überprüfung räumten 2 Standorte Versäumnisse bzgl. der Dokumentation ein. Die anderen beiden Einrichtungen bestätigten eine korrekte Dokumentation.

AK-ID 850332: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Bei diesem Kriterium fielen 6 Krankenhausstandorte positiv auf. Eines davon konnte bereits im Vorjahr eine positive Bilanz ziehen. Die Frage, wie die guten Ergebnisse zustande gekommen sind, wurde in den Stellungnahmen unterschiedlich beantwortet:

Ein Krankenhausstandort geht davon aus, dass es sich um ein im Vergleich mit dem Vorjahr anders zusammengesetztes Patientenkollektiv handelt. Ein anderer Standort betont eine sorgfältige prä-, intra- und postoperative Vorbereitung, Behandlung und Betreuung der Patienten. Außerdem würden alle Patienten ausnahmslos in minimalinvasiven Verfahren via superiorer Ministernotomie operiert werden. Ein weiterer Krankenhausstandort gab an, standardisierte OP-Verfahren und eine indikationsgerechte intraoperative Qualität durch Kooperation der Herzchirurgie mit der Kardiologie zu gewährleisten. Dadurch würde eine sehr hohe Behandlungskompetenz bestehen und notwendige diagnostische Maßnahmen könnten ohne Zeitverzögerung und gewissenhaft durchgeführt werden. Auch die räumliche Nähe zwischen der Intensivstation und dem OP-Saal würde die Sicherheit erhöhen und zu einem guten Ergebnis beitragen. Eine andere Einrichtung führt das gute Ergebnis auf ein erfahrenes Team bzw. erfahrene Operateure sowie die engmaschige Überwachung von Laborparametern bzw. Blutgasanalysen zur Früherkennung von Elektrolytentgleisungen zurück.

Alle Krankenhäuser konnten eine korrekte Dokumentation bestätigen und erhielten durch die Fachgruppe auf Bundesebene die entsprechende Einstufung (U30).

Für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung eine Modifikation des Auffälligkeitskriteriums 811809 „Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten“ empfohlen. Es sollen hier nur noch konventionell chirurgische Eingriffe an der Aortenklappe analysiert werden. Kathetergestützte Eingriffe sollen in einem neuen Auffälligkeitskriterium analog zu AK 811809 im QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)* ausgewertet werden. Die anderen beiden Auffälligkeitskriterien wurden zur Weiterführung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist den Empfehlungen gefolgt.

4.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)

Bei den 3 im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu überprüfenden Auffälligkeitskriterien wurden nach Eingang der übermittelten QS-Datensätze insgesamt 22 rechnerische Abweichungen

für das QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)* festgestellt. Alle betroffenen Krankenhausstandorte wurden um eine Stellungnahme gebeten.

Tabelle 16: Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850282	15	15	3	11	0	1
850288	5	5	2	3	0	0
850323	2	2	2	0	0	0

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

AK-ID 850282: Risikoadjustierung nach dem AKL-Score vermehrt nicht möglich
Bei diesem Kriterium sind 15 rechnerische Auffälligkeiten registriert worden. Von allen betroffenen Standorten wurde jeweils eine Stellungnahme erbeten. Die krankenhausinterne Überprüfung ergab bei 11 Einrichtungen eine fehlerhafte Dokumentation. 3 Krankenhäuser bestätigten eine korrekte Dokumentation. Ein Krankenhaus stellte sich zwar als entlassender, jedoch nicht als leistungserbringender Standort heraus.

AK-ID 850288: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Insgesamt 5 Abweichungen wurden bei diesem Kriterium festgestellt. Die Krankenhäuser haben z. T. sehr aufwendig und sorgfältig ihre Eintragungen überprüft. 3 Krankenhäuser bestätigten eine fehlerhafte Dokumentation. 2 Krankenhäuser gaben eine korrekte Dokumentation an.

AK-ID 850323: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Zwei Krankenhäuser wurden gebeten, die Korrektheit ihrer Dokumentation zu überprüfen und ihre Maßnahmen, die zu diesem guten Ergebnis geführt haben, zu erläutern. Beide Häuser bestätigten eine korrekte Dokumentation. Sie führten das gute Ergebnis auf eine gute Organisationsstruktur bzw. auf ein etabliertes Qualitätsmanagement zurück.

Eine Weiterführung der 3 Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

4.3 Koronarchirurgie, isoliert

Es wurden nach Auswertung der Datensätze 8 rechnerisch auffällige Ergebnisse bei den eingesetzten Auffälligkeitskriterien festgestellt. Die betroffenen Krankenhausstandorte wurden jeweils um eine Stellungnahme gebeten.

Tabelle 17: Koronarchirurgie, isoliert – Ergebnisse

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

Anmerkungen:
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
Nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen zeigte sich, dass die Angabe „sonstige Operation“ nicht in allen Fällen gerechtfertigt war, sodass die Ergebnisse entsprechend als „qualitativ auffällig“ gewertet wurden.

AK-ID 815002: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Ein Krankenhausstandort bestätigte eine fehlerhafte Dokumentation, 2 Standorte bestätigten die korrekte Dokumentation. Bei einer anderen Einrichtung handelte es sich um einen Standort, der die Leistung nicht erbringt. Hier wurde ein erklärender Kommentar zur Einstufungskategorie „Sonstiges“ verfasst.

AK-ID 850324: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Die interne Recherche des Krankenhausstandortes ergab eine korrekte Dokumentation. Entsprechend wurde das Kriterium als „qualitativ unauffällig“ eingestuft.

Eine Weiterführung der 3 Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

4.4 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Bei dem eingesetzten Auffälligkeitskriterium AK-ID 850325 „Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen“ im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* kam es zu 4 Auffälligkeiten.

Davon zeigt ein Krankenhausstandort bereits seit drei Jahren ein positives Ergebnis und bestätigte dies auch in einem anderen herzchirurgischen QS-Verfahren. Nach Überprüfung im internen Verfahren der Einrichtungen bestätigten alle Krankenhausstandorte die korrekte Dokumentation.

Eine Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

4.5 Herzschrittmacher-Implantation

AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom „sonstiges“

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 45 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (48,4 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 31 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 14 Standorte.

Ein Standort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 8 Fällen konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In den anderen 17 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Es wurde in 2 Fällen die Bewertung A99 vergeben. Da aber in einem Fall aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt. In 3 Fällen wurde U99 vergeben. Da aber bei einem Fall aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass die korrekte Dokumentation bestätigt wurde, wurde dieser Fall zu „korrekte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 58,1 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 813071: Häufig führende Indikation „sonstiges“

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 44 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (47,3 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 35 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 9 Standorte.

Keine ausreichend erklärenden Gründe lieferten 2 Standorte für die rechnerischen Auffälligkeiten. In 3 Fällen konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In den anderen 24 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Es wurde in 4 Fällen die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese Fälle zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 80 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Tabelle 18: Herzschrittmacher-Implantation – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813070	45	31	8	18	1	0
813071	44	35	4	28	2	0

Anmerkungen:
813070: Häufig führendes Symptom „sonstiges“
813071: Häufig führende Indikation „sonstiges“

4.6 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

AK-ID 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 28 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (19,7 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 21 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 7 Standorte.

Ein Standort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten. In keinem Fall konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In 19 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 90,5 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850314: Häufig ICD-System „sonstiges“
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 7 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (4,9 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 4 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 3 Standorte.

Ein Standort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten. In keinem Fall konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In 3 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 75 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 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 20 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (14,1 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 18 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 2 Standorte.

Ein Standort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten. In 2 Fällen konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In den anderen 3 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 77,8 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850316: Häufige Angabe von ASA 4

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 44 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (31 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 32 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 12 Standorte.

Es lieferten 2 Standorte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten. In 18 Fällen konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In 10 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Ein Krankenhausstandort wurde mit S99 bewertet. Eine Nachfrage durch die Arbeitsgruppe ergab, dass die Daten nicht durch den Operateur selbst und nicht zeitnah nach dem Eingriff erfasst wurden. Vielmehr habe es einen Papierbogen gegeben, dessen Angaben später durch eine Hilfskraft in den digitalen QS-Bogen übertragen wurden. Die personellen Zuständigkeiten wurden nach Angabe des Hauses bereits angepasst.

Es wurde in einem Fall die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese Fälle zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriterium wurde in 34,4 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850317: Angabe von ASA 5

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 14 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (9,7 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 12 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 2 Standorte.

In 2 Fällen wurde eine korrekte Dokumentation bestätigt. In den anderen 7 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Eine Bewertung mit S99 erhielten 2 Krankenhausstandorte.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurde in 58,3 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung des AK für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Tabelle 19: Implantierbare Defibrillatoren-Implantation – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850313	28	21	0	19	1	0
850314	7	4	0	3	1	0
850315	20	18	2	14	1	0
850316	44	32	18	11	2	1
850317	14	12	2	7	0	2

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

4.7 Karotis-Revaskularisation

AK-ID 850331: Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten
Für das Erfassungsjahr 2014 wurden 2 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (2,8 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und zur Stellungnahme aufgefordert.

Eine fehlerhafte Dokumentation wurde in einem Fall bestätigt. Ein Krankenhausstandort erhielt die Bewertung S99.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in der Hälfte der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Aufgrund der niedrigen Trefferquote wurde das Auffälligkeitskriterium zum Erfassungsjahr 2015 von der Projektgruppe Datenvalidierung zur Streichung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850332: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 23 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (31,9 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 11 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 12 Standorte.

In 4 Fällen konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In 6 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Ein Krankenhausstandort erhielt die Bewertung S99.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 54,5 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 26 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (36,1 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und 21 Stellungnahmen angefordert. Hingewiesen auf die rechnerischen Auffälligkeiten wurden 5 Standorte.

In 12 Fällen konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. In den anderen 4 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Ein Krankenhausstandort erhielt die Bewertung S91 und zwei Standorte S99.

Es wurde in 2 Fällen die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese Fälle zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 28,6 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Die Projektgruppe Datenvalidierung hat die Empfehlung ausgesprochen, das Auffälligkeitskriterium zum Erfassungsjahr 2015 weiterzuführen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 20: Karotis-Revaskularisation – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850331	2	2	0	1	0	1
850332	23	11	4	6	0	1
850334	26	21	12	6	0	3

Anmerkungen:
AK-ID 850331: Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten
AK-ID 850332: Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten
AK-ID 850334: Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)

4.8 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

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 21 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (38,2 % der dokumentationspflichtigen Standorte). 2 Standorte wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In allen übrigen Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

4 Standorte lieferten keine ausreichenden erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit, in einem Fall trotz mehrfacher Aufforderung. In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation

bestätigt. In 10 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Bei 3 Standorten wurde die Bewertung S99 vergeben.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 52,6 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

AK-ID 850312: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 24 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (43,6 % der dokumentationspflichtigen Standorte). 3 Standorte wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In den anderen 21 Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 12 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Von 4 Einrichtungen sind Dokumentationsfehler bestätigt worden. In 3 Fällen wurde die Bewertung S99 vergeben. Bei einem Fall wurde die Einstufung durch einen Chefarztwechsel begründet, durch den Therapie und Diagnostik nicht immer inhaltlich nachvollzogen werden konnten.

Es wurde in 1 Fall die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser Fall zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt. Es wurde in einem Fall die Bewertung U99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass die korrekte Dokumentation bestätigt wurde, wurde dieser Fall zu „korrekte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 23,8 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung ist dieser Empfehlung gefolgt.

Tabelle 21: Gynäkologische Operationen – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
811823	21	19	2	10	4	3
850312	24	21	13	5	0	5

Anmerkungen:

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

4.9 Geburtshilfe

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 32 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (31,7 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 3 Fällen erhielten die betroffenen Krankenhäuser einen Hinweis. In 29 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Ein Krankenhausstandort hat keine ausreichende Erklärung für die rechnerische Auffälligkeit gegeben. In 16 Fällen bestätigten sich Dokumentationsfehler.

In 2 Fällen setzte die Fachgruppe Gynäkologie/Geburtshilfe eines Bundeslandes den Strukturierten Dialog aus. Begründet wurde dies damit, dass der Indikator nicht geeignet scheine, die Dokumentationsqualität zu hinterfragen.

Es wurde in 2 Fällen die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese Fälle zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 62,1 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

AK-ID 850319: Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 40 rechnerisch auffällige Krankenhäuser ermittelt (39,6 % der dokumentationspflichtigen Standorte). Bei 10 Häusern wurden Hinweise zur internen Aufarbeitung übermittelt. In den übrigen 30 Fällen wurden die Krankenhäuser zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 11 Standorten wurden bei den rechnerisch auffälligen Fällen Dokumentationsfehler festgestellt. 4 Fälle erhielten die Bewertung S99.

Es wurde in 3 Fällen die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese Fälle zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt. Es wurde in 3 Fällen die Bewertung U99 vergeben. Da aber in 2 Fällen aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass die korrekte Dokumentation bestätigt wurde, wurden diese Fälle zu „korrekte Dokumentation bestätigt“ gezählt

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 46,7 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen. Außerdem soll die Berechnung modifiziert werden: Fälle mit Aufnahmegrund „Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme“ werden aus dem Nenner ausgeschlossen.

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 10 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (9,9 % der dokumentationspflichtigen Standorte). 2 Krankenhäuser erhielten Hinweise zur internen Aufarbeitung. In den übrigen 8 Fällen wurden die Einrichtungen zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 5 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. Bei einem Standort lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 12,5 % der angefragten Krankenhäuser Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Tabelle 22: Geburtshilfe – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850318	32	29	9	18	1	0
850319	40	30	11	14	0	4
850320	10	8	5	1	1	0

Anmerkungen:
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

4.10 Hüftgelenknahe Femurfraktur

AK-ID 813191: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 8 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (57,1 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 2 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Die anderen 6 Standorte erhielten einen Hinweis.

In einem Fall wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, einmal lagen Dokumentationsfehler vor.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 50,0 % der angefragten Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler festgestellt.

In der Dokumentation der Endoprothesenversorgung gibt es ab dem Erfassungsjahr 2015 weitreichende Änderungen. Künftig werden die QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* sowie *Hüft-Endoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel* im neuen QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* (HEP) zusammengefasst. Zusätzlich werden die endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen aus dem bisherigen QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* mit erfasst. Damit werden ab 2015 im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* nur noch hüftgelenknahe Femurfrakturen mit osteosynthetischer Versorgung erfasst.

Eine Weiterführung des Auffälligkeitskriteriums 813191 für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Tabelle 23: Hüftgelenknahe Femurfraktur – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813191	8	2	1	1	0	0

Anmerkungen:
AK-ID 813191: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

4.11 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

AK-ID 813126: Angabe von ASA 5
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 14 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (42,4 % der dokumentationspflichtigen Standorte) und zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In einem Fall wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 6 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. In 4 Fällen wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit übermittelt.

In 2 Fällen wurde die Bewertung U99 vergeben. Da jedoch aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

In einem Fall wurde die Bewertung S99 vergeben. In diesem Fall wurde ein falscher QS-Bogen ausgefüllt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 57,1 % der angefragten Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler festgestellt.

AK-ID 813129: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 11 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (33,3 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 6 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert, 5 weitere erhielten einen Hinweis.

In 2 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, in 2 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Dabei wurde in einem Fall trotz mehrfacher Aufforderung keine Stellungnahme übermittelt.

In 2 Fällen wurde die Bewertung A99 vergeben. Da jedoch aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 66,7 % der angefragten Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Tabelle 24: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813126	14	14	1	8	4	1
813129	11	6	2	4	0	0

Anmerkungen:
AK-ID 813126: Angabe von ASA 5
AK-ID 813129: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

In der Dokumentation der Endoprothesenversorgung gibt es ab dem Erfassungsjahr 2015 weitreichende Änderungen. Künftig werden die QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* sowie *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* im neuen QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* (HEP) zusammengefasst. Zusätzlich werden die endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen aus dem bisherigen QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* mit erfasst. Damit werden ab 2015 im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* nur noch hüftgelenknahe Femurfrakturen mit osteosynthetischer Versorgung erfasst.

