

# Beschluss



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe der Abschlussberichte des IQTIG zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2015 zur Veröffentlichung**

Vom 6. September 2017

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 6. September 2017 die Freigabe der Abschlussberichte des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zum Strukturierten Dialog und zur Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2015 gemäß **Anlagen 1 und 2** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG beschlossen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 6. September 2017

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

Dr. Klakow-Franck



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Bericht zum Strukturierten Dialog 2016**

Erfassungsjahr 2015

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Mai 2017

---

# Impressum

**Thema:**

Bericht zum Strukturierten Dialog 2016 – Erfassungsjahr 2015

**Autorinnen und Autoren:**

Dr. F. große Deters, M. Dost, Dr. G. Heinze, A. Mertens

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

15. Mai 2017, geänderte Version vom 24. Juli 2017

**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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	10
QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung.....	11
1 Einleitung.....	14
2 Methodik .....	16
2.1 Grundlagen.....	16
2.2 Zuständigkeiten.....	18
2.3 Rechnerische Auffälligkeiten.....	19
2.4 Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten .....	20
2.4.1 Fachgruppenarbeit .....	20
2.4.2 Bewertung.....	22
2.4.3 Ergebniseinstufungen.....	23
2.5 Datenvalidierung.....	24
<b>Teil A Ergebnisperspektive .....</b>	<b>26</b>
3 Ergebnisse des Strukturierten Dialogs .....	27
3.1 Versorgungsbereiche .....	27
3.1.1 Gefäßchirurgie.....	27
3.1.2 Pneumonie .....	29
3.1.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren .....	30
3.1.4 Kardiologie .....	34
3.1.5 Herzchirurgie .....	36
3.1.6 Transplantationsmedizin.....	39
3.1.7 Gynäkologie.....	42
3.1.8 Mammachirurgie.....	44
3.1.9 Perinatalmedizin .....	46
3.1.10 Orthopädie und Unfallchirurgie .....	48
3.1.11 Pflege.....	50



<b>Teil B</b>	<b>Verfahrensperspektive .....</b>	<b>52</b>
4	Betrachtung der Prozesse des Strukturierten Dialogs .....	53
4.1	Überblick .....	53
4.2	Versorgungsbereiche .....	66
4.2.1	Gefäßchirurgie.....	66
4.2.2	Pneumonie .....	68
4.2.3	Herzschrittmacher und Defibrillatoren .....	70
4.2.4	Kardiologie .....	79
4.2.5	Herzchirurgie .....	82
4.2.6	Transplantationsmedizin.....	86
4.2.7	Gynäkologie.....	96
4.2.8	Mammachirurgie.....	99
4.2.9	Perinatalmedizin .....	102
4.2.10	Orthopädie und Unfallchirurgie .....	106
4.2.11	Pflege.....	115
5	Fazit	117

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs.....	23
Tabelle 2: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit – alle QS-Verfahren (EJ 2015).....	25
Tabelle 3: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2015 und 2014 im Vergleich.....	54
Tabelle 4: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	58
Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren .....	60
Tabelle 6: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland .....	64

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs.....	17
Abbildung 2: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure.....	18
Abbildung 3: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog .....	21
Abbildung 4: Strukturiertes Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung .....	22
Abbildung 5: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 9 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Karotis-Revaskularisation betrachtet. ....	27
Abbildung 6: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 9 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Ambulant erworbene Pneumonie betrachtet. ....	29
Abbildung 7: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 39 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzschrittmacher und Defibrillatoren betrachtet. ....	31
Abbildung 8: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 15 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) betrachtet.....	34
Abbildung 9: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 16 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzchirurgie betrachtet. ....	36
Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 53 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Transplantationsmedizin betrachtet. ....	39
Abbildung 11: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 8 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) betrachtet. ....	42
Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 7 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Mammachirurgie betrachtet. ....	44
Abbildung 13: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 19 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Perinatalmedizin betrachtet.....	46
Abbildung 14: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 31 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Orthopädie und Unfallchirurgie betrachtet. ....	48

Abbildung 15: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 2 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Pflege: Dekubitusprophylaxe betrachtet.....	50
Abbildung 16: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2015 .....	55
Abbildung 17: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen.....	56
Abbildung 18: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – Besprechung, Begehung, Zielvereinbarung .....	57
Abbildung 19: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland .....	63
Abbildung 20: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation .....	67
Abbildung 21: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie .....	70
Abbildung 22: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation.....	74
Abbildung 23: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel.....	75
Abbildung 24: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation .....	76
Abbildung 25: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Implantation .....	77
Abbildung 26: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel .....	78
Abbildung 27: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation .....	79
Abbildung 28: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) .....	81
Abbildung 29: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch).....	83

Abbildung 30: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt) .....	84
Abbildung 31: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarchirurgie, isoliert.....	85
Abbildung 32: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie .....	86
Abbildung 33: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herztransplantation .....	88
Abbildung 34: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen .....	90
Abbildung 35: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungen transplantation.....	91
Abbildung 36: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lebertransplantation.....	92
Abbildung 37: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Leberlebenspende .....	93
Abbildung 38: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierentransplantation .....	94
Abbildung 39: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierenlebenspende .....	95
Abbildung 40: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien).....	98
Abbildung 41: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie .....	101
Abbildung 42: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe .....	103
Abbildung 43: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie .....	105
Abbildung 44: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung .....	108
Abbildung 45: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung .....	111
Abbildung 46: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung .....	114

Abbildung 47: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren  
nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege:

Dekubitusprophylaxe ..... 116

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
LQS	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
PCI	Perkutane Koronarintervention
QI	Qualitätsindikator
QI-ID	Identifikationsnummer eines Qualitätsindikators
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SD	Strukturierter Dialog
SGB	Sozialgesetzbuch

## QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung

Versorgungsbereich	QS-Verfahren	Beschreibung
Gefäßchirurgie	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Pneumonie	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Herzschrittmacher und Defibrillatoren	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Kardiologie	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Koronarangiographie: Kathetergestützte Untersuchung zur Darstellung der Herzkranzgefäße (auch Herzkatheter) Perkutane Koronarintervention (PCI): Behandlungsmethode, bei der verengte Herzkranzgefäße mittels eines speziellen Eingriffs behandelt werden



Versorgungsbereich	QS-Verfahren	Beschreibung
Herzchirurgie	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)
	Aortenklappenchirurgie, isoliert	Ersatz der Aortenklappe (offen-chirurgisch)
		Implantation einer Aortenklappe (kathetergestützt)
	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aortenklappe
Transplantationsmedizin	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme	Transplantation eines Herzens von einem Organspender zu einem Empfänger oder Implantation eines Herzunterstützungssystems
	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Transplantation einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem Organspender zu einem Empfänger
	Lebertransplantation	Transplantation einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
	Leberlebenspende	Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger
	Nierentransplantation	Transplantation einer Niere von einem Organspender zu einem Empfänger
	Nierenlebenspende	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen Empfänger
	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Transplantation der Bauchspeicheldrüse bzw. gleichzeitige Transplantation einer Bauchspeicheldrüse und einer Niere von einem Spender zu einem Empfänger

Versorgungsbereich	QS-Verfahren	Beschreibung
Perinatalmedizin	Geburtshilfe	Betreuung der Schwangeren, Geburtsverlauf und Komplikationen
	Neonatologie	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
Gynäkologie	Gynäkologische Operationen	Operationen in der Frauenheilkunde (ohne Hysterektomien)
Mammachirurgie	Mammachirurgie	Operation an der Brust
Orthopädie und Unfallchirurgie	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks
	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen bzw. Austausch einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich der Hüfte
	Knieendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen bzw. Austausch einer Prothese oder eines Prothesenteils im Bereich des Knies
Pflege	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs während eines stationären Aufenthalts

# 1 Einleitung

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

Im vorgelegten Bericht sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs bzw. die durchgeführten Maßnahmen in den indirekten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) auf Landesebene und den direkten QS-Verfahren auf der Bundesebene zum Erfassungsjahr 2015 dargestellt. Der Bericht hat das Ziel, die Arbeit aller am Strukturierten Dialog Beteiligten möglichst umfassend und transparent zu präsentieren. Anhand der Daten und Statistiken werden Ereignisse, Entwicklungen und Tendenzen in den bundesweit verpflichtenden QS-Verfahren dargestellt. Dies gestattet in abschließenden Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten eine Einschätzung zur Behandlungs- und Prozessqualität in den teilnehmenden Krankenhäusern.

Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten<sup>1</sup> für das Erfassungsjahr 2015 fanden im Jahr 2016 statt. Die Durchführung in den indirekten QS-Verfahren wurde durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) realisiert; für die herzchirurgischen Verfahren führte das IQTIG im Jahr 2016 den Strukturierten Dialog mit den Krankenhausstandorten. Für die sieben Transplantationsverfahren wurde der Strukturierte Dialog im Jahr 2016 durch das AQUA-Institut<sup>2</sup> im Auftrag und unter der Gesamtverantwortung des IQTIG durchgeführt.

Basis dieses Berichts sind die von den LQS und vom AQUA-Institut übermittelten sowie die vom IQTIG generierten Ergebnisse der Strukturierten Dialoge zu den Erfassungsjahren 2014 und 2015. Ergänzende Informationen sind den gemäß § 15 Abs. 1–3 QSKH-RL erstellten Abschlussberichten der Landes- und Bundesebene entnommen.

Der Bericht unterscheidet sich in einer Reihe von Details von den Berichten der letzten Jahre. Es werden erstmalig die rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten des Vorjahres standortbezogen berichtet. Weiterhin ist der Bericht in zwei Betrachtungsperspektiven aufgeteilt: Teil A des vorliegenden Berichts widmet sich der Ergebnisbetrachtung, in Teil B stehen das Verfahren und die damit assoziierten Prozesse im Fokus. Im Anhang finden sich dementsprechend einerseits die detaillierten Ergebnisse zu allen überprüften Qualitätsindikatoren und andererseits eine nach Bundesländern differenzierte Darstellung der durchgeführten Maßnahmen und Ergebniseinstufungen für jedes QS-Verfahren.

In einem gesonderten „Bericht zur Datenvalidierung 2016 – Erfassungsjahr 2015“ werden die Ergebnisse der parallel stattfindenden Datenvalidierung (Statistische Basisprüfung und Stichprobenprüfung vor Ort) dargestellt. Da die dokumentierten und übermittelten Daten die unverzichtbare Voraussetzung für die Beurteilung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und damit

---

<sup>1</sup> Im vorliegenden Bericht werden die Bezeichnungen „Krankenhausstandorte“ und „Standorte“ synonym für Leistungserbringer nach der QSKH-RL verwendet.

<sup>2</sup> AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH; bis 31. Dezember 2015 die zuständige Institution nach § 137a SGB V (Stand vom 1. Januar 2012).

der Behandlungsqualität sind, beinhaltet dieser Bericht eine kurze Zusammenfassung der dort ausführlich dargestellten Ergebnisse.

## 2 Methodik

### 2.1 Grundlagen

Der Strukturierte Dialog soll dazu dienen, 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<sup>3</sup> des Gemeinsamen Bundesausschusses verankert.

Durch Fragestellungen wie

- Erfolgte eine angemessene Indikationsstellung für die Leistungserbringung?
- War die Durchführung angemessen?
- Waren die strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistung erfüllt?
- Wie war die Ergebnisqualität?

können im Strukturierten Dialog Qualitätsmängel identifiziert werden. Sind nach den vorgegeben Prüfmaßnahmen tatsächlich Qualitätsdefizite festgestellt worden, so ist es eine weitere 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 Patientinnen und Patienten – dienen.

Um Verbesserungen zu erreichen, werden mit Einverständnis der Krankenhausstandorte – zu meist in kollegialen Gesprächen und/oder Begehungen – konkrete Zielvereinbarungen geschlossen. Diese führen dann zu einer längerfristigen Beobachtung und Unterstützung durch die jeweils für den Strukturierten Dialog zuständige Stelle. Alle in diesem Rahmen gewonnenen Erkenntnisse, dienen darüber hinaus der Optimierung von Indikatoren sowie der Weiterentwicklung der QS-Verfahren.

Der zeitliche Rahmen für die Durchführung der Strukturierten Dialoge ist in der QSKH-RL geregelt. Die Strukturierten Dialoge werden jeweils im Mai/Juni des auf die Datenerfassung folgenden Jahres eröffnet. Für die im Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren müssen die Strukturierten Dialoge 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 damit ein Verfahren, das sich über sechs bis acht Monate erstreckt. Das Gesamtverfahren mit Datenerfassung, Auswertung, Strukturiertem Dialog und Berichterstattung umfasst einen 3-Jahres-Zeitraum.

---

<sup>3</sup> 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. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 4. Dezember 2014, in Kraft getreten am 1. Januar 2015 (im Erfassungsjahr 2015 gültige Fassung der Richtlinie).

**Erfassungsjahr (EJ)****EJ 0**

QS-Daten

**Durchführungsjahr****EJ +1**

Januar Februar März April Mai Juni Juli August September Oktober November Dezember

Ende der  
DatenannahmeStart  
des Strukturierten DialogsAbschluss  
des Strukturierten Dialogs**Berichtsjahr****EJ +2**

Januar Februar März April Mai Juni Juli August September Oktober November Dezember

Berichte der Landesebene  
(Indirekte Verfahren)  
Bericht der Bundesebene  
(Direkte Verfahren)Zusammenfassender  
Bericht auf Bundesebene

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Strukturierten Dialogs

Das praktische Vorgehen erfolgt wie in den „Methodischen Grundlagen V1.0s“ des IQTIG<sup>4</sup> beschrieben:

Die Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität sowie der zugrunde liegenden Datenvalidität erfolgt anhand der für die Qualitätssicherung dokumentierten Daten und den darauf angewandten Algorithmen der Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien. Liegen die Ergebnisse einer Versorgungseinrichtung in einem Qualitätsindikator/Auffälligkeitskriterium außerhalb des geforderten Referenzbereichs, werden die Ergebnisse zunächst als rechnerisch auffällig eingestuft. Bereits bei der Spezifikation der Indikatoren wird eine gewisse Vielfalt der medizinischen Praxis berücksichtigt, z. B. durch Methoden der Risikoadjustierung bei Indikatoren der Ergebnisqualität. Dennoch kann nie ausgeschlossen werden, dass durch die besondere Versorgungssituation eines einzelnen Leistungserbringers ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auftritt, ohne dass ein Qualitätsproblem vorliegt. Dies kann z. B. dann eintreten, wenn in der behandelten Patientengruppe einer Einrichtung überdurchschnittlich häufig spezielle, seltene Risiken zu finden sind, die in der allgemeinen Risikoadjustierung nicht genügend berücksichtigt wurden. Solche Gründe kann ein Leistungserbringer während des Strukturierten Dialogs in einer Stellungnahme vorbringen, um eine faire Bewertung seiner Versorgungsqualität zu ermöglichen.

Der Strukturierte Dialog hat drei wesentliche Ziele:

- die Klärung, ob eine rechnerische Auffälligkeit auf ein Qualitätsproblem bzw. ein Datenvaliditätsproblem hinweist, das behoben werden muss
- die Förderung der hierzu notwendigen Verbesserungsmaßnahmen beim Leistungserbringer
- die Kontrolle, ob ein solches Problem erfolgreich behoben wurde

<sup>4</sup> [https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.0s.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0s.pdf)

Hierzu stehen richtlinienbasiert folgende Instrumente zur Verfügung:

- schriftliche Hinweise an den Leistungserbringer
- Stellungnahmen des Leistungserbringers
- Einladung zum persönlichen Dialog mit der jeweils zuständigen Fachgruppe (kollegiales Gespräch)
- Begehung vor Ort
- Abschluss einer Zielvereinbarung

## 2.2 Zuständigkeiten

In enger Kooperation mit den Verantwortlichen in den Krankenhäusern sorgen die LQS und das IQTIG 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 sind QS-Verfahren mit wenigen beteiligten Leistungserbringern (derzeit Organtransplantationen und Herzchirurgie), die im Strukturierten Dialog unmittelbar vom IQTIG betreut werden. Die indirekten Verfahren werden von den LQS auf Landesebene betreut. Sowohl IQTIG 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 Lenkungs-gremium. Für die indirekten QS-Verfahren sind die Lenkungs-gremien der Bundesländer (§ 14 QSKH-RL) verantwortlich. Entsprechend erhalten diese beauftragten Stellen die dokumentierten QS-Daten der Einrichtungen. Zur Vorbereitung und Umsetzung der Maßnahmen des Strukturierten Dialogs sind jeweils Fachgruppen mit unabhängigen Experten für jedes QS-Verfahren etabliert.

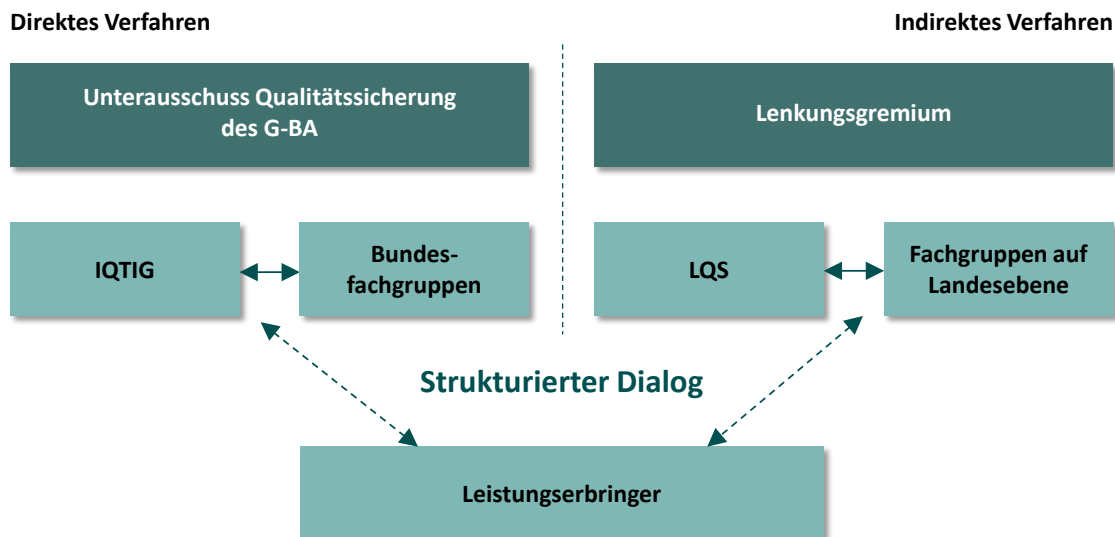


Abbildung 2: Zuständigkeiten der beteiligten Akteure

### 2.3 Rechnerische Auffälligkeiten

Anhand des Referenzbereichs eines Qualitätsindikators wird festgestellt, ob das Ergebnis rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, ziehen in aller Regel eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Gemäß § 10 Abs. 2 QSKH-RL wird bei der Feststellung der rechnerischen Auffälligkeit die Anzahl der dem Indikatormesswert zugrunde liegenden Behandlungsfälle – und damit Unterschiede in der Präzision der Messung – nicht berücksichtigt. Die Klassifikation eines Ergebnisses als rechnerisch auffällig und damit der Einstieg in den Strukturierten Dialog werden auf Basis eines einfachen Größer/Kleiner-Vergleichs des beobachteten Werts des Krankenhausstandortes mit der Referenzbereichsgrenze vorgenommen.

Die Lage eines Qualitätsindikatorwerts inner- oder außerhalb eines zuvor definierten Referenzbereichs ist 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 Einzelfallprüfung.

Die Auswahl, welche Qualitätsindikatoren bundeseinheitlich eingesetzt werden sollen, obliegt dem IQTIG in enger Abstimmung mit dem G-BA. Die Indikatoren fungieren als Instrumente zur Messung der medizinischen Versorgungsqualität und werden durch das IQTIG unter Einbeziehung seiner Bundesfachgruppen inhaltlich betreut, gepflegt und regelmäßig aktualisiert. Abweichungen auf der Landesebene sind möglich. Für einige Qualitätsindikatoren sind in der Vergangenheit keine Referenzbereiche definiert worden, beispielsweise weil es sich lediglich um die rohen Raten handelte, die in die risikoadjustierten Qualitätsindikatoren mit entsprechendem Referenzbereich einfließen, oder aufgrund eines mangelnden Konsenses unter Expertinnen und Experten zu einem angemessenen Referenzbereich. Anhand der Krankenhausergebnisse für diese Indikatoren kann zwar vergleichend die Behandlungsqualität einer Einrichtung beurteilt werden, es ist aber mangels Bezugsgröße nicht möglich, Krankenhausergebnisse als „auffällig“ oder „unauffällig“ einzustufen. Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich lösen deshalb keinen Strukturierten Dialog aus, aber können als Hintergrundinformation bei der Interpretation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse einer Einrichtung von Interesse sein. Da die Methodischen Grundlagen des IQTIG zukünftig nur Maßzahlen mit Referenzbereich als Qualitätsindikatoren definieren, werden diese Maßzahlen zukünftig nur noch als erläuternde Kennzahlen bezeichnet.

Die Ergebnisse eines Krankenhausstandorts sind rechnerisch auffällig, wenn entweder ein Hinweis auf relevante Mängel in der Versorgungsqualität eines Krankenhausstandorts besteht oder wenn die Versorgungsqualität des Standorts außergewöhnlich gut erscheint. Dementsprechend sind auch sehr gute Ergebnisse im Strukturierten Dialog zu berücksichtigen und ggf. zu hinterfragen.



## 2.4 Bearbeitung und Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten

### 2.4.1 Fachgruppenarbeit

Die von den Einrichtungen dokumentierten QS-Daten werden an die jeweils für den Strukturierten Dialog zuständigen Stellen (LQS oder IQTIG) 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. In besonderen Fällen kann es ausreichend sein, wenn nur ein Hinweis an den betroffenen Krankenhausstandort versendet wird. In der Regel wird eine Stellungnahme angefordert. Bezieht sich die rechnerische Auffälligkeit auf einen einzigen Fall im Zähler eines Qualitätsindikators, dann kann gemäß § 10 Abs. 2 Satz 4 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 den Umgang mit den übermittelten Stellungnahmen in den Fachgruppen 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 ggf. 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 Fachgruppen 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 Begehungen sein.

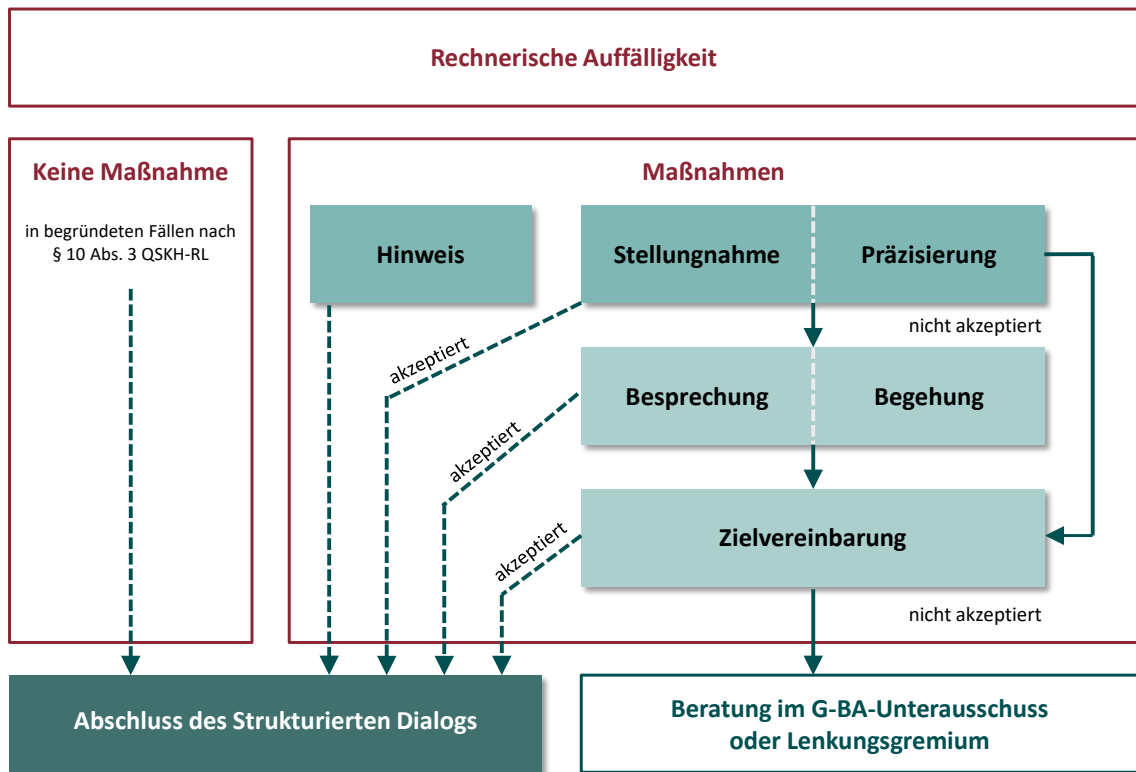


Abbildung 3: Überblick über die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Strukturierten Dialog

### 2.4.2 Bewertung

Abbildung 4 zeigt, wie die jeweiligen Prüfschritte erfolgen und in welchem Zusammenhang die Bewertungsziffern zu den jeweiligen Maßnahmen stehen.

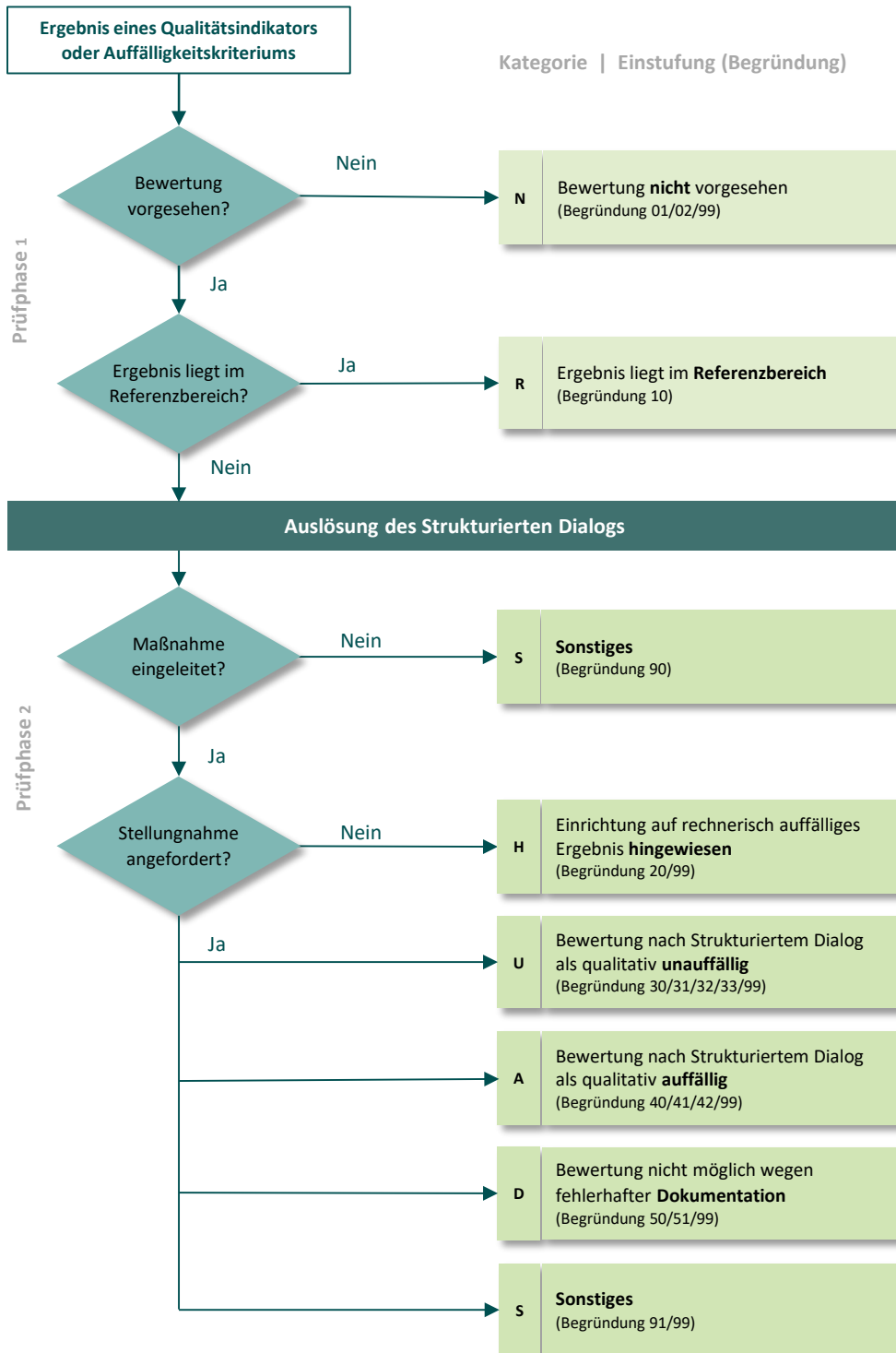


Abbildung 4: Strukturierter Dialog – Prüfschritte zur Ergebniseinstufung

### 2.4.3 Ergebniseinstufungen

Die Bewertungsergebnisse des Strukturierten Dialogs werden anhand von sechs Bewertungskategorien (N, R, S, H, U, A) sowie zugehöriger, präzisierender Unterpunkte eingestuft und durch einen Kurztext beschrieben (siehe Tabelle 1).

Die Kategorien N und R sind nur für die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser von Bedeutung und die Bewertungsziffern 30 und 40 sind ausschließlich für Ergebniseinstufungen im Bereich der Datenvalidierung anzuwenden.

Tabelle 1: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren 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)

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
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)

Eine beispielhafte Auflistung der Kommentare in den Einstufungen „Sonstiges“ ist im Anhang dargestellt.

## 2.5 Datenvalidierung

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

In der jährlich stattfindenden Datenvalidierung nach § 9 QSKH-RL wird geprüft, ob die dokumentierten Qualitätssicherungsdaten (QS-Daten) korrekt, vollständig und vollzählig sind. Die Ergebnisse sind eine notwendige Voraussetzung für eine ausreichende Aussagekraft der Qualitätsindikatoren und werden darüber hinaus genutzt, um weitere Verbesserungen in den Dokumentationsprozessen anzuregen. Das Datenvalidierungsverfahren besteht aus zwei Elementen: Der „Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ und dem „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“.

Bei der „Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ erfolgt eine statistische Analyse der angenommenen QS-Daten nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien. Hierbei liegt das Augenmerk erstens auf der Vollzähligkeit, also darauf, ob alle dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle erfasst wurden. Dies erfolgt über einen Abgleich der Anzahl tatsächlich gelieferter Datensätze mit der erwarteten Anzahl (Sollstatistik). Und zweitens wird überprüft, ob die erforderlichen Angaben in den QS-Daten vollständig und plausibel sind.

Für das „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“ werden in einem zweistufigen Stichprobenverfahren zunächst die einzubeziehenden Krankenhausstandorte auf Landes- und Bundesebene und anschließend die dort jeweils zu prüfenden Behandlungsfälle ermittelt. Für diese erfolgt dann ein Abgleich der QS-Daten mit der Primärdokumentation in der Patientenakte. Diese umfassende Datenvalidierung erfolgte für das Erfassungsjahr 2015 in den QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe, Mammachirurgie und Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*.

In Tabelle 2 sind die Maßnahmen und Ergebnisse der „Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ zur Plausibilität und zur Vollständigkeit dargestellt. Die ausführliche Darstellung zu allen Ergebnissen der Datenvalidierung ist Gegenstand des „Berichts zur Datenvalidierung 2016 – Erfassungsjahr 2015“. Dieser ist nach Freigabe durch den G-BA auf [www.iqtig.org](http://www.iqtig.org) abrufbar.

Tabelle 2: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit – alle QS-Verfahren (EJ 2015)

	Anzahl	Anteil
Datenliefernde Standorte (alle QS-Verfahren)	1.834	-
Rechnerische Auffälligkeiten	1.099	-
Standorte mit mindestens einer rechnerischen Auffälligkeit	714	-
Standorte mit mindestens einer Bewertung A40 oder A99	372	-
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen	1	0,1 %
Hinweise	309	28,1 %
Stellungnahmen	788	71,7 %
Sonstiges	1	0,1 %
<b>Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)</b>		
Besprechungen	13	-
Begehungen	2	-
Zielvereinbarungen	46	-
<b>Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde</b>		
Korrekte Dokumentation bestätigt (U30, U99)	189	24,0 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	498	63,2 %
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	21	2,7 %
Sonstiges (S91, S99)	60	7,6 %

# Teil A Ergebnisperspektive

### 3 Ergebnisse des Strukturierten Dialogs

#### 3.1 Versorgungsbereiche

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der geführten Strukturierten Dialoge in den QS-Verfahren näher betrachtet. Die Darstellung ist nach Versorgungsbereichen gegliedert.<sup>5</sup> Damit wird der Frage nachgegangen, ob in einzelnen rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten erstmalig oder bereits wiederholt Qualitätsprobleme vorlagen. Ein Diagramm zeigt die Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte und hebt qualitativ auffällige Ergebnisse im Versorgungsbereich hervor.

Berücksichtigung finden dabei in den indirekten Verfahren die vor Beginn des Strukturierten Dialogs erteilten Empfehlungen der Bundesfachgruppen an die Fachgruppen auf Landesebene. Solche Empfehlungen werden ausgesprochen, wenn sich aus den Bundesauswertungen besondere Fragen ergeben. Aus den Rückmeldungen und den weitergehenden Analysen von Ergebnissen können wertvolle Hinweise für die weitere Arbeit in den Bundesfachgruppen gewonnen werden.

Im Anhang zu diesem Bericht sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs pro Qualitätsindikator für jedes QS-Verfahren in einer Tabelle dargestellt. Dort sind auch wiederholte Auffälligkeiten im Vergleich der Erfassungsjahre 2014 und 2015 dargestellt.

##### 3.1.1 Gefäßchirurgie

Verfahrensmanagement: Leif Warming, Dr. Fenne große Deters, Dr. Georg Heinze

###### ▪ QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation

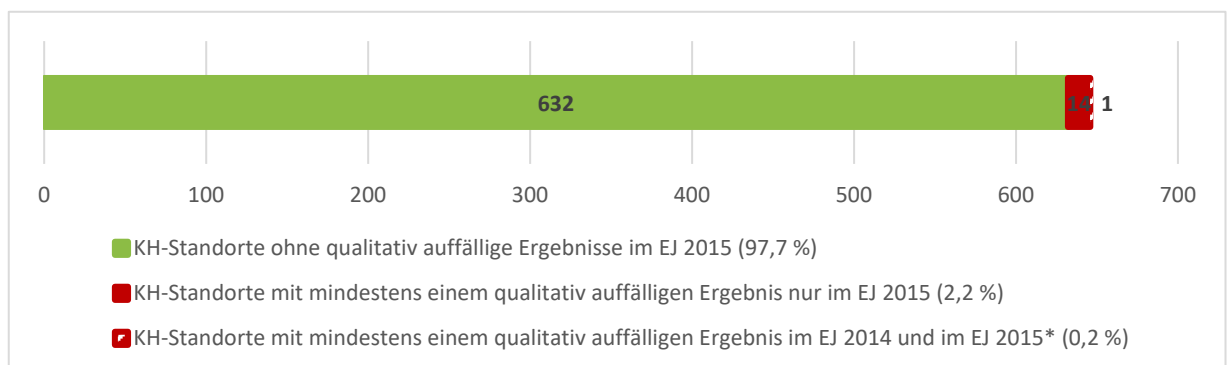


Abbildung 5: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 9 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Karotis-Revaskularisation betrachtet.

\* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

<sup>5</sup> Die Zuordnung der QS-Verfahren zu den einzelnen Versorgungsbereichen ist der Tabelle auf Seite 11 zu entnehmen.



Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs über die Daten des Erfassungsjahres 2015 zeigt sich im QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation* ein insgesamt sehr erfreuliches Bild. Rund 97 % aller Krankenhausstandorte wiesen keinerlei qualitative Auffälligkeiten auf. Von den Krankenhausstandorten mit qualitativen Auffälligkeiten war lediglich ein Standort bereits im Vorjahr durch Qualitätsmängel – in einem anderen Qualitätsindikator als im Erfassungsjahr 2015 – aufgefallen.

Über alle 4 Qualitätsindikatoren hinweg, die eine korrekte Indikationsstellung überprüfen (QI-IDs 603, 604, 51443 und 51437), wurden bei keinem Krankenhausstandort Mängel der medizinischen Qualität festgestellt. Die Bewertung eines Krankenhausstandortes im Indikator 603 (Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch) mit „qualitativ auffällig – Sonstiges“ begründete die entsprechende LQS damit, dass hier Fehler bei der Angabe der therapierten Seite vorlagen und solche Dokumentationsfehler in Anbetracht der geringen Fallzahl dieses Standortes inakzeptabel seien. Bei der Interpretation der Ergebnisse für die Indikationsindikatoren gilt es zu beachten, dass für rund 38 % aller rechnerischen Auffälligkeiten keine Überprüfung im Rahmen des Strukturierten Dialogs erfolgte. Stattdessen erhielten die Krankenhausstandorte einen Hinweis gemäß § 11 QSKH-RL mit der Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement, die Gründe für das Abweichen der Indikatorergebnisse vom Referenzbereich intern zu analysieren.

Für die beiden risikoadjustierten Qualitätsindikatoren (QI-IDs 11704 und 11724), die Schlaganfälle und Todesfälle im Zusammenhang mit einem offen-chirurgisch durchgeführten Eingriff an der Karotis betrachten, wurden bei 9 (1,54 %) bzw. 6 (1,03 %) der Krankenhausstandorte Qualitätsmängel festgestellt. Eine LQS vergab zudem die Bewertung „S99 – Sonstiges“ mit dem Kommentar, dass es an dem Krankenhausstandort zwar zu Schlaganfällen bei Karotiseingriffen kam, aber kein Patient verstarb. Mit diesem sowie einem weiteren Krankenhausstandort wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Qualität abgeschlossen. Wie auch bei den Indikationsindikatoren sollte beachtet werden, dass nicht für alle rechnerischen Auffälligkeiten eine Überprüfung im Rahmen des Strukturierten Dialogs stattfand, da für 12 bzw. 14 rechnerische Ergebnisse an 20 verschiedene Krankenhausstandorte Hinweise verschickt wurden.

Der Sentinel-Event-Indikator 52240 betrachtet die Qualität bei Eingriffen, bei denen eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation einer asymptomatischen Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wird. Sobald an einem Krankenhausstandort ein Todesfall oder ein perioperativer Schlaganfall in Zusammenhang mit diesem Eingriff auftritt, wird der Strukturierte Dialog ausgelöst. Bei rund 6 % (n = 4) aller Krankenhausstandorte, die 2015 für den Sentinel-Event-Indikator Daten geliefert haben (n = 70), sahen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Mit einem Krankenhausstandort wurden in einer Zielvereinbarung konkrete Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung verbindlich festgelegt. Ein weiterer Krankenhausstandort wurde mit „Sonstiges“ auf dem Qualitätsindikator bewertet. Laut der entsprechenden LQS war hier im Rahmen einer Notfall-OP am Herzen die simultane Rekonstruktion einer asymptomatischen Karotisstenose erforderlich.

Auch für kathetergestützte Eingriffe an der Karotis erfassen zwei risikoadjustierte Qualitätsindikatoren (QI-IDs 51873 und 51865) Schlaganfälle und Todesfälle, die im Zusammenhang mit dem

Eingriff auftreten. Hier wurden bei zwei bzw. einem der Krankenhausstandorte, die im Erfassungsjahr 2015 diesen Eingriff durchführten, Hinweise auf Prozess- und Struktur­mängel gefunden. Bei einem dieser Krankenhausstandorte zweifelt eine Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung aufgrund der sehr geringen Fallzahl an, dass ausreichende strukturelle Voraussetzungen für den Eingriff gegeben sind. Dementsprechend bewertete sie den Krankenhausstandort mit „qualitativ auffällig – Sonstiges“ (A99), obwohl die dort aufgetretenen Todesfälle bzw. Schlaganfälle als schicksalhafte Einzelfälle eingestuft wurden. Bei einem Krankenhausstandort fielen im Rahmen des Strukturierten Dialogs gravierende Mängel in der Dokumentation auf, sodass die entsprechende Landesgeschäftsstelle in einer Zielvereinbarung festlegte, welche Verbesserungsmaßnahmen vom Krankenhausstandort diesbezüglich ergriffen werden müssen. Bei 18 bzw. 8 rechnerischen Auffälligkeiten wurden nur Hinweise an die Krankenhausstandorte verschickt. Das Ausbleiben einer Überprüfung im Rahmen des Strukturierten Dialogs in diesen Fällen sollte bei der Einordnung der Ergebnisse berücksichtigt werden.

### 3.1.2 Pneumonie

Verfahrensmanagement: Leif Warming, N. N. (Axel Mertens in Vertretung)

#### ▪ QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*

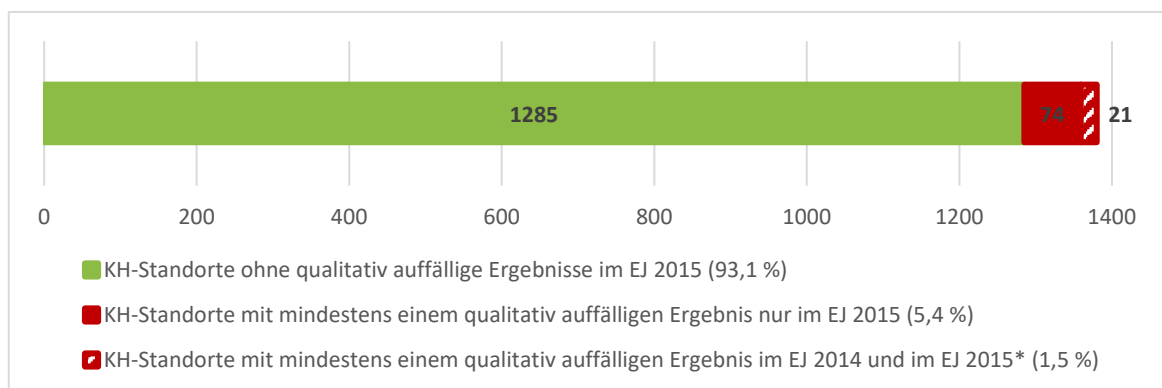


Abbildung 6: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 9 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Ambulant erworbene Pneumonie* betrachtet.

\* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Erfassungsjahr 2015 wurden im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* von 1.469 Standorten insgesamt 290.752 QS-Datensätze geliefert. Nach deren Auswertung ergaben sich 1.881 rechnerische Auffälligkeiten. Im Vorjahr waren es noch 2.788. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Erfassungsjahr 2014 für die Sterblichkeit noch 3 nach CRB-65-SCORE<sup>6</sup> stratifizierte Indikatoren berechnet wurden, die zuletzt insgesamt zu 479 rechnerischen Auffälligkeiten führten.

<sup>6</sup> Die Stratifizierung bestimmter Indikatoren erfolgt mithilfe des sogenannten CRB-65-Scores, der Kriterien wie pneumoniebedingte Desorientiertheit, spontane Atemfrequenz  $\geq 30/\text{min}$ , Blutdruck  $\leq 60 \text{ mm Hg}$  diastolisch

Seit dem EJ 2015 gibt es nur noch einen risikoadjustierten Sterblichkeitsindikator, der nur zu 89 rechnerischen Auffälligkeiten führte. Die nach CRB-65-SCORE stratifizierten Sterblichkeitsindikatoren führten im EJ 2014 insgesamt zu 16 qualitativen Auffälligkeiten. Der risikoadjustierte Sterblichkeitsindikator führte im EJ 2015 zu 4 qualitativen Auffälligkeiten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse ohne die Sterblichkeitsindikatoren dargestellt. Die rechnerischen Auffälligkeiten gingen von 2.237 im EJ 2014 zurück auf 1.792 im EJ 2015 (dies entspricht einem Rückgang von ca. 20 %). Die qualitativen Auffälligkeiten gingen von 491 im EJ 2014 zurück auf 410 im EJ 2015 (dies entspricht einem Rückgang von ca. 17 %).

Der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten an den rechnerischen Auffälligkeiten lag im EJ 2014 somit bei 21,9 % und blieb im EJ 2015 nahezu unverändert bei ca. 22,9 %. Schon zwischen den Erfassungsjahren 2013 und 2014 blieb der entsprechende Anteil in etwa gleich.

410 qualitative Auffälligkeiten verteilen sich im EJ 2015 auf nur 95 Standorte. Von diesen 95 Standorten wiesen 22,1 % (n = 21) im Vorjahr auch schon mindestens eine qualitative Auffälligkeit auf.

Für 319 rechnerische Auffälligkeiten war im SD zum EJ 2014 aufgrund von Dokumentationsproblemen keine Bewertung möglich (14,3 % aller rechnerischen Auffälligkeiten). Im SD zum EJ 2015 waren es 254 Fälle (14,2 % aller rechnerischen Auffälligkeiten). Somit ging auch hier die absolute Zahl zurück, während sich der Anteil an den rechnerischen Auffälligkeiten so gut wie nicht veränderte.

Im SD zum EJ 2015 wurden 633 Hinweise verschickt; zum EJ 2014 waren es noch 969. Auch der Anteil an Hinweisen an den rechnerischen Auffälligkeiten ging somit von 43,3 % auf 35,3 % zurück.

Bundesweit führten für das EJ 2015 168 Indikatorergebnisse (inklusive des Sterblichkeitsindikators) zum Abschluss von Zielvereinbarungen (EJ 2014: 178), in 57 Fällen wurden kollegiale Gespräche durchgeführt (EJ 2014: 67). Mit 4 Fällen wurde das Instrument der Begehungen für das EJ 2015 gegenüber dem SD für das EJ 2014 mit 20 Fällen deutlich seltener genutzt.

### 3.1.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren

*Verfahrensmanagement: Florian Rüppel, Alina Wolfschütz*

- QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule<sup>7</sup> Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*

---

oder < 90 mm Hg systolisch und Alter ≥ 65 Jahre berücksichtigt. Jedes Kriterium wird mit einem Risikopunkt bewertet.

<sup>7</sup> Die dokumentierten Fälle werden aufgeteilt nach drei Bereichen ausgewertet. In der Bundesauswertung werden sie getrennt dargestellt. Auf technischer Ebene werden diese Auswertungsmodul in der Qualitätsindikatorendatenbank sowie in der Auswertungsdatenbank einzeln spezifiziert und repräsentiert.

- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel*
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation*

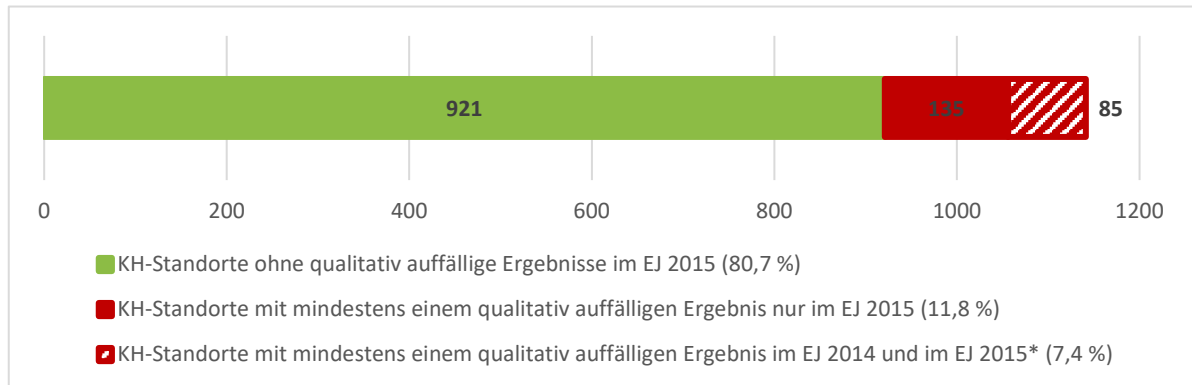


Abbildung 7: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 39 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzschrittmacher und Defibrillatoren betrachtet.

\* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Von den 1.141 Krankenhausstandorten, in denen im Erfassungsjahr 2015 mindestens ein Schrittmacher- oder Defibrillatoreingriff durchgeführt wurde, wurden 220 (19,3 %) nach Abschluss des Strukturierten Dialogs in mindestens einem Qualitätsindikator des Versorgungsbereichs als qualitativ auffällig beurteilt; dies bedeutet, dass jeder fünfte Krankenhausstandort das Erreichen mindestens eines Qualitätsziels verfehlte. 85 dieser Krankenhausstandorte (38,6 %) wiesen zudem bereits im Vorjahr (EJ 2014) bei mindestens einem Qualitätsindikator ein qualitativ auffälliges Ergebnis auf. Umgekehrt bedeutet dies jedoch, dass vier Fünftel aller Krankenhausstandorte in keinem Bereich der Herzschrittmacher- bzw. Defibrillatorversorgung Qualitätsdefizite aufweist. Eine deutliche Mehrheit der Standorte ist somit in der Lage, alle Qualitätsziele zu erreichen, allerdings wies eine nicht zu vernachlässigende Anzahl an Standorten (n = 220) im SD zum EJ 2015 ein qualitatives Verbesserungspotenzial auf.

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten, d. h. die Summe der Ergebnisse außerhalb des jeweiligen Referenzbereichs über alle Indikatoren hinweg, ist sowohl im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* als auch in den Verfahren zu implantierbaren Defibrillatoren – wie bereits in den vergangenen Jahren – im Vergleich zum Vorjahr gesunken (im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* von 1.929 auf 1.791 und in den Verfahren zu implantierbaren Defibrillatoren von 1.148 auf 944 rechnerische Auffälligkeiten). Insbesondere für die Indikatoren zu chirurgischen Komplikationen und zu Sondendislokationen (auch wenn diese zu einem stationären Folgeeingriff führten), für die Qualitätsindizes zu intraoperativen Reizschwellen- und Amplitudemessungen sowie für die Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation und Systemwahl bei Defibrillator-Implantationen konnten weniger rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt werden als im Vorjahr.

Der Anteil an Indikatorergebnissen, die nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft wurden, an allen rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen stieg im Vergleich zum Erfassungsjahr 2014 an. Im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* betrug der Anteil qualitativer Auffälligkeiten 13,8 % (n = 247; EJ 2014: 12,2 %, n = 233), in den Verfahren zur Defibrillatortherapie wurden 10,0 % (n = 94; EJ 2014: 8,5 %, n = 98) der rechnerischen Auffälligkeiten schließlich als qualitativ auffällig eingestuft.

Ein Schwerpunkt des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2015 bildeten – wie bereits in den vergangenen Jahren – die Qualitätsindikatoren zu prozedurassoziierten Problemen als Indikation zum Folgeeingriff, für die aufgrund einer Vielzahl an rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten wieder ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt wurde. Im Bereich der Herzschrittmachertherapie wurden insgesamt 51 Krankenhausstandorte aufgrund von zu vielen prozedurassoziierten Problemen als qualitativ auffällig beurteilt; dies entspricht ca. 30 % aller in diesem Indikator rechnerisch auffälligen Standorte. Im Bereich der Defibrillatortherapie sind 25 Krankenhausstandorte als rechnerisch auffällig beurteilt worden (ca. 20 % aller rechnerisch auffälligen Standorte).

Bei den meisten aufgetretenen prozedurassoziierten Problemen handelte es sich um Sondendislokationen. Waren diese Komplikationen in erster Linie auf sehr komplexe Ersteingriffe unter besonderen anatomischen Bedingungen oder eine geringe Compliance der Patientinnen und Patienten zurückzuführen, da diese die operierte Seite nicht ausreichend schonten, erfolgte eine Einstufung als „qualitativ unauffällig“. Qualitativ auffällige Ergebnisse waren gemäß den Länderberichten v. a. durch Struktur- und Prozessmängel in den betroffenen Einrichtungen begründet. Hierunter waren z. B. Probleme mit dem Implantationsmaterial, unvollständige Kenntnisse der Implantationstechnik oder eine ungenügende Erfahrung der Operateure (insbesondere bei Durchführung relativ komplexer Eingriffe) zu verstehen; auch personelle Probleme wurden als Begründung für qualitativ auffällige Ergebnisse genannt.

Mit den betroffenen Kliniken wurden (v. a. bei wiederholter Auffälligkeit) als weiterführende Maßnahmen kollegiale Gespräche geführt und Zielvereinbarungen getroffen. Zu den Indikatoren des Auswertungsmoduls *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* wurden insgesamt 10 Besprechungen und 2 Begehungen durchgeführt sowie 28 Zielvereinbarungen getroffen; zu den Indikatoren des Auswertungsmoduls *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* waren dies 4 Besprechungen, 7 Zielvereinbarungen, jedoch keine Begehung. Die überwiegende Mehrheit dieser Maßnahmen erfolgte voraussichtlich aufgrund zu vieler Folgeeingriffe wegen prozedurassoziierten Problemen. Es wurden Maßnahmen zur Weiterbildung bzw. Spezialisierung oder Hospitationen in regionalen Zentren mit einem größeren Eingriffsvolumen und eine Kooperation mit diesen Zentren zur Aufarbeitung der Struktur- und Prozessmängel vereinbart; auch die Anwesenheit eines Facharztes bei Schrittmacheroperationen wurde von einer zuständigen Fachgruppe auf Landesebene gefordert. Gemäß eines Länderberichts wurde einigen Einrichtungen (mit z. T. eher geringen Fallzahlen und unzureichenden Ergebnissen) von der zuständigen Fachgruppe schließlich der Ausstieg aus der operativen Herzschrittmacher- bzw. Defibrillatorversorgung empfohlen.

Ein weiterer Schwerpunkt des Strukturierten Dialogs bildeten die Indikatoren zu peri- bzw. postoperativen Komplikationen sowie zur Eingriffsdauer nach Erstimplantation. Insbesondere bei den entsprechenden Indikatoren aus dem Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Implantation* wurden relativ viele Krankenhausstandorte als qualitativ auffällig beurteilt. So sind im Indikator „Sondendislokation oder -dysfunktion“ (QI-ID 52311) insgesamt 66 Krankenhausstandorte qualitativ auffällig, 11 davon waren dies bereits im Vorjahr. Dies verdeutlicht, wie auch die Ergebnisse zu prozedurassoziierten Problemen, dass das Auftreten von Sondendislokationen nach Herzschrittmacher-Implantationen weiterhin ein Problem in der Versorgung mit Rhythmusimplantaten darstellt.

Bei der Durchführung von isolierten Aggregatwechseln scheinen ausschließlich hinsichtlich der Durchführung von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden noch Qualitätsdefizite in relevantem Ausmaß zu existieren. 38 Krankenhausstandorte wurden im entsprechenden Indikator des Auswertungsmoduls *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* als qualitativ auffällig beurteilt; 12 Standorte betraf dies beim Indikator aus dem QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel*. Einige qualitative Auffälligkeiten waren noch im Indikator „Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats“ (QI-ID 11484) zu verzeichnen (Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*); dieser Indikator zur Dokumentationsqualität wird jedoch zukünftig nicht mehr benötigt. Die Ermittlung der Aggregatlaufzeit kann – seit dem Erfassungsjahr 2015 – aus den Follow-up-Daten erfolgen, da die Nachverfolgbarkeit durch die langfristige Betrachtung des Behandlungsverlaufs bei nochmaligem stationären Aufenthalt derselben Patientin bzw. desselben Patienten möglich ist.

Nur wenige Krankenhausstandorte wurden bei den folgenden Indikatoren als „qualitativ auffällig“ eingestuft: die Indikatoren zur Krankenhaussterblichkeit (insgesamt 5 Standorte über alle Indikatoren zur Sterblichkeit in den Verfahren zur Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung hinweg), zur Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats (insgesamt 4 Standorte), zur Eingriffsdauer bei isolierten Aggregatwechseln (ein auffälliger Standort), zu peri- bzw. postoperativen Komplikationen nach Aggregatwechseln oder Revisionsoperationen (insgesamt 10 Standorte), zu Hardwareproblemen bzw. Infektionen als Indikation zum Folgeeingriff (2 bzw. 6 Standorte) sowie zur leitlinienkonformen Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation (ein Standort) als „qualitativ auffällig“ eingestuft. In diesen Bereichen der Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung scheinen somit keine bedeutenden Qualitätsprobleme zu bestehen.

### 3.1.4 Kardiologie

Verfahrensmanagement: Alina Wolfschütz, Florian Rüppel

▪ QS-Verfahren *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)*

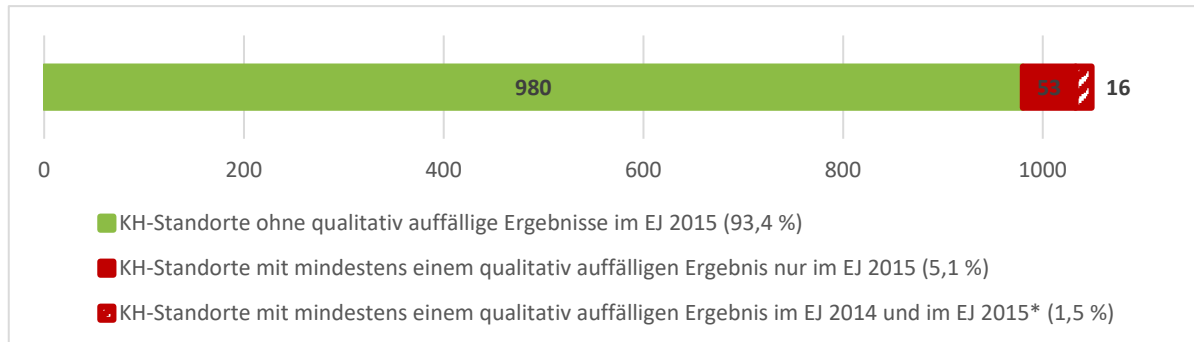


Abbildung 8: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 15 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) betrachtet.

\* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Erfassungsjahr 2015 wurden insgesamt 764.623 (EJ 2014: 756.104) Koronarangiographien und Perkutane Koronarinterventionen (PCI) im Rahmen der externen Qualitätssicherung dokumentiert, ein Plus von 1,1 % zum Vorjahr. Die Auswertungen für das Erfassungsjahr 2015 haben bundesweit zu insgesamt 1.016 rechnerischen Auffälligkeiten geführt.

Im Vergleich zur Entwicklung der Anzahl der durchgeführten Koronarangiographien und Perkutanen Koronarinterventionen, stieg der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten mit etwa 18 % (EJ 2015: 1.016; EJ 2014: 854) sehr deutlich an. Von diesen 1.016 rechnerischen Auffälligkeiten wurden für 462 (45,5 %) Hinweise an die Krankenhäuser verschickt, 26 (2,6 %) wurden mit Sonstiges bewertet und bei 99 (9,7 %) war eine Bewertung aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Folglich wurden 429 rechnerische Auffälligkeiten (42,2 %) qualitativ beurteilt. Von diesen wurden 94 rechnerische Auffälligkeiten (22,0 %) anschließend als qualitativ auffällig und 335 rechnerische Auffälligkeiten (78,8 %) als qualitativ unauffällig eingestuft. Bezogen auf die Gesamtzahl der rechnerischen Auffälligkeiten (EJ 2015: 1.016) wurden demnach 9,3 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet.

Rechnerische Auffälligkeiten ließen sich für insgesamt 15 (von 21) Indikatoren feststellen. Mit insgesamt 12,9 % (131 Fällen) war der Indikator „Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts“ (QI-ID 12773) am häufigsten verantwortlich für eine rechnerische Auffälligkeit, wie auch schon im Erfassungsjahr 2014. Die Vorgaben der Strahlenschutzverordnung, auf welchem der Indikator basiert, sind streng und sehen vor, dass die applizierte Strahlendosis in allen Fällen zu dokumentieren ist. Für das Erfassungsjahr 2015 wurde dies anscheinend noch nicht von allen Krankenhäusern umgesetzt. Der Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (QI-ID 52331) folgt mit 9,2 % (93 Fällen). Auf

Platz drei der am häufigsten zu rechnerischen Auffälligkeiten führenden Indikatoren lag mit 7,9 % (80 Fällen) „Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml“ (QI-ID 51407).

Betrachtet man lediglich diejenigen Fälle, welche sich im Nachgang zum Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig erwiesen, so ändert sich das Bild: Den höchsten Anteil an den insgesamt als qualitativ auffällig eingestuften Fällen (n = 94) hatte mit 17,0 % (16 Fällen) der Indikator „Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy\*cm<sup>2</sup>“ (QI-ID 50749) und mit 16,0 % (15 Fällen) der Indikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (QI-ID 52331). Den dritten Platz belegen mit jeweils 9,7 % (9 Fällen) die Indikatoren „Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts (QI-ID 12773)“ und „Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml“ (QI-ID 51407).

Es kam zu wiederholten Auffälligkeiten insbesondere für die bereits oben erwähnten Indikatoren „Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts“ (QI-ID 12773) sowie „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“ (QI-ID 52331). Wiederholt rechnerisch auffällig waren hier 48 respektive 27 Krankenhausstandorte. Insgesamt wurden 211 der 1.016 Standorte gemäß Berichten der Länder wiederholt rechnerisch auffällig. Letztlich als wiederholt qualitativ auffällig eingestuft wurden insgesamt 11 Krankenhäuser

Zu insgesamt 41 Qualitätsindikatoren wurden mit den Krankenhausstandorten Zielvereinbarungen abgeschlossen. Sofern diese Zielvereinbarungen aufgrund ihrer Laufzeit noch nicht hinsichtlich ihrer Erfüllung bewertet werden können, erfolgt die Berichterstattung dazu auf der Landesebene.

Die Ergebnisse des QS-Verfahrens *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)* wurden, basierend auf den Aussagen aus den Länderberichten, für das Erfassungsjahr 2015 generell positiv bewertet. Die Versorgungsqualität wurde insgesamt als gut eingeschätzt. Die Rückmeldungen aus den Ländern lassen für keinen Indikator einen besonderen Handlungsbedarf erkennen.

Zu diesem QS-Verfahren wurden im Erfassungsjahr 2015 letztmalig Daten erfasst. Mit der hier vorliegenden Berichterstattung zum Strukturierten Dialog und dem parallel vorgelegten Bericht zur Datenvalidierung ist die Außerbetriebnahme dieses Verfahrens auf der Bundesebene damit abgeschlossen.



### 3.1.5 Herzchirurgie

Verfahrensmanagement: Dr. Georg Heinze, Martina Dost, Dr. Fenne große Deters

- QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert*
- QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert*
- QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*

Nach Evaluation der statistischen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich im Strukturierten Dialog wurden abschließend in 32 % der Standorte mit rechnerischen Auffälligkeiten Hinweise auf Qualitätsdefizite identifiziert. Im Vorjahr betrug diese Rate noch 41 %. Die deutliche Abnahme ist mit den immer noch stark exponierten, aber im Vergleich zum Vorjahr klar verbesserten Ergebnissen bezüglich des Qualitätsindikators „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ (QI-ID 51914) assoziiert. War der Strukturierte Dialog im Vorjahr hier noch mit 53 entlassenden Krankenhausstandorten vonnöten, hat sich die Zahl im letzten Jahr etwa halbiert (n = 27). Ebenso resultierten nicht mehr 41 qualitative Auffälligkeiten wie im Vorjahr, sondern nur noch 22.

Schwerpunkt der Strukturierten Dialoge im Versorgungsbereich Herzchirurgie war demnach, wie im letzten Jahr, die Indikationsstellung zum kathetergestützten Aortenklappenersatz. Insbesondere die Dokumentation des Indikationskriteriums Gebrechlichkeit („Frailty“) wird oft vergessen. Weiterhin wurde zum Erfassungsjahr 2016 eine diskrete Modifikation der Rechenregel des Indikators „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ (QI-ID 51914) vorgenommen, die in der Folge nur noch Patientinnen und Patienten, die jünger als 85 Jahre sind, in der Grundgesamtheit des Indikators betrachtet.

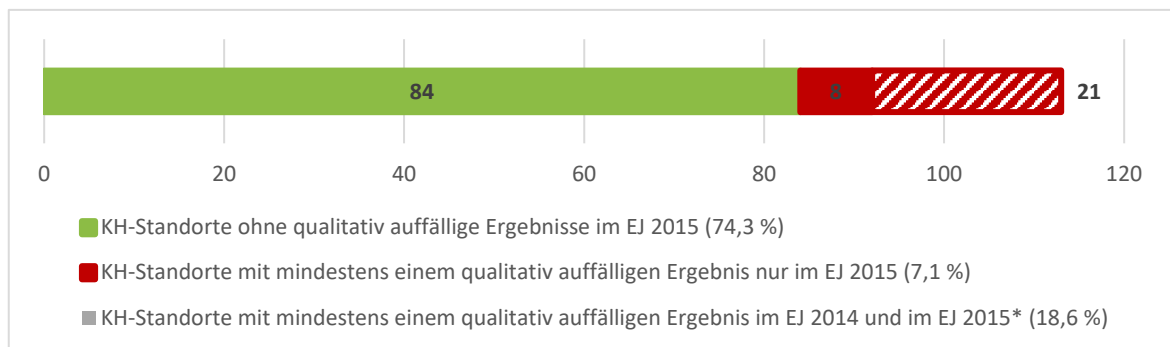


Abbildung 9: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 16 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Herzchirurgie betrachtet.

\* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

#### Koronarchirurgie, isoliert

Innerhalb der 4 eingesetzten Qualitätsindikatoren resultierten nach Auswertung der Daten 27 Ergebnisse mit Abweichungen vom definierten Referenzbereich. 10 dieser rechnerischen Auffälligkeiten traten wiederholt auf. Nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen

wurden Vertreter zweier Standorte zu einem kollegialen Gespräch eingeladen. Die Gegebenheiten einer dieser beiden Krankenhausstandorte wurden in der Folge im Rahmen einer Begehung evaluiert. Eine weitere Begehung wurde aufgrund einer schwer einzuordnenden Stellungnahme ohne vorheriges kollegiales Gespräch durchgeführt. Mit allen 3 Krankenhausstandorten, bei denen weiterführende Maßnahmen (Besprechung und/oder Begehung) erfolgt sind, wurden individuelle, umfassende Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität geschlossen.

Die identifizierten Qualitätsmängel fokussierten vornehmlich Prozesse und Strukturen, insbesondere hinsichtlich der folgenden Kriterien:

- Personalressourcen und Dienstplanmodelle
- Verschriftlichung und Implementierung von Prozessketten und Verantwortlichkeiten/Zuständigkeiten im Sinne von „Standard Operating Procedures“
- Ärztliche Weiterbildung
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M+M)
- Management und Dokumentation von Komplikationen
- korrekte und vollständige Dokumentation der Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung

Die in den Zielvereinbarungen festgeschriebenen Fristen und Pflichten zur Übermittlung von Dokumenten und Nachweisen über vollbrachte (Teil-)Prozesse sind, soweit bereits vorliegend, von den entsprechenden Krankenhausstandorten eingehalten und von der Bundesfachgruppe als inhaltlich erfüllt beurteilt worden.

#### **Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)**

Nach Auswertung der Daten wurden insgesamt 18 rechnerische Auffälligkeiten für die 4 eingesetzten Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich festgestellt. Nach Prüfung der Stellungnahmen konnten keine Hinweise auf Qualitätsdefizite festgestellt werden.

#### **Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)**

Auch in diesem Jahr war der Strukturierte Dialog durch eine hohe Anzahl an auffälligen Krankenhausstandorten im Indikator „Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I“ (QI-ID 51914; n = 27) geprägt. Verglichen mit dem Vorjahr (n = 53) ist jedoch eine deutliche Abnahme zu verzeichnen. Allerdings bestand bei 20 Krankenhausstandorten eine wiederholte rechnerische Auffälligkeit. Wie im letzten Jahr wurden die Vertreter der betroffenen Krankenhausstandorte um präzise Angaben zur Indikationsstellung sowie in 3 Fällen um exemplarische Übermittlung der „Heart-Team“-Protokolle gebeten. Die Analyse der für die rechnerisch auffälligen Ergebnisse verantwortlichen Patientenfälle ergab in fast allen Fällen eine invalide Dokumentation der patientencharakterisierenden Daten. Besonders oft war vergessen worden, die Gebrechlichkeit von Patientinnen und Patienten („Frailty“) als Kriterium für die Indikationsstellung zu dokumentieren. Da eine ähnliche Situation bereits im Vorjahr vorherrschte, wurden auf Empfehlung der Bundesfachgruppe 17 Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität mit den betroffenen Krankenhausstandorten abgeschlossen. Diese umfassten standardisiert folgende Maßnahmen:

- dokumentierte und wiederholte Mitarbeiterschulungen zur Dokumentation einschließlich eines geeigneten Nachweises
- unverzügliche Neuaufstellung einer geeigneten Dokumentationsinfrastruktur (softwaretechnisch, prozessual und interdisziplinär, mit ggf. erforderlichen Schnittstellen
- fachgebietsübergreifende Kommunikation und unterjährige Analysen der Ergebnisse

Die geforderten Dokumente und Nachweise sind von den Krankenhausstandorten fristgerecht geliefert worden. Damit können die formalen Vorgaben aus den Zielvereinbarungen als erfüllt betrachtet werden. Darüber hinaus werden die folgenden Strukturierten Dialoge zu diesem Indikator die Qualitätsergebnisse der letzten Jahre berücksichtigen. Persistierende Defizite in Bezug auf die Dokumentation werden dann zukünftig auch kollegiale Gespräche und Begehungen zum Zweck der Datenvaliditätsprüfung nahelegen. Dieses Vorgehen ist sämtlichen Krankenhausstandorten, die in der Auswertung zum Erfassungsjahr 2015 rechnerisch auffällig waren (auch erstmalig), im Rahmen der Bewertungsübermittlung bereits mitgeteilt worden. Alle wiederholt rechnerisch auffälligen Standorte wurden aufgrund der skizzierten Ursachen auch als qualitativ auffällig bewertet. In den Fällen, in denen zusätzlich die im Strukturierten Dialog geforderten „Heart-Team“-Protokolle nicht übermittelt wurden, sah die Bundesfachgruppe die Bewertung mit „A41 = Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ gerechtfertigt; die übrigen Standorte wurden nach Prüfung der gelieferten „Heart-Team“-Protokolle auf die erforderlichen Mindeststandards mit „A 99 – Sonstiges“ und dem zugehörigen Kommentar „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig. Unvollständige und invalide Dokumentation lässt auf Prozessmängel schließen“ bewertet.

Nur 3 der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte konnten als qualitativ unauffällig bewertet werden. Alle 3 waren im Vorjahr nicht rechnerisch auffällig. Grundlage hierfür waren in allen Fällen umfassende Stellungnahmen, die eine dezidierte Analyse der Fälle und Verbesserungsmaßnahmen hinsichtlich Prozess- und Strukturqualität beinhalteten. Ein Standort, der ebenfalls eine solch hochwertige Stellungnahme unter Berücksichtigung der eben skizzierten Kriterien geliefert hat, aber im Vorjahr rechnerisch auffällig war, wurde mit „D50 – Unvollständige oder falsche Dokumentation“ bewertet. Die Problematik des entlassenden Standorts mit kleinen Fallzahlen kam in einem Fall zum Tragen und wurde mit „S99 – Sonstiges“ und entsprechendem Hinweis auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit bewertet.

### **Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie**

Nach Auswertung der Daten wurden insgesamt 16 rechnerische Auffälligkeiten für die 3 eingesetzten Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich festgestellt. Insgesamt wurden Indikatorergebnisse von 3 Krankenhausstandorten als qualitativ auffällig bewertet, an einem Standort bereits im Vorjahr. Mit den 3 betroffenen Standorten wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen.

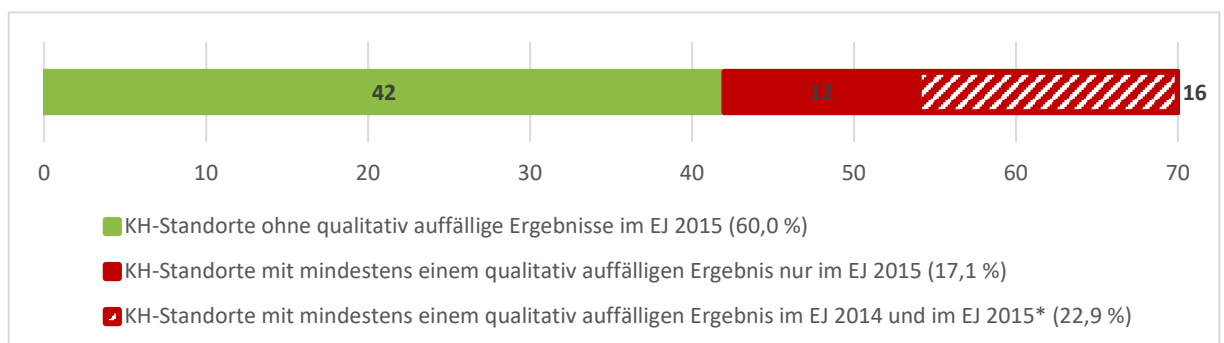
3 Krankenhausstandorte erhielten im Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen“ nach Durchsicht der eingereichten anonymisierten Epikrisen die Bewertung „A41 = Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig. Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel“. Einer dieser Standorte wird seit Jahren beobachtet, da bezüglich

der Sterblichkeitsraten immer wieder schlechte Ergebnisse in verschiedenen herzchirurgischen QS-Verfahren aufgefallen sind. Zuletzt fanden im Vorjahr sowohl ein kollegiales Gespräch als auch eine Begehung statt. Erfreulicherweise zeigt der Krankenhausstandort jetzt deutliche Verbesserungen in den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren aller herzchirurgischen QS-Verfahren. Lediglich in Bezug auf das QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* war das Ergebnis im risikoadjustierten Mortalitätsindikator nicht innerhalb des Referenzwerts, so dass diesbezüglich in diesem Jahr eine Zielvereinbarung abgeschlossen wurde, die eine kontinuierliche Fortführung der getroffenen Maßnahmen sicherstellt. Bei 2 weiteren Krankenhausstandorten ließen sich keine systematischen Qualitätsprobleme erkennen. Dennoch gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, sodass das Indikatorergebnis als „qualitativ auffällig“ eingestuft wurde. Mit beiden Standorten wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen und Verbesserungsmaßnahmen vereinbart. Die Ergebnisse der ersten 3 Quartale des Erfassungsjahres 2016 zeigten für alle 3 Krankenhausstandorte deutliche Verbesserungen in diesem Indikator.

### 3.1.6 Transplantationsmedizin

*Verfahrensmanagement: Nadja Komm, N. N. (Vertretung: Dr. Anja Dippmann, Dr. Georg Heinze, Axel Mertens)*

- QS-Verfahren *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme*
- QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation*
- QS-Verfahren *Lebertransplantation*
- QS-Verfahren *Leberlebendspende*
- QS-Verfahren *Nierentransplantation*
- QS-Verfahren *Nierenlebendspende*
- QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation*



*Abbildung 10: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 53 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Transplantationsmedizin betrachtet.*

*\* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.*

## **Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme sowie Lungen- und Herz-Lungentransplantation**

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil an rechnerischen Auffälligkeiten für das Erfassungsjahr 2015 (n = 38) im Auswertungsmodul *Herztransplantation* nahezu gleich geblieben bei identischer Anzahl der datenliefernden Standorte (EJ 2014 n = 37), aber bei rückläufiger Datensatzanzahl (EJ 2015 n = 276; EJ 2014 n = 288).

2 der 6 qualitativ auffälligen Standorte des Erfassungsjahres 2015 waren bereits im Vorjahr qualitativ auffällig. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs ist der Anteil der Bewertungen als „qualitativ auffällig“ gesunken, ebenso wie der Anteil der Bewertungen als „qualitativ unauffällig“. Die intensive Überprüfung der Ergebnisse der letzten Jahre bei den Krankenhausstandorten führte im Rahmen dieses Strukturierten Dialogs dazu, dass 2 Standorte mit kleinen Fallzahlen ihr Transplantationsprogramm einstellten.

Im Auswertungsmodul *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* wurde der Strukturierte Dialog erstmals durchgeführt. Im QI „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines LVAD“ (QI-ID 52382) wurden bei 4 von 17 rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten die Indikationsstellungen bei teilweise prognostisch ungünstiger Patientenselektion hinterfragt. Die betroffenen Standorte gaben an, im Rahmen des Strukturierten Dialogs bereits eigene Verbesserungsmaßnahmen getroffen zu haben und erhielten darüber hinaus ein Feedback von der Bundesfachgruppe. Die Ergebnisse wurden abschließend als „qualitativ auffällig“ bewertet.

Die Sterblichkeitsfälle der anderen Krankenhausstandorte waren auf schicksalhafte Einzelfälle zurückzuführen. Entsprechend wurden die Indikatorergebnisse als „qualitativ unauffällig“ bewertet.

Beim Indikator „Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD“ (QI-ID 52385) wurden 5 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Bei einem Standort wurde das Ergebnis als qualitativ auffällig bei ungünstiger Patientenselektion bzw. OP-Zeitpunkt bewertet (A99). Ein weiteres Ergebnis wurde abschließend als „qualitativ auffällig“ bewertet (A41). Hier hatte der Krankenhausstandort selbst in der Stellungnahme dargelegt, dass Patientinnen und Patienten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit einer postoperativen Blutung in anderen Organsystemen und der daraus folgenden Notwendigkeit der reduzierten Antikoagulation mit den möglichen Gefahren für thromboembolische Ereignisse nicht mehr für ein Herzunterstützungssystem infrage kommen sollten.

Im QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* war für das Erfassungsjahr 2015 ein Rückgang an Datensätzen (n = 301) bei gleichzeitiger Zunahme an rechnerischen Auffälligkeiten (EJ 2015 n = 25, EJ 2014 n = 19) zu verzeichnen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs betrug der Anteil an „qualitativ unauffälligen“ Bewertungen mit 44 % genauso viel wie der Anteil an der Bewertungskategorie „Sonstiges“. Als „qualitativ auffällig“ wurden 12 % (n = 3) der Indikatorergebnisse eingestuft. Hier trat eine wiederholte qualitative Auffälligkeit beim Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 2155) auf, was eine Zielvereinbarung zur Senkung der Sterblichkeitsrate nach sich zog.

### **Lebertransplantation und Leberlebendspende**

Insgesamt waren in den QS-Verfahren *Lebertransplantation* und *Leberlebendspende* 38 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren zu verzeichnen. Davon wurden 18 (47,37 %) nach dem Strukturierten Dialog als „qualitativ auffällig“ bewertet.

Die ermittelte Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten ist im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben (n = 38). In den Jahren davor war die Anzahl noch wesentlich 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 2015 zum vierten Mal angewandte Worst-Case-Analyse zeigt eine deutliche Verbesserung hinsichtlich 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 Patientinnen und Patienten, zu denen keine Informationen vorlagen, letztendlich doch sehr gering ist. Die Ursachen lagen hauptsächlich bei der nicht fristgerechten und unvollständigen Übermittlung der Daten. Hier kam es zu wiederholter qualitativer Auffälligkeit im Worst-Case-Indikator zum 1- und 2-Jahres Follow-up.

Im QS-Verfahren *Lebertransplantation* musste mit Vertretern eines Krankenhausstandortes ein kollegiales Gespräch geführt werden, da vereinzelt medizinische Probleme bzw. Unklarheiten überwiegend zu den aufgeführten Begründungen zur Sterblichkeit im Krankenhaus festgestellt wurden, die weiteren Klärungsbedarf nach sich zogen. Hier kam es zu einer wiederholten qualitativen Auffälligkeit bei der postoperativen Verweildauer. Letztlich konnte die Auffälligkeit plausibel und nachvollziehbar erklärt werden. Mit 3 Standorten wurde aufgrund der analysierten Ergebnisse durch die Bundesfachgruppe eine Zielvereinbarung geschlossen. 2 Zielvereinbarungen wurden zur Steigerung der 1-Jahres-Überlebensrate und eine Zielvereinbarung zur Verringerung der Sterblichkeit im Krankenhaus getroffen.

### **Nierentransplantation, Nierenlebendspende und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation**

In den QS-Verfahren *Nierentransplantation* und *Nierenlebendspende* gab es im Erfassungsjahr 2015 insgesamt 92 rechnerische Auffälligkeiten in Bezug auf die Qualitätsindikatoren. Die Reduzierung der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr (n = 136) beruht auf dem planmäßigen Aussetzen des Strukturierten Dialogs 2016 im QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* aufgrund der über zwei Erfassungsjahre kumulierten Auswertung. Von den 92 überprüften rechnerischen Auffälligkeiten wurden 21 nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als „qualitativ auffällig“ bewertet (22,8 %).

Für das Erfassungsjahr 2015 ist ein leichter Anstieg der Anzahl an Nierentransplantationen und -lebendspenden zu verzeichnen. Im QS-Verfahren *Nierentransplantation* zeigte sich sowohl in Bezug auf das 1-, 2- und 3-Jahres-Überleben der operierten Patientinnen und Patienten als auch in Bezug auf das Organüberleben eine gleichbleibend gute Versorgungsqualität. Gemessen an den internationalen Überlebensraten weisen die Ergebnisse für Deutschland in Bezug auf das

Patientenüberleben nach Transplantation vergleichbare Ergebnisse auf. Die Sterblichkeitsrate im Krankenhaus ist, wie bereits im Vorjahr, gesunken und liegt auf Bundesebene bei unter 1 %.

Im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* ist im Erfassungsjahr 2015 wie bereits im Vorjahr kein Spender nach dem Eingriff im Krankenhaus verstorben. Eine wiederholte qualitative Auffälligkeit trat in 3 Fällen in den Worst-Case-Indikatoren zum 1- und 3-Jahres-Follow-up auf.

Bei den schriftlichen Stellungnahmen der Krankenhausstandorte mussten 6 Präzisierungen angefordert werden. Diese bezogen sich auf Nachfragen zur Indikation, zu Laborparametern oder zur Anforderung einer ausführlicheren Epikrise. Mit einem Krankenhausstandort wurde eine Zielvereinbarung zur Senkung der Komplikationsrate im QS-Verfahren *Nierentransplantation* geschlossen. Insgesamt kam es zu 3 wiederholten qualitativen Auffälligkeiten in diesem Indikator sowie zu 2 bei den Worst-Case-Indikatoren zum 2- und 3-Jahres-Follow-up.

### 3.1.7 Gynäkologie

Verfahrensmanagement: Kathrin Rickert, Dr. Anja Katharina Dippmann

#### ▪ QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*

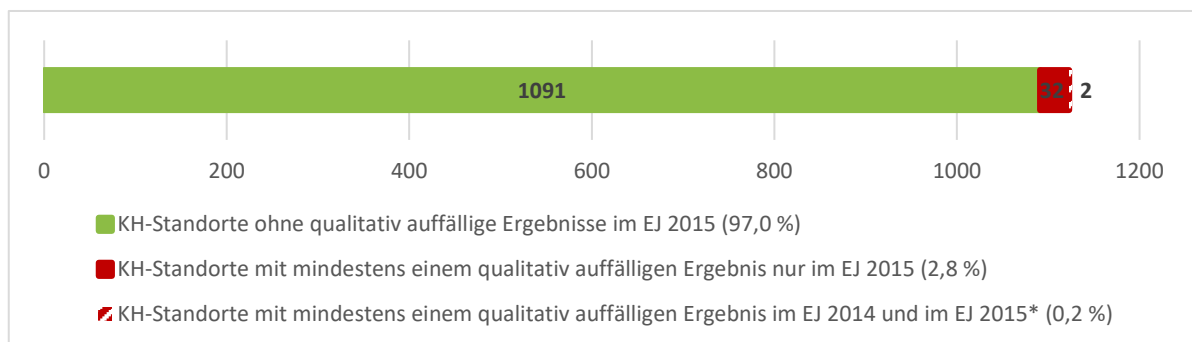


Abbildung 11: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 8 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* betrachtet.

\* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Der Strukturierte Dialog im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* wurde im Erfassungsjahr 2015 zu 985 ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten geführt. Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (EJ 2014 n = 845). Dies begründet sich insbesondere durch eine Zunahme an rechnerisch auffälligen Standorten in den folgenden Indikatoren:

- **QI-ID 51418: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation**  
In diesem Indikator wurden im Strukturierten Dialog zum EJ 2014 110 Standorte rechnerisch auffällig, im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 waren es 181 Standorte. Hintergrund ist hier eine Änderung der Rechenregel des Indikators: Bis zum Erfassungsjahr 2014 wurden Fälle, für

die neben dem OPS-Kode zum gynäkologischen Eingriff bestimmte weitere OPS-Kodes dokumentiert wurden, aus dem Indikator ausgeschlossen. Diese Einschränkung fiel mit dem Erfassungsjahr 2015 weg, sodass sich die Grundgesamtheit des Indikators erweitert hat und es bei diesem Sentinel-Event-Indikator zu einer erhöhten Anzahl an aufgetretenen Fällen kam.

- QI-ID 51907: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne spezifische Angabe zum Befund

In diesem Indikator wurden im Strukturierten Dialog zum EJ 2014 118 Standorte rechnerisch auffällig, im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 waren es 190 Standorte. Eine Ursache für die erhöhte Anzahl rechnerisch auffälliger Standorte ließ sich nicht feststellen.

- QI-ID 52535: Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre

Dieser Indikator wurde für das Erfassungsjahr 2015 erstmals ausgewertet, sodass mit dem Strukturierten Dialog 2016 erstmals eine Bewertung der Ergebnisse erfolgte. Bei diesem Indikator wurden 53 rechnerisch auffällige Standorte ermittelt.

Insgesamt 250 der 985 rechnerisch auffälligen Standorte wurden im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 erneut rechnerisch auffällig. Zu 36,6 % der rechnerischen Auffälligkeiten wurde ein Hinweis an die Krankenhausstandorte versendet (n = 361). Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr somit gesunken (EJ 2014: 48,4 %). Bezüglich 616 (62,5 %) rechnerisch auffälliger Ergebnisse wurde von den beteiligten Krankenhausstandorten eine Stellungnahme angefordert. Bei 7 rechnerisch auffälligen Ergebnissen erfolgte dagegen keine Maßnahme, da das Krankenhaus oder die Abteilung geschlossen wurde bzw. nur ein Fall für das rechnerisch auffällige Ergebnis verantwortlich war.

Die Rückmeldungen aus den Stellungnahmen gaben Anlass für insgesamt 2 kollegiale Gespräche. Eine Begehung wurde in einem Fall durchgeführt. Darüber hinaus wurden als Konsequenz aus den Stellungnahmen insgesamt 26 Zielvereinbarungen mit den Krankenhäusern geschlossen.

Eine Vielzahl der Krankenhäuser konnten die rechnerisch auffälligen Ergebnisse in ihren Stellungnahmen nachvollziehbar erklären und darlegen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden somit 49,6 % (n = 489) der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ unauffällig“ bewertet, was im Vergleich zum Vorjahr, in dem 38,5 % der rechnerischen Auffälligkeiten als „qualitativ unauffällig“ bewertet wurden, eine Zunahme bedeutet. Am häufigsten konnte das abweichende Ergebnis durch Einzelfälle (n = 327) erklärt werden oder es gab keine Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität (n = 122). Daneben waren besondere klinische Situationen sowie sonstige Gründe Ursachen für die rechnerischen Auffälligkeiten.

Aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation konnten 7,8 % (n = 77) der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nicht bewertet werden. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2014 ist dieser Anteil nahezu gleich geblieben (7,5 %). Grund für die fehlerhafte Dokumentation war ausschließlich eine unvollständige oder falsche Dokumentation. Softwareprobleme oder andere Gründe wurden nicht festgestellt. Vor allem bei den Indikatoren „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe“ (QI-ID 51907) sowie „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI-ID 52283) wurde die Bewertung „D50 – Unvollständige oder falsche Dokumentation“ vorgenommen.



Als „qualitativ auffällig“ wurden nach Abschluss des Strukturierten Dialogs 4,5 % der rechnerischen Auffälligkeiten (n = 45) beurteilt. Im Vergleich zu den Vorjahren ist hier erneut ein leichter Anstieg der qualitativ auffälligen Ergebnisse zu verzeichnen (EJ 2014: 4,0 %, EJ 2013: 3,1 %). Ein Krankenhausstandort wurde bezüglich des Indikators „Organverletzung bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation“ (QI-ID 51418) erneut als qualitativ auffällig bewertet. Bei insgesamt 29 rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel gesehen, hier vor allem bei den Indikatoren „Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff“ (QI-ID 12874) und „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI-ID 52283). Bezüglich des Indikators 12874 ist im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme der qualitativ auffälligen Standorte festzustellen (EJ 2014: 5 Standorte, EJ 2015: 14 Standorte). Möglicherweise hängt dies mit der Erläuterung zum Strukturierten Dialog zusammen, die in die Beschreibung der Qualitätsindikatoren aufgenommen wurde. Demnach sollten Häuser, die den Dokumentationsbogen abschließen bevor der histologische Befund vorliegt bei wiederholtem Auftreten als qualitativ auffällig bewertet werden.

Für den Indikator „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI-ID 52283) wurde in der QIDB 2015 um eine ausführliche Darstellung in den Länderberichten zum Strukturierten Dialog gebeten, um die Hintergründe hoher Raten analysieren und den Indikator ggf. entsprechend anpassen zu können. Ein Land ist dieser Bitte gefolgt: Hier wurde dargestellt, dass die lange Liegedauer des transurethralen Dauerkatheters durch einen abdominalen Eingriff indiziert war, nicht durch die Ovariectomie.

### 3.1.8 Mammachirurgie

Verfahrensmanagement: Dr. Anja Katharina Dippmann, Kathrin Rickert, Nicole Strutz

#### ▪ QS-Verfahren Mammachirurgie

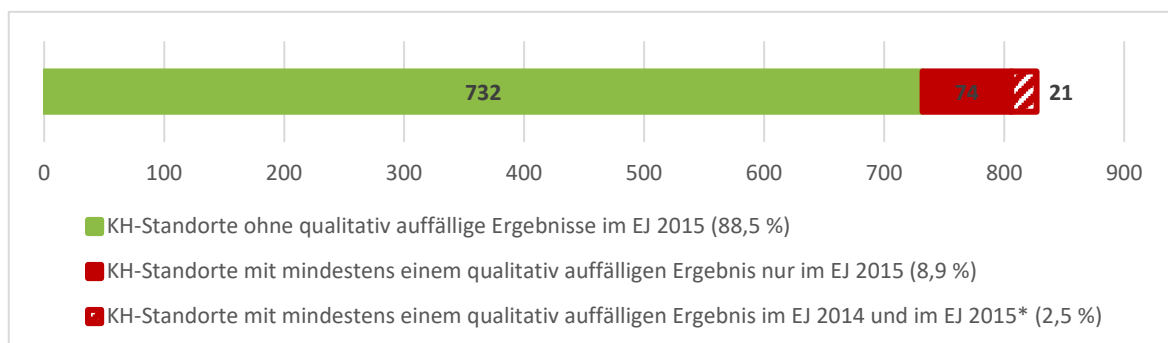


Abbildung 12: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 7 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens Mammachirurgie betrachtet.

\* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs sind 3 Qualitätsindikatoren – recht homogen über die Bundesländer verteilt – mit besonderem Verbesserungspotenzial in Erscheinung getreten. Hierbei handelt es sich um:

- QI-ID 51847: „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“
- QI-ID 51846: „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“
- QI-ID 52279: „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“

#### **QI-ID 51847: „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“**

Bei diesem QI weist ein hoher Anteil an Krankenhausstandorten rechnerische und qualitative Auffälligkeiten auf. Im Erfassungsjahr 2015 sind 5 Krankenhausstandorte wiederholt auffällig geworden.

In den Länderberichten werden als Gründe für qualitative Auffälligkeiten technische Schwierigkeiten bei der Durchführung der Lymphknotendetektion genannt, die auf fehlende strukturelle Voraussetzungen hinweisen. Zudem wird in der Gruppe der hochbetagten Patientinnen und Patienten anstelle der in der S3-Leitlinie empfohlenen Sentinel-Lymphknoten-Biopsie offenbar bisweilen ein Lymphknotensampling durchgeführt. Für diesen Indikator liegt besonderer Handlungsbedarf vor, da das Qualitätsdefizit auf Ebene der Qualitätsförderung mit den gegebenen Instrumenten des Strukturierten Dialogs zwar identifiziert, aber nicht grundsätzlich zu lösen ist.

#### **QI-ID 51846: „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“**

Aus den Länderberichten des Strukturierten Dialogs 2016 gehen Informationen zu fehlenden Strukturvoraussetzungen für die Durchführung von Stanzbiopsien und in diesem Zusammenhang auf bioptisch nicht abgeklärte auffällige MRT-Befunde hervor. 144 Krankenhausstandorte wurden im Erfassungsjahr 2015 rechnerisch auffällig und bei 24 Krankenhausstandorten wurde daraufhin ein Qualitätsdefizit im Strukturierten Dialog festgestellt. 5 dieser Krankenhausstandorte wiesen bereits im Erfassungsjahr 2014 für diesen Qualitätsindikator qualitative Mängel auf.

#### **QI-ID 52279: „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“**

Betrachtet man Krankenhausstandorte bezogen auf den QI 52279, so fällt eine große Anzahl an Krankenhausstandorten mit rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten auf. Von allen Länderberichten zum Strukturierten Dialog berichten zwei Drittel Hinweise auf Defizite und Fehler bei der Dokumentation. Vielfach wurde offenbar – dies spiegelt auch der Datenvalidierungsbericht zum EJ 2015 wieder – die tatsächlich vorgenommene intraoperative Bildgebung nicht oder nicht korrekt dokumentiert. Es wird auch von Verständnisproblemen berichtet, diese betreffen den Umgang mit der Leitlinienempfehlung, dem Statement zum „QI Nr. 2 – Intraoperative Präparatradio-/sonographie“ aus der S3-Leitlinie „Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ für präoperativ nicht tastbare Tumoren. Anders als bei der intraoperativen Bildgebung präoperativ mammografischer Drahtmarkierungen gibt es beim hier beschriebenen Qualitätsindikator der präoperativ sonografischen

Drahtmarkierung noch Verbesserungspotenzial. Es zeigen sich 6 Krankenhausstandorte als wiederholt qualitativ auffällig. Ausfüllhinweise der Datenfelder, die den Indikator betreffen, wurden in der Spezifikation 2018 ergänzt, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

### 3.1.9 Perinatalmedizin

Verfahrensmanagement: Stefanie Konheiser, Teresa Thomas, Diana Münch, PD Dr. Günther Heller

- QS-Verfahren *Geburtshilfe*
- QS-Verfahren *Neonatologie*

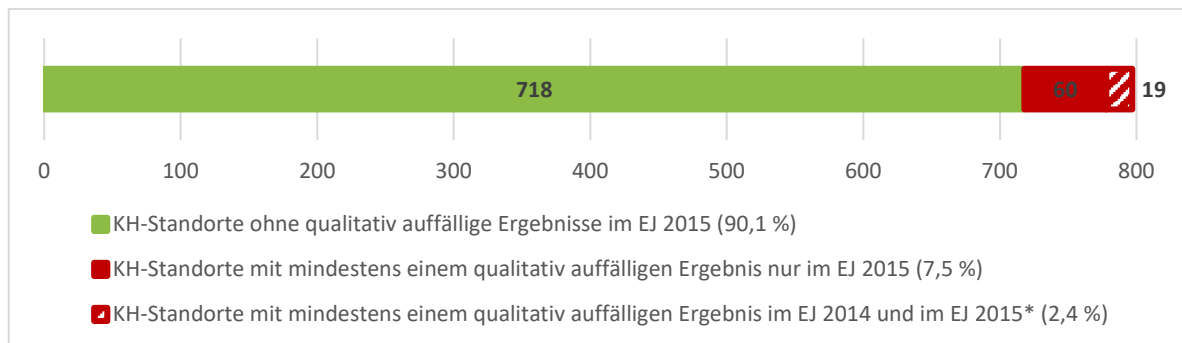


Abbildung 13: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 19 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Perinatalmedizin betrachtet.

\* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

#### Geburtshilfe

Für das QS-Verfahren *Geburtshilfe* ergaben sich im Erfassungsjahr 2015 für 10 mit einem Referenzbereich ausgewiesene Qualitätsindikatoren 551 rechnerische Auffälligkeiten. Dieses Ergebnis ist im Vergleich zum EJ 2014, in dem 617 rechnerisch auffällige Ergebnisse gefunden wurden, rückläufig. Zu den rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2015 wurden 152 Hinweise versendet, im EJ 2014 betrug diese Anzahl 187. Des Weiteren wurden im EJ 2015 auf Basis der rechnerischen Auffälligkeiten 394 Stellungnahmen angefordert, im Gegensatz zu 408 verschickten Stellungnahmen im EJ 2014. 8 rechnerische Auffälligkeiten boten im EJ 2015 einen Anlass für kollegiale Gespräche (EJ 2014 n = 15). In 2 Fällen wurde eine Begehung durchgeführt. Abschließend wurden 30 Zielvereinbarungen mit den betroffenen Einrichtungen geschlossen. Im Vergleich zum EJ 2014 zeigt sich hier ein Rückgang der Begehungen (EJ 2014 n = 4) bei einem gleichzeitigen Rückgang der getroffenen Zielvereinbarungen (EJ 2014 n = 41).

Der Strukturierte Dialog wurde – wie bereits im Vorjahr – vor allem zu den Indikatoren „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI-ID 318) (EJ 2015: n = 179; EJ 2014: n = 179) und „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330) (EJ 2015: n = 91; EJ 2014: n = 69) durchgeführt. Zu diesen Indikatoren wurden auch die meisten Zielvereinbarungen geschlossen.