Durch diese umfassende Umstrukturierung der QS-Verfahren entfallen die Auffälligkeitskriterien aus dem QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* für das Erfassungsjahr 2015.

4.12 Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 52 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (80 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 35 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. 17 Krankenhausstandorte erhielten einen Hinweis.

Ein Krankenhausstandort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 16 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, in 12 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

In 5 Fällen wurde die Bewertung U99 vergeben. Da jedoch in 2 Fällen aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

In einem Fall wurde die Bewertung S99 vergeben, da hier ein unausgefüllter Minimaldatensatz vorlag.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 40 % der angefragten Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler festgestellt.

AK-ID 850205: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 13 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (20 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 9 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert, 4 weitere wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen.

In 4 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, in einem Fall wurden Dokumentationsfehler festgestellt. Ein Krankenhausstandort lieferte trotz Aufforderung keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit.

In einem Fall wurde die Bewertung A99 vergeben. Da jedoch aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden dieser zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 22,2 % der angefragten Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Tabelle 25: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850204	52	35	16	14	1	1
850205	13	9	4	2	1	0

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

In der Dokumentation der Endoprothesenversorgung gibt es ab dem Erfassungsjahr 2015 weitreichende Änderungen. Künftig werden die QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* sowie *Hüft-Endoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel* im neuen QS-Verfahren *Hüft-*

endoprothesenversorgung (HEP) zusammengefasst. Zusätzlich werden die endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Femurfrakturen aus dem bisherigen QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* mit erfasst. Damit werden ab 2015 im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* nur noch hüftgelenknahe Femurfrakturen mit osteosynthetischer Versorgung erfasst.

Durch diese umfassende Umstrukturierung der QS-Verfahren entfallen die Auffälligkeitskriterien aus dem QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* für das Erfassungsjahr 2015.

4.13 Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation

AK-ID 813128: Angabe von ASA 5

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 8 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (18,6 % der dokumentationspflichtigen Standorte). Davon wurden 4 Standorte auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen, weitere 4 Standorte wurden zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In allen 4 angeforderten Stellungnahmen gaben die Standorte Dokumentationsfehler für die rechnerische Auffälligkeit an.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurde in allen angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

AK-ID 813130: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 26 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (60,5 % der dokumentationspflichtigen Standorte). 12 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In 14 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 8 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 4 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Ein Standort lieferte trotz mehrfacher Aufforderung keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit.

Es wurde in einem Fall die Bewertung U99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass die korrekte Dokumentation bestätigt wurde, wurde dieser Fall der Bewertungskategorie „korrekte Dokumentation bestätigt“ zugeordnet.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 28,6 % der angefragten Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Tabelle 26: Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813128	8	4	0	4	0	0

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813130	26	14	9	4	1	0

Anmerkungen:
AK-ID 813128: Angabe von ASA 5
AK-ID 813130: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

In der Dokumentation der Endoprothesenversorgung gibt es ab dem Erfassungsjahr 2015 weitreichende Änderungen. Im neuen QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* (KEP) werden künftig die bisherigen QS-Verfahren *Knie-Endoprothesen-Erstimplantation* sowie *Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* zusammengefasst. Hier werden auch die Implantationen von unikondylären Schlittenprothesen (ehemals Modul 17/6) mit einbezogen.

Durch diese umfassende Umstrukturierung der QS-Verfahren entfallen die Auffälligkeitskriterien aus dem QS-Verfahren *Knie-Endoprothesen-Erstimplantation* für das Erfassungsjahr 2015.

4.14 Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

AK-ID 850326: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 31 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (15,7 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 26 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert, 5 Standorte erhielten einen Hinweis.

3 Standorte lieferten keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 12 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 10 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor.

Es wurde in einem Fall die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser Fall zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 42,3 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

AK-ID 850327: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 102 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (51,5 % der dokumentationspflichtigen Standorte), 40 davon wurden auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In 62 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 36 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, in 18 Fällen wurden Dokumentationsfehler für die Abweichungen angegeben.

Zwei Standorte lieferten keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. Ein Fall wurde als S99 eingestuft.

Es wurde in 2 Fällen die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurden diese Fälle zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Es wurde in 3 Fällen die Bewertung U99 vergeben. Da aber in 2 Fällen aus den Kommentaren der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass die korrekte Dokumentation bestätigt wurde, wurden diese Standorte zu „korrekte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 32,3 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 19 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (9,6 % der dokumentationspflichtigen Standorte). Ein Standort wurde auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen. In den übrigen 18 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 11 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt, während in 5 Fällen Dokumentationsfehler vorlagen.

Es wurde in einem Fall die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser Fall zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt. Es wurde in einem weiteren Fall die Bewertung U99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass die korrekte Dokumentation bestätigt wurde, wurde die Bewertung „korrekte Dokumentation bestätigt“ vergeben.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 33,3 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

AK-ID 850329: Angabe von ASA 5

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 2 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (1 % der dokumentationspflichtigen Standorte). Beide Standorte wurden zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In einem Fall wurde die korrekte Dokumentation vom betroffenen Standort bestätigt, der andere Krankenhausstandort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die Abweichung.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurde in keiner der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

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

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 28 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte ermittelt (14,1 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 3 Fällen davon wurde auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen, in 25 Fällen wurden die Standorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

Ein Krankenhausstandort lieferte keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit. In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 12 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. Ein Fall wurde mit S99 eingestuft.

Es wurde in einem Fall die Bewertung A99 vergeben. Da aber aus dem Kommentar der dazugehörigen LQS eindeutig hervorging, dass Dokumentationsprobleme vorlagen, wurde dieser Fall zu „fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ gezählt.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 52 % der angefragten Einrichtungen Dokumentationsfehler festgestellt.

Tabelle 27: Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
850326	31	26	12	11	3	0
850327	102	62	38	20	2	1
850328	19	18	12	6	0	0
850329	2	2	1	0	1	0
850330	28	25	9	13	1	1

Anmerkungen:
AK-ID 850326: Häufige Angaben 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: Angabe von ASA 5
AK-ID 850330: Häufige Angabe von „sonstige“ bei chirurgischen Komplikationen

In der Dokumentation der Endoprothesenversorgung gibt es ab dem Erfassungsjahr 2015 weitreichende Änderungen. Im neuen QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* (KEP) werden künftig die bisherigen QS-Verfahren *Knie-Endoprothesen-Erstimplantation* sowie *Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* zusammengefasst. Hier werden auch die Implantationen von unikondylären Schlittenprothesen mit einbezogen.

Durch diese umfassende Umstrukturierung der QS-Verfahren entfallen die Auffälligkeitskriterien aus dem QS-Verfahren *Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* für das Erfassungsjahr 2015.

4.15 Mammachirurgie

AK-ID 813068: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie

Für dieses Auffälligkeitskriterium wurden 34 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt (94,4 % der dokumentationspflichtigen Standorte). In 4 Fällen wurde auf die rechnerische Auffälligkeit

hingewiesen. In allen anderen Fällen wurden die Krankenhausstandorte zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert.

In 9 Fällen wurde die korrekte Dokumentation bestätigt. In 19 Fällen lagen Dokumentationsfehler vor. 2 Fälle wurden mit S99 bewertet.

Auf Basis dieses Auffälligkeitskriteriums wurden in 63,3 % der angefragten Standorte Dokumentationsfehler festgestellt.

Eine Weiterführung für das Erfassungsjahr 2015 wurde von der Projektgruppe Datenvalidierung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen.

Tabelle 28: Mammachirurgie – Ergebnisse

AK-ID	Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten	Stellungnahme angefordert	Korrekte Dokumentation bestätigt	Fehlerhafte Dokumentation bestätigt	Keine erklärenden Gründe genannt	Sonstiges
813068	34	30	9	19	0	2

Anmerkungen:
AK-ID 813068: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie

5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Durch die Aufnahme der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung zum Erfassungsjahr 2011 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:

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

5.1 Indirekte QS-Verfahren

Für die indirekten Verfahren wurden die anzuwendenden Rechenregeln den LQS vom AQUA-Institut bekannt gegeben, sodass diese die Statistische Basisprüfung und den anschließenden Strukturierten Dialog eigenständig durchführen konnten.

5.1.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

In Tabelle 29 sind die rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen pro QS-Verfahren für die Erfassungsjahre 2012, 2013 und 2014 dargestellt. Die Gesamtzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte im Erfassungsjahr 2014 ist im Vergleich zum Vorjahr um 14,3 % gesunken. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2012 ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten um 37,9 % zurückgegangen.

In Bezug auf die einzelnen QS-Verfahren zeigt sich in den folgenden Verfahren ein leichter Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten für das AK Unterdokumentation:

- *Herzschrittmacher-Implantation*
- *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*
- *Karotis-Revaskularisation*
- *Cholezystektomie*
- *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel*
- *Mammachirurgie*
- *Ambulant erworbene Pneumonie*

Im QS-Verfahren *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)* zeigt sich im Erfassungsjahr 2014 ein deutlicher Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr (+ 79,2 %) (vgl. Abbildung 4).

In den restlichen QS-Verfahren ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten für das Auffälligkeitskriterium der Unterdokumentation im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen oder konstant geblieben. Ein besonders deutlicher Rückgang konnte für die Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* (-58,2 %), *Neonatologie* (-56,0 %) und *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* (-44,8 %) ermittelt werden (vgl. Abbildung 4).

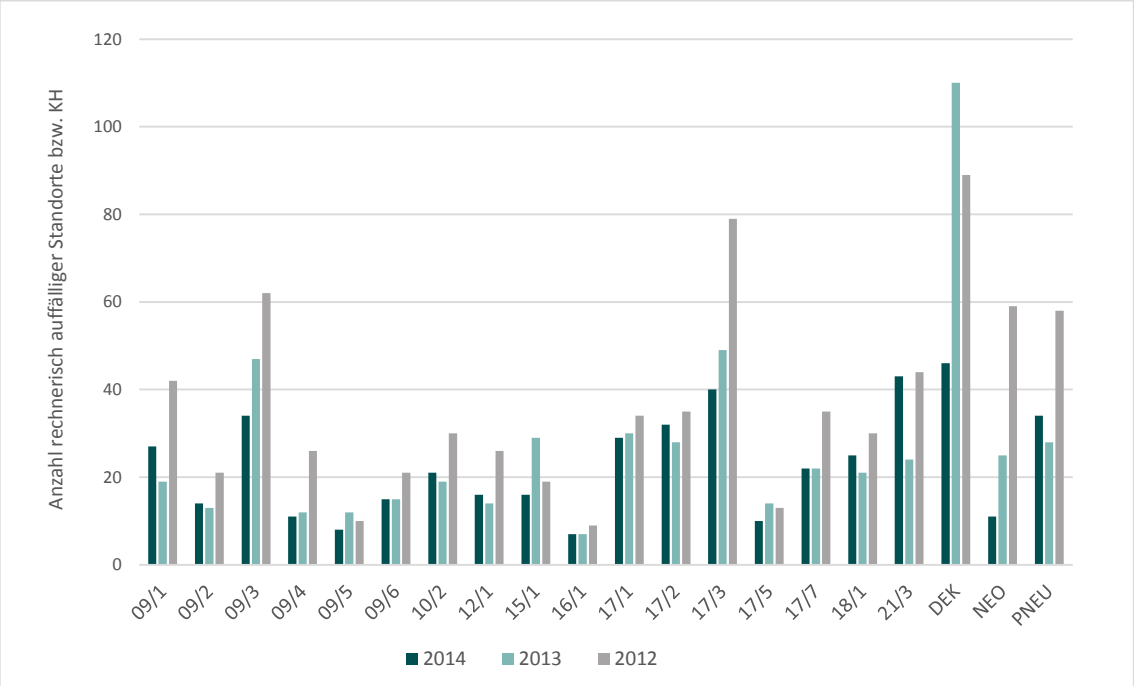


Abbildung 4: AK Unterdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten

Tabelle 29: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation – Ergebnisse

QS-Verfahren	Erfassungsjahr 2014			Erfassungsjahr 2013			Erfassungsjahr 2012		
	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %
Herzschrittmacher-Implantation	27	17	63	19	16	84,2	42	37	88,1
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	14	1	7,1	13	6	46,2	21	13	61,9
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation	34	23	67,6	47	30	63,8	62	47	75,8
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	11	6	54,5	12	7	58,3	26	17	65,4
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	8	1	12,5	12	3	25	10	8	80
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	15	10	66,7	15	6	40	21	15	71,4
Karotis-Revaskularisation	21	13	61,9	19	15	78,9	30	24	80
Cholezystektomie	16	10	62,5	14	9	64,3	26	22	84,6
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	16	7	43,8	29	11	37,9	19	17	89,5
Geburtshilfe	7	3	42,9	7	2	28,6	9	9	100
Hüftgelenknahe Femurfraktur	29	20	69	30	15	50	34	29	85,3
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	32	11	34,4	28	19	67,9	35	25	71,4
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	40	16	40	49	29	59,2	79	58	73,4

QS-Verfahren	Erfassungsjahr 2014			Erfassungsjahr 2013			Erfassungsjahr 2012		
	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	10	7	70	14	9	64,3	13	11	84,6
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	22	8	36,4	22	14	63,6	35	25	71,4
Mammachirurgie	25	12	48	21	11	52,4	30	25	83,3
Koronarangiographie u. Perkutane Koronarintervention (PCI)	43	27	62,8	24	16	66,7	44	39	88,6
Pflege: Dekubitusprophylaxe	46	39	84,8	110	70	63,6	89	63	70,8
Neonatologie	11	5	45,5	25	15	60,0	59	33	55,9
Ambulant erworbene Pneumonie	34	21	61,8	28	21	75,0	58	55	94,8
Gesamt	**461**	**257**	**55,7**	**538**	**324**	**60,2**	**742**	**572**	**77,1**

© IQTIG 2016

Als konkrete Gründe für Unterdokumentation wurden folgende Punkte identifiziert:

- Mängel in der Struktur- und Prozessqualität
  - Prozessprobleme durch mangelhafte Vertretungs-/Einarbeitungsregelung mit der Folge des Überschreitens der Daten-Abgabefrist
  - personelle Engpässe
  - Probleme bei der Festlegung der Dokumentationsverantwortlichkeit bei Verbringungsfällen
  - Daten wurden dokumentiert, aber nicht exportiert (Schnittstellenproblem zwischen Ärzten und EDV)
  - unterbliebene Nachbearbeitung von Datensätzen, die von der Datenannahmestelle zurückgewiesen wurden
  - Abteilung wurde geschlossen und die Datensätze konnten nicht mehr erhoben werden
  - Prozessfehler durch Umstrukturierungen (z. B. Fusionierung von Standorten und/oder Abteilungen)
- Softwareprobleme
  - Fehlerhafte Sollstatistik z. B. durch unterjährigen Software-/KIS-Wechsel oder Fehleinstellung des QS- Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationserklärung
  - Schnittstellenproblem zwischen QS-Filter-Auslösung und Datensatzanlage
  - technische Fehler im Dokumentationssystem: die Behandlungsfälle konnten nicht korrekt abgeschlossen werden und somit nicht an die LQS übermittelt werden
  - Fehler in der Übertragung der Datensätze durch Probleme mit Softwareschnittstellen bzw. bei Softwarewechseln und Upgrades
  - benutzerunfreundliche Software oder unbefriedigender Support durch Hersteller
- fehlerhafte Dokumentation

5.1.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation

In Tabelle 30 sind die rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen pro QS-Verfahren für die Erfassungsjahre 2012, 2013 und 2014 dargestellt. Die Gesamtzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte im Erfassungsjahr 2014 ist im Vergleich zum Vorjahr um 25,5 % gesunken. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2012 ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten um 25,1 % zurückgegangen.

In Bezug auf die einzelnen QS-Verfahren zeigt sich in den folgenden Verfahren ein leichter Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten für das AK Überdokumentation:

- *Herzschrittmacher-Implantation*
- *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*
- *Cholezystektomie*
- *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)*

Im QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* zeigt sich im Erfassungsjahr 2014 ein deutlicher Anstieg der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr (+ 25 %) (vgl. Abbildung 5).