Insgesamt ist die Anzahl der nach Abschluss des Strukturierten Dialogs ermittelten qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr gesunken (EJ 2014: 13,9 %; EJ 2015: 10,9 %). Die häufigsten absoluten als „qualitativ auffällig“ bewerteten Ergebnisse fanden sich für das EJ 2015 bei den QIs „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten“ (QI-ID 52249) (n = 18), „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (QI-ID 51803) (n = 8) und „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (n = 8). Für das EJ 2014 wurden die Ergebnisse zu den QIs „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (n = 20) und „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (n = 16) ebenfalls am häufigsten als „qualitativ auffällig“ eingestuft. Somit lässt sich sagen, dass die absoluten „qualitativ auffälligen“ Ergebnisse bei diesen Indikatoren im Vergleich zum Vorjahr gesunken sind. Beim QI „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten“ (EJ 2015: n = 18) ist die Anzahl im Gegensatz zu Vorjahr allerdings gestiegen (EJ 2014: n = 7). Als Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten beim QI „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ wurden von den Krankenhausstandorten vielfältig akute, nicht im Voraus planbare geburtshilfliche Situationen, bei denen ein postpartales Eintreffen des Pädiaters nicht immer zu vermeiden ist, genannt. Aber auch Prozess- und Strukturdefizite wurden – ebenso beim Indikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ – als Ursache kommuniziert. Zudem gaben 2 Kliniken keine Stellungnahmen nach verschickten Mahnungen ab.

### Neonatologie

Im QS-Verfahren *Neonatologie* wurden für das Erfassungsjahr 2015 insgesamt 354 rechnerische Auffälligkeiten – basierend auf 9 mit einem Referenzbereich ausgewiesenen Qualitätsindikatoren – festgestellt. Im Vergleich zum EJ 2014 (n = 314) ist diese Anzahl gestiegen. Weiterhin wurden im EJ 2015 zu diesen rechnerisch auffälligen Ergebnissen 119 Hinweise versendet, im EJ 2014 lag die Anzahl bei 121 Hinweisen. Zu 233 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde im Gegensatz zum Vorjahr vermehrt eine Stellungnahme angefordert (EJ 2014 n = 193). Als weiterführende Maßnahme wurde im EJ 2015 in 7 Fällen eine Besprechung durchgeführt, im EJ 2014 lag diese Anzahl bei 12. Insgesamt wurden für das EJ 2015 28 Zielvereinbarungen getroffen (EJ 2014 n = 30), dies betraf vor allem die Indikatoren „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (QI-ID 51845) (n = 12) und „Durchführung eines Hörtests“ (QI-ID 50063) (n = 7). Insbesondere zu diesen beiden Indikatoren wurde ein Strukturierter Dialog durchgeführt (n = 92 respektive 85). Bei den 85 ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten im QI „Durchführung eines Hörtests“ wurden 41 Krankenhausstandorte im EJ 2015 wiederholt auffällig.

Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs sind 9,1 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse als „qualitativ auffällig“ eingestuft worden. Demnach ist die Rate der qualitativen Auffälligkeiten gegenüber dem Vorjahr gesunken (EJ 2014 = 11,7 %). Die häufigsten absoluten qualitativen Auffälligkeiten wurden bei den QIs „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (n = 5), „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (QI-ID 50064) (n = 8) und „Durchführung eines Hörtests“ (n = 5) festgestellt. Bei den letzten beiden genannten Indikatoren wurden jeweils 2 Krankenhausstandorte für das EJ 2015 erneut als „qualitativ auffällig“ gewertet. Im Vorjahr sind ebenfalls vermehrt qualitative Auffälligkeiten beim QI „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ (EJ 2014: n = 8) ermittelt worden. Zusätzlich ergaben sich für das EJ 2014 ebenfalls 8 qualitative Auffälligkeiten für

den QI „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 50062). Bei diesem Indikator ergaben sich im EJ 2015 3 „qualitativ auffällige“ Ergebnisse. Hierbei zeigt sich also eine Reduktion der als „qualitativ auffällig“ gewerteten Ergebnisse.

Der QI „Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad“ wurde überwiegend aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln als „qualitativ auffällig“ gewertet bezüglich des Wärmemanagements und kontinuierlichen Wärmemonitorings bei hypotrophen, frühgeborenen Kindern im Kreißsaal bzw. bei Verlegung auf die Kinderstation. Bezogen auf den QI „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ und „Durchführung eines Hörtests“ lassen sich qualitative Auffälligkeiten ebenfalls potenziell durch Struktur- und Prozessmängel erklären, z. B. aufgrund einer steigenden Personalfuktuation und eines zunehmenden Personalmangels.

### 3.1.10 Orthopädie und Unfallchirurgie

Verfahrensmanagement: Cristina Thole, Miriam Meschede, Theresa Schröder, Dr. Anja Katharina Dippmann

- QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
- QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung
- QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung

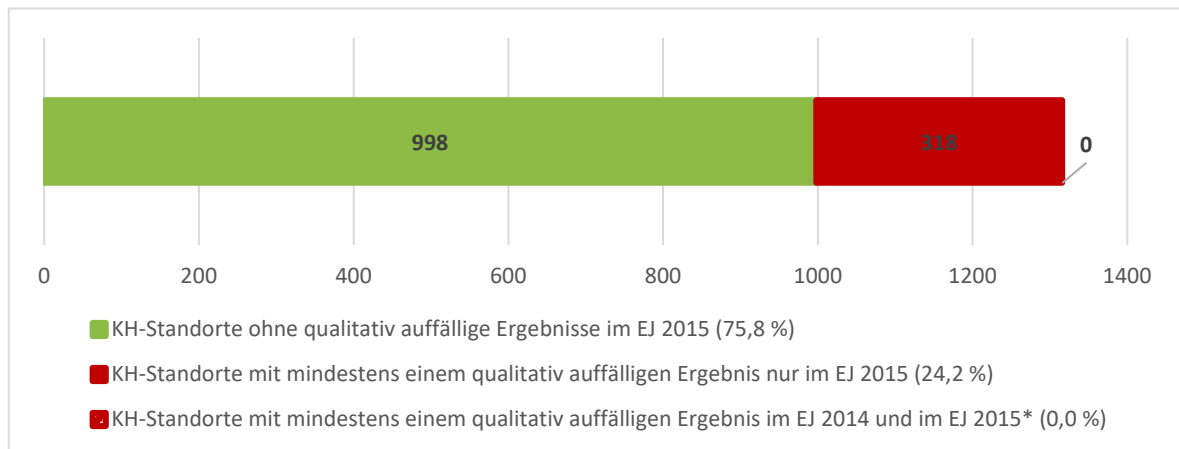


Abbildung 14: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 31 Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs Orthopädie und Unfallchirurgie betrachtet.

\* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Im Versorgungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie wurden im Erfassungsjahr 2015 insgesamt 5.979 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs verschickten die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung dazu 2.290 Hinweise und forderten 3.642 Stellungnahmen an. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden 538 Zielvereinbarungen geschlossen und 509 (8,51 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse als „qualitativ auffällig“ eingestuft.

Vorwiegend lagen rechnerische Auffälligkeiten bei den Indikatoren zur präoperativen Verweildauer (QI-ID 54030 im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* und QI-ID 54003 im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung*) vor. Das IQTIG hat für diese Indikatoren für das Erfassungsjahr 2015 einen besonderen Handlungsbedarf (damals Handlungsbedarf C) festgestellt. Daher legten die Landesgeschäftsstellen ihren Schwerpunkt im SD-Bericht auf diese beiden Indikatoren. Es wurden bei den auffälligen Kliniken unter anderem Struktur- und Prozessprobleme festgestellt. Hierzu wurden beispielhaft fehlende OP-Kapazitäten oder organisatorische Gründe wie die schlechte Verfügbarkeit von postoperativen Überwachungsmöglichkeiten genannt.

Die im EJ 2015 noch nicht korrekte Erfassung von In-House-Stürzen in der Rechenregel zur präoperativen Verweildauer im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* (QI-ID 54030) wurde ebenfalls als Grund für eine verlängerte präoperative Verweildauer genannt. Aufgrund der Anpassung der Spezifikation werden ab dem Erfassungsjahr 2016 In-House-Stürze in diesem Indikator zeitgenau erfasst und sollten im Strukturierten Dialog keine Ursache mehr für rechnerische Auffälligkeiten darstellen.

Eine weitere, mehrfach beschriebene Problematik im Zusammenhang mit dem Indikator ist die präoperative Einnahme eines Medikaments zur Hemmung der Blutgerinnung (Antikoagulantien-Therapie). Diese Einnahme kann nach Aussage einiger Kliniken bzw. der LQS ebenfalls eine Verzögerung des Operationszeitpunkts beeinflussen. Einige LQS sehen die 24-Stunden-Regel wegen der schwierigen Antagonisierbarkeit bei den NOAKS („Neue orale Antikoagulantien“) daher kritisch.

Rückfragen zu den neuen oralen Antikoagulantien lagen dem IQTIG bereits Anfang 2016 vor. Daher wurden den LQS vor der Durchführung des Strukturierten Dialogs aktuelle Informationen zum Umgang mit Antikoagulantien bereitgestellt, mit der Bitte, diese an die Krankenhäuser weiterzuleiten. Eine LQS meldet, dass sie Kliniken, die ihre Auffälligkeit damit begründen, nochmals explizit auf die vorhandenen Informationen hingewiesen hatte.

Zwei LQS wiesen in ihren Berichten darauf hin, dass die Änderung des Qualitätsziels auf 24 Stunden für einige Krankenhäuser sehr überraschend erst im Laufe des Jahres 2015 bzw. im Frühjahr 2016 bekannt gegeben wurde.

Bezüglich der 24-Stunden-Regel im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* äußerte eine LQS folgende Bedenken: „Die Fachgruppe wies kritisch darauf hin, dass durch den großzügigeren Referenzbereich von  $\leq 48$  Stunden für nicht gelenkerhaltende Eingriffe ggf. falsche Anreize gesetzt werden könnten, was zu einer möglichen Verlagerung zu vermehrter endoprothetischer Versorgung führen könnte.“

Im „Bericht zum Strukturierten Dialog 2015“ wurde zu den beiden Sentinel-Event-Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus“ (QI-ID 457, QI-ID 471) in den ehemaligen QS-Verfahren *Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation* und *Hüft-Endoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel* vermerkt, dass die LQS erneut äußern, dass sich die Analyse der Todesfälle im Rahmen eines Sentinel-Event-Indikators in diesen QS-Verfahren als ineffektiv erwiesen hat. Seit dem EJ 2015

werden die Indikatoren zu Todesfällen während des akut-stationären Aufenthalts risikoadjustiert ausgewertet. Das IQTIG hat die Länder daher gebeten, die Ergebnisse des SDs zu diesen Ereignissen in ihren SD-Berichten differenzierter darzustellen. Einige LQS haben die Bewertungsart: „Sentinel-Event“ beim Indikator „Todesfälle während des akut-stationären Aufenthalts bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit“ (QI-ID 54013) im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* weiterhin kritisch gesehen. Die meisten LQS kamen zum Ergebnis, dass bei rechnerisch auffälligen Kliniken oftmals keine qualitative Auffälligkeit vorlag, sondern es sich überwiegend um schicksalhafte Einzelfälle handelte. Von vereinzelt Dokumentationsproblemen, wie z. B. falscher ASA-Zuordnung, berichtete eine LQS. Als „qualitativ auffällig“ bewertet wurden beispielsweise Kliniken in Baden-Württemberg, die aufgetretene Blutungsverluste nur unzureichend behandelt haben, sodass der Patient / die Patientin infolge dessen verstorben ist. Ein weiterer Klinikstandort gilt als qualitativ auffällig, da hier ohne Vorhaltung von Intensivbetten zwei Risikopatienten operiert wurden. In der Folge musste in beiden Fällen eine Verlegung zum Partnerstandort stattfinden, an dem die Patientinnen oder Patienten dann verstorben sind. Im SD ergab sich der Verdacht, dass es aufgrund der Verlegung und durch Schnittstellenproblematiken zu Verzögerungen bei der Diagnose und Therapie kam.

### 3.1.11 Pflege

Verfahrensmanagement: Kathrin Rickert, Cristina Thole

#### ■ QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*

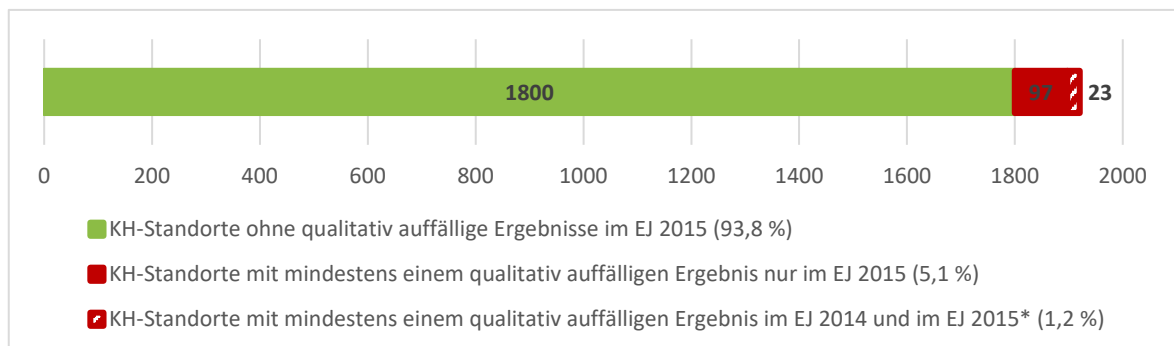


Abbildung 15: Darstellung der Ergebnisse der datenliefernden Krankenhausstandorte nach dem Strukturierten Dialog. Für jeden Krankenhausstandort wurden die Ergebnisse aller 2 Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Pflege: Dekubitusprophylaxe* betrachtet.

\* Eine qualitative Auffälligkeit muss in den Erfassungsjahren 2014 und 2015 nicht im selben Qualitätsindikator aufgetreten sein.

Der Strukturierte Dialog konnte im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* von allen Fachgruppen auf Landesebene fristgerecht beendet werden. Insgesamt wurden bei den 2 Qualitätsindikatoren 705 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, was im Vergleich zum Vorjahr (n = 714) einen Rückgang bedeutet. Wiederholt rechnerisch auffällig wurden für das Erfassungsjahr 2015 394 Standorte. Hier fällt bezüglich des Indikators „Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (QI-ID 52010) auf, dass 60,9 % der rechnerisch

auffälligen Standorte dies bereits im Vorjahr waren. Beim Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (QI-ID 52009) ist dieser Anteil mit 22,6 % deutlich geringer.

An die rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte wurden insgesamt 95 Hinweise versendet und es wurden 611 Stellungnahmen angefordert. 30-mal wurde eine Besprechung der Ergebnisse und 3-mal eine Begehung durchgeführt. Für 77 der rechnerischen Auffälligkeiten wurde eine Zielvereinbarung geschlossen. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich somit – trotz Rückgangs der rechnerischen Auffälligkeiten – die Anzahl dieser weiterführenden Maßnahmen erhöht: Im Strukturierten Dialog 2015 waren es 14 kollegiale Gespräche, die durchgeführt wurden, und es fanden 4 Begehungen statt. Zielvereinbarungen wurden 46-mal geschlossen.

Die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten, die im Ergebnis des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, entspricht in etwa der des Vorjahres: Im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 sind 45,8 % (n = 323) als unauffällig eingestuft, im Strukturierten Dialog zum EJ 2014 waren es 44,3 % (n = 317). Allerdings ist der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten, die im Ergebnis als „qualitativ auffällig“ eingestuft werden, im Vergleich zu den Vorjahresergebnissen um 5,9 % angestiegen (EJ 2015: 18,2 %, n = 128; EJ 2014: 12,3 %, n = 88). 23 Standorte (3,3 %) wurden im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 erneut als qualitativ auffällig beurteilt.

Bei getrennter Betrachtung der beiden Indikatoren zeigt sich insbesondere für den Indikator 52010 ein negativer Trend bezüglich qualitativer Auffälligkeiten: Der Anteil qualitativ auffälliger Standorte an rechnerisch auffälligen Standorten erhöht sich von 8,9 % (n = 57) im Strukturierten Dialog zum EJ 2014 auf 14,6 % (n = 89) im Strukturierten Dialog zum EJ 2015. Bezogen auf alle in diesem Indikator betrachteten Krankenhausstandorte steigt der Anteil qualitativ auffälliger Standorte für diesen Indikator um 1,7 % (EJ 2014: 3,0 %, EJ 2015: 4,7 %).

Die Einstufung von rechnerischen Auffälligkeiten in „Bewertung wegen fehlerhafter Dokumentation nicht möglich“ wurde im Vergleich zum Vorjahr seltener vorgenommen (EJ 2015: 19,3 %, n = 136; EJ 2014: 22,7 %, n = 164). Dennoch ist die Rate fehlerhafter Dokumentationen nach wie vor hoch. Den Berichten der Länder ist zu entnehmen, dass in vielen Krankenhäusern nach wie vor Unsicherheiten und Schwierigkeiten bei der Einstufung eines Dekubitus, bei der Einstufung des Risikos und auch bei der Abgrenzung eines Dekubitus zu anderen Hautläsionen bestehen. Dementsprechend sind weitere Schulungsmaßnahmen dringend zu empfehlen, worauf die Krankenhäuser im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Teil auch hingewiesen wurden. Des Weiteren ist den Berichten der Länder zu entnehmen, dass zwischen der pflegerischen Wund- bzw. Dekubitusserfassung und der DRG-Kodierung durch die Kodierfachkräfte/Medizincontroller zum Teil Diskrepanzen bestehen. Hier scheinen Kommunikationsprobleme vorzuliegen.



## **Teil B Verfahrensperspektive**

## 4 Betrachtung der Prozesse des Strukturierten Dialogs

### 4.1 Überblick

Auf Basis der im Erfassungsjahr 2015 gelieferten 3.179.246 Datensätze wurden für 208 Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich Ergebnisse berechnet. Aus zunächst 15.858 Abweichungen von diesem Referenzbereich resultierten nach dem Strukturierten Dialog mit den Verfahrensteilnehmern letztlich 1.761 Qualitätsdefizite sowie 1.655 relevante Dokumentationsmängel. Bei diesen Zahlen ist zu beachten, dass sie sich auf Indikatorergebnisse und nicht auf Krankenhausstandorte beziehen. In der Regel liefert ein Krankenhausstandort Daten für mehrere QS-Verfahren und somit werden für ihn je nach QS-Verfahren unterschiedlich viele Qualitätsindikatoren berechnet.

Zur Abklärung der rechnerischen Auffälligkeiten wurden 9.797 Stellungnahmen von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS; indirekte Verfahren) bzw. dem IQTIG (direkte Verfahren) angefordert und bearbeitet. In 94 Fällen wurden keine Maßnahmen ergriffen. Hierbei handelte es sich häufig um Situationen, in denen lediglich ein Fall die Auffälligkeit generiert hatte. Weitere Gründe für nicht eingeleitete Maßnahmen waren z. B. der Zusammenschluss bzw. das Schließen von Abteilungen oder Krankenhausstandorten. In 3 Fällen wurde nach rechnerischer Auffälligkeit eine „sonstige Maßnahme“ berichtet. Eine insolvente Einrichtung war an einen anderen Träger übergegangen.

Darüber hinaus wurden mit Vertretern von 282 Krankenhausstandorten kollegiale Gespräche geführt; 19 Standorte wurden im Rahmen einer Begehung besucht. Zur Behebung der identifizierten Qualitätsdefizite wurden 1.121 Zielvereinbarungen mit den Klinikvertretern geschlossen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wurden insgesamt 11,1 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse auch als „qualitativ auffällig“ bewertet; in 38,0 % der Fälle konnte der Strukturierte Dialog keine Hinweise auf Qualitätsmängel erbringen. Die entsprechenden Indikatorergebnisse wurden als „qualitativ unauffällig“ bewertet. 37,6 % der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse wurden mit dem Versand eines Hinweises quittiert. Tabelle 3 und Abbildung 16 zeigen die auf Bundesebene aggregierten Ergebnisse aller QS-Verfahren im Überblick.

Tabelle 3: Maßnahmen und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs (gesamt) für die Erfassungsjahre 2015 und 2014 im Vergleich

Strukturierter Dialog	Erfassungsjahr 2014	Erfassungsjahr 2015
	Anzahl	Anzahl
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	16.428	15.858
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen	132	94
Hinweise	6.691	5.965
Stellungnahmen	9.600	9.797
Sonstiges	5	3
<b>Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)</b>		
Besprechungen	282	282
Begehungen	60	19
Zielvereinbarungen	794	1.121
<b>Nach Überprüfung der Stellungnahmen*</b>		
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	6.291	6.021
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.687	1.761
Bewertung nicht möglich wg. Fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.434	1.655
Sonstiges [S90/S91/S99]	356	482

\* Beinhaltet auch Stellungnahmen, die auf Hinweise hin verschickt wurden.

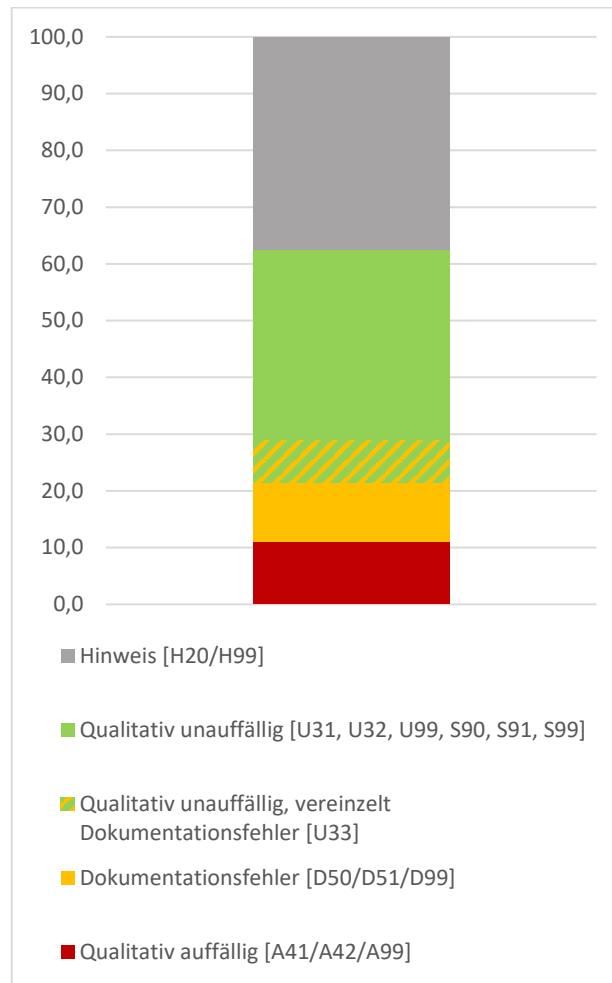


Abbildung 16: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs zum EJ 2015

Im Folgenden sind Hinweise oder angeforderte Stellungnahmen sowie die weiterführenden Instrumente (kollegiale Gespräche, Begehungen, Zielvereinbarungen) des Strukturierten Dialogs stratifiziert nach Bundesländern und nach den einzelnen Qualitätssicherungsverfahren dargestellt.

Der erste Blick auf die Tabellen und Grafiken zeigt ein heterogenes Bild der unterschiedlichen QS-Verfahren und Bundesländer. Die Berichte der einzelnen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung an den gemeinsamen Bundesausschuss ergeben ein ähnliches Bild. Allein auf Basis der vorhandenen Informationen erscheint dem IQTIG allerdings eine tiefergehende Analyse der Unterschiede im Strukturierten Dialog der Bundesländer wenig zielführend.

Ebenso hält das IQTIG Vergleiche der Versorgungsbereiche untereinander auf diesem Abstraktionsniveau für wenig aussagekräftig. Daher werden diese Bereiche im Abschnitt 4.2 im Einzelnen aus Verfahrensperspektive einer Analyse unterzogen, die vom jeweiligen Team im Verfahrensmanagement am IQTIG unter Beachtung aller vorliegenden Informationen und Daten aus den Ländern und von der Bundesebene verfasst wurden.

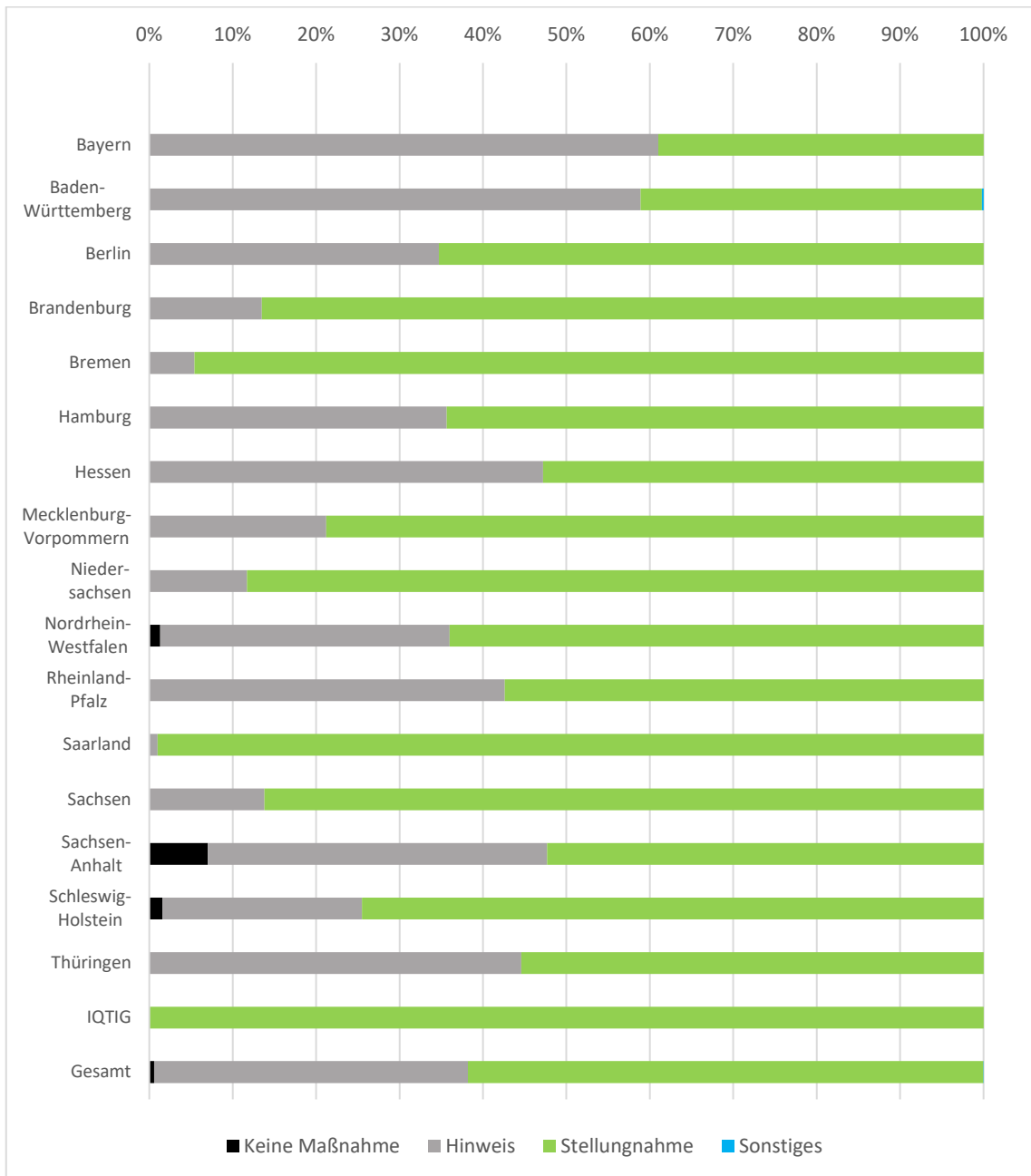


Abbildung 17: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – ohne weiterführende Maßnahmen

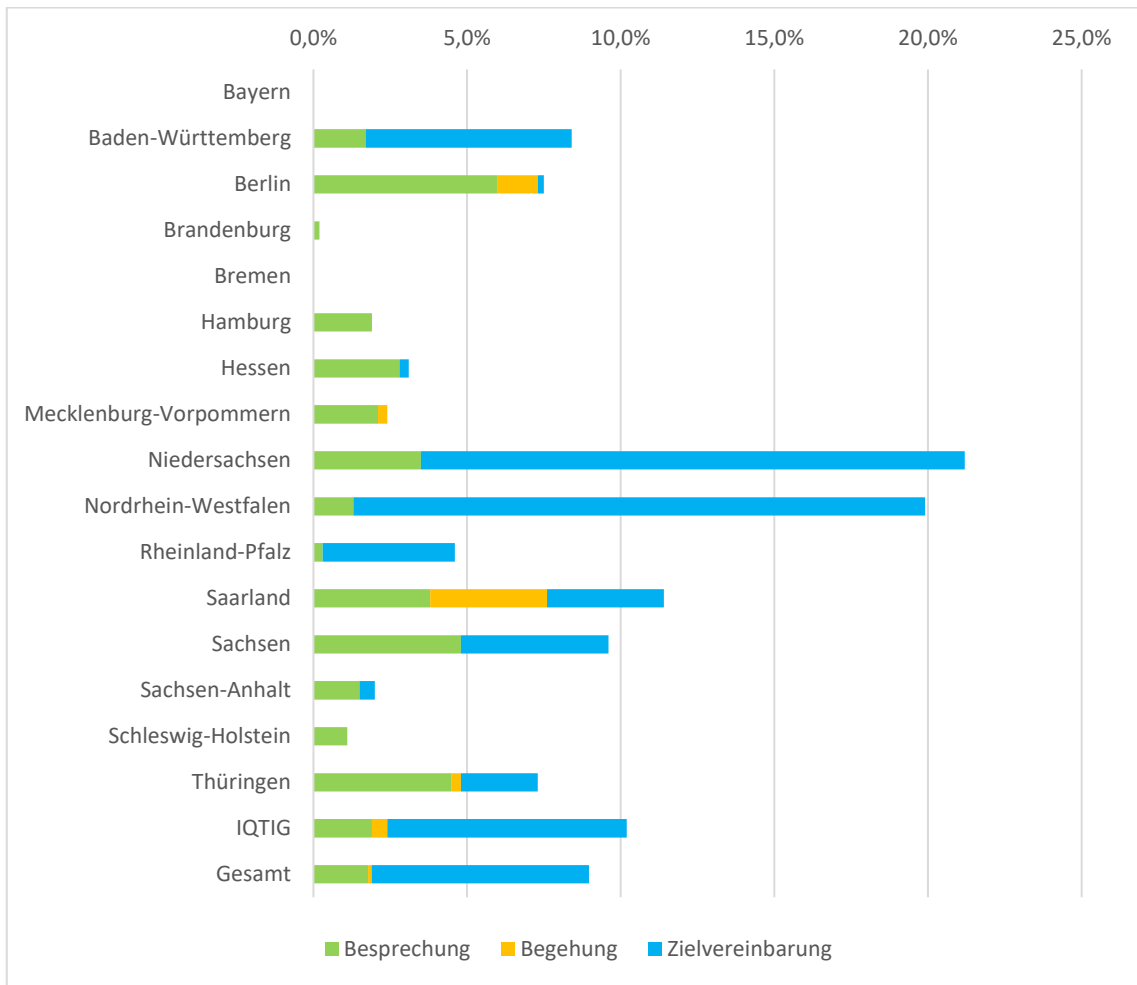


Abbildung 18: Weiterführende Maßnahmen je Bundesland – Besprechung, Begehung, Zielvereinbarung

Tabelle 4: 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	2.759	17,4	0	0,0	1.684	61,0	1.075	39,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	1.556	9,8	0	0,0	917	58,9	636	40,9	3	0,2	27	1,7	0	0,0	105	6,7
Berlin	551	3,5	0	0,0	191	34,7	360	65,3	0	0,0	33	6,0	7	1,3	1	0,2
Brandenburg	525	3,3	0	0,0	71	13,5	454	86,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Bremen	112	0,7	0	0,0	6	5,4	106	94,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	257	1,6	0	0,0	92	35,8	166	64,6	0	0,0	5	1,9	0	0,0	0	0,0
Hessen	977	6,2	0	0,0	461	47,2	516	52,8	0	0,0	27	2,8	0	0,0	3	0,3
Mecklenburg-Vorpommern	373	2,4	0	0,0	79	21,2	294	78,8	0	0,0	8	2,1	1	0,3	0	0,0
Niedersachsen	1.410	8,9	0	0,0	165	11,7	1.245	88,3	0	0,0	49	3,5	0	0,0	249	17,7
Nordrhein-Westfalen	3.357	21,2	44	1,3	1.165	34,7	2.148	64,0	0	0,0	43	1,3	0	0,0	626	18,6
Rheinland-Pfalz	1.152	7,3	0	0,0	491	42,6	661	57,4	0	0,0	4	0,3	0	0,0	49	4,3
Saarland	208	1,3	0	0,0	2	1,0	206	99,0	0	0,0	8	3,8	8	3,8	8	3,8
Sachsen	800	5,0	0	0,0	110	13,8	690	86,3	0	0,0	38	4,8	0	0,0	38	4,8
Sachsen-Anhalt	612	3,9	43	7,0	249	40,7	320	52,3	0	0,0	9	1,5	0	0,0	3	0,5
Schleswig-Holstein	439	2,8	7	1,6	105	23,9	327	74,5	0	0,0	5	1,1	0	0,0	0	0,0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	397	2,5	0	0,0	177	44,6	220	55,4	0	0,0	18	4,5	1	0,3	10	2,5
IQTIG	373	2,3	0	0,0	0	0,0	371	100,0	0	0,0	7	1,9	2	0,5	29	7,8
<b>Gesamt</b>	<b>15.858</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>0,6</b>	<b>5.965</b>	<b>37,6</b>	<b>9.795</b>	<b>61,8</b>	<b>3</b>	<b>0,0</b>	<b>282</b>	<b>1,8</b>	<b>19</b>	<b>0,1</b>	<b>1.121</b>	<b>7,1</b>



Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren

QS-Verfahren	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Karotis-Revaskularisation	347	2,2	0	0,0	110	31,7	237	68,3	0	0,0	2	0,6	0	0,0	6	1,7
Ambulant erworbene Pneumonie	1.881	11,9	8	0,4	794	42,2	1.076	57,2	3	0,2	57	3,0	4	0,2	168	8,9
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	828	5,2	5	0,6	366	44,2	457	55,2	0	0,0	10	1,2	1	0,1	58	7,0
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	519	3,3	8	1,5	213	41,0	298	57,4	0	0,0	6	1,2	0	0,0	18	3,5
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	444	2,8	2	0,5	203	45,7	239	53,8	0	0,0	10	2,3	2	0,5	28	6,3
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	510	3,2	3	0,6	250	49,0	257	50,4	0	0,0	7	1,4	0	0,0	28	5,5
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	145	0,9	0	0,0	58	40,0	87	60,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Implantierbare Defibrillatoren – Revi- sion/-Systemwechsel/-Explantation	289	1,8	4	1,4	115	39,8	170	58,8	0	0,0	4	1,4	0	0,0	7	2,4
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1.016	6,4	1	0,1	462	45,5	553	54,4	0	0,0	9	0,9	0	0,0	41	4,0
Koronarchirurgie, isoliert	27	0,2	0	0,0	0	0,0	27	100,0	0	0,0	2	7,4	2	7,4	3	11,1

QS-Verfahren	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	53	0,3	0	0,0	0	0,0	53	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	34,0
Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	18	0,1	0	0,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	16	0,1	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	18,8
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme: Herztransplantation	38	0,2	0	0,0	0	0,0	38	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	66	0,4	0	0,0	0	0,0	66	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	25	0,2	0	0,0	0	0,0	25	100,0	0	0,0	3	12,0	0	0,0	1	4,0
Leberlebendspende	12	0,1	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lebertransplantation	26	0,2	0	0,0	0	0,0	26	100,0	0	0,0	2	7,7	0	0,0	3	11,5
Nierenlebendspende	54	0,3	0	0,0	0	0,0	52	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nierentransplantation	38	0,2	0	0,0	0	0,0	38	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Geburtshilfe	551	3,5	5	0,9	152	27,6	394	71,5	0	0,0	8	1,5	2	0,4	30	5,4

QS-Verfahren	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Neonatologie	354	2,2	1	0,3	120	33,9	233	65,8	0	0,0	7	2,0	1	0,3	28	7,9
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	985	6,2	7	0,7	362	36,8	616	62,5	0	0,0	2	0,2	1	0,1	26	2,6
Mammachirurgie	932	5,9	3	0,3	375	40,2	554	59,4	0	0,0	21	2,3	3	0,3	39	4,2
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	1.468	9,3	3	0,2	549	37,4	916	62,4	0	0,0	38	2,6	0	0,0	92	6,3
Hüftendoprothesenversorgung	3.114	19,6	26	0,8	1.106	35,5	1.982	63,6	0	0,0	53	1,7	0	0,0	307	9,9
Knieendoprothesenversorgung	1.397	8,8	18	1,3	635	45,5	744	53,3	0	0,0	10	0,7	0	0,0	139	9,9
Pflege: Dekubitusprophylaxe	705	4,4	0	0,0	95	13,5	611	86,7	0	0,0	30	4,3	3	0,4	77	10,9
<b>Gesamt</b>	<b>15.858</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>0,6</b>	<b>5.965</b>	<b>37,6</b>	<b>9.795</b>	<b>61,8</b>	<b>3</b>	<b>0,0</b>	<b>282</b>	<b>1,8</b>	<b>19</b>	<b>0,1</b>	<b>1.121</b>	<b>7,1</b>

\* Der Strukturierte Dialog wird über zwei Erfassungsjahre geführt und erfolgt im Jahr 2017 zu den Erfassungsjahren 2015/2016.