In den restlichen QS-Verfahren ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten für das Auffälligkeitskriterium der Überdokumentation im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen oder konstant geblieben. Ein besonders deutlicher Rückgang konnte für die Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* (-75,0 %), *Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* (-73,3 %), *Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel* (-80,0 %), *Mammachirurgie* (-60,0 %) sowie *Ambulant erworbene Pneumonie* (-56,7 %) ermittelt werden (vgl. Abbildung 5).

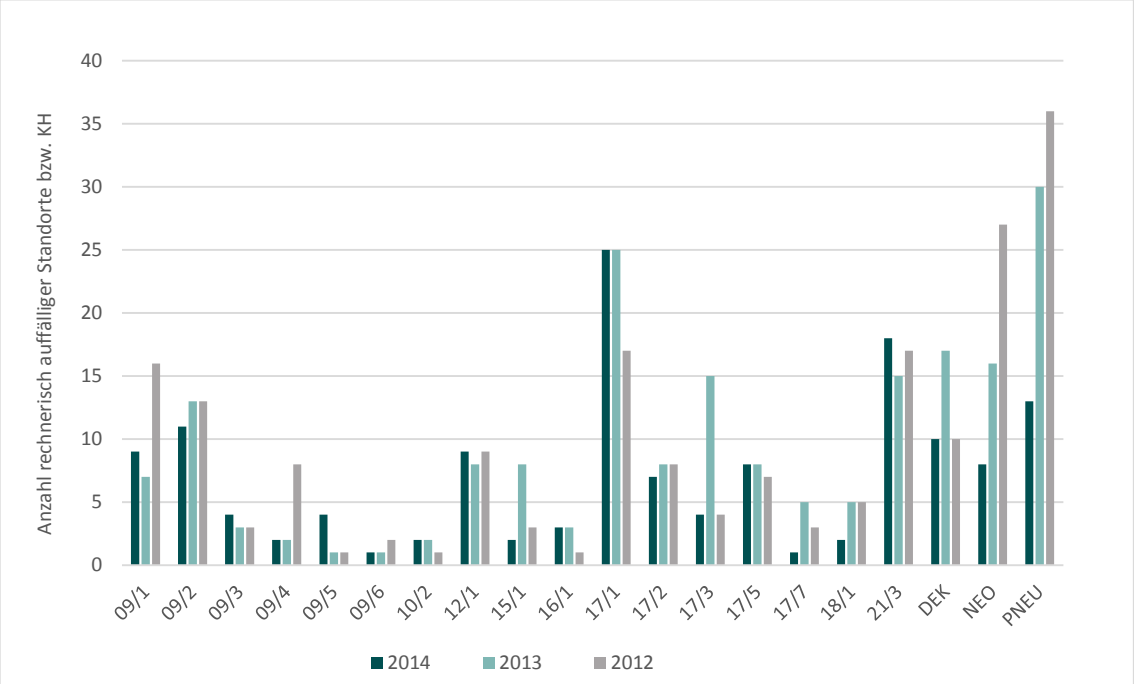


Abbildung 5: AK-Überdokumentation – Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten

Tabelle 30: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation – Ergebnisse

QS-Verfahren	Erfassungsjahr 2014			Erfassungsjahr 2013			Erfassungsjahr 2012		
	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %
Herzschrittmacher-Implantation	9	4	44,4	7	3	42,9	16	9	56,3
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	11	7	63,6	13	9	69,2	13	11	84,6
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwech-sel/-Explantation	4	2	50	3	2	66,7	3	1	33,3
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	2	1	50	2	1	50,0	8	7	87,5
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	4	2	50	1	1	100,0	1	1	100,0
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	1	1	100	1	1	100,0	2	0	0,0
Karotis-Revaskularisation	2	1	50	2	0	0,0	1	1	100,0
Cholezystektomie	9	4	44,4	8	5	62,5	9	4	44,4
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	2	2	100	8	6	75,0	3	3	100,0
Geburtshilfe	3	2	66,7	3	1	33,3	1	1	100,0
Hüftgelenknahe Femurfraktur	25	14	56	25	14	56,0	17	8	47,1
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	7	4	57,1	8	2	25,0	8	6	75
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	4	1	25	15	5	33,3	4	3	75

QS-Verfahren	Erfassungsjahr 2014			Erfassungsjahr 2013			Erfassungsjahr 2012		
	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	8	3	37,5	8	3	37,5	7	4	57,1
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1	1	100	5	1	20,0	3	0	0,0
Mammachirurgie	2	1	50	5	1	20,0	5	5	100,0
Koronarangiographie u. Perkutane Koronar-intervention (PCI)	18	14	77,8	15	11	73,3	17	13	76,5
Pflege: Dekubitusprophylaxe	10	9	90	17	12	70,6	10	4	40
Neonatologie	8	3	37,5	16	14	87,5	27	17	63
Ambulant erworbene Pneumonie	13	7	53,8	30	19	63,3	36	28	77,8
Gesamt	**143**	**83**	**58,0**	**192**	**111**	**57,8**	**191**	**126**	**66,0**

© IQTIG 2016

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 Datensätzen 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 Auffälligkeitskriterien 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 QS-Verfahrens 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 QS-Verfahren kann einen Hinweis auf Mängel des QS-Filters liefern. Zudem ist zu vermuten, dass durch die Einführung des Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation der Anreiz für die Verwendung von Minimaldatensätzen steigt.

In Tabelle 31 sind die rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen für das AK Minimaldatensatz der Erfassungsjahre 2014, 2013 und 2012 dargestellt. Es zeigt sich für das Erfassungsjahr 2014 insgesamt ein Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten um 27,4 % im Vergleich zum Vorjahr. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2012 ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten um 1,4 % gesunken.

Keine rechnerischen Auffälligkeiten aufgrund des AK Minimaldatensatz wurden im Erfassungsjahr 2014 für die QS-*Verfahren Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*, *Geburtshilfe*, *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention* sowie *Pflege: Dekubitusprophylaxe* ermittelt. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten (n = 22) zeigten sich im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie.*

In 69 % der rechnerisch auffälligen Fälle (n = 29) war das Anlegen der Minimaldatensätze korrekt. In 19 % der Fälle (n = 8) lag eine fehlerhafte Dokumentation vor.

Im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* wurde in einem Fall ein MDS angelegt, da eine Verlegung des Patienten in eine Reha-Einrichtung nach abgeschlossener Behandlung stattfand. Die Reha-Einrichtung muss aus Gründen der Abrechnung den auslösenden ICD-Code einer ambulant erworbenen Pneumonie mitführen, wodurch der QS-Bogen „Ambulant erworbene Pneumonie“ ausgelöst wird. Den QS-Bogen konnte der Standort aber nicht mehr sachgerecht ausfüllen, da die Akutbehandlung bereits an einem anderen Standort abgeschlossen wurde. Auch eine andere LQS berichtete von MDS, bei denen es sich um Sekundärbehandlungen von bereits austherapierten ambulant erworbenen Pneumonien handelt.

Eine LQS berichtete, dass ein Großteil der Fälle falsch als MDS dokumentiert wurde, da die ICD10-Schlüssel U69.-! als Abgrenzungskriterium der ambulant erworbenen Pneumonie für die Qualitätssicherung im Krankenhaus nicht bekannt war.

Tabelle 31: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz – Ergebnisse

QS-Verfahren	Erfassungsjahr 2014			Erfassungsjahr 2013			Erfassungsjahr 2012		
	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %	rechnerisch auffällige KH	angeforderte Stellung-nahmen	angeforderte Stellung-nahmen in %
Herzschrittmacher-Implantation	4	2	50,0	8	5	62,5	0	-	-
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	0	-	-	2	0	-	1	0	-
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwech-sel/-Explantation	10	6	60,0	12	6	50,0	9	8	88,9
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	4	2	50,0	4	2	50,0	3	3	100,0
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	2	2	100,0	1	1	100,0	2	2	100,0
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	3	1	33,3	8	5	62,5	7	5	71,4
Karotis-Revaskularisation	8	6	75,0	11	9	81,8	12	12	100,0
Cholezystektomie	1	0	0,0	3	3	100,0	0	-	-
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	4	1	25,0	4	1	25,0	3	3	100,0
Geburtshilfe	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Mammachirurgie	11	6	54,5	14	9	64,3	11	11	100,0
Koronarangiographie u. Perkutane Koronarintervention (PCI)	0	-	-	5	1	20,0	2	2	100,0
Ambulant erworbene Pneumonie	22	16	72,7	21	12	57,1	20	20	100,0
Pflege: Dekubitusprophylaxe	0	-	-	2	1	50,0	0	-	-
Gesamt	**69**	**42**	**60,9**	**95**	**55**	**57,9**	**70**	**66**	**94,3**

5.1.4 Erkenntnisse zur Vollzähligkeit

In Bezug auf die Vollzähligkeit 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 hätten behoben werden können 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. Die Einbeziehung von Mitarbeitern aus Controlling und Qualitätsmanagement ist hierbei zu empfehlen.

5.2 Direkte QS-Verfahren

Für die direkten Verfahren lag die Verantwortung für die Statistische Basisprüfung und die Durchführung des Strukturierten Dialogs bei der Institution nach § 137a SGB V. Dies war für das Erfassungsjahr 2014 das AQUA-Institut.

5.2.1 Herzchirurgie

Die 3 herzchirurgischen QS-Verfahren (*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 32 zeigt die rechnerischen Auffälligkeiten und eingeleiteten Maßnahmen für die Erfassungsjahre 2014 und 2013.

AK-ID 850253: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation
Insgesamt 3 Standorte wurden gebeten, eine auffällige Unterdokumentation zu erklären. Ein Krankenhausstandort gab an, einen Exportfehler nicht registriert zu haben, sodass versäumt wurde, das Datenpaket erneut zu senden. Ein weiterer Standort bezog sich auf eine Summe von internen EDV-Fehlern. Der dritte Krankenhausstandort hatte Probleme bzgl. der „Standortsortierung“. Alle Ergebnisse wurden als „qualitativ auffällig“ gewertet.

AK-ID 850281: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz
Des Weiteren wurde im Erfassungsjahr 2014 von einer Einrichtung ein Minimaldatensatz übermittelt. Hier hatte eine Fehlkodierung die QS-Pflicht ausgelöst. Es wurde auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog verzichtet.

Tabelle 32: Herzchirurgie: Gesamtübersicht Strukturierter Dialog zur Vollzähligkeitsprüfung

Auffälligkeitskriterium	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
	rechnerische Auffällig-keiten	angeforderte Stellung-nahmen	Rechnerische Auffällig-keiten	Angeforderte Stellung-nahmen
Unterdokumentation	3	3	3	3
Überdokumentation	0	-	0	-
Minimaldatensatz	1	0	0	-
Gesamt	**4**	**3**	**3**	**3**

Neben der Prüfung der Vollzähligkeit für die herzchirurgischen QS-Verfahren wurde auch die Vollzähligkeit (Unter- und Überdokumentation) in den Zählleistungsbereichen *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (endovaskulär)* und *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (transapikal)* überprüft. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Krankenhäuser mit rechnerisch auffälligem Ergebnis leicht gesunken. Während zum Erfassungsjahr 2013 insgesamt 20 Krankenhausstandorte hierbei ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aufwiesen, waren es zum Erfassungsjahr 2014 insgesamt 14 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 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 Transplantationsverfahren die Häufigkeit der Angabe „Status unbekannt“ überprüft.

Für jedes QS-Verfahren der Transplantationsmedizin wurden zusätzlich zu den Kriterien zur Unter- und Überdokumentation die folgenden Auffälligkeitskriterien angewendet:

- Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
- Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
- Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
- Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

In Tabelle 33 sind die rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen zusammengefasst. Diese sind für alle transplantationsmedizinischen QS-Verfahren für die Erfassungsjahre 2014 und 2013 dargestellt.

Die Gesamtzahl der rechnerischen Auffälligkeiten über die eingesetzten Auffälligkeitskriterien ist vom Erfassungsjahr 2013 zum Erfassungsjahr 2014 zurückgegangen.

In den QS-Verfahren *Lebertransplantation* (EJ 2013 n = 1; EJ 2014 n = 2) und *Herz- und Herz-Lungen-Transplantation* (EJ 2013 n = 9; EJ 2014 n = 11) ist die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten leicht angestiegen.

Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Es wurden 5 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Ein Fall war Folge der Überdokumentation des Vorjahres, der Fall wurde bereits im Erfassungsjahr 2013 übermittelt. Bei 2 Fällen wurden Softwareprobleme als Grund der Unterdokumentation angegeben. In einem weiteren Fall wurde der Abbruch einer Transplantation erst nach Versendung in der Sollstatistik geändert, sodass die übermittelte Sollstatistik fehlerhaft war. Ein weiterer Fall kam aufgrund einer inkorrekten Fallzusammenführung in der Sollstatistik zustande.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Es wurde eine rechnerische Auffälligkeit ermittelt, die nach Aussage des betroffenen Standorts durch Softwarefehler bedingt ist.

Tabelle 33: Transplantationen und Lebendspenden – Dokumentationsraten

Auffälligkeitskriterium	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahmen	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahmen
Unterdokumentation	5	5	3	3
Überdokumentation	1	1	7	7
Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up	6	2	6	1
Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up	12	6	11	3
Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up	13	4	19	11
Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	1	1	0	-
Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	1	1	1	1
Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	4	4	6	6
Gesamt	**43**	**24**	**53**	**32**

Auffälligkeitskriterien zur Follow-up-Dokumentation

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

- organisatorische Probleme:
  - ein Fall wurde 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 langer Anfahrtswege)
  - trotz Bemühungen konnten keine Informationen zum Überlebensstatus des Patienten ermittelt werden
- Struktur- und Prozessmängel:
  - die EDV-technischen 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 interdisziplinären 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 16.428 rechnerische Auffälligkeiten bearbeitet. In Tabelle 34 sind die Ergebnisse über alle QS-Verfahren zusammengefasst dargestellt und mit dem Vorjahr verglichen. Detailliertere Informationen und Auswertungen dazu sind im *Bericht zum Strukturierten Dialog 2015 – Erfassungsjahr 2014* zu finden.

Tabelle 34: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren (gesamt)

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	16.428	100 %	17.233	100 %
Maßnahmen				
Keine Maßnahmen	132	0,8 %	122	0,7 %
Hinweise	6.691	40,7 %	7.131	41,4 %
Stellungnahmen	9.600	58,4 %	9.975	57,9 %
Sonstiges	5	0 %	5	0 %
Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)				
Anlässe für Besprechungen	282	1,7 %	236	1,4 %
Anlässe für Begehungen	60	0,4 %	39	0,2 %
Zielvereinbarungen	794	4,8 %	610	3,5 %
Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten				
Hinweise [H20/H99]	6.660	40,5 %	7.027	40,8 %
Nach Überprüfung der Stellungnahmen				
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	6.291	38,3 %	6.570	38,1 %
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.687	10,3 %	1.763	10,2 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.434	8,7 %	1.489	8,6 %
Sonstiges [S90/S91/S99]	356	2,2 %	384	2,2 %
Begründungen zu den Einstufungen				
Qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation [U31]	406	2,5 %	454	2,6 %
Qualitativ unauffällig: Bedingt durch Einzelfälle [U32]	4.503	27,4 %	4.997	29 %

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2014		Erfassungsjahr 2013	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) [U33]	1.160	7,1 %	-	-
Qualitativ unauffällig: Sonstiger Kommentar [U99]	222	1,4 %	1.119	6,5 %
Qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel [A41]	1.255	7,6 %	1.287	7,5 %
Qualitativ auffällig: Keine ausreichend erklärenden Gründe [A42]	246	1,5 %	273	1,6 %
Qualitativ auffällig: Sonstiger Kommentar [A99]	186	1,1 %	203	1,2 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation [D50]	1.313	8 %	1.369	7,9 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Bedingt durch Softwareprobleme [D51]	55	0,3 %	55	0,3 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Sonstiger Kommentar [D99]	66	0,4 %	65	0,4 %
Sonstiges: Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen [S91]	15	0,1 %	8	0 %
Sonstiges: Mit Kommentar [S99]	209	1,3 %	254	1,5 %

Anmerkung: Die Anzahl der gewählten Maßnahme „Hinweise“ ist nicht gleichzusetzen mit der Summe aus „H20“ und „H99“. Es wurden zudem Hinweise versendet (0,5 %), 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 diejenigen extrahiert, die auf vorliegende Dokumentationsmängel hinweisen.