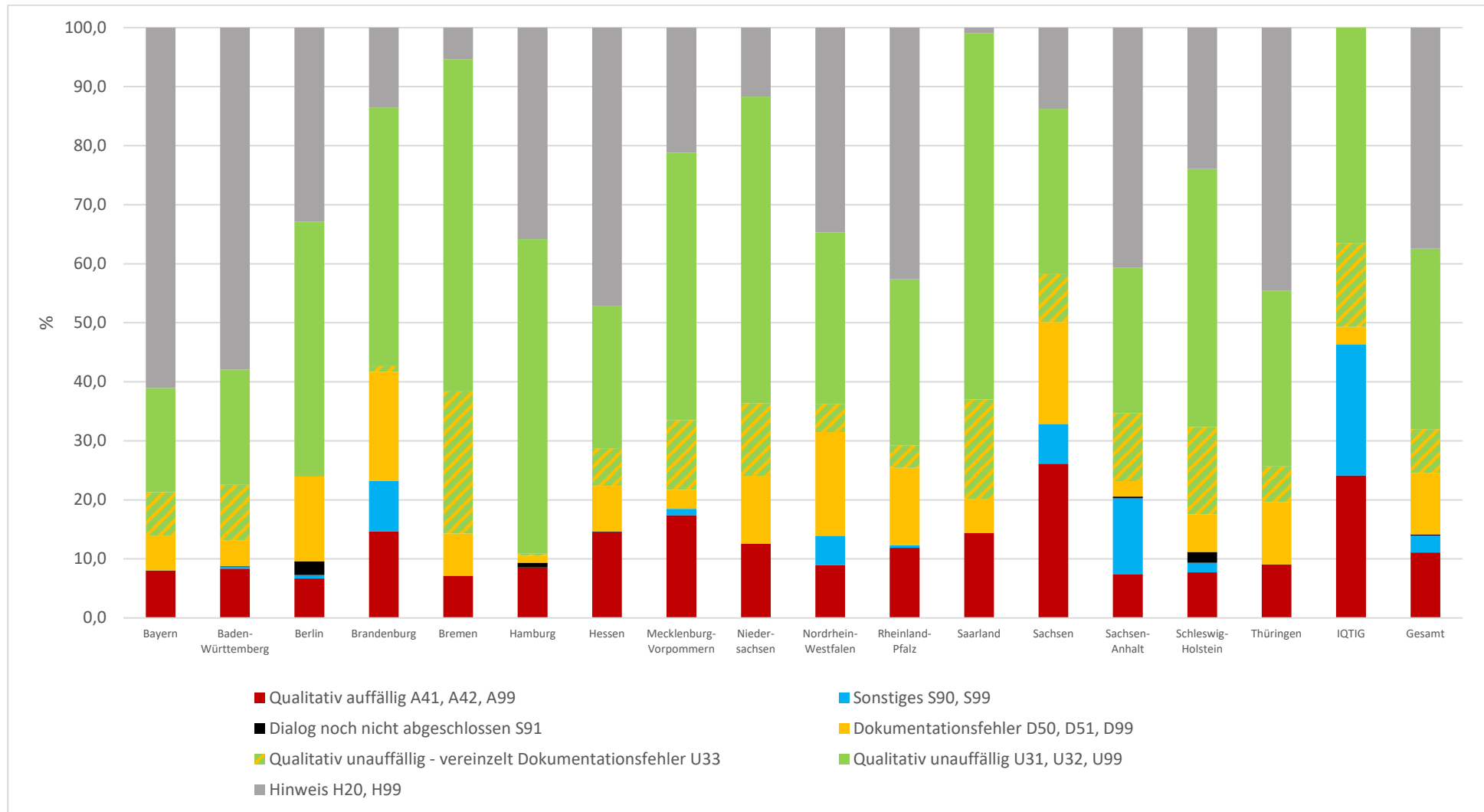


Abbildung 19: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Tabelle 6: Ergebniseinstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig		Qualitativ auffällig		Fehlerhafte Dokumentation		Sonstiges		Hinweis	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	2.759	690	25,0	221	8,0	162	5,9	2	0,1	1.684	61,0
Baden-Württemberg	1.556	450	28,9	130	8,4	68	4,4	7	0,4	901	57,9
Berlin	551	239	43,4	37	6,7	79	14,3	15	2,7	181	32,8
Brandenburg	525	235	44,8	77	14,7	97	18,5	45	8,6	71	13,5
Bremen	112	90	80,4	8	7,1	8	7,1	0	0,0	6	5,4
Hamburg	257	138	53,7	22	8,6	3	1,2	2	0,8	92	35,8
Hessen	977	297	30,4	142	14,5	76	7,8	1	0,1	461	47,2
Mecklenburg-Vorpommern	373	213	57,1	65	17,4	12	3,2	4	1,1	79	21,2
Niedersachsen	1.410	905	64,2	177	12,6	163	11,6	0	0,0	165	11,7
Nordrhein-Westfalen	3.357	1.135	33,8	301	9,0	589	17,5	167	5,0	1.165	34,7
Rheinland-Pfalz	1.152	368	31,9	137	11,9	151	13,1	5	0,4	491	42,6
Saarland	208	164	78,8	30	14,4	12	5,8	0	0,0	2	1,0
Sachsen	800	289	36,1	209	26,1	138	17,3	54	6,8	110	13,8
Sachsen-Anhalt	612	221	36,1	45	7,4	16	2,6	81	13,2	249	40,7

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit	Qualitativ unauffällig		Qualitativ auffällig		Fehlerhafte Dokumentation		Sonstiges		Hinweis	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Schleswig-Holstein	439	257	58,5	34	7,7	28	6,4	15	3,4	105	23,9
Thüringen	397	142	35,8	36	9,1	42	10,6	0	0,0	177	44,6
IQTIG	373	187	50,4	90	24,3	11	3,0	83	22,4	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>15.858</b>	<b>6.020</b>	<b>38,0</b>	<b>1.761</b>	<b>11,1</b>	<b>1.655</b>	<b>10,4</b>	<b>481</b>	<b>3,0</b>	<b>5.939</b>	<b>37,5</b>

## Landesspezifika

Von einigen Landesgeschäftsstellen wird der Strukturierte Dialog über das in der QSKH-Richtlinie geregelte Vorgehen hinaus intensiviert. Beispielsweise werden im Bereich der Neonatologie in Bremen und Thüringen zusätzlich zum bundesweit existierenden QS-Verfahren die Sterblichkeit anhand von Einzelfallanalysen, Entlassungsbriefen und Verläufen im kritischen Fachdiskurs beraten. Die Landesgeschäftsstellen in Nordrhein-Westfalen legten für einzelne Schwerpunktindikatoren besondere Qualitätsziele sowie Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele fest.

Zudem werden in einigen Bundesländern landesspezifische Qualitätssicherungsverfahren durchgeführt. Zum Beispiel gibt es in Bremen, Hessen und Baden-Württemberg Projekte mit dem Ziel, dem Problem nosokomialer Infektionen mit MRSA-Bakterien aktiv entgegenzutreten. Einen besonderen Fokus auf die Schlaganfallversorgung legen die Landesgeschäftsstellen Hessen und Baden-Württemberg mit eigenen Verfahren in diesem Bereich.

## 4.2 Versorgungsbereiche

### 4.2.1 Gefäßchirurgie

*Verfahrensmanagement: Leif Warming, Dr. Fenne große Deters, Dr. Georg Heinze*

#### ▪ QS-Verfahren *Karotis-Revaskularisation*

Ein Großteil der rechnerischen Auffälligkeiten in den Indikatoren, die eine korrekte Indikationsstellung überprüfen (QIs 603, 604, 51443 und 51437) ist auf Dokumentationsfehler zurückzuführen. Für die Berechnung dieser Indikatoren ist es erforderlich, dass die Seite, an der der Karotis-Eingriff erfolgte (links oder rechts) und der Stenosegrad für die therapierte Seite angegeben werden. Laut den Berichten der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung erfolgt die Zuordnung zu links oder rechts häufig nicht korrekt. Eine Reduktion solcher Fehler ist unbedingt anzustreben. Einerseits besteht eine gewisse Aussicht, dass die Dokumentationsqualität sich bei den Krankenhausstandorten verbessert, mit denen der Strukturierte Dialog geführt wurde. Andererseits sollte nochmals kritisch diskutiert werden, inwiefern eine Vereinfachung der Dokumentation zu einer Reduktion solcher Fehler beitragen könnte. Da in allen Indikationsindikatoren nur das Ergebnis eines einzigen Krankenhausstandortes als qualitativ auffällig eingestuft wurde und auch hier die Begründung der LQS Dokumentationsmängel waren, ist zudem perspektivisch eine grundsätzliche Änderung oder Streichung dieser Indikatoren zu diskutieren.

Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung forderten nicht für jede Abweichung eines Indikatorergebnisses vom Referenzbereich eine Stellungnahme der Krankenhausstandorte an, sondern versandten für 110 rechnerisch auffällige Ergebnisse lediglich Hinweise. Dieses Vorgehen begründeten sie in 43 Fällen damit, dass die rechnerische Auffälligkeit nur durch einen einzigen Fall im Zähler verursacht wurde. In einigen wenigen Fällen wurden zudem Hinweise versandt, um zu vermeiden, dass der Strukturierte Dialog zweimal über den gleichen Sachverhalt geführt wird. Dieses Problem tritt manchmal bei den Indikatoren 11704 („Verhältnis der beobachteten Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch“) und

11724 („Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch“) sowie äquivalent für kathetergestützte Verfahren bei den Indikatoren 51873 und 51865 auf, wenn die Fälle mit den genannten Komplikationen für beide Indikatoren identisch sind oder sehr große Überschneidungen auftreten. Inwiefern es möglich ist, solche Überschneidungen durch eine Anpassung der Indikatoren in der Zukunft zu vermeiden, wird analysiert.



Abbildung 20: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation



#### 4.2.2 Pneumonie

Verfahrensmanagement: Leif Warming, N. N. (Axel Mertens in Vertretung)

- QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*

Von den insgesamt 309 als „qualitativ auffällig“ bewerteten rechnerischen Auffälligkeiten gehen im EJ 2015 knapp 72 % (n = 222) auf 3 Indikatoren zurück:

- QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (n = 99)
- QI-ID 2028: „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (n = 84)
- QI-ID 2009: „Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)“ (n = 39)

Auf die restlichen 6 Indikatoren entfallen entsprechend 87 qualitative Auffälligkeiten:

- QI-ID 2005: „Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme“ (n = 19)
- QI-ID 2012: „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)“ (n = 11)
- QI-ID 2013: „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)“ (n = 28)
- QI-ID 2015: „Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme“ (n = 6)
- QI-ID 2036: „Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“ (n = 19)
- QI-ID 50778: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen“ (n = 4)

Bezogen auf die Indikatoren, die auch für das Erfassungsjahr 2016 noch berechnet werden,<sup>8</sup> reicht der Anteil qualitativer Auffälligkeiten an allen Standorten mit mindestens einem Fall im jeweiligen Indikator in diesem QS-Verfahren von 0,82 % (QI-ID 2012: „Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)“) bis 6,76 % (QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“).

Hinsichtlich dieses Anteils ist nur der Indikator „Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)“ (QI-ID 2009) gegenüber dem EJ 2014 etwas schlechter geworden; von 2,6 % (n = 37) EJ 2014 auf 2,7 % (n = 39) EJ 2015. Alle anderen Indikatoren haben sich verbessert. Besonders stark verbessert haben sich die Indikatoren „Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme“ (QI-ID 2005) von 2,3 % (n = 33) EJ 2014 auf 1,3 % (n = 19) EJ 2015; und „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“ (QI-ID 50722) von 11,23 % (n = 163) EJ 2014 auf 6,76 % (n = 99) EJ 2015.

<sup>8</sup> Nicht mehr berechnet werden QI-ID 2015: „Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme“ und QI-ID 2036: „Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“.

Die 3 oben aufgeführten Indikatoren mit den meisten qualitativen Auffälligkeiten in diesem Verfahren weisen Anteile qualitativer Auffälligkeiten an rechnerischen Auffälligkeiten von 22,94 % (QI-ID 2009), 25,23 % (QI-ID 2028) und 27,81 % (QI-ID 50722) auf.

Damit gehören sie unter allen Indikatoren über alle QS-Verfahren hinweg, in denen mindestens 20 Standorte mindestens eine Patientin oder einen Patienten haben, zu den 10 Qualitätsindikatoren mit den meisten qualitativen Auffälligkeiten. Die entsprechenden Werte der übrigen Indikatoren im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* liegen zwischen 4,5 % und 12,5 %.

In den Länderberichten werden ausschließlich Sachverhalte bezüglich dieser drei gerade beschriebenen Indikatoren dargestellt:

**QI-ID 50722: „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“**

Qualitätsmängel bestehen in diesem Indikator laut einiger Landesstellen z. B. aufgrund struktureller Defizite, z. B. aufgrund nicht ständig verfügbarer Röntgengeräte, Personalmangel oder Prozessmängel wie fehlender, geeigneter Verfahrensabläufe in der Aufnahme oder Schnittstellenproblemen zwischen zentraler Notaufnahme und den aufnehmenden Stationen. Teilweise werde auch schlecht kodiert, z. B. da es keine QS-verantwortlichen Ärztinnen oder Ärzte gebe.

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

Als Ursachen für die Bewertung als „qualitativ auffällig“ wird berichtet, dass häufig die Messung der Atemfrequenz bis zu Entlassung ein Problem sei. Teilweise komme es aber auch zu falschen Dokumentationen, da der Hinweis „einmal im Verlauf bis zur Entlassung“ nicht berücksichtigt werde. In einem Fall wurde von einem Haus angegeben, dass aufgrund des guten Allgemeinzustands der Patientinnen und Patienten keine Messung mehr erfolgte. Hier hat die entsprechende Landesstelle nochmals auf den Ausfüllhinweis hingewiesen.

**QI-ID 2009: „Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)“**

Bei einem kollegialen Gespräch zu diesem Indikator durch eine LQS stellten sich Probleme bei der Kodierung heraus, außerdem ein nicht durchgängiger Facharztstandard und keine ständig verfügbare Röntgendiagnostik.

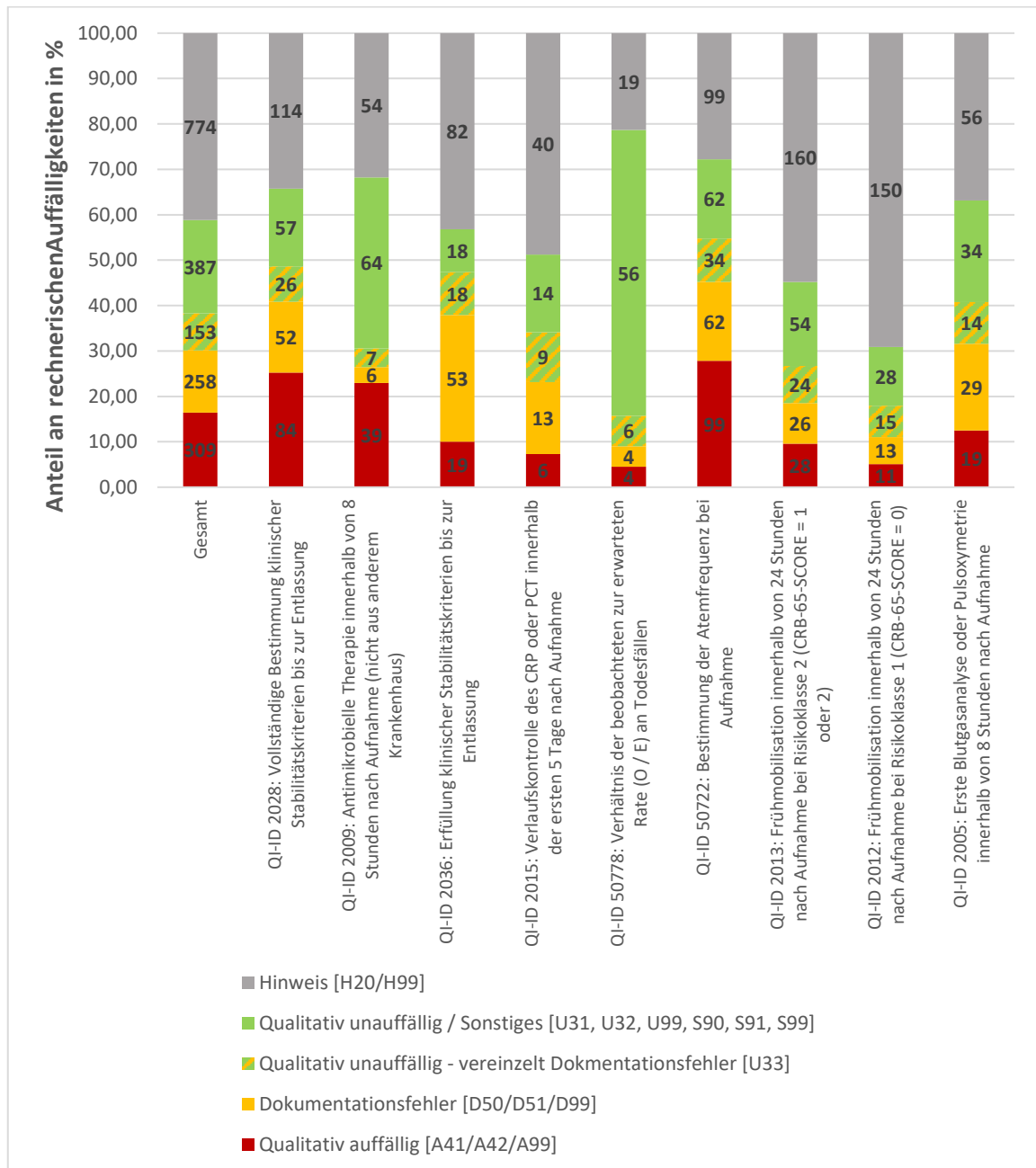


Abbildung 21: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie

### 4.2.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Verfahrensmanagement: Florian Ruppel, Alina Wolfschütz

- QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*

- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel*
- QS Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation*

Vor allem bei den Indikatoren zur Eingriffsdauer nach Aggregatwechseln (QI-IDs 210 und 50025) wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2015 überwiegend Hinweise verschickt. 74 % bzw. 68 % der in diesen Indikatoren rechnerisch auffälligen Einrichtungen wurden nicht um eine Stellungnahme gebeten. Im Gegensatz zur Eingriffsdauer bei Erstimplantationen wird dieser Qualitätsaspekt im Bereich der isolierten Aggregatwechsel somit kaum im Rahmen des Strukturierten Dialogs thematisiert. Möglicherweise würde eine Zusammenlegung dieser Qualitätsindikatoren mit den Qualitätsindikatoren zur Eingriffsdauer bei Implantationen zu einer verstärkten Betrachtung im Rahmen des Strukturierten Dialogs führen. Dies, aber auch eine Streichung der Indikatoren, wird mit der Bundesfachgruppe diskutiert. Auch bei den Indikatoren zur Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre (QI-IDs 480 und 481) erhalten drei Viertel aller rechnerisch auffälligen Standorte ausschließlich einen Hinweis. Diese Indikatoren werden jedoch im kommenden Erfassungsjahr nicht mehr ausgewertet, da sie durch einen Follow-up-Indikator ersetzt werden, der sich ausschließlich auf besonders kurze Aggregatlaufzeiten unter 4 Jahren bezieht. Zu den Qualitätsindikatoren zu prozedurassoziierten Problemen als Indikation zum Folgeeingriff sowie zu perioperativen Sondendislokationen bzw. -dysfunktionen, die den Schwerpunkt des Strukturierten Dialogs bildeten, werden dagegen etwa zwei Drittel aller Einrichtungen mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs zu einer Stellungnahme aufgefordert. Auch bei den Indikatoren zur Krankenhaussterblichkeit werden relativ wenige Hinweise versendet.

Insgesamt wurden im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2015 weniger Hinweise versendet als im Vorjahr – sowohl hinsichtlich der absoluten Anzahl an Hinweisen als auch hinsichtlich des Anteils an allen rechnerischen Auffälligkeiten. Im Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* sank der Anteil an Hinweisen von 50,3 % auf 43,6 %, in den Verfahren zu implantierbaren Defibrillatoren von 48,9 % auf 44,8 %. Allerdings unterscheidet sich der Anteil an versendeten Hinweisen an allen Indikatorergebnissen außerhalb des Referenzbereichs zwischen den Bundesländern teilweise deutlich, wobei die Landesgeschäftsstellen und die verschiedenen Fachausschüsse auf Landesebene auch unterschiedliche Schwerpunkte hinsichtlich der Indikatoren in den Verfahren zur Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung setzen.

Sehr unterschiedlich wurde der Strukturierte Dialog beispielsweise zu den Indikatoren gehandhabt, die sich auf die Durchführung von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei nicht vom Eingriff betroffenen Sonden (QI-IDs 52307 und 52321) beziehen, welche in den Auswertungsmodulen *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* bzw. *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* berichtet werden. In einem Bundesland konnte die zuständige Fachgruppe Kardiologie der Argumentation, dass eine intraoperative Überprüfung der Funktionsfähigkeit auch nicht direkt vom Eingriff betroffener Sonden sinnvoll ist, um unnötige Folgeeingriffe zu verhindern, zwar grundsätzlich folgen; ihrer Ansicht nach besteht jedoch noch keine ausreichende Evidenz, dass prä- und postoperative Messungen nicht auch ausreichend sein können. Das IQTIG stellte der zuständigen Landesgeschäftsstelle und der Fachgruppe auf Landesebene in Absprache mit der Bundesfachgruppe Literatur zur Verfügung, die belegt, dass

auch bei nicht direkt vom Schrittmachereingriff betroffenen Sonden (z. B. im Rahmen eines isolierten Aggregatwechsels) ein revisionsbedürftiges Sondenproblem verursacht werden kann. Die Landesfachgruppe sah hierdurch jedoch die Relevanz der Qualitätsindikatoren noch nicht ausreichend belegt, da aus diesen Studien nicht hervorgehe, wie häufig durch eine intraoperative Messung der Sonden Revisionseingriffe vermieden werden können. Mit der Bundesfachgruppe wird die Position der Landesfachgruppe in einer der kommenden Sitzungen noch einmal diskutiert werden. In anderen Bundesländern wurde dagegen ein intensiver Strukturierter Dialog zu diesen Qualitätsindikatoren geführt, der zur Einstufung einer nicht unerheblichen Anzahl an Einrichtungen als „qualitativ auffällig“ führte, da dieser Qualitätsaspekt von den zuständigen Fachgruppen auf Landesebene als relevant im Sinne der Patientensicherheit angesehen wurde.

Eine fehlerhafte Dokumentation, die eine qualitative Beurteilung des Indikatorergebnisses nicht ermöglicht, wird weiterhin häufig bei den Indikatoren zur leitlinienkonformen Indikation und Systemwahl aus dem QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* festgestellt (QI-IDs 50004 und 50005). Für diese Indikatoren müssen relativ viele Datenfelder zur Berechnung verwendet werden, da nur dadurch eine adäquate Abbildung der Leitlinien in den Rechenregeln erreicht werden kann. Bei den entsprechenden Indikatoren des Auswertungsmoduls *Herzschrittmacher-Implantation* stellten Dokumentationsfehler bislang ein deutlich geringeres Problem dar. Allerdings erhöhte sich für den Indikator „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ (QI-ID 54139) die Anzahl an Einrichtungen mit fehlerhafter Dokumentation in den für die Berechnung dieses Indikators benötigten Datenfeldern deutlich, nachdem dessen Rechenregeln ab der Auswertung zum Erfassungsjahr 2015 an die neuen ESC-Leitlinien (2013) angepasst wurden. Diese Dokumentationsprobleme dürften jedoch zum Teil auf einen Fehler in einer bestimmten QS-Software, in der die Schlüsselwerte eines Datenfeldes nicht korrekt zugeordnet wurden, zurückzuführen sein. Schließlich wurden ebenfalls einige Probleme bei der Dokumentation der Reizschwellen- und Amplitudenmessungen festgestellt.

Da sich die Ergebnisse der Indikatoren zu Hardwareproblemen als Indikation zum Folgeeingriff (QI-IDs 51987 und 52328) im Vergleich zum Erfassungsjahr 2014 aufgrund häufiger Angaben des neu eingeführten Schlüssels „sonstige aggregatbezogene Indikation“ im Datenfeld „Aggregatproblem“ (Spezifikationsmodule 09/3 und 09/6) deutlich verschlechterte, bat das IQTIG und die Bundesfachgruppe die Landesgeschäftsstellen um Hinweise, ob Dokumentationsprobleme hierfür ursächlich sind. Es stellte sich heraus, dass die Angabe „sonstige aggregatbezogene Indikation“ in einigen Fällen angegeben wurde, obwohl eigentlich Sondenprobleme vorlagen. In anderen Fällen nahmen die dokumentierenden Leistungserbringer an, dass das entsprechende Datenfeld in jedem Fall ausgefüllt werden muss, obwohl es sich um ein Kann-Feld handelt. Um solche Missverständnisse zukünftig auszuschließen, wurde die Spezifikation für das Erfassungsjahr 2018 bereits entsprechend angepasst.

Die als Sentinel Event definierten Todesfälle nach einem isolierten Aggregatwechsel waren, wie bereits in den Vorjahren, alle auf die Grunderkrankungen oder das hohe Alter der Patientinnen und Patienten, nicht jedoch auf den Schrittmacher- bzw. Defibrillatoreingriff zurückzuführen. Das IQTIG wird mit der Bundesfachgruppe deshalb über die Weiterführung dieser Indikatoren (QI-IDs 51398 und 50031) beraten. Auch sind Todesfälle nach Implantationen, Explantation,

Revisionen oder Systemumstellungen relativ selten auf den Schrittmacher- bzw. Defibrillator-eingriff zurückzuführen. Allerdings sollte die Sterblichkeit nach diesen Eingriffen aufgrund der hohen Patientenrelevanz dieses Outcomes im Fokus der Qualitätssicherung verbleiben. Es wird zu klären sein, ob der Strukturierte Dialog zu diesen Indikatoren noch fokussierter erfolgen kann.

Auch bei den Indikatoren zur Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats (Auswertungsmodul *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*) werden nur relativ wenige rechnerisch auffällige Ergebnisse nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als eingriffsbedingt eingestuft. So kamen Angaben einer verkürzten Aggregatlaufzeit teilweise durch Dokumentationsfehler zustande, oder es lagen herstellerbezogene Probleme bzw. spezielle Sonderfälle (z. B. kinderkardiologische Fälle) vor. Die bislang 4 (querschnittlich berechneten) Indikatoren zur Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats werden jedoch ab dem Erfassungsjahr 2016 durch einen Follow-up-Indikator ersetzt. Mit der Bundesfachgruppe wird zudem geprüft, ob dieser Indikator weitergeführt werden soll oder ob für verkürzte Aggregatlaufzeiten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Herstellerprobleme ursächlich sind.

Schließlich ist in den Verfahren zur Herzschrittmacher- und Defibrillatorversorgung der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten an den rechnerischen Auffälligkeiten auch bei den Indikatoren zur Eingriffsdauer und zu peri- bzw. postoperativen Komplikationen in den Auswertungsmodulen *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel*, *Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*, *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* und *Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation* relativ gering. Durch eine Zusammenlegung dieser Indikatoren mit den entsprechenden Indikatoren aus den Auswertungsmodulen *Herzschrittmacher-Implantation* und *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* kann jedoch die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten reduziert werden, sodass der Strukturierte Dialog hierzu effektiver und zielgerichteter geführt werden kann. Aus diesem Grund hat das IQTIG ein solches Vorgehen im Rahmen einer Umstrukturierung und Zusammenlegung der Auswertungsmodule im Bericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung“ vom 28. April 2017 empfohlen.

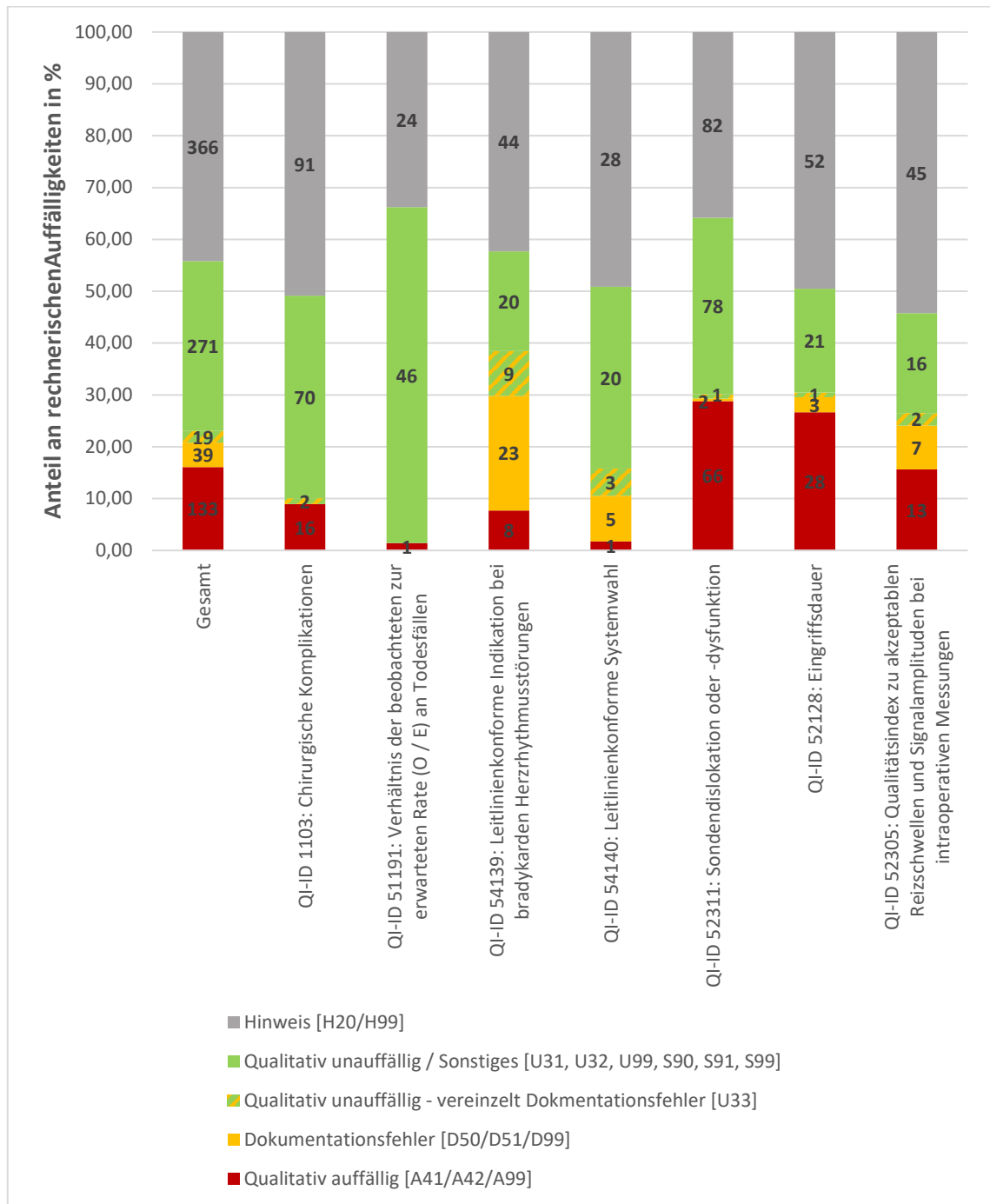


Abbildung 22: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Implantation

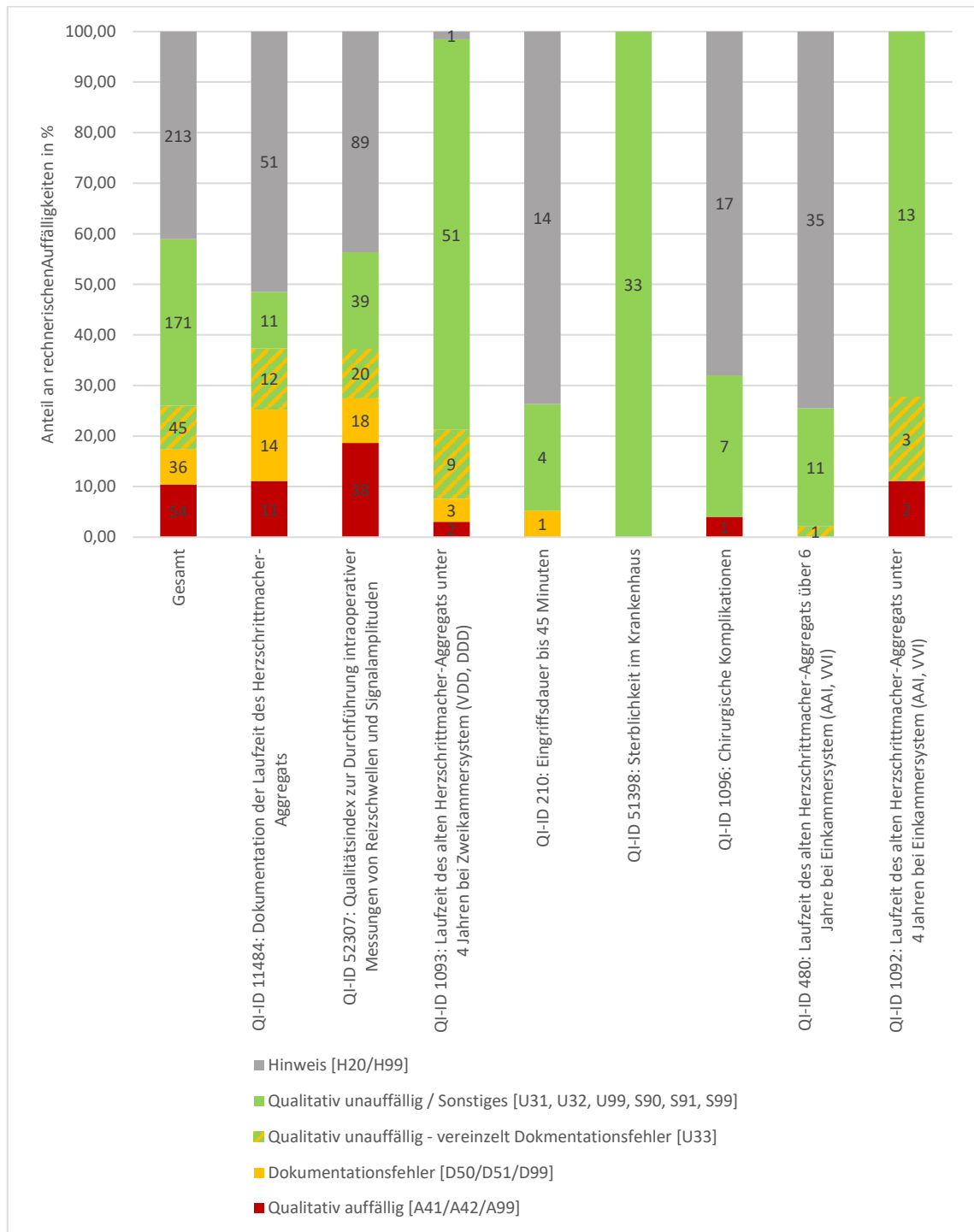


Abbildung 23: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Aggregatwechsel



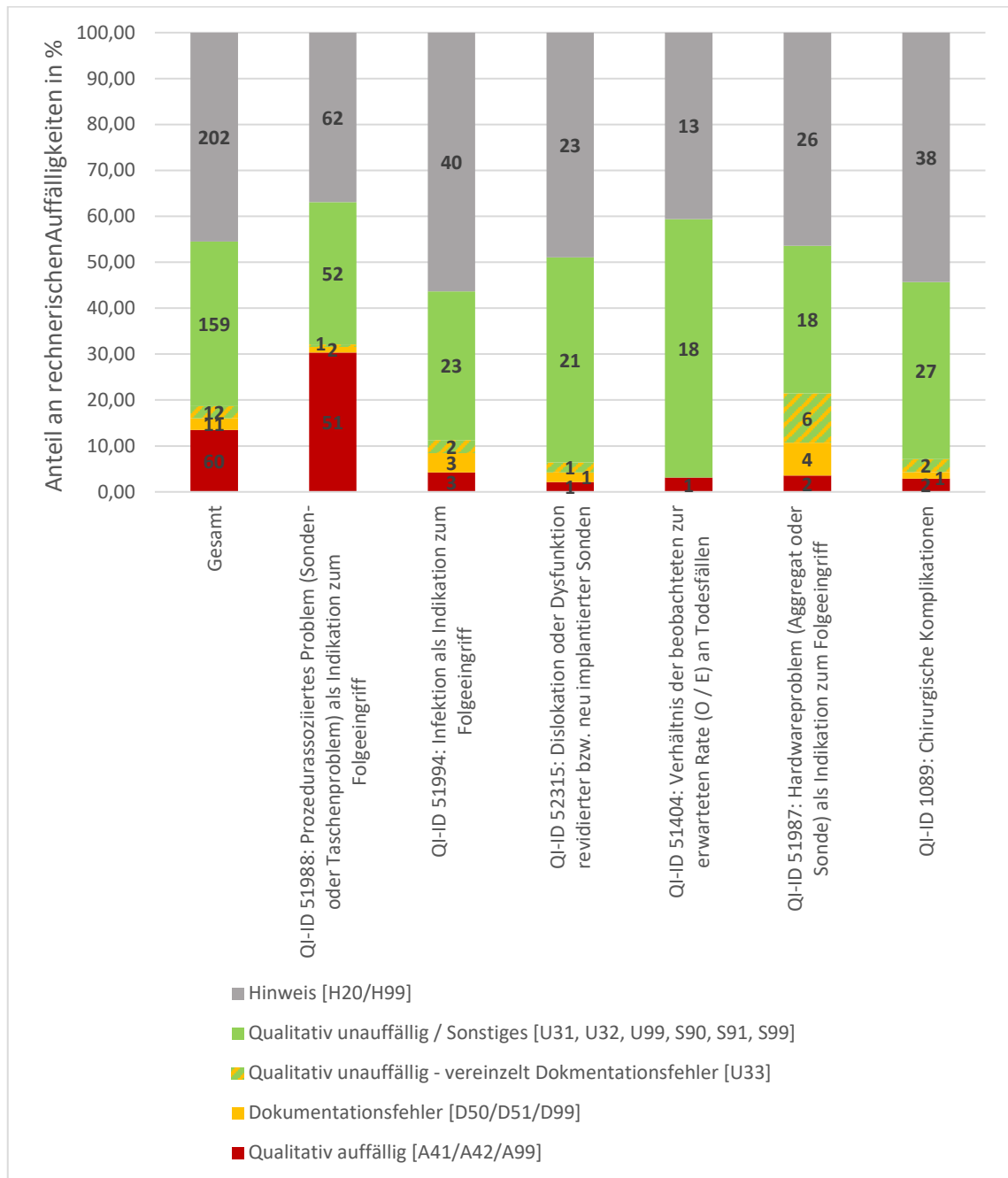


Abbildung 24: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

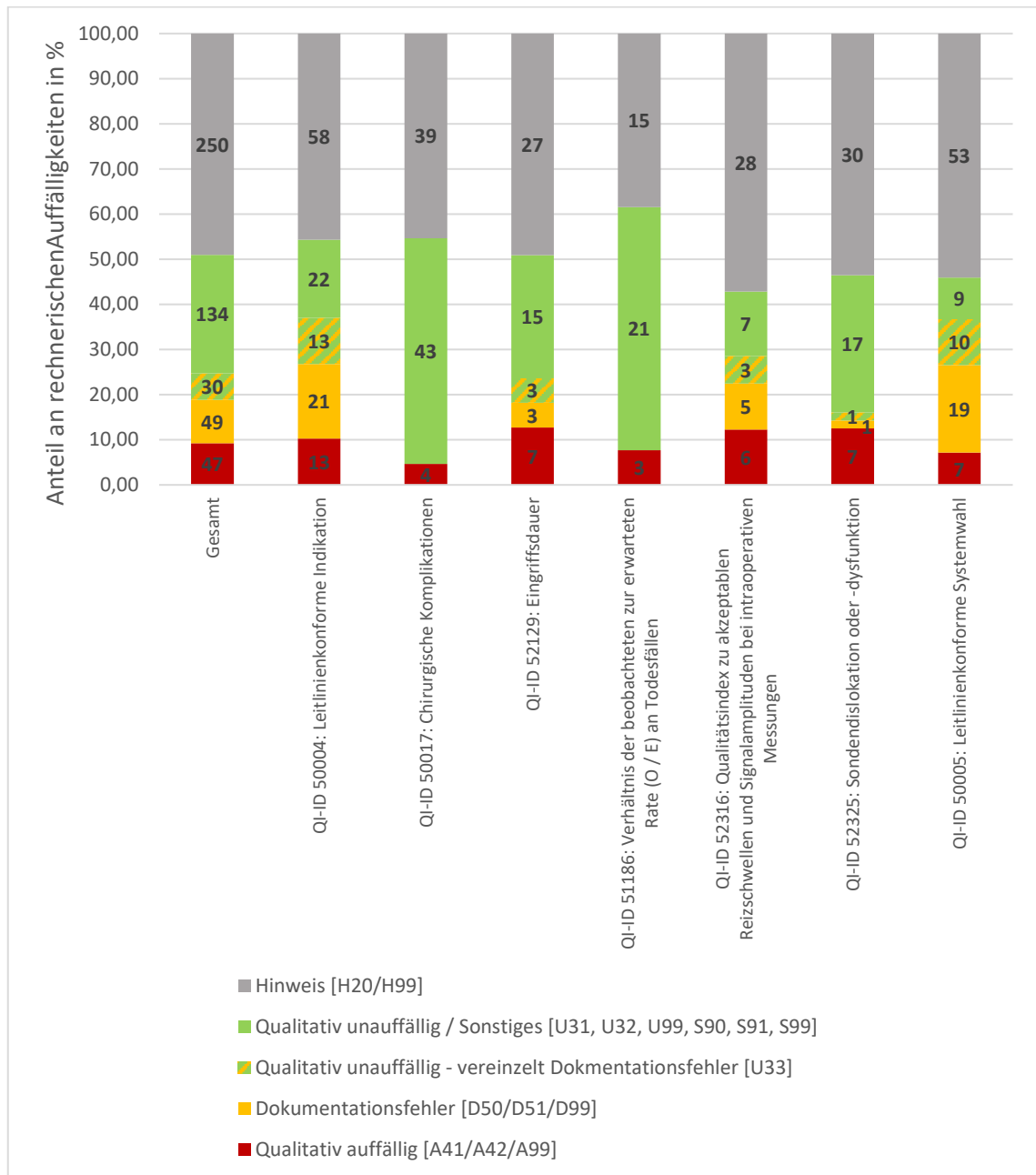


Abbildung 25: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

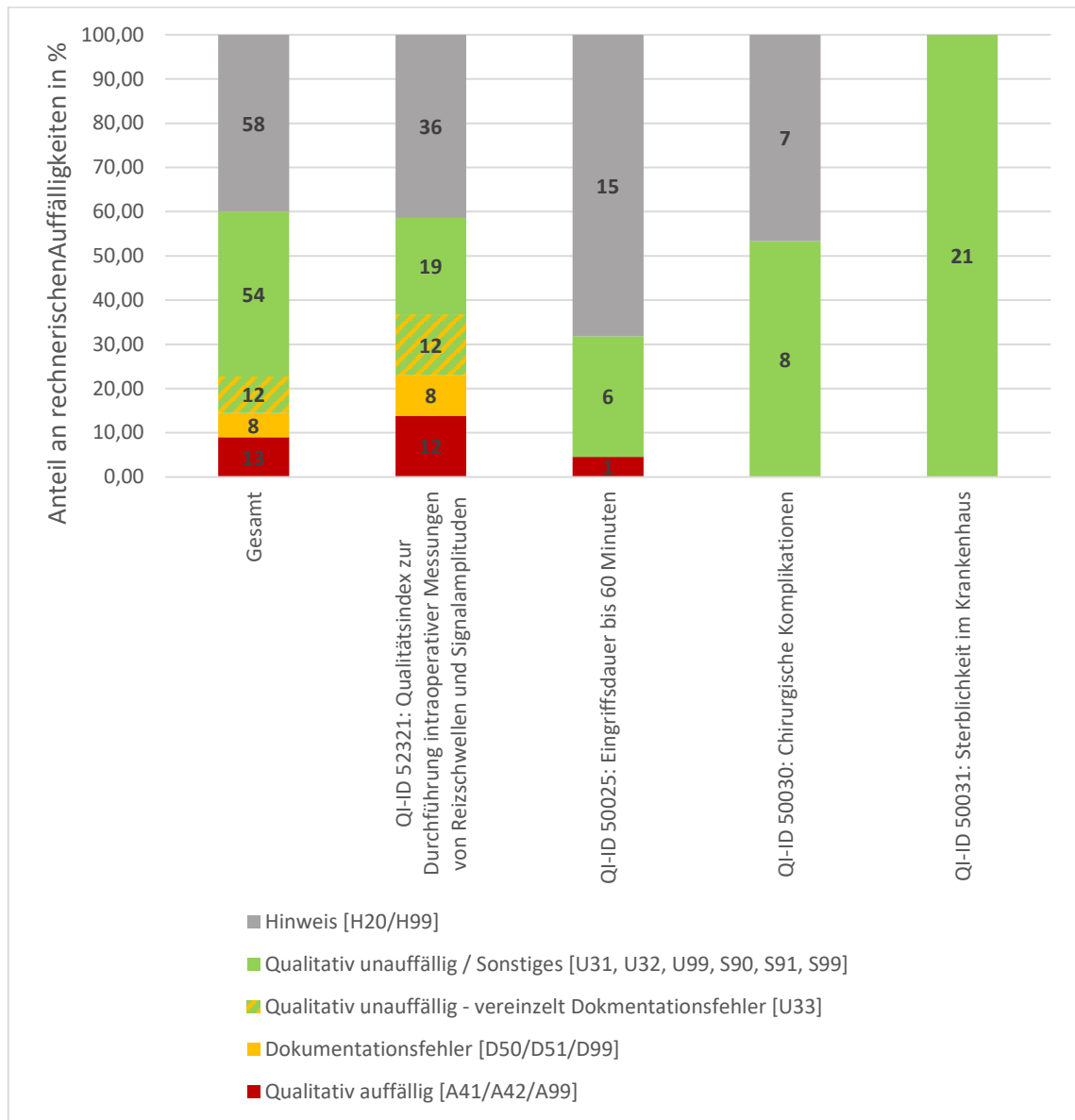


Abbildung 26: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

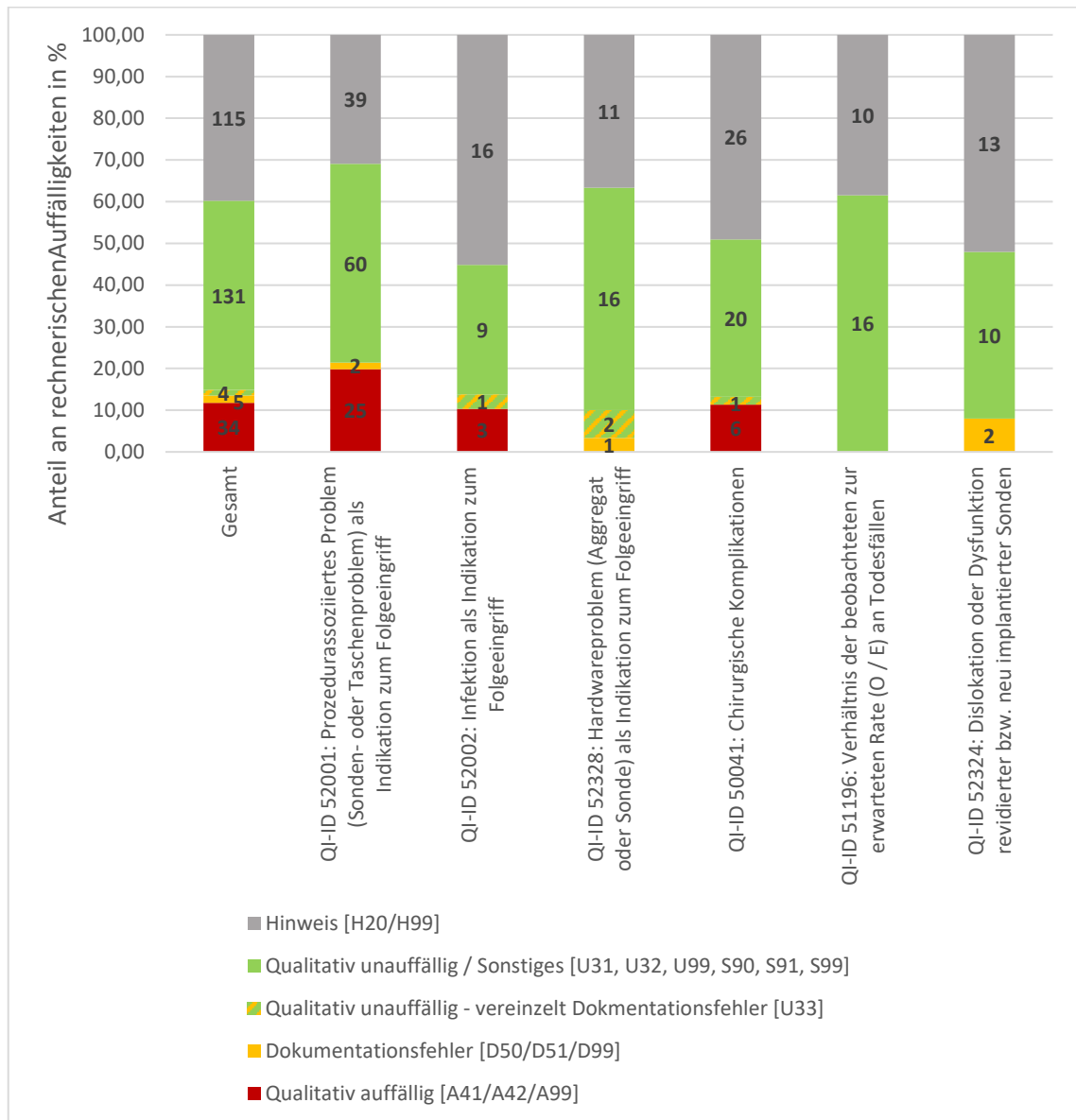


Abbildung 27: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

#### 4.2.4 Kardiologie

Verfahrensmanagement: Alina Wolfschütz, Florian Ruppel

- QS-Verfahren Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

Von den insgesamt 1.016 rechnerischen Auffälligkeiten wurden in 553 Fällen (54,6 %) Krankenhäuser um Stellungnahmen gebeten, etwas mehr als zum EJ 2014 (53,7 %). Hinweise zu rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum EJ 2015 in 462 Fällen (45,5 %) verschickt, was annähernd dem Anteil im Jahr 2014 entsprach. In einem Fall wurde keine Maßnahme eingeleitet, was jedoch nicht begründet wurde.

Von den Fällen, für die Maßnahmen im Rahmen des Strukturierten Dialogs eingeleitet wurden, wurden in insgesamt 50 Fällen (EJ 2014: 72) – verteilt auf lediglich 5 Länder – weiterführende Maßnahmen initiiert. Im Rahmen dieser weiterführenden Maßnahmen fanden 9 kollegiale Gespräche (EJ 2014: 6) statt und 41 Zielvereinbarungen (EJ 2014: 65) wurden geschlossen. Es fanden im Rahmen des Strukturierten Dialogs für das Erfassungsjahr 2015 keine Begehungen (EJ 2014: 1) statt.

Nähere Informationen zum Ablauf des Strukturierten Dialogs, den Herausforderungen, Problemen und auch Rückmeldungen aus den Krankenhäusern sind nur spärlich in den Länderberichten enthalten. Aus insgesamt fünf Bundesländern wurden keine zusätzlichen Informationen zu den obligatorischen Daten an das IQTIG verschickt. Angaben zu Ursachen für Qualitätsdefizite bzw. detaillierte Informationen zur Durchführung des Strukturierten Dialogs fehlen in einigen Länderberichten vollständig. In anderen Länderberichten sind die enthaltenden Informationen zu unspezifisch, als dass relevante Schlüsse gezogen werden könnten. Nur einige Länder lieferten detailliertere Informationen zur Durchführung des Strukturierten Dialogs. Der Erkenntnisgewinn zu den aktuellen Herausforderungen bei der Versorgung in diesem Bereich als auch hinsichtlich der Effektivität des Strukturierten Dialogs bleibt so schwierig. Generell lässt sich aus den Rückmeldungen lesen, dass es Verbesserungen bei der Einhaltung der Vorgaben zum Dosisflächenprodukt und zum Strahlenschutz gibt, d. h., dass die Indikatoren der externen Qualitätssicherung ihre Wirkung positiv auf applizierte Strahlendosis sowie deren Dokumentation entfalten konnten.

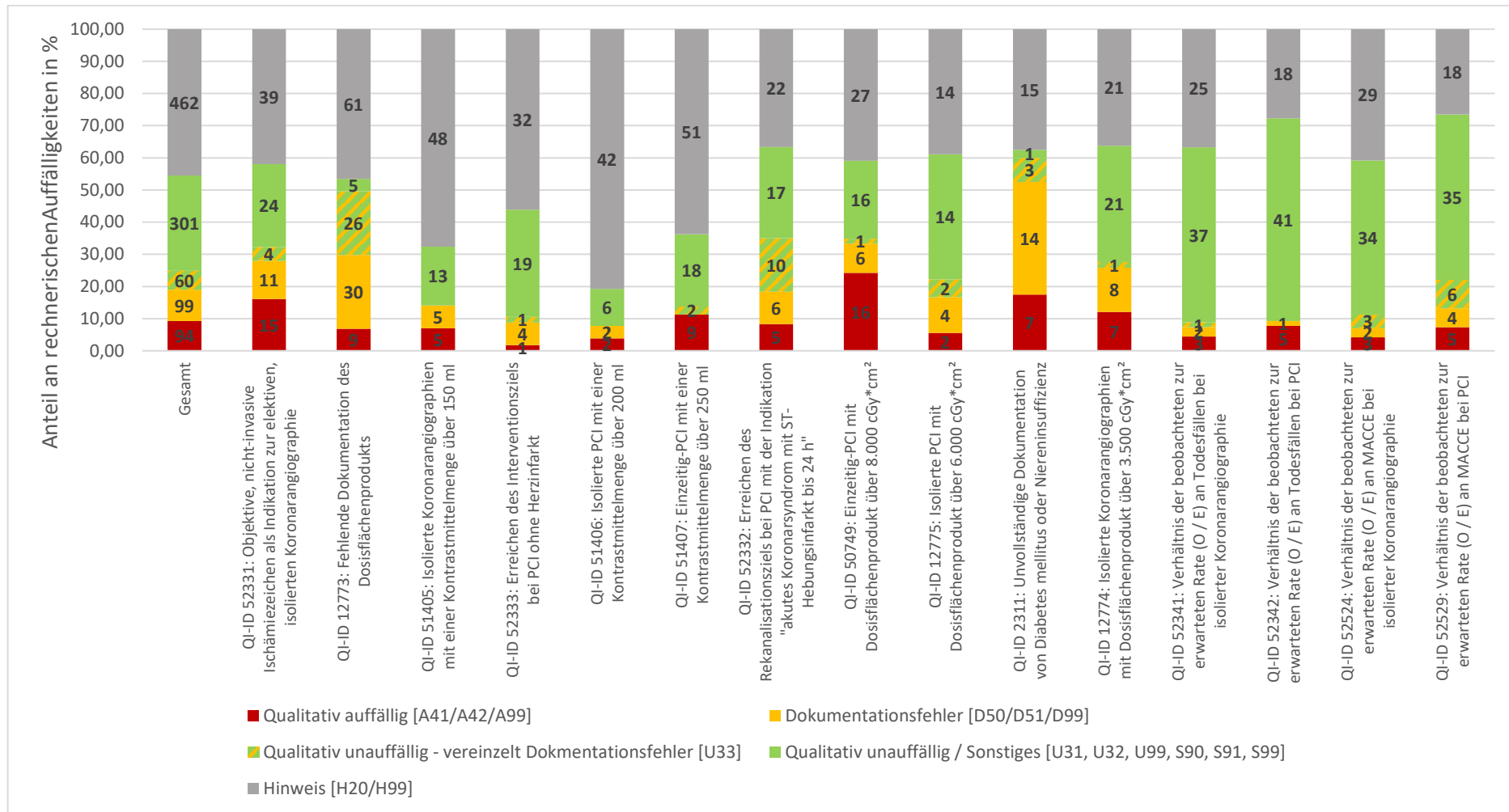


Abbildung 28: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

#### 4.2.5 Herzchirurgie

Verfahrensmanagement: Dr. Georg Heinze, Martina Dost, Dr. Fenne große Deters

- QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert*
- QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert*
- QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*

Für das Erfassungsjahr 2015 waren insgesamt 116 entlassende Krankenhausstandorte zur Teilnahme an den herzchirurgischen QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung verpflichtet, von denen 112 Daten zu den qualitätssicherungspflichtigen Leistungen geliefert haben. Bei den 4 säumigen Standorten fand sich in 3 Fällen lediglich ein Behandlungsfall in der Sollstatistik. Gemäß QSKH-RL wurde in diesen Fällen auf die Auslösung eines Strukturierten Dialogs verzichtet.

80 dieser entlassenden Standorte verfügen selbst über eine bettenführende Fachabteilung für Herzchirurgie, 36 hatten entweder Patientinnen und Patienten entlassen, die an einem der 80 Standorte mit herzchirurgischer Abteilung operiert worden waren oder hatten kathetergestützte Eingriffe an der Aortenklappe vorgenommen.

Aufgrund rechnerischer Abweichungen von den jeweiligen bundesweiten Referenzwerten in mindestens einem Qualitätsindikator bzw. Auffälligkeitskriterium wurde der Strukturierte Dialog mit 75 Krankenhausstandorten geführt. Im Vergleich zum Vorjahr (n = 96) ist eine deutliche Abnahme an Krankenhausstandorten mit rechnerischen Auffälligkeiten zu verzeichnen. Allerdings hat auch die Zahl der entlassenden und datenliefernden Krankenhausstandorte (EJ 2014: 121) abgenommen. Die absolute Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten in den eingesetzten Qualitätsindikatoren mit Referenzbereich (EJ 2015 n = 114; EJ 2014 n = 140) hat ebenfalls deutlich abgenommen (19 %). Die Zunahme an rechnerischen Abweichungen im Bereich Auffälligkeitskriterien der Datenvalidierung (EJ 2015 n = 79; EJ 2014 n = 68) ist auf die Neuentwicklung von Prüfkriterien im Rahmen der umfassenden Datenvalidierung im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* zurückzuführen. Einzelheiten hierzu sind dem „Bericht zur Datenvalidierung 2016“ zu entnehmen, der zeitgleich mit diesem Bericht vorgelegt wird.

Vertreter zweier Krankenhausstandorte wurden zum kollegialen Gespräch mit der Bundesfachgruppe eingeladen. Bei einem dieser Standorte wurde im Anschluss eine Begehung vor Ort durchgeführt. Eine weitere Begehung fand an einem anderen Standort statt. Die gefundenen Verbesserungspotenziale wurden in Zielvereinbarungen mit den Krankenhausstandorten präzisiert und verschriftlicht. Weitere 20 Zielvereinbarungen wurden mit Standorten geschlossen, in denen aufgrund der eingereichten Stellungnahmen Hinweise auf Qualitätsmängel festgestellt wurden.

Im Folgenden wird das Verhältnis der Ergebnisbewertung auf Indikatorebene für alle herzchirurgischen Verfahren dargestellt. Auffällig und sicherlich positiv zu werten ist der fehlende Versand von Hinweisen zugunsten von Stellungnahmen.