In Tabelle 35 sind die Qualitätsindikatoren 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 35: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs: Qualitätsindikatoren mit Dokumentationsproblemen

Kürzel des Auswertungsmoduls	QI-ID: QI-Bezeichnung	D50	D51	D99	Kommentare	Gesamt
DEK	52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	125	6	15	39	185
PNEU	50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	99	1	3	53	156
17/2	1082: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	71	2	2	21	96
PNEU	2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	48	1	1	26	76
PNEU	2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score = 1 oder 2)	44	1	5	16	66
21/3	12773: Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts	30	12	6	18	66
17/2	2223: Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	35	2	0	18	55
16/1	318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	21	1	0	31	53
16/1	50046: Antibiotikagabe bei vorzeitigen Blasensprung	17	1	1	33	52
17/7	295: Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	21	1	1	28	51
PNEU	2005: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	33	1	1	13	48
PNEU	2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	38	1	0	9	48
17/5	276: Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	37	1	0	7	45
17/3	268: Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	21	2	0	20	43
21/3	12774: Isolierte Koronarangiographie mit Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy cm^2	7	2	0	33	42

Im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* lagen häufig Fehlkodierungen vor. Den Berichten der LQS ist zu entnehmen, dass in vielen Krankenhäusern Unsicherheiten und Schwierigkeiten bei der Einstufung eines Dekubitus bestehen.

Im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* wird der Indikator „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (QI-ID 50722) samt Referenzbereich in der Fachgruppe auf Bundesebene kritisch diskutiert. Nach Aussage einiger Landesgeschäftsstellen erhielten Einrichtungen für die Ergebnisse in diesem Indikator hauptsächlich deshalb die Bewertung „qualitativ auffällig“, da es immer noch kein flächendeckendender Standard sei, die Atemfrequenz bei der Aufnahme zu messen.

Für den Indikator „Antibiotika bei vorzeitigem Blasensprung“ (QI-ID 50046) im QS-Verfahren *Geburtshilfe* 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. Seit dem Erfassungsjahr 2015 erfolgt eine minutengenaue Erfassung des Aufnahmezeitpunkts der Mutter. Zudem wurde für das Erfassungsjahr 2015 der Referenzbereich ausgesetzt. Anhand der dann festgestellten Ergebnisse wird die Fachgruppe auf Bundesebene eine Überarbeitung der Rechenregel erneut überprüfen.

In den QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* und *Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation* traten häufig Dokumentationsfehler bei den Parametern zum Kellgren-Lawrence-Score auf.

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

- *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)*: Dokumentation des Dosisflächenprodukts
- *Ambulant erworbene Pneumonie*: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme, Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung und Durchführung der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

7 Schlussfolgerung und Ausblick

Im Rahmen des Datenvalidierungsverfahrens konnten die Daten des Bundesdatenpools 2014 für die QS-Verfahren *Nierentransplantation*, *Leberlebendspende* und *Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation* erfolgreich umfassend hinsichtlich ihrer Datenvalidität geprüft werden. Durch den Einsatz von Auffälligkeitskriterien bei der Statistischen Basisprüfung konnten Probleme bezüglich der Dokumentationsqualität identifiziert und im Strukturierten Dialog mit den Krankenhausstandorten zum Teil gelöst werden. Sofern Dokumentationsfehler vorlagen, wurden von den Krankenhausstandorten Maßnahmen zur künftigen Vermeidung eingeleitet.

Die Auswertung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs hat darüber hinaus gezeigt, welche der erstmals eingesetzten Auffälligkeitskriterien für eine Verstetigung geeignet sind. So wurden im QS-Verfahren *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* 3 der 6 erstmalig eingesetzten und bei *Nierentransplantation* alle neu eingesetzten Auffälligkeitskriterien für eine Erst-Verstetigung empfohlen und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA beschlossen. Für das QS-Verfahren *Leberlebendspende* wurden keine Auffälligkeitskriterien entwickelt.

Im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte erfolgt die Bewertung der Datenvalidität ausgewählter Datenfelder auf Grundlage eines definierten Schemas. Dabei konnte herausgestellt werden, dass in den untersuchten QS-Verfahren eine hohe Varianz der Datenvalidität vorliegt. So sind in jedem der 3 QS-Verfahren Datenfelder mit einer hervorragenden und einer guten Datenvalidität herauszustellen. Jedoch gibt es auch einige wenige 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 Fachgruppe auf Bundesebene weitergeleitet.

Zusätzlich zu der umfassenden Datenvalidierung erfolgte erneut eine Überprüfung der Datensätze auf Plausibilität und Vollständigkeit in den QS-Verfahren mit verstetigten Auffälligkeitskriterien. 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 Krankenhausstandorten geklärt werden. War die rechnerische Auffälligkeit durch Fehler in den QS-Daten begründet, so wurden von den Krankenhausstandorten bereits Optimierungsmaßnahmen eingeleitet. Zudem erfolgte die jährliche Überprüfung der verstetigten Auffälligkeitskriterien auf Anpassung bzw. Zuverlässigkeit. Im Ergebnis der Prüfung für das Erfassungsjahr 2014 wurde im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* ein Auffälligkeitskriterium gestrichen. In den QS-Verfahren *Geburtshilfe* und *Aortenklappenchirurgie, isoliert*, wurde jeweils ein Auffälligkeitskriterium modifiziert. Weiterhin ausgesetzt bleibt jeweils ein Auffälligkeitskriterium in den QS-Verfahren *Mammachirurgie* und *Ambulant erworbene Pneumonie*.

Darüber hinaus wurden die gelieferten Datensätze für jedes QS-Verfahren 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.

Für die umfassende Datenvalidierung 2016 wurden vom G-BA zwei indirekte sowie ein direktes QS-Verfahren ausgewählt. Somit wird eine umfassende Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2015 in den QS-Verfahren *Mammachirurgie*, *Pflege: Dekubitusprophylaxe* und *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* stattfinden.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, qualitative	Teilmenge der rechnerischen Auffälligkeiten, die in einem qualitativen Beurteilungsprozess (z. B. Strukturierter Dialog) als Qualitätsproblem einer Einrichtung klassifiziert wurden.
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 QS-Verfahren (Angaben zu Fallzahlen, Patienten, Aufenthaltsdauer, Diagnostik, Therapie usw.).
Bundesdatenpool	Zusammenführung aller bundesweit dokumentierten QS-Daten.
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.
Dokumentation	siehe: QS-Dokumentation
Dokumentations-qualität	Güte der (medizinischen) QS-Dokumentation eines QS-Verfahrens, 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.
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.
Fachgruppen auf Bundesebene	Beratende Expertengruppen für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.
Fallzahl	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z. B. in einem bestimmten medizinischen Leistungsbereich eines Krankenhauses.
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.
Klumpenstichprobe	auch: Clusterstichprobe. Besondere Form der Zufallsauswahl. Anders als in der einfachen Zufallsauswahl werden hier nicht einzelne Merkmalsträger ausgewählt, sondern ganze Gruppen („Klumpen“).

Begriff	Erläuterung
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 QS-Verfahrens nicht für die Dokumentation geeignet ist, kann ein Ersatzdatensatz mit minimalen Angaben ausgefüllt werden.
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 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.
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 eine Konformitätserklärung schriftlich bestätigt wird. Sie gibt die zu erwartende Anzahl von Fällen in den einzelnen QS-Verfahren (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.
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).

Begriff	Erläuterung
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 QS-Verfahren (Soll) mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist).

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Laura Nölke, Georg Heinze, Axel Mertens

Bericht zur Datenvalidierung 2015

Anhang

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 17. Mai 2016

Impressum

Thema:
Bericht zur Datenvalidierung 2015. Anhang

Autoren:
Laura Nölke, Georg Heinze, Axel Mertens

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:
17. Mai 2016

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org
http://www.iqtig.org

© IQTIG 2016

Inhaltsverzeichnis

Lesehilfen zu den Tabellen ... 8
Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 8
Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 9
Übersicht der QS-Verfahren ... 13
1 Umfassende Datenvalidierung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation ... 16
1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ... 16
1.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien ... 16
1.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium ... 19
1.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 20
1.1.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium ... 21
1.1.5 Ergebnisse pro Bundesland ... 22
1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich ... 23
1.2.1 Datenfeld 16: Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff ... 23
1.2.2 Datenfeld 17: Batterieerschöpfung ... 24
1.2.3 Datenfeld 18: vermutete Schrittmacherfehlfunktion ... 25
1.2.4 Datenfeld 19: Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf ... 26
1.2.5 Datenfeld 20: Pektoraliszucken ... 26
1.2.6 Datenfeld 21: Taschenhämatom ... 27
1.2.7 Datenfeld 22: Infektion ... 27
1.2.8 Datenfeld 23: anderes Taschenproblem ... 27
1.2.9 Datenfeld 24: Aggregatperforation ... 28
1.2.10 Datenfeld 25: sonstige Indikation ... 28
1.2.11 Datenfeld 26: Vorhof ... 29
1.2.12 Datenfeld 27: Ventrikel 1. Sonde ... 31
1.2.13 Datenfeld 28: Ventrikel 2. Sonde ... 33
1.2.14 Datenfeld 33: postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden ... 35
1.2.15 Datenfeld 35: Art des Vorgehens ... 37
1.2.16 Datenfeld 36: Jahr der Implantation ... 38
1.2.17 Datenfeld 39: Art des Vorgehens ... 38

© IQTIG 2016

1.2.18 Datenfeld 40: Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde 40
1.2.19 Datenfeld 49: Art des Vorgehens 41
1.2.20 Datenfeld 50: Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde 43
1.2.21 Datenfeld 55: Reizschwelle 44
1.2.22 Datenfeld 56: nicht gemessen 44
1.2.23 Datenfeld 57: R-Amplitude 45
1.2.24 Datenfeld 58: nicht gemessen 45
1.2.25 Datenfeld 70: Art des Vorgehens 47
1.2.26 Datenfeld 74: Art des Vorgehens 48
1.2.27 Datenfeld 80: Art des Vorgehens 49
1.2.28 Datenfeld 81: Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde 50
1.2.29 Datenfeld 92: peri- bzw. postoperative Komplikationen 51
1.2.30 Datenfeld 93: Asystolie 52
1.2.31 Datenfeld 94: Kammerflimmern 52
1.2.32 Datenfeld 95: interventionspflichtiger Pneumothorax 53
1.2.33 Datenfeld 96: interventionspflichtiger Hämatothorax 53
1.2.34 Datenfeld 97: interventionspflichtiger Perikarderguss 54
1.2.35 Datenfeld 98: interventionspflichtiges Taschenhämatom 54
1.2.36 Datenfeld 99: Sondendislokation 54
1.2.37 Datenfeld 102: Sondendysfunktion 55
1.2.38 Datenfeld 105: postoperative Wundinfektion 55
1.2.39 Datenfeld 107: sonstige interventionspflichtige Komplikation 56
1.2.40 Datenfeld 109: Entlassungsgrund (Tod) 56
2 Umfassende Datenvalidierung: Nierentransplantation 58
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog 58
2.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien 58
2.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium 59
2.1.3 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium 59
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 60
2.2.1 Datenfeld 8: Geschlecht 60
2.2.2 Datenfeld 12: Vorerkrankungen 61
2.2.3 Datenfeld 13: Diabetes mellitus 62

2.2.4 Datenfeld 21: Spendertyp 63
2.2.5 Datenfelder 26 und 27: Kreatinin i.S. in mg/dl bzw. i.S. in µmol/l 64
2.2.6 Datenfeld 29: OP-Datum 64
2.2.7 Datenfeld 31: Abbruch der Transplantation 65
2.2.8 Datenfeld 38: Funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung 66
2.2.9 Datenfeld 39: Postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats 67
2.2.10 Datenfeld 40: Anzahl postoperativer Dialysen bis Funktionsaufnahme 68
2.2.11 Datenfeld 41: behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en) 68
2.2.12 Datenfeld 42: Blutung 69
2.2.13 Datenfeld 43: Reoperation erforderlich 70
2.2.14 Datenfeld 44: sonstige Komplikation 70
2.2.15 Datenfeld 49: akute behandlungsbedürftige Rejektion Niere 71
2.2.16 Datenfelder 51 und 52: Kreatininwert i.S. in mg/dl bzw. i.S. in µmol/l 72
2.2.17 Datenfeld 56: Entlassungsgrund (Tod) 72
3 Umfassende Datenvalidierung: Leberlebendspende 74
3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog 74
3.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien 74
3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich 74
3.2.1 Datenfeld 11: OP-Datum 74
3.2.2 Datenfeld 13: Segment I 74
3.2.3 Datenfeld 14: Segment II 75
3.2.4 Datenfeld 15: Segment III 75
3.2.5 Datenfeld 16: Segment IV 75
3.2.6 Datenfeld 17: Segment V 76
3.2.7 Datenfeld 18: Segment VI 76
3.2.8 Datenfeld 19: Segment VII 77
3.2.9 Datenfeld 20: Segment VIII 77
3.2.10 Datenfeld 21: Gewicht entnommene Leber 78
3.2.11 Datenfeld 22: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en) 78
3.2.12 Datenfeld 23: Blutung 79
3.2.13 Datenfeld 24: Gallenwegskomplikation 80

3.2.14 Datenfeld 25: Sekundäre Wundheilung ... 80
3.2.15 Datenfeld 26: Ileus ... 81
3.2.16 Datenfeld 27: Akutes Leberversagen ... 81
3.2.17 Datenfeld 28: sonstige eingriffsspezifische Komplikationen ... 82
3.2.18 Datenfeld 30: Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich ... 82
3.2.19 Datenfeld 32: allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en) ... 83
3.2.20 Datenfeld 33: Thrombose ... 84
3.2.21 Datenfeld 34: Lungenembolie ... 84
3.2.22 Datenfeld 35: Pneumonie ... 85
3.2.23 Datenfeld 36: sonstige allgemeine Komplikationen ... 85
3.2.24 Datenfeld 41: Entlassungsgrund (Tod) ... 85
4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung) ... 87
4.1 Verstetigte Auffälligkeitskriterien ... 87
4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium ... 90
4.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 93
4.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium ... 94
4.5 Ergebnisse pro Bundesland ... 97
5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ... 98
5.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation ... 98
5.1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren ... 98
5.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 100
5.1.3 Ergebnisse pro QS-Verfahren ... 101
5.1.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 103
5.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation ... 104
5.2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren ... 104
5.2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 106
5.2.3 Ergebnisse pro QS-Verfahren ... 107
5.2.4 Ergebnisse pro Bundesland ... 109
5.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz ... 110
5.3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren ... 110
5.3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland ... 111

5.3.3 Ergebnisse pro QS-Verfahren 112
5.3.4 Ergebnisse pro Bundesland 113
5.4 Weitere Auffälligkeitskriterien 114
5.4.1 Isolierte Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt 114
5.4.2 Herztransplantation 115
5.4.3 Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation 116
5.4.4 Lebertransplantation 117
5.4.5 Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation 118
5.4.6 Nierenlebendspende 119

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 QS-Verfahren, 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. der Institution nach § 137a SGB V vergebenen Bewertungen dargestellt.

Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Für alle ausgewählten Datenfelder werden die durch Zweiterfassung aus der Patientenakte erhobenen Daten mit den vom Krankenhausstandort erfassten und übermittelten QS-Dokumentationen im Bundesdatenpool des geprüften Erfassungsjahres verglichen. Um die Ergebnisse des Datenabgleichs zu veranschaulichen, wird zur Darstellung in der Regel eine Kreuztabelle (Kontingenztafel, Vierfeldertafel) verwendet (s. u.). Zur Verbesserung der Lesbarkeit werden bei Bedarf mehrere Antwortmöglichkeiten (Schlüsselkodes) zu medizinisch relevanten Kategorien zusammengefasst. Diese Zusammenfassungen entsprechen der Verwendung in den Qualitätsindikatoren.

		in Patientenakte			**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 Vierfeldertafel angegeben, auf welche Grundgesamtheit sich die jeweilige 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 aus der Patientenakte 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 (PPW)	Anteil der in der Akte enthaltenen Ereigniseinträge an allen in der QS-Dokumentation angegebenen Ereignissen. Der PPW gibt also die Wahrscheinlichkeit an, mit der ein in der QS-Dokumentation angegebenes Ereignis (z. B. Komplikation) tatsächlich auch in der Patientenakte enthalten ist.

negativ prädiktiver Wert (NPW)	Anteil der in der Akte nicht enthaltenen Ereigniseinträge an allen in der QS-Dokumentation nicht angegebenen Ereignissen. Der NPW gibt also die Wahrscheinlichkeit an, mit der ein in der QS-Dokumentation nicht angegebenes Ereignis (z. B. Nichtvorliegen einer Komplikation) tatsächlich auch nicht in der Patientenakte enthalten ist.

Zudem wird für jedes untersuchte Datenfeld angegeben, bei wie vielen Krankenhausstandorten Abweichungen ermittelt wurden sowie bei wie vielen Krankenhausstandorten 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:

Kategorisierung der Sensitivität und Spezifität	Bewertung der Datenvalidität
Sensitivität und Spezifität ≥ 90 %	hervorragend
Sensitivität und/oder Spezifität ≥ 80 % und < 90 %	gut
Sensitivität und/oder Spezifität < 80 %	verbesserungsbedürftig

Falls die Sensitivität und die Spezifität für ein Datenfeld nicht berechnet werden können, kann alternativ die Übereinstimmungsrate zur Bewertung der Datenvalidität verwendet werden, für die eine äquivalente Kategorisierung empfohlen wird:

Kategorisierung der Übereinstimmungsrate	Bewertung der Datenvalidität
Übereinstimmungsrate ≥ 90 %	hervorragend
Übereinstimmungsrate ≥ 80 % und < 90 %	gute
Übereinstimmungsrate < 80 %	verbesserungsbedürftig

Der PPW und der NPW liefern keine Informationen zur Datenvalidität der Standorte. Stattdessen können sie dazu genutzt werden, die Verlässlichkeit des Datenfeldes für QI-Berechnungen zu bewerten. So ist für die Berechnung der Qualitätsindikatoren entscheidend, dass das Ereignis, das für die Berechnung des Qualitätsindikators herangezogen wird, auch in der Realität existiert. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, ist die Berechnung des Indikators verfälscht. Diese Angabe ist dem PPW und dem NPW zu entnehmen (siehe die Erläuterung in der 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 angewendet:

Kategorisierung von PPW und NPW	Bewertung der Verlässlichkeit für QI-Berechnung
PPW und NPW ≥ 90 %	hervorragend
PPW und/oder NPW ≥ 80 % und < 90 %	gut
PPW und/oder NPW < 80 %	verbesserungsbedürftig

Werden metrische Datenfelder (z. B. Zeitdauern in Minuten, Angaben in mg/dl etc.) überprüft, so wird aus Gründen der Übersichtlichkeit von der Tabellenform abgewichen. An deren Stelle werden nur die absoluten und relativen Häufigkeiten von Übereinstimmungen und Abweichungen dargestellt.

Übersicht der QS-Verfahren

Kürzel des Auswertungs-moduls	Name des QS-Verfahrens	Beschreibung
Indirekte QS-Verfahren		
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 (ohne Hysterektomien)	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

Kürzel des Auswertungs-moduls	Name des QS-Verfahrens	Beschreibung
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
Direkte QS-Verfahren		
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-Lungen-transplantation	Transplantation einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem Organspender zu einem Empfänger

Kürzel des Auswertungs-moduls	Name des QS-Verfahrens	Beschreibung
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: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

1.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

850337: Häufige Angabe von nicht bekanntem Implantationsjahr beim Schrittmacher-Aggregat

Zähler	Patienten, bei denen dokumentiert wurde, dass das Jahr der Implantation nicht bekannt ist
Nenner	Alle Patienten mit Eingriff am Aggregat
Referenzbereich	≤ 22,26 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Zähler	5
Mindestanzahl Nenner	-

850338: Häufige Angabe von „unbekannt“ beim Zeitabstand zur Implantation der Sonde

Zähler	Patienten mit unbekanntem Zeitabstand zur Implantation der Sonde
Nenner	Alle Patienten, bei denen der Zeitabstand zur Implantation dokumentiert werden muss und bei denen ein Eingriff an der Sonde vorgenommen wurde (Neuimplantation, Neuplatzierung, Reparatur, Explantation, Stilllegung, sonstiges)
Referenzbereich	≤ 7,41 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-

850339: Häufige Angabe „kein Eingriff an der Sonde“ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen

Zähler	Patienten, bei denen „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde oder bei denen keine Angabe zur Art des Vorgehens erfolgt ist
Nenner	Alle Patienten mit Sondenproblemen
Referenzbereich	≤ 19,51 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-

850340: Häufige Angabe „kein Eigenrhythmus“ an der 1. Ventrikelsonde

Zähler	Patienten ohne Eigenrhythmus
Nenner	Alle Patienten, bei denen eine Angabe zur intraoperativen Messung der R-Amplitude bei der 1. Ventrikelsonde erfolgt ist
Referenzbereich	≤ 25,95 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Zähler	5
Mindestanzahl Nenner	-

850341: Keine Angabe von peri- bzw. postoperativen Komplikationen bei langer postoperativer Verweildauer, langer Eingriffsdauer und hoher Durchleuchtungszeit

Zähler	Patienten ohne peri- bzw. postoperative Komplikationen
Nenner	Alle lebend entlassenen Patienten mit langer postoperativer Verweildauer, langer Eingriffsdauer und hoher Durchleuchtungszeit* (jeweils über dem 90. Perzentil)
Referenzbereich	< 100,00 %
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-

850342: Angabe von ausschließlich sonstigen interventionspflichtigen peri- bzw. postoperativen Komplikationen

Zähler	Patienten, bei denen ausschließlich „sonstige interventionspflichtige Komplikationen“ dokumentiert wurden
Nenner	Alle lebend entlassenen Patienten mit peri- bzw. postoperativen Komplikationen
Referenzbereich	≤ 1 (Zähler)
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-

1.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
AK-ID	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850337	17	13,6	0	0,0	1	5,9	16	94,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	17,6
850338	13	10,4	0	0,0	3	23,1	10	76,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	23,1
850339	31	24,8	0	0,0	2	6,5	29	93,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	16,1
850340	19	15,2	0	0,0	9	47,4	10	52,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3
850341	44	35,2	1	2,3	14	31,8	29	65,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850342	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**125**	**100,0**	**1**	**0,8**	**29**	**23,2**	**95**	**76,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**12**	**9,6**

1.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	24	19,2	0	0,0	0	0,0	24	19,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	9	7,2	0	0,0	0	0,0	9	7,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	14	11,2	0	0,0	6	4,8	8	6,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	4	3,2	0	0,0	0	0,0	4	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	1	0,8	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	5	4,0	0	0,0	0	0,0	5	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	2	1,6	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	11	8,8	0	0,0	0	0,0	11	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	6,4
Nordrhein-Westfalen	27	21,6	0	0,0	15	12,0	12	9,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,2
Rheinland-Pfalz	2	1,6	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	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	7	5,6	0	0,0	4	3,2	3	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	7	5,6	1	0,8	3	2,4	3	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	6	4,8	0	0,0	0	0,0	6	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	5	4,0	0	0,0	0	0,0	5	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**125**	**100,0**	**1**	**0,8**	**29**	**23,2**	**95**	**76,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**12**	**9,6**

1.1.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850337	16	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	68,8	0	0,0	3	18,8	0	0,0	1	6,3
850338	10	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	80,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850339	29	3	10,3	0	0,0	0	0,0	1	3,4	24	82,8	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0
850340	10	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850341	29	20	69,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	17,2	1	3,4	1	3,4	0	0,0	2	6,9
850342	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**95**	**33**	**34,7**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**1,1**	**51**	**53,7**	**2**	**2,1**	**5**	**5,3**	**0**	**0,0**	**3**	**3,2**

1.1.5 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	24	8	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	58,3	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	9	5	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	8	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	4	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0	0,0	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	5	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	11	3	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	72,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	12	3	25,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rheinland-Pfalz	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	0	0	0,0	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	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	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	3	100,0
Schleswig-Holstein	6	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	66,7	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0
Thüringen	5	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**95**	**33**	**34,7**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**1**	**1,1**	**51**	**53,7**	**2**	**2,1**	**5**	**5,3**	**0**	**0,0**	**3**	**3,2**

1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

1.2.1 Datenfeld 16: Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	496	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	461	92,9 %

		in Patientenakte					Gesamt
		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	1	298 60,1 %	11 2,2 %	0 0 %	0 0 %	11 2,2 %	320 0 %
	2	26 5,2 %	111 22,4 %	0 0 %	1 0,2 %	20 4 %	158 0 %
	3	7 1,4 %	0 0 %	3 0,6 %	0 0 %	1 0,2 %	11 0 %
	4	2 0,4 %	0 0 %	0 0 %	2 0,4 %	3 0,6 %	7 0 %
Gesamt		333 67,1 %	122 24,6 %	3 0,6 %	3 0,6 %	35 7,1 %	496 100 %

* 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 = stationär, eigene Institution

2 = stationär, andere Institution

3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution

4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	414/461	89,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	47/461	10,2 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	21	48,8 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	22	51,2 %

1.2.2 Datenfeld 17: Batterieerschöpfung

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	170	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	163	95,9 %

		in Patientenakte			Gesamt
		regulär	vorzeitig	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	regulär	125 92,6 %	4 3 %	1 0,7 %	130 96,3 %
	vorzeitig	2 1,5 %	2 1,5 %	1 0,7 %	5 3,7 %
Gesamt		127 94,1 %	6 4,4 %	2 1,5 %	135 100 %

* 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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	157/163	96,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/163	3,7 %
Sensitivität	125/127	98,4 %
Spezifität	2/6	33,3 %
positiv prädiktiver Wert	125/129	96,9 %
Negativ prädiktiver Wert	2/4	50 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	22,0 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	32	78,0 %

1.2.3 Datenfeld 18: vermutete Schrittmacherfehlfunktion

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	169	99,4 %

* 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.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	2,4 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	40	97,6 %

1.2.4 Datenfeld 19: Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	170	100 %

* 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.

1.2.5 Datenfeld 20: Pektoraliszucken

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	169	99,4 %

* 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.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	2,4 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	40	97,6 %

1.2.6 Datenfeld 21: Taschenhämatom

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	170	100 %

* 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 22: Infektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	168	98,8 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	4,9 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	39	95,1 %

1.2.8 Datenfeld 23: anderes Taschenproblem

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	165	97,1 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	7,3 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	38	92,7 %

1.2.9 Datenfeld 24: Aggregatperforation

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	170	100 %

* 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.

1.2.10 Datenfeld 25: sonstige Indikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Schrittmacher-Aggregat-Problem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	170	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	170	100 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	165	97,1 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5	12,2 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	36	87,8 %

1.2.11 Datenfeld 26: Vorhof

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Sondenproblem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	298	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	289	97 %

		in Patientenakte											Gesamt
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**99**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**1**	68 55,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %	1 0,8 %	0 0 %	1 0,8 %	0 0 %	0 0 %	71 57,7 %
	2	0 0 %	14 11,4 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %	0 0 %	15 12,2 %
	3	1 0,8 %	0 0 %	4 3,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	5 4,1 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %
	5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %
	6	1 0,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	6 4,9 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	7 5,7 %
	7	4 3,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	12 9,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,8 %	17 13,8 %
	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 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 1,6 %	0 0 %	0 0 %	2 1,6 %
	99	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 2,4 %	1 0,8 %	4 3,3 %
Gesamt		74 60,2 %	14 11,4 %	4 3,3 %	1 0,8 %	1 0,8 %	7 5,7 %	13 10,6 %	0 0 %	3 2,4 %	4 3,3 %	2 1,6 %	123 100 %

* 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 = Dislokation
2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt
3 = fehlerhafte Konnektion
4 = Zwerchfellzucken
5 = Inhibition durch Muskelpotentiale/Oversensing
6 = Wahrnehmungsfehler/Undersensing
7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg
8 = Infektion
9 = Myokardperforation
99 = sonstige

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	279/289	96,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	10/289	3,5 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	12	28,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	30	71,4 %

1.2.12 Datenfeld 27: Ventrikel 1. Sonde

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Sondenproblem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	298	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	286	96 %

		in Patientenakte											Gesamt
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**99**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**1**	45 22,8 %	2 1 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 1 %	0 0 %	2 1 %	0 0 %	0 0 %	51 25,9 %
	2	0 0 %	37 18,8 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	1 0,5 %	41 20,8 %
	3	0 0 %	0 0 %	2 1 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 1,5 %
	4	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 1 %
	5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %
	6	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	11 5,6 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	14 7,1 %
	7	4 2 %	2 1 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	72 36,5 %	0 0 %	1 0,5 %	1 0,5 %	1 0,5 %	82 41,6 %
	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 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %	0 0 %	0 0 %	1 0,5 %
	99	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 1 %	0 0 %	2 1 %
Gesamt		49 24,9 %	43 21,8 %	2 1 %	1 0,5 %	2 1 %	12 6,1 %	77 39,1 %	0 0 %	4 2 %	4 2 %	3 1,5 %	197 100 %

* 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 = Dislokation
2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt
3 = fehlerhafte Konnektion
4 = Zwerchfellzucken
5 = Inhibition durch Muskelpotentiale/Oversensing
6 = Wahrnehmungsfehler/Undersensing
7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg
8 = Infektion
9 = Myokardperforation
99 = sonstige

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	264/286	92,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	22/286	7,7 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	20	47,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	22	52,4 %

1.2.13 Datenfeld 28: Ventrikel 2. Sonde

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein Sondenproblem dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	298	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	296	99,3 %

		in Patientenakte											Gesamt
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**99**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**1**	1 33,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 33,3 %
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	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	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 33,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 33,3 %
	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 %
	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 %
	7	1 33,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 33,3 %
	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 %
	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 %
	99	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		2 66,7 %	0 0 %	0 0 %	1 33,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 100 %

* 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 = Dislokation
2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt
3 = fehlerhafte Konnektion
4 = Zwerchfellzucken
5 = Inhibition durch Muskelpotentiale/Oversensing
6 = Wahrnehmungsfehler/Undersensing
7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg
8 = Infektion
9 = Myokardperforation
99 = sonstige

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	295/296	99,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/296	0,3 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	4,8 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	40	95,2 %

1.2.14 Datenfeld 33: postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	496	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	495	99,8 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein**	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	479 96,6 %	3 0,6 %	1 0,2 %	483 97,4 %
	nein**	3 0,6 %	10 2 %	0 0 %	13 2,6 %
Gesamt		482 97,2 %	13 2,6 %	1 0,2 %	496 100 %

* 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

** Nein, da Explantation

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	489/495	98,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/495	1,2 %
Sensitivität	479/482	99,4 %
Spezifität	10/13	76,9 %
positiv prädiktiver Wert	479/482	99,4 %
negativ prädiktiver Wert	10/13	76,9 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5	11,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	38	88,4 %

1.2.15 Datenfeld 35: Art des Vorgehens

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein postoperativ funktionell aktives SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	482	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	482	100 %

		in Patientenakte					Gesamt
		0	1	2	9	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	0	199 41,3 %	2 0,4 %	2 0,4 %	0 0 %	0 0 %	203 42,1 %
	1	2 0,4 %	225 46,7 %	3 0,6 %	0 0 %	0 0 %	230 47,7 %
	2	3 0,6 %	2 0,4 %	27 5,6 %	0 0 %	0 0 %	32 6,6 %
	9	3 0,6 %	3 0,6 %	2 0,4 %	6 1,2 %	0 0 %	14 2,9 %
Gesamt		207 42,9 %	232 48,1 %	34 7,1 %	6 1,2 %	0 0 %	482 100 %

* 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 = kein Eingriff am Aggregat
1 = Neuimplantation
2 = Neuplatzierung
9 = sonstiges