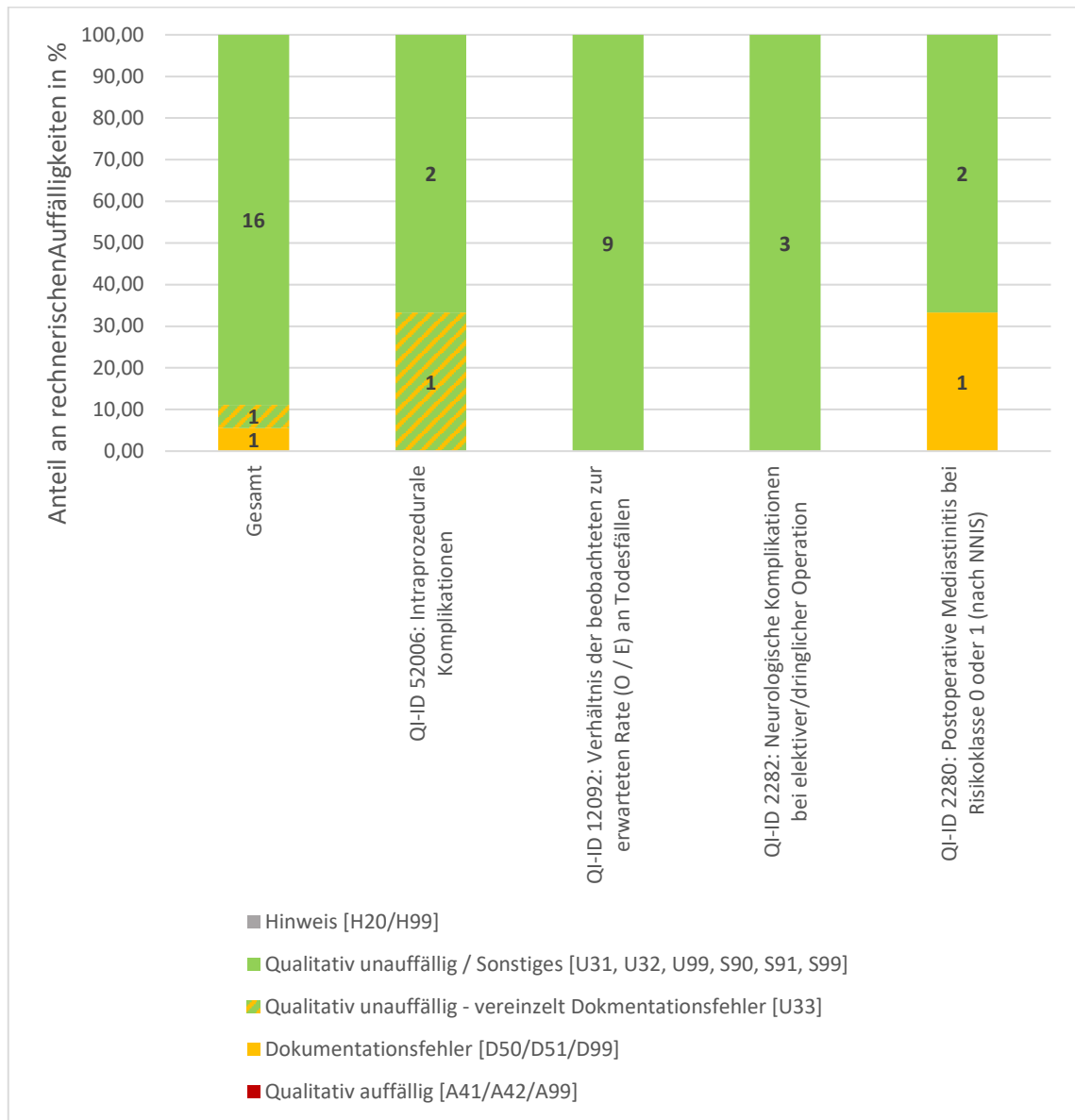


Abbildung 29: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)



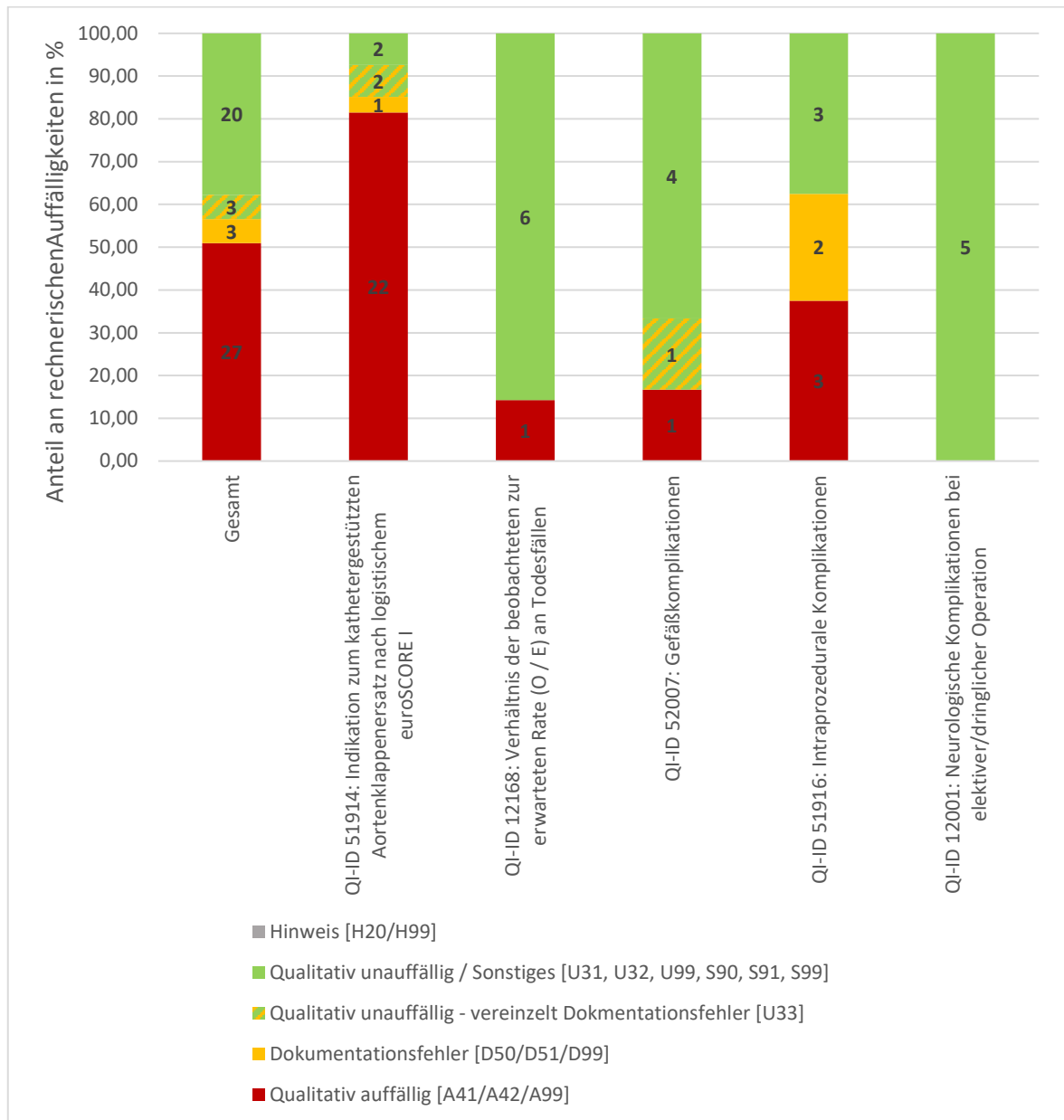


Abbildung 30: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

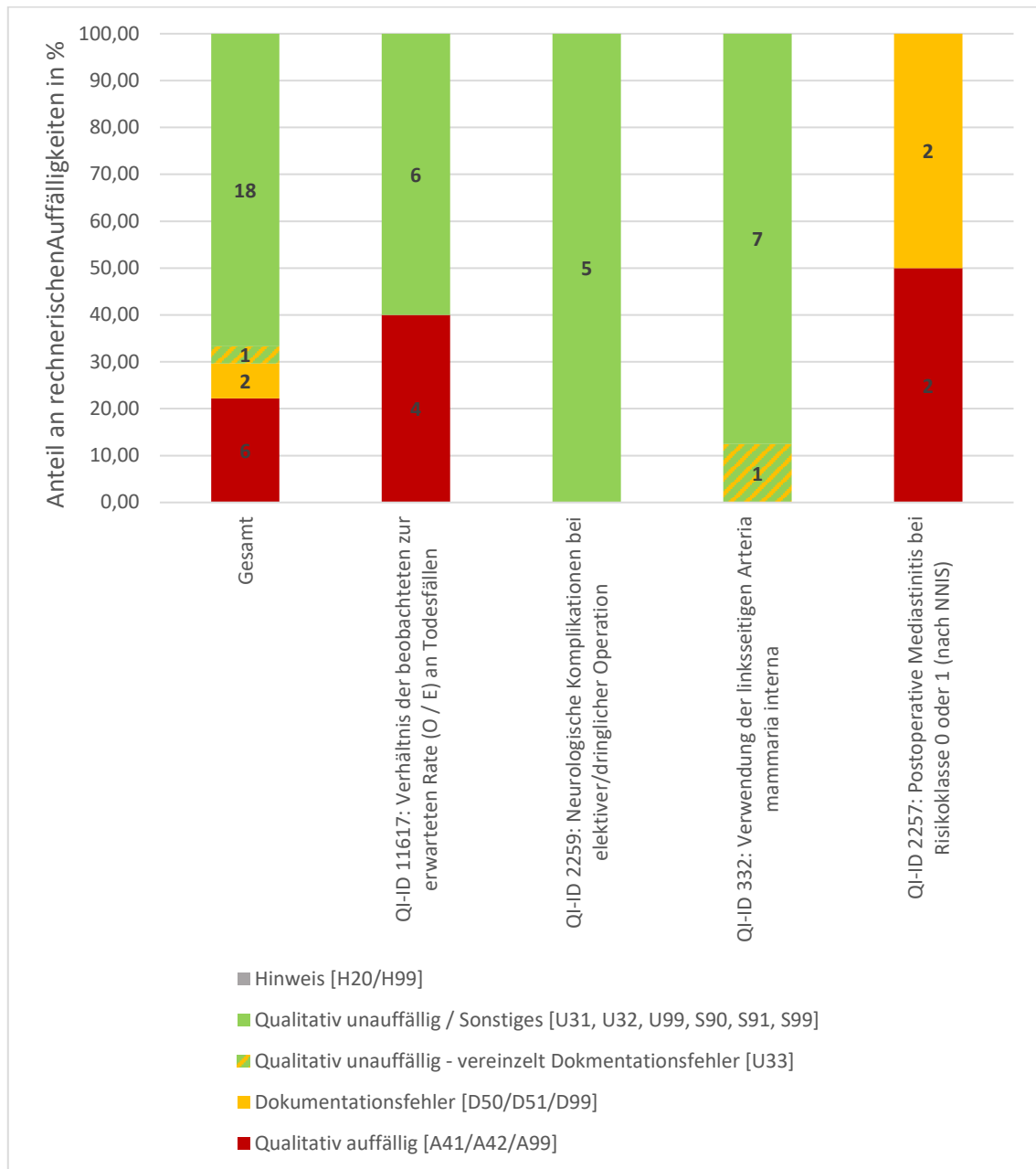


Abbildung 31: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Koronarchirurgie, isoliert

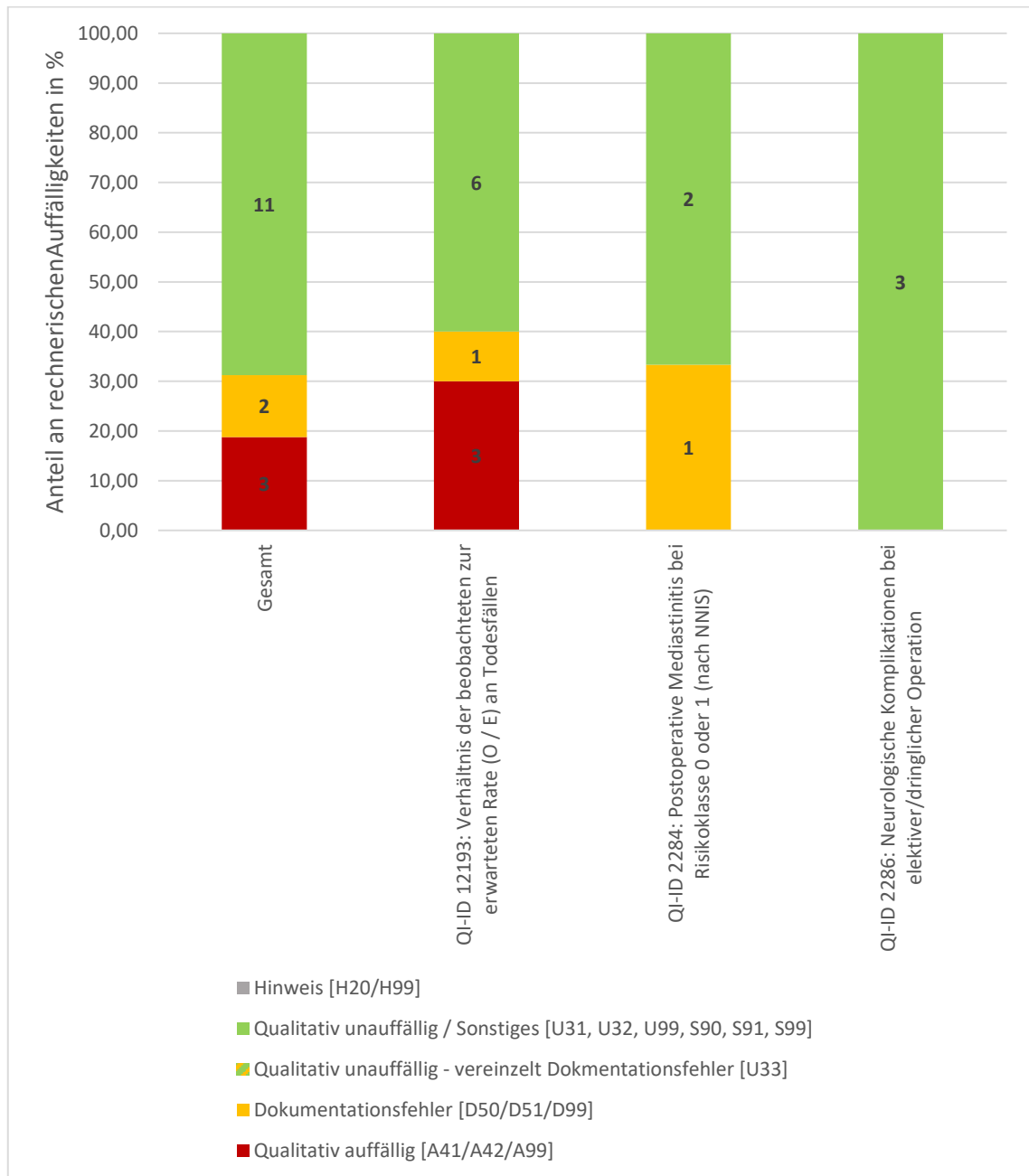


Abbildung 32: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

#### 4.2.6 Transplantationsmedizin

Verfahrensmanagement: Nadja Komm, N. N. (Vertretung: Dr. Anja Dippmann, Dr. Georg Heinze, Axel Mertens)

- QS-Verfahren Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme
- QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungentransplantation
- QS-Verfahren Lebertransplantation
- QS-Verfahren Leberlebendspende

- QS-Verfahren *Nierentransplantation*
- QS-Verfahren *Nierenlebendspende*
- QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation*

Die QS-Verfahren der Transplantationsmedizin zeigen Besonderheiten hinsichtlich geringer Fallzahlen und sehr komplexer medizinischer Zusammenhänge auf. Letztere ergeben sich durch die Vielzahl an komplizierenden Begleit- bzw. Vorerkrankungen der Patientinnen und Patienten auf der Warteliste, die aber auch nach der Transplantation und für ihr Outcome eine Rolle spielen. Deshalb liegt der Schwerpunkt der QS-Verfahren auf den Indikatoren zur Sterblichkeit und dem 1-, 2- und 3-Jahres-Überleben.

### **Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme**

Im Auswertungsmodul *Herztransplantation* ist nach Abschluss des Strukturierten Dialogs der Anteil der Bewertungskategorie „Sonstiges“ um mehr als 20 % angestiegen. Dies ist auf die Follow-up-Indikatoren und damit verbunden auf die bereits überprüften Behandlungsfälle der Vorjahre zurückzuführen.

Insgesamt ist die Dokumentationsrate für das QS-Verfahren *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme* wie in den Vorjahren als sehr gut anzusehen. Dies ist wie in den anderen transplantationsmedizinischen Verfahren vor allem auf die sog. Worst-Case-Indikatoren zurückzuführen (siehe Lebertransplantation).

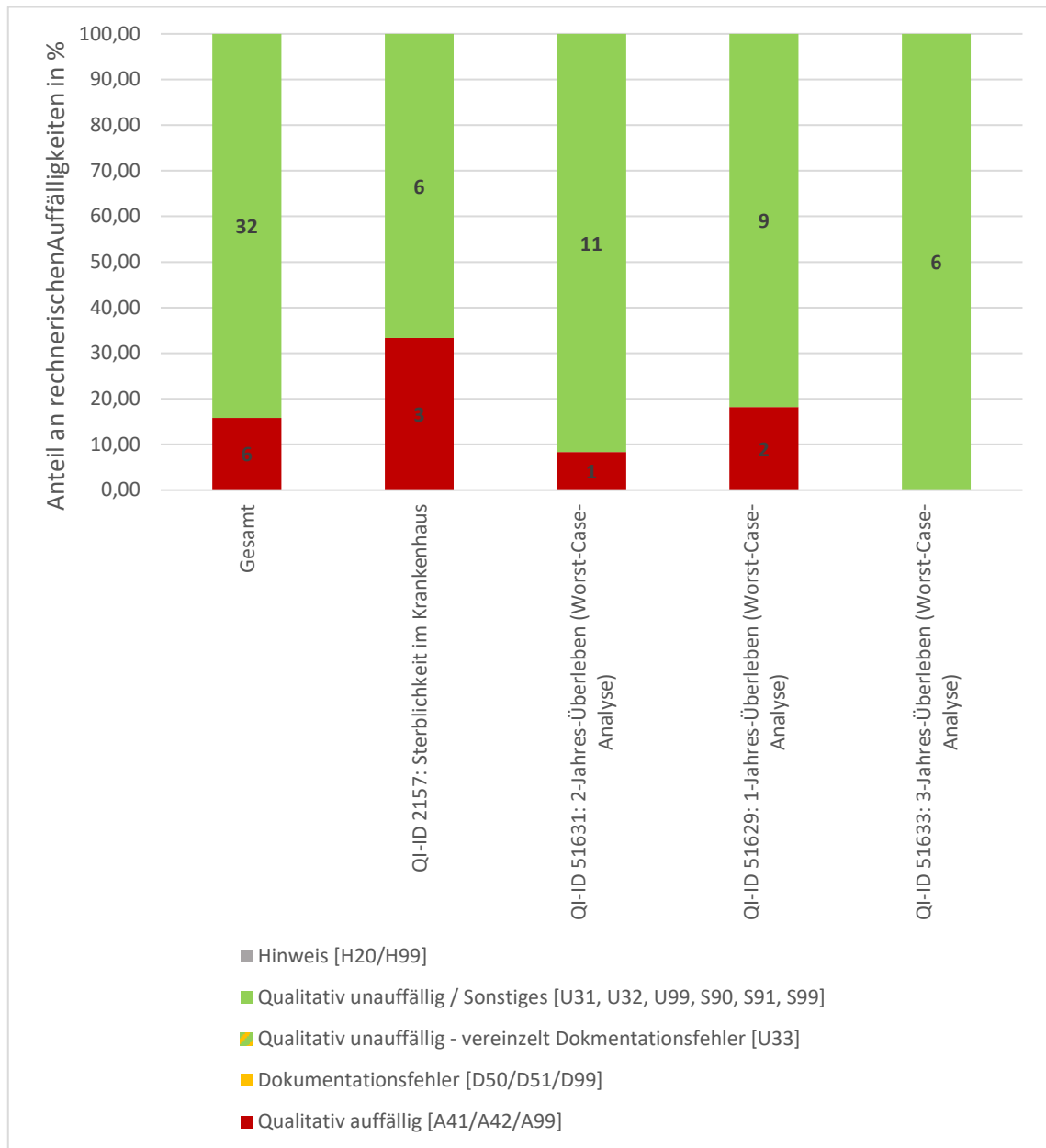


Abbildung 33: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herztransplantation

Im Erfassungsjahr 2015 wurden für den Bereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen erstmals Daten erhoben. Es wurden von 50 Standorten 880 Datensätze geliefert. Auf der Basis der Daten wurden in Bezug auf die zu prüfenden Qualitätsindikatoren mit definiertem Referenzbereich insgesamt 66 rechnerisch auffällige Ergebnisse bei 4 Indikatoren ermittelt. Die hohe Anzahl an rechnerisch auffälligen Standorten war größtenteils auf die Ergebnisse für den Indikator „Indikation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens“ (QI-ID 52381) zurückzuführen. Dieser Indikator ist ein sogenannter Sentinel-Event-Indikator. Die erwartete Gesamtrate hätte somit Null sein müssen. Tatsächlich fand sich aber im ersten Jahr der Anwendung

eine bundesweite Rate von 42,0 %. Der Strukturierte Dialog wurde folglich mit allen 36 rechnerisch auffälligen Standorten geführt, und die Ergebnisse zeigten, dass zu diesem Indikator noch erhebliche Dokumentationsmissverständnisse bei den Häusern vorlagen.

Es wurde strukturiert Verbesserungspotenzial zum Dokumentationsbogen und zu den Ausfüllhinweisen identifiziert. Dadurch, dass mit fast allen Standorten, die Herzunterstützungssysteme implantieren, der Dialog geführt wurde, ergibt sich als positiver Aspekt, dass viele Fragen direkt geklärt werden konnten, sodass im nächsten Jahr mit einer höheren Datenvalidität zu rechnen ist. Die beschriebenen Dokumentationsmissverständnisse aufseiten der Krankenhausstandorte haben dazu geführt, dass alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse des Indikationsindikators und nahezu alle des Indikators „Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD“ mit S99 = „Sonstiges, der Qualitätsindikator ist erstmalig in der Anwendung“ bewertet wurden.

Positiv hervorzuheben ist, dass bereits im ersten Anwendungsjahr des neuen Teilbereichs *Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen* 100%ige Dokumentationsraten erreicht wurden. Es kam lediglich vereinzelt zu fehlerhaften Zuordnungen zu den einzelnen Zählleistungsbereichen Herztransplantation bzw. Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen.

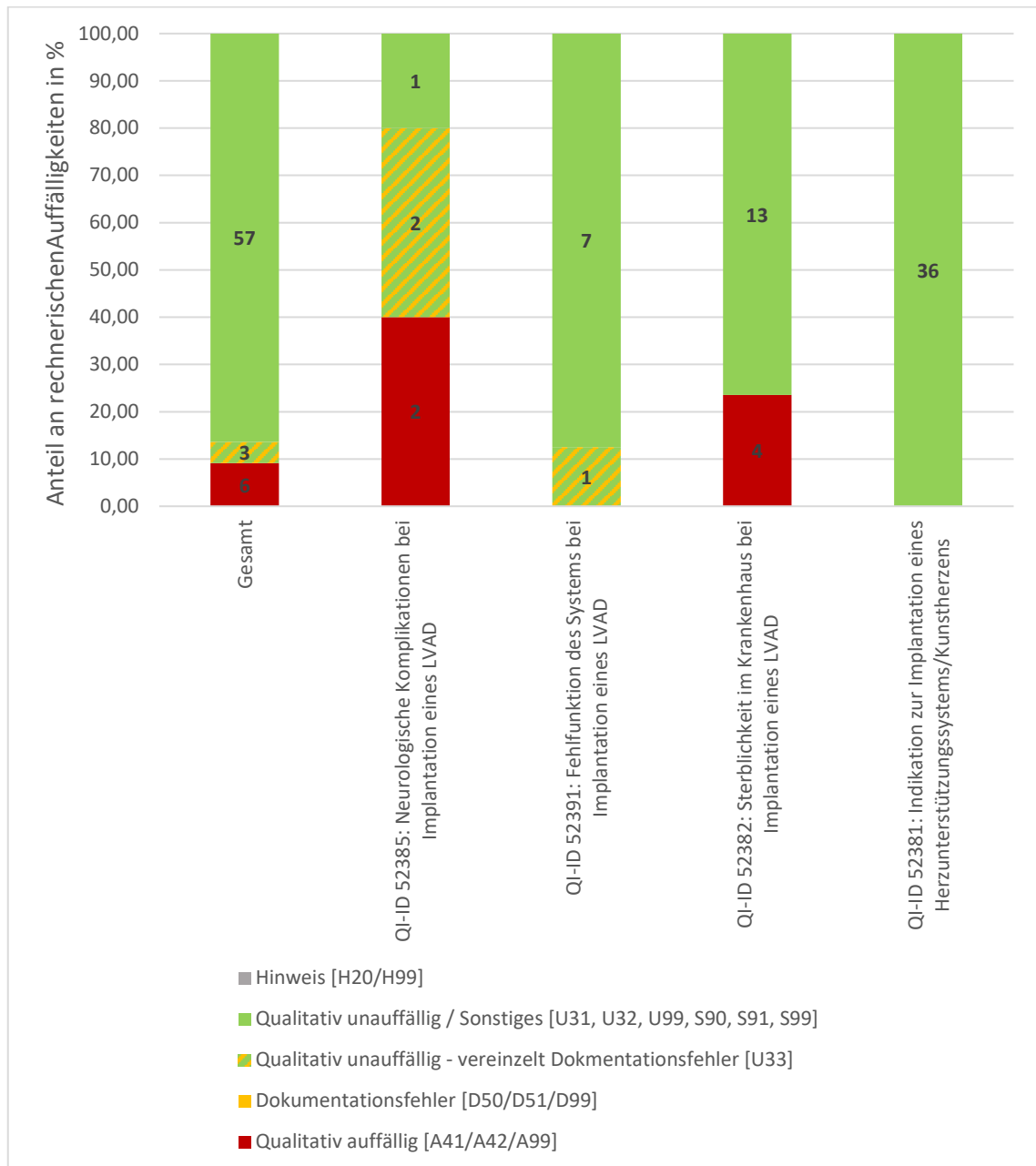


Abbildung 34: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im Auswertungsmodul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

### Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Im QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* war für das Erfassungsjahr 2015 ein Rückgang an Datensätzen (n = 301) bei gleichzeitiger Zunahme an rechnerischen Auffälligkeiten (EJ 2015 n = 25; EJ 2014 n = 19) zu verzeichnen. Nach Abschluss des Strukturierten Dialogs betrug der Anteil an „qualitativ unauffälligen“ Bewertungen mit 44 % genauso viel wie der Anteil an der Bewertungskategorie „Sonstiges“. Als „qualitativ auffällig“ wurden 12 % (n = 3) der Indikatorergebnisse eingestuft.

Die Dokumentationsrate für das QS-Verfahren *Lungen- und Herz-Lungentransplantation* ist wie in den Vorjahren als sehr gut anzusehen. Dies ist wie in den anderen transplantationsmedizinischen Verfahren vor allem auf die sog. Worst-Case-Indikatoren zurückzuführen (siehe Lebertransplantation).

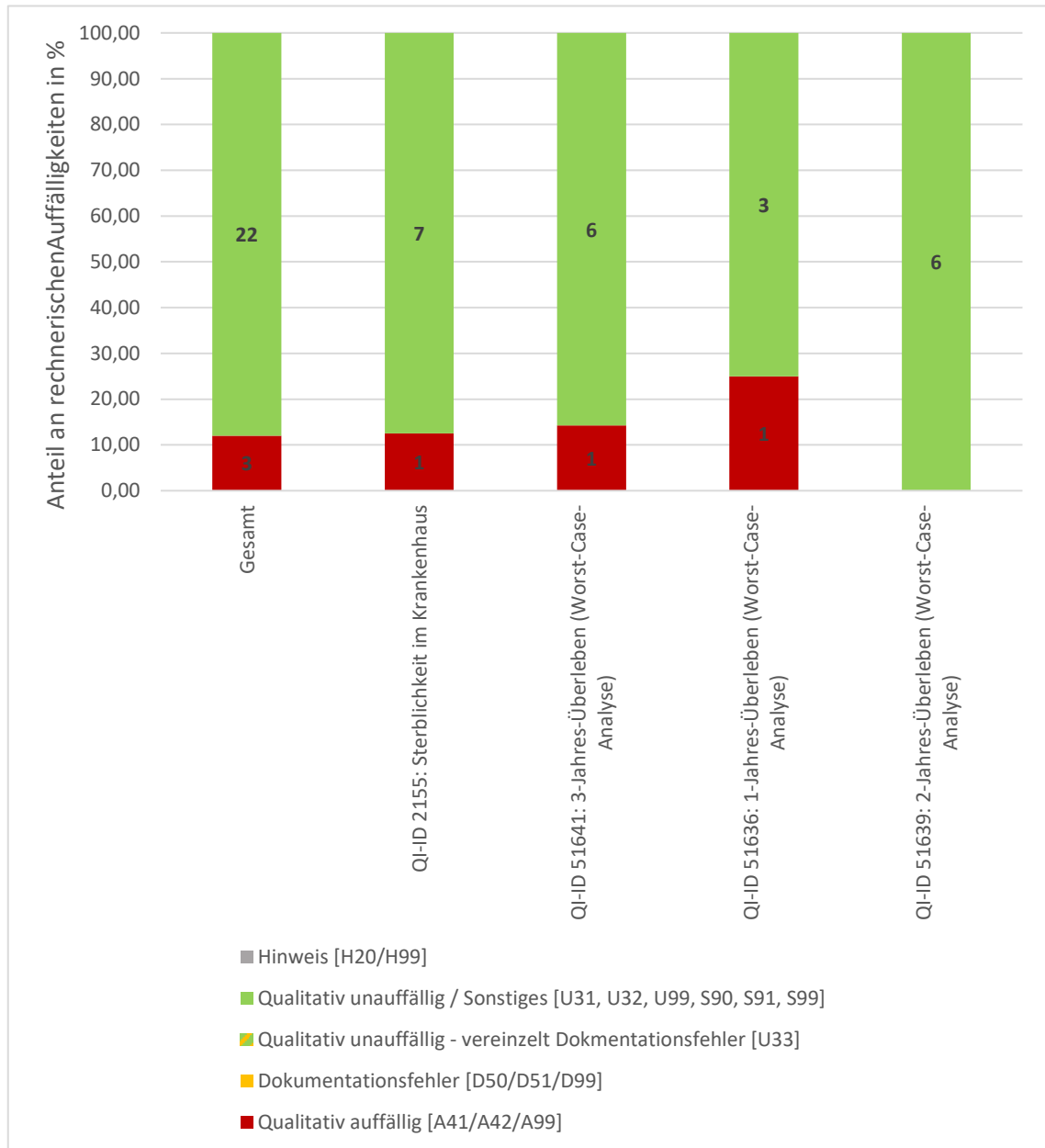


Abbildung 35: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lungen- und Herz-Lungentransplantation

### Lebertransplantation

Im QS-Verfahren *Lebertransplantation* ist die ermittelte Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zum Vorjahr gleichgeblieben (n = 38). In den Jahren davor war die Anzahl noch wesentlich höher (EJ 2012 n = 60, EJ 2013 n = 46). Der Rückgang an rechnerischen Auffälligkeiten



ist größtenteils auf den Einsatz der Worst-Case-Indikatoren zurückzuführen. Die im Erfassungsjahr 2015 zum vierten Mal angewandte Worst-Case-Analyse zeigt eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der Nachsorgedokumentation im 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up.

Die Ergebnisse wurden mehrheitlich durch schriftlichen Stellungnahmen und Präzisierungen der Krankenhausstandorte bewertet.

Dieses QS-Verfahrens zeigt insgesamt eine hohe Spezifität, da die rechnerischen Auffälligkeiten zu einem großen Anteil auch eine qualitative Auffälligkeit nach sich zogen.



Abbildung 36: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Lebertransplantation

### Leberlebenspende

Verbesserungsbedarf wird im QS-Verfahren *Leberlebenspende* gesehen, da es sich hierbei um einen hochsensiblen Bereich handelt, in welchem die Nachsorge und deren Dokumentation einen besonderen Stellenwert einnehmen. Die Ursachen der aufgetretenen Dokumentationsfehler lagen nach Beurteilung im Strukturierten Dialog hauptsächlich bei der nicht fristgerechten und unvollständigen Übermittlung der Daten.