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	457/482	94,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	25/482	5,2 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	13	30,2 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	30	69,8 %

1.2.16 Datenfeld 36: Jahr der Implantation

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation als Art des Vorgehens (Datenfeld 35) keine Neuimplantation bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	242	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	242	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	224	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.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10	24,4 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	31	75,6 %

1.2.17 Datenfeld 39: Art des Vorgehens

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein AAI, DDD, VDD, CRT-System mit einer Vorhofsonde oder sonstiges System bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	325	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	322	99,1 %

* 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

		in Patientenakte						Gesamt
		0	**1**	**2**	**4**	**9**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**0**	174 53,7 %	1 0,3 %	8 2,5 %	0 0 %	0 0 %	1 0,3 %	184 0 %
	1	1 0,3 %	63 19,4 %	2 0,6 %	0 0 %	1 0,3 %	1 0,3 %	68 0 %
	2	0 0 %	2 0,6 %	65 20,1 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	67 0 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,3 %	0 0 %	0 0 %	1 0 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	4 1,2 %	0 0 %	4 0 %
Gesamt		175 54 %	66 20,4 %	75 23,1 %	1 0,3 %	5 1,5 %	2 0,6 %	324 100 %

Anmerkungen:
0 = kein Eingriff an der Sonde
1 = Neuimplantation
2 = Neuplatzierung
4 = Reparatur
9 = sonstiges

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	307/322	95,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	15/322	4,7 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	13	31,0 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	29	69,0 %

1.2.18 Datenfeld 40: Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation als Art des Vorgehens (Datenfeld 39) keine Neuimplantation bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	252	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	252	100 %

		in Patientenakte				Gesamt
		≤ 1 Jahr	> 1 Jahr	unbekannt	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	≤ 1 Jahr	141 56 %	3 1,2 %	0 0 %	0 0 %	144 0 %
	> 1 Jahr	2 0,8 %	106 42,1 %	0 0 %	0 0 %	108 0 %
	unbekannt	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Gesamt		143 56,7 %	109 43,3 %	0 0 %	0 0 %	252 100 %

* 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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	247/252	98 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/252	2 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	7,1 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	39	92,9 %

1.2.19 Datenfeld 49: Art des Vorgehens

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein VVI, DDD, VDD, CRT-System oder sonstiges System bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	480	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	476	99,2 %

		in Patientenakte						Gesamt
		0	**1**	**2**	**4**	**9**	**aus PA nicht ersicht-lich***	
in QS-Dokumentation	**0**	232 48,6 %	5 1 %	3 0,6 %	0 0 %	0 0 %	2 0,4 %	242 0 %
	1	0 0 %	156 32,7 %	3 0,6 %	1 0,2 %	0 0 %	0 0 %	160 0 %
	2	2 0,4 %	1 0,2 %	64 13,4 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	67 0 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,2 %	0 0 %	0 0 %	1 0 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	6 1,3 %	1 0,2 %	7 0 %
Gesamt		234 49,1 %	162 34 %	70 14,7 %	2 0,4 %	6 1,3 %	3 0,6 %	477 100 %

* 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 = kein Eingriff an der Sonde
1 = Neuimplantation
2 = Neuplatzierung
4 = Reparatur
9 = sonstiges

	Anzahl	**%**
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	461/476	96,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	15/476	3,2 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	11	25,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	32	74,4 %

1.2.20 Datenfeld 50: Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation als Art des Vorgehens (Datenfeld 49) keine Neuimplantation bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	308	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	306	99,4 %

		in Patientenakte				Gesamt
		≤ 1 Jahr	> 1 Jahr	unbekannt	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	≤ 1 Jahr	143 46,4 %	5 1,6 %	0 0 %	0 0 %	148 0 %
	> 1 Jahr	4 1,3 %	151 49 %	0 0 %	2 0,6 %	157 0 %
	unbekannt	0 0 %	2 0,6 %	1 0,3 %	0 0 %	3 0 %
Gesamt		147 47,7 %	158 51,3 %	1 0,3 %	2 0,6 %	308 100 %

* 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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	295/306	96,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11/306	3,6 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	6	14,3 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	36	85,7 %

1.2.21 Datenfeld 55: Reizschwelle

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein VVI, DDD, VDD, CRT-System oder sonstiges System bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	480	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	8	1,7 %
Grundgesamtheit Analyse	472	98,3 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	375	79,4 %

* 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.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	24	55,8 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	19	44,2 %

1.2.22 Datenfeld 56: nicht gemessen

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein VVI, DDD, VDD, CRT-System oder sonstiges System bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	480	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	6	1,3 %
Grundgesamtheit Analyse	474	98,8 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	444	93,7 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	11	25,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	32	74,4 %

1.2.23 Datenfeld 57: R-Amplitude

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein VVI, DDD, VDD, CRT-System oder sonstiges System bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	480	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	11	2,3 %
Grundgesamtheit Analyse	469	97,7 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	353	75,3 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	26	60,5 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	17	39,5 %

1.2.24 Datenfeld 58: nicht gemessen

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein VVI, DDD, VDD, CRT-System oder sonstiges System bei postoperativ funktionell aktivem SM-System dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	480	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	436	90,8 %

		in Patientenakte			Gesamt
		1	**9**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**1**	30 78,9 %	3 7,9 %	2 5,3 %	35 92,1 %
	9	0 0 %	3 7,9 %	0 0 %	3 7,9 %
Gesamt		30 78,9 %	6 15,8 %	2 5,3 %	38 100 %

* 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 = kein Eigenrhythmus
9 = aus anderen Gründen

	Anzahl	**%**
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	433/436	99,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/436	0,7 %
Sensitivität	30/30	100 %
Spezifität	3/6	50 %
positiv prädiktiver Wert	30/33	90,9 %
negativ prädiktiver Wert	3/3	100 %

	Anzahl	**%**
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	14	32,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	29	67,4 %

1.2.25 Datenfeld 70: Art des Vorgehens

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Angabe in QS-Dokumentation und Patientenakte

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	224	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	224	100 %

		in Patientenakte				Gesamt
		1	2	9	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	1	198 88,4 %	1 0,4 %	0 0 %	0 0 %	199 0 %
	2	10 4,5 %	4 1,8 %	0 0 %	0 0 %	14 0 %
	9	4 1,8 %	0 0 %	7 3,1 %	0 0 %	11 0 %
Gesamt		212 94,6 %	5 2,2 %	7 3,1 %	0 0 %	224 100 %

* 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 = Explantation
2 = Stilllegung
9 = sonstiges

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	209/224	93,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	15/224	6,7 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	9	21,4 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	33	78,6 %

1.2.26 Datenfeld 74: Art des Vorgehens

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Angabe in QS-Dokumentation und Patientenakte

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	114	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	112	98,2 %

		in Patientenakte				Gesamt
		1	2	9	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	1	16 14,2 %	1 0,9 %	1 0,9 %	0 0 %	18 0 %
	2	0 0 %	85 75,2 %	0 0 %	0 0 %	85 0 %
	9	1 0,9 %	1 0,9 %	7 6,2 %	1 0,9 %	10 0 %
Gesamt		17 15 %	87 77 %	8 7,1 %	1 0,9 %	113 100 %

* 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 = Explantation
2 = Stilllegung
9 = sonstiges

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	108/112	96,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4/112	3,6 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	5,9 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	32	94,1 %

1.2.27 Datenfeld 80: Art des Vorgehens

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit einer Angabe in QS-Dokumentation und Patientenakte

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	127	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	122	96,1 %

		in Patientenakte				Gesamt
		1	2	9	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	1	23 18,4 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	23 0 %
	2	3 2,4 %	79 63,2 %	0 0 %	1 0,8 %	83 0 %
	9	0 0 %	2 1,6 %	15 12 %	2 1,6 %	19 0 %
Gesamt		26 20,8 %	81 64,8 %	15 12 %	3 2,4 %	125 100 %

* 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 = Explantation

2 = Stilllegung

9 = sonstiges

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	117/122	95,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/122	4,1 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	4	10,8 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	33	89,2 %

1.2.28 Datenfeld 81: Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine Art des Vorgehens (Datenfeld 80) dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	122	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	122	100 %

		in Patientenakte				Gesamt
		1	**2**	**9**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**1**	22 18 %	1 0,8 %	0 0 %	0 0 %	23 0 %
	2	1 0,8 %	96 78,7 %	0 0 %	0 0 %	97 0 %
	9	0 0 %	1 0,8 %	1 0,8 %	0 0 %	2 0 %
Gesamt		23 18,9 %	98 80,3 %	1 0,8 %	0 0 %	122 100 %

* 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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	119/122	97,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/122	2,5 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3	8,1 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	34	91,9 %

1.2.29 Datenfeld 92: peri- bzw. postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	496	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	496	100 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	11 2,2 %	2 0,4 %	0 0 %	13 2,6 %
	nein	3 0,6 %	480 96,8 %	0 0 %	483 97,4 %
Gesamt		14 2,8 %	482 97,2 %	0 0 %	496 100 %

* 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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	491/496	99 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/496	1 %
Sensitivität	11/14	78,6 %
Spezifität	480/482	99,6 %
positiv prädiktiver Wert	11/13	84,6 %
negativ prädiktiver Wert	480/483	99,4 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5	11,6 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	38	88,4 %

1.2.30 Datenfeld 93: Asystolie

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

* 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.

1.2.31 Datenfeld 94: Kammerflimmern

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

* 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.

1.2.32 Datenfeld 95: interventionspflichtiger Pneumothorax

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

* 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.

1.2.33 Datenfeld 96: interventionspflichtiger Hämatothorax

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

* 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.

1.2.34 Datenfeld 97: interventionspflichtiger Perikarderguss

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

* 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.

1.2.35 Datenfeld 98: interventionspflichtiges Taschenhämatom

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

* 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.

1.2.36 Datenfeld 99: Sondendislokation

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	10	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.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	12,5 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	87,5 %

1.2.37 Datenfeld 102: Sondendysfunktion

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	10	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.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	12,5 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	7	87,5 %

1.2.38 Datenfeld 105: postoperative Wundinfektion

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

* 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.

1.2.39 Datenfeld 107: sonstige interventionspflichtige Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine peri- bzw. postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	11	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	11	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	11	100 %

* 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.

1.2.40 Datenfeld 109: Entlassungsgrund (Tod)

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	496	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	496	100 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	4 0,8 %	0 0 %	0 0 %	4 0,8 %
	nein	0 0 %	492 99,2 %	0 0 %	492 99,2 %
Gesamt		4 0,8 %	492 99,2 %	0 0 %	496 100 %

* 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

	Anzahl	**%**
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	496/496	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/496	0 %
Sensitivität	4/4	100 %
Spezifität	492/492	100 %
positiv prädiktiver Wert	4/4	100 %
negativ prädiktiver Wert	492/492	100 %

2 Umfassende Datenvalidierung: Nierentransplantation

2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

2.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

850343: Seltene Angabe einer behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation

Zähler	Patienten ohne behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb 1 Jahres nach der Transplantation
Nenner	Alle Patienten mit isolierter Nierentransplantation im Erfassungsjahr 2013 ohne Retransplantation im Jahr 2014 mit bekanntem Follow-up-Status
Referenzbereich	≤ 90,00 %
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	25

2.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
AK-ID	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850343	9	100	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

2.1.3 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

		Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850343	9	9	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

2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

2.2.1 Datenfeld 8: Geschlecht

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100 %

		in Patientenakte			Gesamt
		männlich	weiblich	aus PA nicht ersichtlich*	
in QS-Dokumentation	männlich	55 69,6 %	0 0 %	0 0 %	55 69,6 %
	weiblich	0 0 %	24 30,4 %	0 0 %	24 30,4 %
Gesamt		55 69,6 %	24 30,4 %	0 0 %	79 100 %

* 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	79/79	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0 %
Sensitivität	55/55	100 %
Spezifität	24/24	100 %
positiv prädiktiver Wert	55/55	100 %
negativ prädiktiver Wert	24/24	100 %

2.2.2 Datenfeld 12: Vorerkrankungen

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	71 89,9 %	5 6,3 %	0 0 %	76 96,2 %
	nein	2 2,5 %	1 1,3 %	0 0 %	3 3,8 %
Gesamt		73 92,4 %	6 7,6 %	0 0 %	79 100 %

* 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	72/79	91,1 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/79	8,9 %
Sensitivität	71/73	97,3 %
Spezifität	1/6	16,7 %
positiv prädiktiver Wert	71/76	93,4 %
negativ prädiktiver Wert	1/3	33,3 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

2.2.3 Datenfeld 13: Diabetes mellitus

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation Diabetes mellitus als Vorerkrankung dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	71	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	71	100 %

		in Patientenakte					Gesamt
		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	1	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	3	0 0 %	0 0 %	9 100 %	0 0 %	0 0 %	9 100 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Gesamt		0 0 %	0 0 %	9 100 %	0 0 %	0 0 %	9 100 %

* 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 = ja, diätisch behandelt
2 = ja, orale Medikation
3 = ja, mit Insulin behandelt
4 = ja, unbehandelt

	Anteil	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	71/71	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/71	0 %

2.2.4 Datenfeld 21: Spendertyp

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100 %

		in Patientenakte			Gesamt
		hirntot	lebend	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	hirntot	48 60,8 %	0 0 %	0 0 %	48 60,8 %
	lebend	0 0 %	31 39,2 %	0 0 %	31 39,2 %
Gesamt		48 60,8 %	31 39,2 %	0 0 %	79 100 %

* 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	79/79	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0 %
Sensitivität	48/48	100 %
Spezifität	31/31	100 %
positiv prädiktiver Wert	48/48	100 %
negativ prädiktiver Wert	31/31	100 %

2.2.5 Datenfelder 26 und 27: Kreatinin i.S. in mg/dl bzw. i.S. in µmol/l

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	79	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	79	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	72	91,1 %

* 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.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

2.2.6 Datenfeld 29: OP-Datum

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	79	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	79	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	75	94,9 %

* 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.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

2.2.7 Datenfeld 31: Abbruch der Transplantation

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	1 1,3 %
	nein	0 0 %	78 98,7 %	0 0 %	78 98,7 %
Gesamt		0 0 %	79 100 %	0 0 %	79 100 %

* 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.

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	78/79	98,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/79	1,3 %
Sensitivität	0/0	100 %
Spezifität	78/79	98,7 %
positiv prädiktiver Wert	0/1	0 %
negativ prädiktiver Wert	78/78	100 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75 %

2.2.8 Datenfeld 38: Funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	75 94,9 %	0 0 %	0 0 %	75 94,9 %
	nein	0 0 %	4 5,1 %	0 0 %	4 5,1 %
Gesamt		75 94,9 %	4 5,1 %	0 0 %	79 100 %

* 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.

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/79	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0 %
Sensitivität	75/75	100 %
Spezifität	4/4	100 %
positiv prädiktiver Wert	75/75	100 %
negativ prädiktiver Wert	4/4	100 %

2.2.9 Datenfeld 39: Postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation kein funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	4	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	4	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	nein	0 0 %	4 100 %	0 0 %	4 100 %
Gesamt		0 0 %	4 100 %	0 0 %	4 100 %

* 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.

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	4/4	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/4	0 %
Sensitivität	0/0	100 %
Spezifität	4/4	100 %
positiv prädiktiver Wert	0/0	100 %
negativ prädiktiver Wert	4/4	100 %

2.2.10 Datenfeld 40: Anzahl postoperativer Dialysen bis Funktionsaufnahme

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation ein funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung oder eine postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats dokumentiert wurden.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	75	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	75	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	75	100 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

2.2.11 Datenfeld 41: behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	9 11,4 %	1 1,3 %	0 0 %	10 12,7 %
	nein	1 1,3 %	68 86,1 %	0 0 %	69 87,3 %
Gesamt		10 12,7 %	69 87,3 %	0 0 %	79 100 %

* 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.

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	77/79	97,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/79	2,5 %
Sensitivität	9/10	90 %
Spezifität	68/69	98,6 %
positiv prädiktiver Wert	9/10	90 %
negativ prädiktiver Wert	68/69	98,6 %

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

2.2.12 Datenfeld 42: Blutung

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	9	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	9	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	9	100 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

2.2.13 Datenfeld 43: Reoperation erforderlich

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	9	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	9	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	7	77,8 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75 %

2.2.14 Datenfeld 44: sonstige Komplikation

Grundgesamtheit: Alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit Erfassung	9	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	9	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	44,4 %

* 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.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

2.2.15 Datenfeld 49: akute behandlungsbedürftige Rejektion Niere

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	11 13,9 %	0 0 %	0 0 %	11 13,9 %
	nein	0 0 %	68 86,1 %	0 0 %	68 86,1 %
Gesamt		11 13,9 %	68 86,1 %	0 0 %	79 100 %

* 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.

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/79	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0 %
Sensitivität	11/11	100 %
Spezifität	68/68	100 %
positiv prädiktiver Wert	11/11	100 %
negativ prädiktiver Wert	68/68	100 %

2.2.16 Datenfelder 51 und 52: Kreatininwert i.S. in mg/dl bzw. i.S. in µmol/l

Grundgesamtheit: alle Patienten mit einer Angabe in QS-Dokumentation und Patientenakte

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	75	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	75	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	70	93, 3 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

2.2.17 Datenfeld 56: Entlassungsgrund (Tod)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	79	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		tot	**lebend**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**tot**	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	lebend	0 0 %	79 100 %	0 0 %	79 100 %
Gesamt		0 0 %	79 100 %	0 0 %	79 100 %

* 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.

	Anzahl	**%**
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/79	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0 %
Sensitivität	0/0	100 %
Spezifität	79/79	100 %
positiv prädiktiver Wert	0/0	100 %
negativ prädiktiver Wert	79/79	100 %

3 Umfassende Datenvalidierung: Leberlebendspende

3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

3.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

Es wurden keine Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit definiert.

3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

3.2.1 Datenfeld 11: OP-Datum

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	40	97,6 %

* 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.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75 %

3.2.2 Datenfeld 13: Segment I

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	41	100 %

* 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.

3.2.3 Datenfeld 14: Segment II

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	41	100 %

* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen.

3.2.4 Datenfeld 15: Segment III

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	41	100 %

* 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 16: Segment IV

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	41	100 %

* 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.

3.2.6 Datenfeld 17: Segment V

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	41	100 %

* 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.

3.2.7 Datenfeld 18: Segment VI

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	40	97, 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.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75 %

3.2.8 Datenfeld 19: Segment VII

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	40	97, 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.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1	25 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	3	75 %

3.2.9 Datenfeld 20: Segment VIII

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	41	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	41	100 %

* 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.

3.2.10 Datenfeld 21: Gewicht entnommene Leber

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	41	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	1	2,4 %
Grundgesamtheit Analyse	40	97,6 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	35	87,5 %

* 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.

	Anzahl	%
Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2	50 %
Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	2	50 %

3.2.11 Datenfeld 22: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	41	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	41	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	4 9,8 %	0 0 %	0 0 %	4 9,8 %
	nein	0 0 %	37 90,2 %	0 0 %	37 90,2 %
Gesamt		4 9,8 %	37 90,2 %	0 0 %	41 100 %

* 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.

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	41/41	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/41	0 %
Sensitivität	4/4	100 %
Spezifität	37/37	100 %
positiv prädiktiver Wert	4/4	100 %
negativ prädiktiver Wert	37/37	100 %

3.2.12 Datenfeld 23: Blutung

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	4	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	4	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	100 %

* 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.

3.2.13 Datenfeld 24: Gallenwegskomplikation

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	4	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	4	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	100 %

* 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.

3.2.14 Datenfeld 25: Sekundäre Wundheilung

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	4	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	4	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	100 %

* 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 26: Ileus

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	4	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	4	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	100 %

* 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.

3.2.16 Datenfeld 27: Akutes Leberversagen

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	4	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	4	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	100 %

* 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 28: sonstige eingriffsspezifische Komplikationen

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	4	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	4	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	4	100 %

* 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.

3.2.18 Datenfeld 30: Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	41	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	41	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	nein	0 0 %	41 100 %	0 0 %	41 100 %
Gesamt		0 0 %	41 100 %	0 0 %	41 100 %

* 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.

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	41/41	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/41	0 %
Sensitivität	0/0	100 %
Spezifität	41/41	100 %
positiv prädiktiver Wert	0/0	100 %
negativ prädiktiver Wert	41/41	100 %

3.2.19 Datenfeld 32: allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	41	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	41	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		ja	nein	aus PA nicht ersichtlich *	
in QS-Dokumentation	ja	2 4,9 %	0 0 %	0 0 %	2 4,9 %
	nein	0 0 %	39 95,1 %	0 0 %	39 95,1 %
Gesamt		2 4,9 %	39 95,1 %	0 0 %	41 100 %

* 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.

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	41/41	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/41	0 %
Sensitivität	2/2	100 %
Spezifität	39/39	100 %
positiv prädiktiver Wert	2/2	100 %
negativ prädiktiver Wert	39/39	100 %

3.2.20 Datenfeld 33: Thrombose

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	2	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	2	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	2	100 %

* 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.

3.2.21 Datenfeld 34: Lungenembolie

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	2	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	2	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	2	100 %

* 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

3.2.22 Datenfeld 35: Pneumonie

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	2	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	2	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	2	100 %

* 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.

3.2.23 Datenfeld 36: sonstige allgemeine Komplikationen

Grundgesamtheit: alle Patienten, bei denen laut Patientenakte und QS-Dokumentation eine allgemeine behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikationen dokumentiert wurden.

	Anzahl	%
Grundgesamtheit	2	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse	2	100 %
Übereinstimmung zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation	2	100 %

* 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.

3.2.24 Datenfeld 41: Entlassungsgrund (Tod)

Grundgesamtheit: alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Akten	41	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	41	100,0 %

		in Patientenakte			Gesamt
		tot	**lebend**	**aus PA nicht ersichtlich ***	
in QS-Dokumentation	**tot**	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	lebend	0 0 %	41 100 %	0 0 %	41 100 %
Gesamt		0 0 %	41 100 %	0 0 %	41 100 %

* 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

	Anzahl	**%**
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	41/41	100 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/41	0 %
Sensitivität	0/0	100 %
Spezifität	41/41	100 %
positiv prädiktiver Wert	0/0	100 %
negativ prädiktiver Wert	41/41	100 %

4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (Verstetigung)

4.1 Verstetigte Auffälligkeitskriterien

QS-Verfahren	AK-ID	Bezeichnung
Herzschrittmacher-Implantation	813070	Häufig führendes Symptom „sonstiges“
Herzschrittmacher-Implantation	813071	Häufig führende Indikation „sonstiges“
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	850313	Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis „sonstige“
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	850315	Häufige Angabe von LVEF „nicht bekannt“
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	850316	Häufige Angabe von ASA 4
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	850317	Häufige Angabe von ASA 5
Karotis-Revaskularisation	850331	Angabe von ASA 5 bei asymptomatischen Patienten
Karotis-Revaskularisation	850332	Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten
Karotis-Revaskularisation	850334	Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	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“
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	850312	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Geburtshilfe	850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten
Geburtshilfe	850319	Angabe 5-Minuten-Apgar unter 5 und fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes und fehlende Angabe des Base Excess

QS-Verfahren	AK-ID	Bezeichnung
Geburtshilfe	850320	Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht
Hüftgelenknahe Femurfraktur	813191	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	813129	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	813126	ASA 5 bei elektiven Eingriffen
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850204	Keine Angabe von präoperativen Entzündungszeichen und postoperativen Wundinfektionen bei Patienten mit der Entlassungsdiagnose „Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese“
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850205	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	813130	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	813128	ASA 5 bei elektiven Eingriffen
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850326	Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T84.5 ohne dokumentierte Infektzeichen
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850327	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850328	Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose T81* ohne dokumentierte Komplikationen
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850329	Angabe von ASA 5
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	850330	Häufige Angabe von „sonstige“ bei chirurgischen Komplikationen
Mammachirurgie	813068	Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie
Koronarchirurgie, isoliert	813165	Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
Koronarchirurgie, isoliert	815002	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

QS-Verfahren	AK-ID	Bezeichnung
Koronarchirurgie, isoliert	850324	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	811809	Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	815005	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	850322	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850282	Risikoadjustierung nach dem AKL Score vermehrt nicht möglich
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850288	Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850323	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	850325	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

© IQTIG 2016

4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

Auswertungsmodul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-A	811809	5	0,9	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	811823	21	3,8	0	0,0	2	9,5	19	90,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	14,3
18/1	813068	34	6,1	0	0,0	4	11,8	30	88,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,8
09/1	813070	45	8,1	0	0,0	14	31,1	31	68,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2
09/1	813071	44	7,9	0	0,0	9	20,5	35	79,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/2	813126	14	2,5	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/5	813128	8	1,4	0	0,0	4	50,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/2	813129	11	2	0	0,0	5	45,5	6	54,5	0	0,0	1	9,1	0	0,0	1	9,1
17/5	813130	26	4,7	0	0,0	12	46,2	14	53,8	0	0,0	1	3,8	0	0,0	1	3,8
HCH-K	813165	3	0,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/1	813191	8	1,4	0	0,0	6	75,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5
HCH-K	815002	4	0,7	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-A	815005	4	0,7	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/3	850204	52	9,3	0	0,0	17	32,7	35	67,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/3	850205	13	2,3	0	0,0	4	30,8	9	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850282	15	2,7	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850288	5	0,9	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-Ab	850289	3	0,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850290	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850291	7	1,3	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850292	3	0,5	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850312	24	4,3	0	0,0	3	12,5	21	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
09/4	850313	28	5	0	0,0	7	25,0	21	75,0	0	0,0	2	7,1	0	0,0	4	14,3
09/4	850314	7	1,3	0	0,0	3	42,9	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850315	20	3,6	0	0,0	2	10,0	18	90,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	5,0
09/4	850316	44	7,9	0	0,0	12	27,3	32	72,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3
09/4	850317	14	2,5	0	0,0	2	14,3	12	85,7	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0
16/1	850318	32	5,7	0	0,0	3	9,4	29	90,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16/1	850319	40	7,2	0	0,0	10	25,0	30	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5
16/1	850320	10	1,8	0	0,0	2	20,0	8	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-A	850322	6	1,1	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850323	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-K	850324	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-M	850325	4	0,7	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850326	31	5,6	0	0,0	5	16,1	26	83,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

© IQTIG 2016

Auswertungsmodul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17/7	850327	102	18,3	0	0,0	40	39,2	62	60,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
17/7	850328	19	3,4	0	0,0	1	5,3	18	94,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850329	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850330	28	5	0	0,0	3	10,7	25	89,3	0	0,0	1	3,6	0	0,0	4	14,3
10/2	850331	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10/2	850332	23	4,1	0	0,0	12	52,2	11	47,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10/2	850334	26	4,7	0	0,0	5	19,2	21	80,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8
Gesamt		**558**	**100,0**	**0**	**0,0**	**121**	**21,7**	**437**	**78,3**	**0**	**0,0**	**6**	**1,1**	**0**	**0,0**	**18**	**3,2**

4.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	396	14,3	0	0,0	3	0,1	393	14,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	255	9,2	0	0,0	69	2,5	186	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	213	7,7	0	0,0	30	1,1	183	6,6	0	0,0	6	0,2	0	0,0	3	0,1
Brandenburg	66	2,4	0	0,0	3	0,1	63	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	21	0,8	0	0,0	0	0,0	21	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	60	2,2	0	0,0	6	0,2	54	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	150	5,4	0	0,0	0	0,0	150	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	33	1,2	0	0,0	0	0,0	33	1,2	0	0,0	3	0,1	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	258	9,3	0	0,0	0	0,0	258	9,3	0	0,0	3	0,1	0	0,0	39	1,4
Nordrhein-Westfalen	633	22,8	0	0,0	372	13,4	261	9,4	0	0,0	9	0,3	0	0,0	66	2,4
Rheinland-Pfalz	120	4,3	0	0,0	102	3,7	18	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	15	0,5	0	0,0	0	0,0	15	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	117	4,2	0	0,0	12	0,4	105	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	87	3,1	6	0,2	24	0,9	57	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	75	2,7	0	0,0	0	0,0	75	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	72	2,6	0	0,0	30	1,1	42	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	207	7,5	0	0,0	0	0,0	207	7,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**2778**	**100,0**	**6**	**0,2**	**651**	**23,5**	**2121**	**76,4**	**0**	**0,0**	**21**	**0,7**	**0**	**0,0**	**108**	**3,9**

© IQTIG 2016

4.4 Ergebnisse pro Auffälligkeitskriterium

Auswertungsmodul	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-A	811809	5	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	811823	19	2	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	52,6	4	21,1	0	0,0	0	0,0	3	15,8
18/1	813068	30	9	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	63,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7
09/1	813070	31	8	25,8	0	0,0	0	0,0	3	9,7	17	54,8	1	3,2	2	6,5	0	0,0	0	0,0
09/1	813071	35	3	8,6	0	0,0	0	0,0	2	5,7	24	68,6	2	5,7	4	11,4	0	0,0	0	0,0
17/2	813126	14	1	7,1	0	0,0	0	0,0	2	14,3	6	42,9	4	28,6	0	0,0	0	0,0	1	7,1
17/5	813128	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/2	813129	6	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0
17/5	813130	14	8	57,1	0	0,0	0	0,0	1	7,1	4	28,6	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-K	813165	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/1	813191	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-K	815002	4	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
HCH-A	815005	4	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/3	850204	35	16	45,7	0	0,0	0	0,0	5	14,3	12	34,3	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	2,9
17/3	850205	9	4	44,4	0	0,0	0	0,0	2	22,2	1	11,1	1	11,1	1	11,1	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850282	15	3	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	73,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7
HCH-Ab	850288	5	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

© IQTIG 2016

Auswertungsmodul	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-Ab	850289	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850290	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	0	0,0
HCH-Ab	850291	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-Ab	850292	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850312	21	12	57,1	0	0,0	0	0,0	1	4,8	4	19,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	3	14,3
09/4	850313	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	19	90,5	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850314	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850315	18	2	11,1	0	0,0	0	0,0	1	5,6	14	77,8	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850316	32	18	56,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	31,3	2	6,3	1	3,1	0	0,0	1	3,1
09/4	850317	12	2	16,7	0	0,0	0	0,0	1	8,3	7	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7
16/1	850318	29	9	31,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	16	55,2	1	3,4	2	6,9	0	0,0	0	0,0
16/1	850319	30	9	30,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	11	36,7	0	0,0	3	10,0	0	0,0	4	13,3
16/1	850320	8	5	62,5	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	12,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-A	850322	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	0	0,0
HCH-Ab	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	0	0,0
HCH-K	850324	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-M	850325	4	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850326	26	12	46,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	38,5	3	11,5	1	3,8	0	0,0	0	0,0

© IQTIG 2016

Auswertungsmodul	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17/7	850327	62	36	58,1	0	0,0	0	0,0	3	4,8	18	29,0	2	3,2	2	3,2	0	0,0	1	1,6
17/7	850328	18	11	61,1	0	0,0	0	0,0	1	5,6	5	27,8	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0
17/7	850329	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850330	25	9	36,0	0	0,0	0	0,0	1	4,0	12	48,0	1	4,0	1	4,0	0	0,0	1	4,0
10/2	850331	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
10/2	850332	11	4	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
10/2	850334	21	12	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	19,0	0	0,0	2	9,5	1	4,8	2	9,5
Gesamt		**345**	**96**	**27,8**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**18**	**5,2**	**188**	**54,5**	**19**	**5,5**	**11**	**3,2**	**0**	**0,0**	**13**	**3,8**

4.5 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	393	123	31,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	198	50,4	72	18,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	186	60	32,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	123	66,1	0	0,0	3	1,6	0	0,0	0	0,0
Berlin	183	126	68,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	8,2	3	1,6	39	21,3	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	63	42	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	21	15	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	14,3	3	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	54	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	150	39	26,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	90	60,0	12	8,0	0	0,0	3	2,0	6	4,0
Mecklenburg-Vorpommern	33	6	18,2	0	0,0	0	0,0	3	9,1	15	45,5	0	0,0	3	9,1	0	0,0	6	18,2
Niedersachsen	258	120	46,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	138	53,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	261	63	24,1	0	0,0	0	0,0	21	8,0	141	54,0	0	0,0	9	3,4	0	0,0	27	10,3
Rheinland-Pfalz	18	6	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	15	3	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	105	30	28,6	0	0,0	0	0,0	6	5,7	51	48,6	0	0,0	9	8,6	0	0,0	9	8,6
Sachsen-Anhalt	57	15	26,3	0	0,0	0	0,0	6	10,5	6	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	52,6
Schleswig-Holstein	75	21	28,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	44,0	0	0,0	21	28,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	42	18	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	207	87	42,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	114	55,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	2,9
Gesamt	**2121**	**774**	**36,5**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**90**	**4,2**	**996**	**47,0**	**90**	**4,2**	**84**	**4,0**	**3**	**0,1**	**84**	**4,0**

© IQTIG 2016

5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

5.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

5.1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

Auswertungs-modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09/1	850097	27	5,8	0	0,0	10	37,0	17	63,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/2	850164	14	3	0	0,0	13	92,9	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/3	850166	34	7,2	0	0,0	11	32,4	23	67,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,8
09/4	850193	11	2,3	0	0,0	5	45,5	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/5	850196	8	1,7	0	0,0	7	87,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/6	850197	15	3,2	0	0,0	5	33,3	10	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10/2	850085	21	4,5	0	0,0	8	38,1	13	61,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12/1	850168	16	3,4	0	0,0	6	37,5	10	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850099	16	3,4	1	6,3	8	50,0	7	43,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16/1	850081	7	1,5	0	0,0	4	57,1	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/1	850091	29	6,2	0	0,0	9	31,0	20	69,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4
17/2	850089	32	6,8	2	6,3	19	59,4	11	34,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/3	850170	40	8,5	2	5,0	22	55,0	16	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,0

Auswertungs-modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17/5	850083	10	2,1	0	0,0	3	30,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850172	22	4,7	1	4,5	13	59,1	8	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18/1	850093	25	5,3	4	16,0	9	36,0	12	48,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21/3	850087	43	9,2	0	0,0	16	37,2	27	62,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3
DEK	850095	46	9,8	1	2,2	6	13,0	39	84,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850199	11	2,3	0	0,0	6	54,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850101	34	7,2	1	2,9	12	35,3	21	61,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH	850253	3	0,6	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTX	850239	3	0,6	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850241	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850243	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850245	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850247	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX	850255	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**469**	**31,0**	**12**	**2,6**	**192**	**40,9**	**265**	**56,5**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**7**	**1,5**

5.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	96	20,5	0	0,0	27	5,8	69	14,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	48	10,2	0	0,0	23	4,9	25	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	9	1,9	0	0,0	0	0,0	9	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	22	4,7	0	0,0	0	0,0	22	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	29	6,2	0	0,0	8	1,7	21	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	11	2,3	0	0,0	0	0,0	11	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	35	7,5	6	1,3	0	0,0	29	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	125	26,7	0	0,0	109	23,2	16	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,5
Rheinland-Pfalz	16	3,4	0	0,0	12	2,6	4	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	19	4,1	0	0,0	0	0,0	19	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	19	4,1	0	0,0	0	0,0	19	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	18	3,8	6	1,3	5	1,1	7	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	7	1,5	0	0,0	4	0,9	3	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	5	1,1	0	0,0	4	0,9	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	8	1,7	0	0,0	0	0,0	8	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**469**	**100,0**	**12**	**2,6**	**192**	**41,1**	**265**	**56,5**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**7**	**1,5**

5.1.3 Ergebnisse pro QS-Verfahren

Auswertungsmodul	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09/1	850097	17	3	17,6	0	0,0	0	0,0	1	5,9	13	76,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/2	850164	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	0	0,0
09/3	850166	23	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7	18	78,3	2	8,7	1	4,3	0	0,0	0	0,0
09/4	850193	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/5	850196	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	0	0,0
09/6	850197	10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	7	70,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0
10/2	850085	13	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	8	61,5	3	23,1	1	7,7	0	0,0	0	0,0
12/1	850168	10	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850099	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16/1	850081	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	33,3
17/1	850091	20	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/2	850089	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	90,9	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0
17/3	850170	16	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	68,8	1	6,3	2	12,5	0	0,0	2	12,5
17/5	850083	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850172	8	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5
18/1	850093	12	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	83,3	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21/3	850087	27	3	11,1	0	0,0	0	0,0	1	3,7	20	74,1	0	0,0	1	3,7	0	0,0	2	7,4

Auswertungsmodul	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DEK	850095	39	5	12,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	84,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6
NEO	850199	5	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	1	20,0
PNEU	850101	21	1	4,8	0	0,0	0	0,0	2	9,5	17	81,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0
HCH	850253	3	0	0,0	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	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850241	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850243	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	0	0,0
LUTX	850245	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850247	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX	850255	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	0	0,0
Gesamt		**264**	**18**	**6,8**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**9**	**3,4**	**208**	**78,8**	**10**	**3,8**	**11**	**4,2**	**0**	**0,0**	**8**	**3,0**

5.1.4 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellung-nahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	69	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	59	85,5	9	13,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	25	5	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	9	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	88,9	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	22	7	31,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	63,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Bremen	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Hamburg	0	0	0,0	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	21	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	90,9	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	29	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	96,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	16	1	6,3	0	0,0	0	0,0	3	18,8	9	56,3	0	0,0	2	12,5	0	0,0	1	6,3
Rheinland-Pfalz	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	19	1	5,3	0	0,0	0	0,0	2	10,5	16	84,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	18	94,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	71,4
Schleswig-Holstein	3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	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	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	7	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**265**	**18**	**6,8**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**9**	**3,4**	**209**	**78,9**	**10**	**3,8**	**11**	**4,2**	**0**	**0,0**	**8**	**3,0**

© IQTIG 2016

5.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation

5.2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

Auswertungs-modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba-rung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09/1	850098	9	6,4	0	0,0	5	55,6	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/2	850165	11	7,9	0	0,0	4	36,4	7	63,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/3	850167	4	2,8	1	25,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850194	2	1,4	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/5	850195	4	2,9	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/6	850198	1	0,7	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	1,4	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12/1	850169	9	6,4	0	0,0	5	55,6	4	44,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850100	2	1,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16/1	850082	3	2,1	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/1	850092	25	17,9	0	0,0	11	44,0	14	56,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	2	8,0
17/2	850090	7	5	0	0,0	3	42,9	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/3	850171	4	2,9	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/5	850084	8	5,7	0	0,0	5	62,5	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/7	850173	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

© IQTIG 2016

Auswertungs-modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba-rung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18/1	850094	2	1,4	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21/3	850088	18	12,9	0	0,0	4	22,2	14	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850096	10	7,1	0	0,0	1	10,0	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850200	8	5,7	0	0,0	5	62,5	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850102	13	9,3	0	0,0	6	46,2	7	53,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH	850254	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTX	850240	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850242	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850244	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850246	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850248	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX	850256	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**144**	**29,0**	**1**	**0,7**	**59**	**41,0**	**84**	**58,3**	**0**	**0,0**	**1**	**0,7**	**0**	**0,0**	**2**	**1,4**

© IQTIG 2016

5.2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	24	16,7	0	0,0	0	0,0	24	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	15	10,4	0	0,0	3	2,1	12	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	5	3,5	0	0,0	0	0,0	5	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	3	2,1	0	0,0	0	0,0	3	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	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	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	14	9,7	0	0,0	3	2,1	11	7,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	3	2,1	0	0,0	0	0,0	3	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	5	3,5	0	0,0	0	0,0	5	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	47	32,6	0	0,0	44	30,6	3	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Rheinland-Pfalz	2	1,4	0	0,0	0	0,0	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	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	7	4,9	0	0,0	0	0,0	7	4,9	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7
Sachsen-Anhalt	10	6,9	1	0,7	9	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	8	5,6	0	0,0	0	0,0	8	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**144**	**100,0**	**1**	**0,7**	**59**	**41,1**	**84**	**58,5**	**0**	**0,0**	**1**	**0,7**	**0**	**0,0**	**2**	**1,4**

5.2.3 Ergebnisse pro QS-Verfahren

Auswertungsmodul	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09/1	850098	4	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/2	850165	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/3	850167	2	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
09/4	850194	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
09/5	850195	2	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
09/6	850198	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	0	0,0
10/2	850086	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	0	0,0
12/1	850169	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850100	2	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
16/1	850082	2	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
17/1	850092	14	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/2	850090	4	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17/3	850171	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	0	0,0
17/5	850084	3	0	0,0	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	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
18/1	850094	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	1	100,0
21/3	850088	14	3	21,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	64,3	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Auswertungsmodul	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DEK	850096	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0
NEO	850200	3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0
PNEU	850102	7	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	42,9	1	14,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0
HCH	850254	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTX	850240	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	0	0,0
LLS	850242	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	850244	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850246	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850248	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX	850256	0	0	0,0	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		**84**	**11**	**13,1**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**62**	**73,8**	**5**	**6,0**	**5**	**6,0**	**0**	**0,0**	**1**	**1,2**

5.2.4 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	24	3	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	79,2	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	12	3	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	0	0	0,0	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	0	0	0,0	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	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	81,8	1	9,1	0	0,0	0	0,0	1	9,1
Mecklenburg-Vorpommern	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	5	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rheinland-Pfalz	2	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
Saarland	0	0	0,0	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	7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	8	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	62,5	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	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	0	0,0
Gesamt	**84**	**11**	**13,1**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**62**	**73,8**	**5**	**6,0**	**5**	**6,0**	**0**	**0,0**	**1**	**1,2**

5.3 Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz

5.3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

		Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Auswertungsmodul	AK-ID	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09/1	850217	4	5,7	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/2	850218	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/3	850219	10	14,3	0	0,0	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/4	850220	4	5,7	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/5	850221	2	2,9	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/6	850222	3	4,3	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10/2	850223	8	11,4	0	0,0	2	25,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12/1	850224	1	1,4	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850225	4	5,7	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16/1	850226	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18/1	850227	11	15,7	0	0,0	5	45,5	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21/3	850228	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850230	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850229	22	31,4	0	0,0	6	27,3	16	72,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH	850281	1	1,4	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt		**70**	**46,0**	**1**	**1,4**	**27**	**38,6**	**42**	**60,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

5.3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Bayern	4	5,7	0	0,0	0	0,0	4	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	11	15,7	0	0,0	7	10,0	4	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	4	5,7	0	0,0	0	0,0	4	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	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	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	4	5,7	0	0,0	2	2,9	2	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	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	11	15,7	0	0,0	0	0,0	11	15,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	21	30,0	0	0,0	15	21,4	6	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rheinland-Pfalz	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	5	7,1	0	0,0	0	0,0	5	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	8	11,4	0	0,0	3	4,3	5	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**70**	**100,0**	**1**	**1,4**	**27**	**38,6**	**42**	**59,9**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**

5.3.3 Ergebnisse pro QS-Verfahren

Auswertungsmodul	AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
			U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09/1	850217	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/2	850218	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/3	850219	6	3	50,0	0	0,0	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	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
09/5	850221	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09/6	850222	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	0	0,0
10/2	850223	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	0	0,0
12/1	850224	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15/1	850225	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16/1	850226	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18/1	850227	6	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21/3	850228	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850230	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850229	16	11	68,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,5	0	0,0	3	18,8
HCH	850281	0	0	0,0	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		**42**	**29**	**69,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**8**	**19,0**	**0**	**0,0**	**2**	**4,8**	**0**	**0,0**	**3**	**7,1**

5.3.4 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Qualitativ unauffällig								Qualitativ auffällig						Sonstiges			
		U30		U32		U33		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	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	0	0,0
Baden-Württemberg	4	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	4	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	0	0	0,0	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	0	0	0,0	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	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0,0	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	11	8	72,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	6	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	50,0
Rheinland-Pfalz	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	0	0	0,0	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	5	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institution nach §137a SGB V	0	0	0,0	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	**42**	**29**	**69,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**8**	**19,0**	**0**	**0,0**	**2**	**4,8**	**0**	**0,0**	**3**	**7,1**

5.4 Weitere Auffälligkeitskriterien

5.4.1 Isolierte Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt

Bei den folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850289: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)
- AK-ID 850290: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (endovaskulär)
- AK-ID 850291: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)
- AK-ID 850292: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (transapikal)

	AK-ID 850289	AK-ID 850290	AK-ID 850291	AK-ID 850292	Gesamt
Referenzbereiche (%)	≥ 95,00	≤ 110,00	≥ 95,00	≤ 110,00	
Anzahl der betrachteten Standorte	113	113	113	113	113
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	1	7	3	14
Maßnahmen					
Hinweise	0	0	0	0	0
Stellungnahmen	3	1	7	3	14
Weiterführende Maßnahmen					
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0
Ergebnisse					
Korrekte Dokumentation [U30]	0	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	3	1	7	3	14

5.4.2 Herztransplantation

Bei den folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850257: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850258: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850295: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850257	AK-ID 850258	AK-ID 850295	Gesamt
Referenzbereiche (%)	≤ 110,00	≥ 95,00	≤ 5,00	
Anzahl der betrachteten Standorte	23	23	23	23
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	2	1	4
Maßnahmen				
Hinweise	0	0	0	0
Stellungnahmen	1	2	1	4
Weiterführende Maßnahmen				
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0
Ergebnisse				
Korrekte Dokumentation [U30]	0	0	1	1
Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig. Sonstiges im Kommentar erläutert [U99]	1	0	0	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	2	0	2

5.4.3 Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation

Bei den folgenden Auffälligkeitskriterien wurden rechnerische Auffälligkeiten ermittelt:

- AK-ID 850302: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
- AK-ID 850304: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850302	AK-ID 850304	Gesamt
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	
Anzahl der betrachteten Standorte	17	17	17
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	1	2
Maßnahmen			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	1	1	2
Weiterführende Maßnahmen			
Anlass für Besprechungen	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0
Ergebnisse			
Korrekte Dokumentation [U30]	0	1	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	0	0
Sonstiges [S99]	1	0	1

5.4.4 Lebertransplantation

Bei den 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 unbekannten Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850263	**AK-ID 850264**	**AK-ID 850265**	**AK-ID 850301**	**Gesamt**
Referenzbereiche (%)	≥ 95,00	≥ 95,00	≥ 95,00	≤ 5,00	
Anzahl der betrachteten Standorte	24	24	24	24	24
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	2	5	2	11
Maßnahmen					
Hinweise	2	2	2	0	6
Stellungnahmen	0	0	3	2	5
Weiterführende Maßnahmen					
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0	0
Ergebnisse					
Hinweis [H20/H99]	2	2	2	0	6
Korrekte Dokumentation [U30]	0	0	0	1	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	0	3	1	4
Sonstiges [S90/S91/S99]	0	0	0	0	0

5.4.5 Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bei den 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 850309: Häufige Angabe eines unbekannten Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

	AK-ID 850278	AK-ID 850279	AK-ID 850280	AK-ID 850309	Gesamt
Referenzbereiche (%)	≥ 95,00	≥ 95,00	≥ 95,00	≤ 5,00	
Anzahl der betrachteten Standorte	39	39	41	39	41
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	4	2	1	9
Maßnahmen					
Hinweise	1	0	1	0	2
Stellungnahmen	1	4	1	1	7
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
Korrekte Dokumentation [U30/U99]	0	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	1	4	1	1	7

5.4.6 Nierenlebendspende

Bei den 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 (%)	≥ 95,00	≥ 95,00	≥ 95,00	
Anzahl der betrachteten Standorte	38	37	40	40
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	4	6	11
Maßnahmen				
Hinweise	1	4	6	11
Stellungnahmen	0	0	0	0
Weiterführende Maßnahmen				
Anlass für Besprechungen	0	0	0	0
Anlass für Begehungen	0	0	0	0
Ergebnisse				
Hinweise [H20/H99]	1	4	6	11
Korrekte Dokumentation [U30]	0	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40]	0	0	0	0