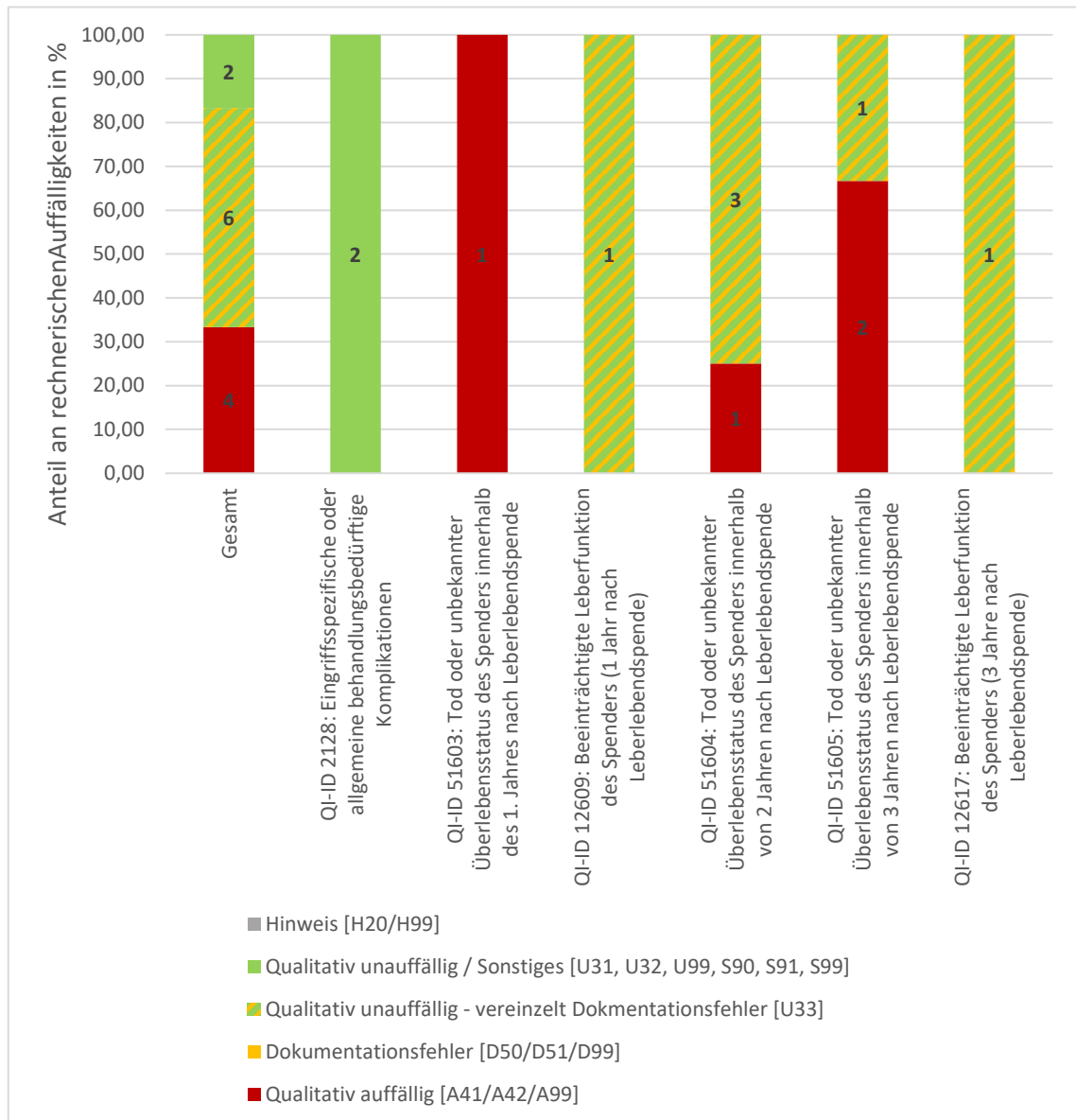


Abbildung 37: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Leberlebenspende

### Nierentransplantation

Die Vollständigkeit (Dokumentationsraten zum 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up) hat sich seit der Einführung der Worst-Case-Analyse zum Erfassungsjahr 2012 in QS-Verfahren *Nierentransplantation* kontinuierlich verbessert. Dennoch erhofft sich die Bundesfachgruppe weitere Verbesserungen in der Nachsorgedokumentation. Oftmals handelt es sich um Spender/Empfänger mit einem Wohnort im Ausland, wodurch eine Nachsorge erschwert wird. Dennoch sind aufgrund der gesetzlichen Dokumentationspflicht maximale Bemühungen zur Nachsorge der Spender und Empfänger erforderlich.

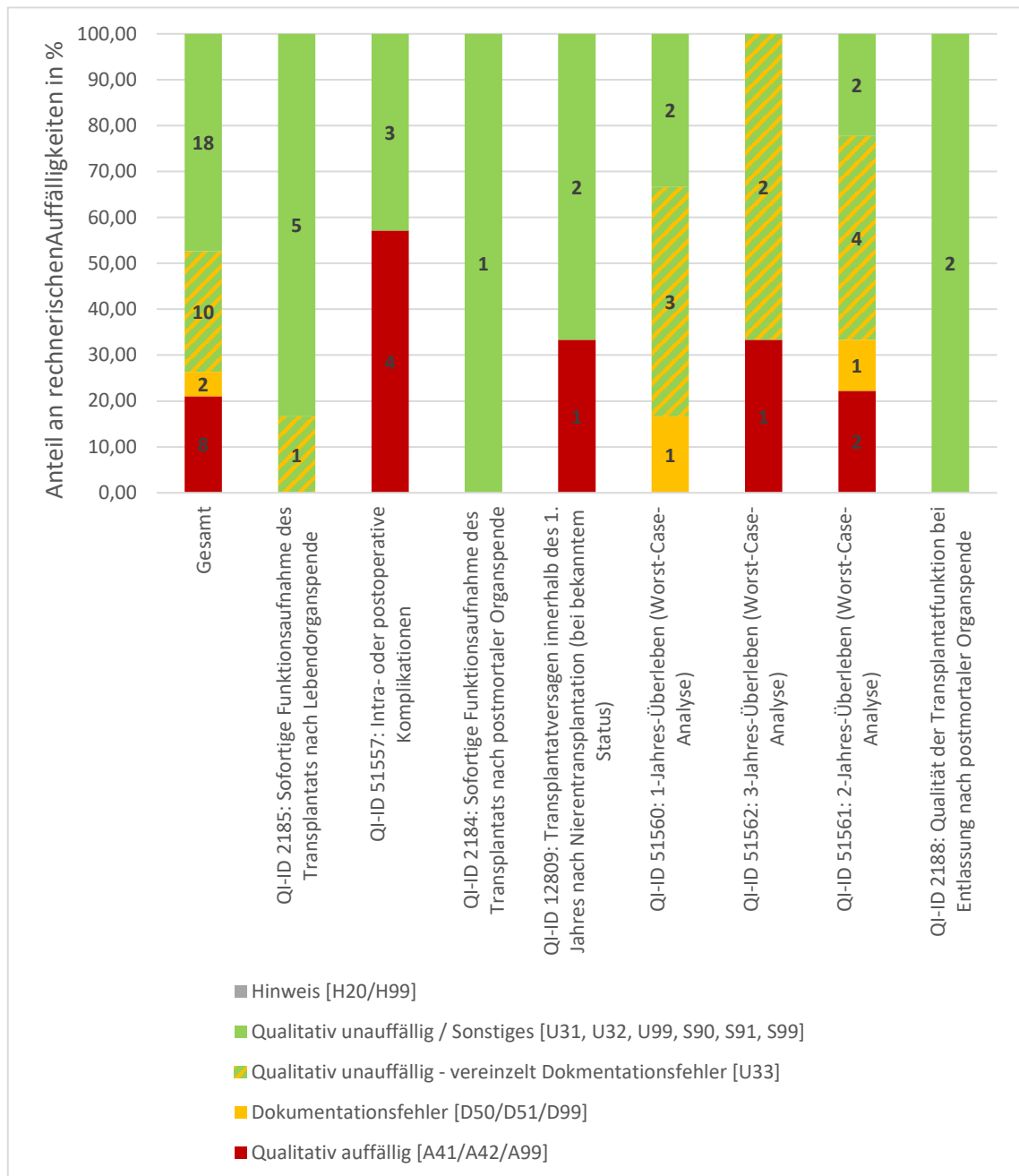


Abbildung 38: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierentransplantation

### Nierenlebenspende

Im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* treffen die Aussagen zur weiteren Verbesserung der Nachsorgedokumentation ebenfalls zu, zumal bei den Lebenspendeverfahren das Auftreten und melden von Sentinel Events eine große Bedeutung haben.



Abbildung 39: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Nierenlebenspende

## Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Aufgrund der zumeist sehr niedrigen Fallzahlen ist die Aussagekraft von Qualitätsindikatoren auf Basis eines einzelnen Jahres in diesem QS-Verfahren eingeschränkt. Daher wurde auf Empfehlung der Bundesfachgruppe vor einigen Jahren beschlossen, die Ergebnisse jeweils für zwei Erfassungsjahre gemeinsam zu betrachten. Damit der Strukturierte Dialog zum gleichen Erfassungsjahr nicht zweimal geführt werden muss, werden die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2015 erst zusammen mit den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2016 im Rahmen des Strukturierten Dialogs analysiert und bewertet.

Die Vollzähligkeit (Dokumentationsraten zum 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up) hat sich seit der Einführung der Worst-Case-Analyse zum Erfassungsjahr 2012 in beiden QS-Verfahren kontinuierlich verbessert. Dennoch erhofft sich die Bundesfachgruppe weitere Verbesserungen in der Nachsorgedokumentation. Oftmals handelt es sich um Spender/Empfänger mit einem Wohnort im Ausland, wodurch eine Nachsorge erschwert wird. Dennoch sind aufgrund der gesetzlichen Dokumentationspflicht maximale Bemühungen zur Nachsorge der Spender und Empfänger erforderlich. Eine persönliche Wiedervorstellung des Spenders/Empfängers im transplantierenden Krankenhaus ist hierbei nicht zwingend notwendig. Eine Übermittlung von Überlebens- und Laborwerten per Fax oder Telefon durch die Ärztinnen und Ärzte, die den Spender an seinem Wohnort betreuen, ist ausreichend.

### 4.2.7 Gynäkologie

*Verfahrensmanagement: Kathrin Rickert, Dr. Anja Katharina Dippmann*

- QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Betrachtet man insgesamt die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zum QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* fällt auf, dass der Anteil qualitativ auffälliger Standorte an rechnerisch auffälligen Standorten – trotz leichtem Anstieg im Vergleich zum Vorjahr – mit 4,5 % gering bleibt. Der Großteil der Standorte wurde entweder als „qualitativ unauffällig“ bewertet oder es wurde lediglich ein Hinweis versendet, sodass keine Beurteilung der Qualität vorgenommen wurde.

Insbesondere bei den Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“ (QI-ID 51906), „Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation“ (QI-ID 51418) und „Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre“ (QI-ID 52535) wurde häufig die Bewertung qualitativ unauffällig vergeben. Letzterer Sentinel-Event-Indikator (QI-ID 52535) fällt zudem dadurch auf, dass keiner der rechnerisch auffälligen Standorte im Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum EJ 2015 als qualitativ auffällig bewertet wurde. Die rechnerischen Auffälligkeiten wurden hier überwiegend durch Einzelfälle erklärt, beispielsweise handelte es sich um besonders komplexe Fälle bei mehrfach voroperierten Patientinnen oder um Patientinnen mit langer Krankheitsgeschichte und chronischen/rezidivierenden Problemen. Da dieser Indikator im Strukturierten Dialog zum

EJ 2015 erstmals bewertet wurde, bleibt abzuwarten, ob sich dieses Ergebnis im Folgejahr bestätigt. Sollte dies der Fall sein, so ist die weitere Erhebung dieses Indikators zu diskutieren.

Überwiegend Hinweise wurden an rechnerisch auffällige Standorte in den Indikatoren „Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden“ (QI-ID 52283), „Organerhaltung bei Ovarieingriffen“ (QI-ID 612) sowie „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund“ (QI-ID 51907) versendet. Der hohe Anteil an versendeten Hinweisen für den Indikator 51907 ist ggf. damit zu erklären, dass Standorte zum Teil sowohl in diesem als auch im Indikator „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ (QI-ID 10211) auffällig werden. Da es sich hierbei um sehr ähnliche Indikatoren handelt, wird mit dem Versand eines Hinweises vermieden, dass ein Standort aufgrund der gleichen Ursache zwei Mal im Strukturierten Dialog betrachtet wird. Für die Zukunft wird dies jedoch keine Rolle mehr spielen: Der Indikator 51907 wurde für das Erfassungsjahr 2013 mit der Intention, die Datenvalidität zu betrachten, aufgenommen. Es sollten hier diejenigen Standorte betrachtet werden, die häufig keine spezifische Angabe zum histologischen Befund angeben und dadurch ggf. eine Auffälligkeit im Indikator 10211 vermeiden. Da mit diesem Indikator daher nicht die medizinische Qualität, sondern die Datenvalidität verbessert werden soll, wird dieser Qualitätsindikator zukünftig im Rahmen der Datenvalidierung als Auffälligkeitskriterium betrachtet.

Aufgrund der beschriebenen geringen Anzahl an Standorten, die im Ergebnis des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig beurteilt werden, ist für das QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* insgesamt zu überlegen, ob eine Neuausrichtung der aktuell betrachteten Indikatoren zielführender wäre für eine Förderung der Qualität der Krankenhäuser. Die Art der Neuausrichtung ist derzeit Gegenstand der Diskussion. Dabei wird berücksichtigt, dass es in diesem QS-Verfahren planungsrelevante Qualitätsindikatoren gibt, sodass eine Neuausrichtung gegebenenfalls in enger Abstimmung mit den hierfür zuständigen Gremien erfolgen würde.

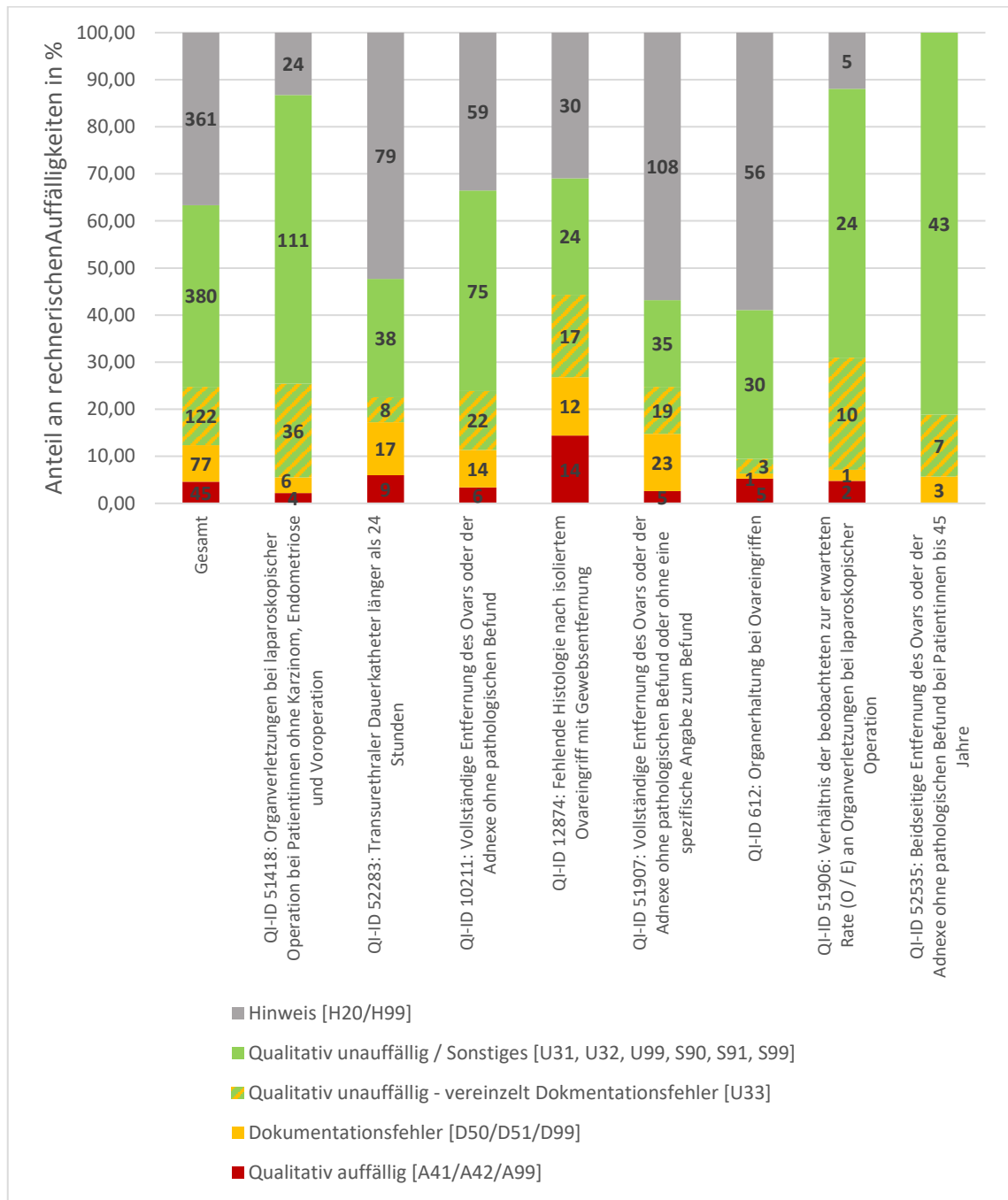


Abbildung 40: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

#### 4.2.8 Mammachirurgie

Verfahrensmanagement: Dr. Anja Katharina Dippmann, Kathrin Rickert, Nicole Strutz

##### ▪ QS-Verfahren Mammachirurgie

Insgesamt wurden bei den Krankenhausstandorten, die im QS-Verfahren *Mammachirurgie* Daten geliefert hatten, n = 932 rechnerische Auffälligkeiten festgestellt, was im Vergleich zum Vorjahr einen Zuwachs um n = 251 bedeutet.

Der Anteil an rechnerischen auffälligen Ergebnissen, die nach dem Strukturierten Dialog als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, entspricht in etwa dem des Vorjahres: im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 sind 32,94 % (n = 307) als unauffällig eingestuft.

Als „qualitativ auffällig“ wurden im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 insgesamt n = 130, also 13,95 %, der rechnerischen auffälligen Ergebnisse eingestuft. Dies sind im Vergleich zum Vorjahr 36 qualitative auffällige Ergebnisse mehr (EJ 2014 n = 94). Betrachtet man die Ergebnisse bezogen auf Anteile an rechnerischen Auffälligkeiten, so lassen sich nahezu identische prozentuale Darstellungen zum Vorjahr (13,8 %) feststellen.

In vielen Krankenhausstandorten besteht Verbesserungspotenzial bezüglich der Prozess- und Strukturqualität. Die „Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel“ stechen mit n = 95 der qualitativ auffälligen Ergebnisse hervor. Hiervon verteilen sich n = 75 auf folgende Qualitätsindikatoren: knapp 10 % (n = 29) lassen sich dem QI „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52279), 14,2 % (n = 25) dem QI „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (QI-ID 51847) und 14,6 % (n = 21) dem QI „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (QI-ID 51846) zuordnen. Im Vorjahr zeigten sich für diese Indikatoren lediglich 49-mal ein „Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel“. Der QI 52279 hat sich vom Vorjahr (EJ 2014), mit 13,9 % qualitativen Auffälligkeiten, nur gering verändert. Der QI 51847 hat sich von 21,6 % um 7 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr verbessert. Bereits im Erfassungsjahr 2014 machten diese 3 Qualitätsindikatoren in den Krankenhausstandorten die meisten qualitativen Auffälligkeiten aus.

Von allen rechnerischen Auffälligkeiten unter den 7 Qualitätsindikatoren werden im Strukturierten Dialog max. 17,1 % pro Qualitätsindikator als qualitativ auffällig bewertet. Der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten liegt bei den Qualitätsindikatoren „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (QI-ID 50719) sowie bei „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (QI-ID 51370) unter 10 % bezogen auf rechnerische Auffälligkeiten.

Betrachtet man Krankenhausstandorte im Hinblick auf rechnerische Auffälligkeiten und die Bewertung „qualitativ unauffällig“, so zeigt sich unter den Qualitätsindikatoren bezüglich ihrer Spezifität ein heterogenes Bild. So liegt der Anteil der qualitativ unauffällig bewerteten Standorte an allen rechnerisch auffälligen Standorten bei 6 Indikatoren zwischen 20 % und 52 %. Der Sentinel-Event-Indikator „Primäre Axilladisektion bei DCIS“ (QI-ID 2163) wurde im Strukturierten Dialog sogar für jeden Einzelfall als „qualitativ unauffällig“ bewertet. Zur Reduzierung von Doku-



mentationsfehlern sind Änderungen von Datenfeldern geplant sowie im Rahmen der Verfahrenspflege Anpassungen der Indikatoren mit Hinblick auf die aktualisierte Leitlinie und in Bezug auf Referenzbereiche.

Beim Indikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (QI-ID 51370) ist möglicherweise nicht in jedem Fall die vollständige Beeinflussbarkeit durch den Krankenhausstandort gegeben. Dieser Qualitätsindikator soll ein Zeitfenster zwischen Diagnose und Therapie beleuchten, das Patientinnen und Patienten u. a. ausreichend Zeit für Entscheidungsprozesse und die Partizipation am individuellen Behandlungsgeschehen z. B. durch die Möglichkeit einer ärztliche Zweitmeinung ermöglicht, wie es sich in der S3-Leitlinie „Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ findet. Darunter fallen ggf. auch patientenseitige Wünsche nach z. B. zeitnaher Operation.

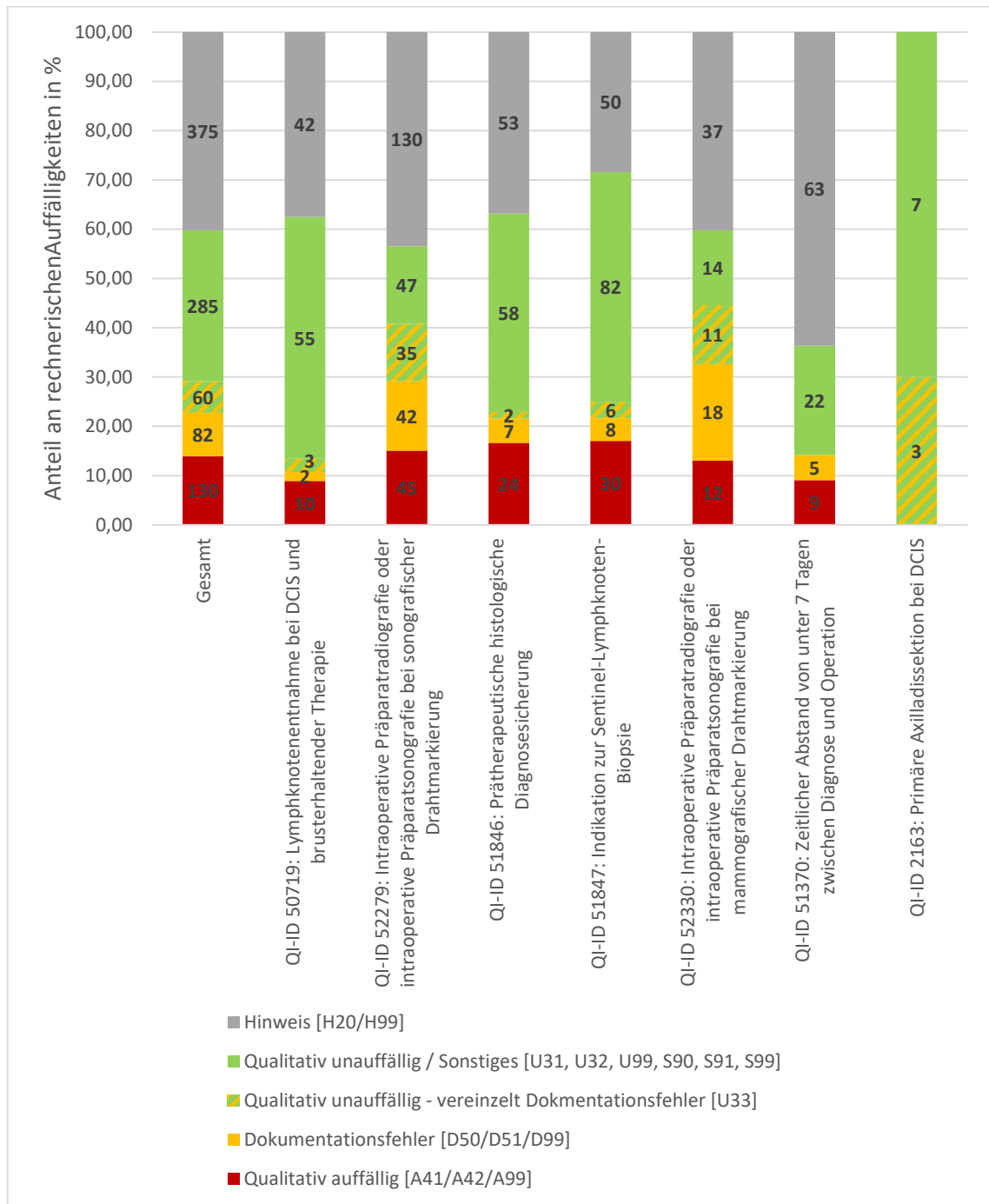


Abbildung 41: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Mammachirurgie

#### 4.2.9 Perinatalmedizin

Verfahrensmanagement: Stefanie Konheiser, Teresa Thomas, Diana Münch, PD Dr. Günther Heller

- QS-Verfahren *Geburtshilfe*
- QS-Verfahren *Neonatologie*

##### Geburtshilfe

Die rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation nicht bewertet werden konnten, sind gegenüber dem Vorjahr konstant geblieben (EJ 2014 12 %; EJ 2015 12 %). Beim Indikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330) wurden im Zuge des Strukturierten Dialogs bei 59,4 % der rechnerisch auffälligen Ereignisse Dokumentationsfehler festgestellt. Dies trifft ebenso in 57,5 % der Ergebnisse für den Indikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (QI-ID 1058) zu. Die hohe Rate an Dokumentationsfehlern beim QI „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330) kann auf der Grundlage der Länderergebnisse zum Strukturierten Dialog mit einem fehlerhaften Datentransport oder nicht durchgeführter Dokumentation der erfolgten Therapie erklärt werden. Die fehlerhafte Dokumentation beim Indikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (QI-ID 1058) bezieht sich nach Einschätzung einiger Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung auf die unscharfe Definition des Indikators und die Vermutung, dass notfällige Sectiones, die nicht in der geforderten 20-Minuten-Frist erfolgen, als sekundäre (nicht-Notfall) Sectio dokumentiert werden. Seitens einiger Bundesländer ist dieser Indikator zudem umstritten bzw. es besteht die Ansicht, dass nicht die E-E-Zeit, sondern die Zeitspanne von der frühestmöglichen Erfassbarkeit der Notfallindikation bis zur Entwicklung des Kindes (E-E-E-Zeit) relevant sei. Bei diesem Indikator gilt zu klären, ob eine erneute Modifikation im Hinblick auf die Ergänzung um den Zeitpunkt des Eintritts bzw. der Erkennung der Notfallsectio erforderlich ist. Diese Diskussion wird aktuell auch in der Bundesfachgruppe geführt.

Beim Indikator „Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung“ (QI-ID 331) wurden 85 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nach Durchführung des Strukturierten Dialogs als „qualitativ unauffällig“ bewertet. In 10 % der rechnerischen Auffälligkeiten waren Dokumentationsfehler ursächlich. Bei den 5 % als „qualitativ auffällig“ bewerteten Ergebnissen handelte es sich vordergründig um Prozessmängel, die jedoch nicht näher beschrieben wurden.

Nach Durchführung des Strukturierten Dialogs wurden beim Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten“ (QI-ID 51181) in 68,6 % der rechnerisch auffällig gewordenen Ereignisse Hinweise verschickt. Bei diesem Indikator besteht grundsätzlich die Problematik der ungenauen Diagnostik und Klassifizierung des Schweregrades. Die Thematik konnte mit der Bundesfachgruppe noch nicht abschließend beraten werden.

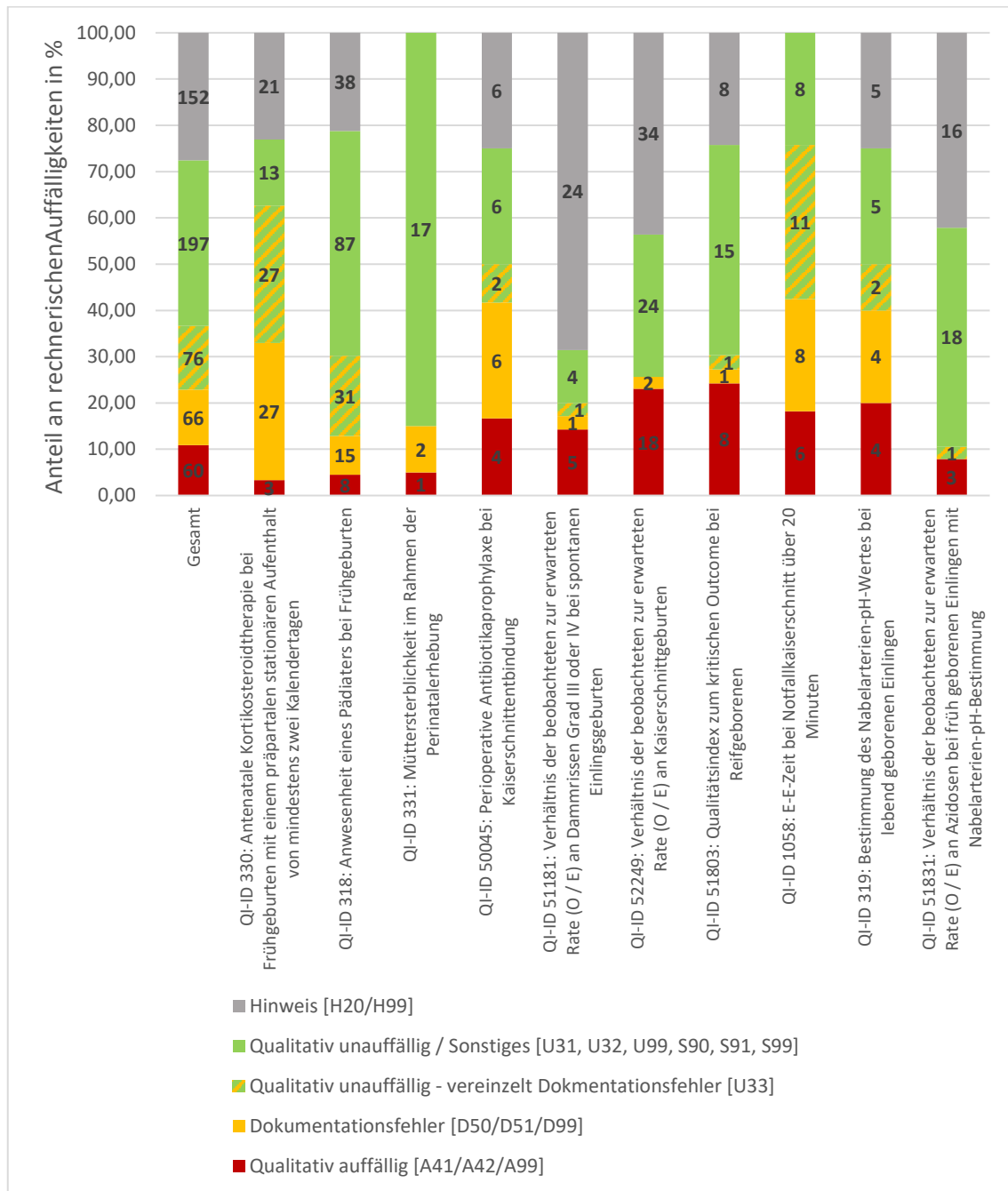


Abbildung 42: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Geburtshilfe

### Neonatologie

Die Rate aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die als „qualitativ unauffällig“ eingestuft wurden, ist von 39,2 % im EJ 2014 auf 44,1 % im EJ 2015 angestiegen. Bei 33,6 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden im EJ 2015 weniger Hinweise verschickt als noch im Jahr zuvor mit 38,2 %.

Insgesamt konnten 39 rechnerische Auffälligkeiten (11 %) aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht eingestuft werden (EJ 2014: 10,5 %). Beim Indikator „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (QI-ID 51845) wurden 23,9 % der Krankenhausstandorte aufgrund fehlerhafter Dokumentationen auffällig. Im Vergleich zum EJ 2014 ist die Rate an Fehldokumentationen beim Indikator „Durchführung eines Hörtests“ (QI-ID 50063) von 14,4 % auf 10,6 % gesunken.

Bezüglich des Indikators „Durchführung eines Hörtests“ (QI-ID 50063) wurden in etwa der Hälfte der Ergebnisse (50,6 %) lediglich Hinweise verschickt. Ein Bundesland bemängelt bei diesem Indikator das Fehlen der Antwortmöglichkeit „Hörtest wurde bereits in zuverlegender Klinik durchgeführt“, welches wiederum zu Pseudo-Auffälligkeiten bei Verlegung eines Kindes in der Neonatalperiode zwischen mehreren Krankenhäusern führe. Dieses Datenfeld wurde bereits um eine Antwortmöglichkeit („in einem vorherigen Aufenthalt“) für das EJ 2016 ergänzt. Für das EJ 2016 kann aufgrund dessen eine geringere Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten erwartet werden. Zudem wurden bei diesem Indikator die ungenauen Ausfüllhinweise und daraus resultierende Missverständnisse beklagt. Eine weitere mögliche Begründung, warum für die Hälfte aller rechnerischen Auffälligkeiten keine Stellungnahmen eingefordert wurden, ist, dass diesem Indikator von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung eventuell ein geringerer Stellenwert zugeschrieben wird.

Beim Indikator „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (QI-ID 51845) ergaben sich nach Abschluss des Strukturierten Dialogs in 42,4 % der Ergebnisse Dokumentationsfehler. Darüber hinaus traten bei diesem Indikator im Vergleich zu den anderen Indikatoren mit 56,4 % die meisten Dokumentationsfehler auf (n = 22).

In den Indikatoren „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 50062) (79,0 %) und „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1.000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)“ (QI-ID 50060) wurden 79 % respektive 61,9 % der Ergebnisse als „qualitativ unauffällig“ eingestuft. In den Rückmeldungen zum Strukturierten Dialog der betroffenen Bundesländer fanden sich allerdings keinerlei Begründungen für eine Einstufung als „nicht qualitativ auffälliges“ Ereignis.

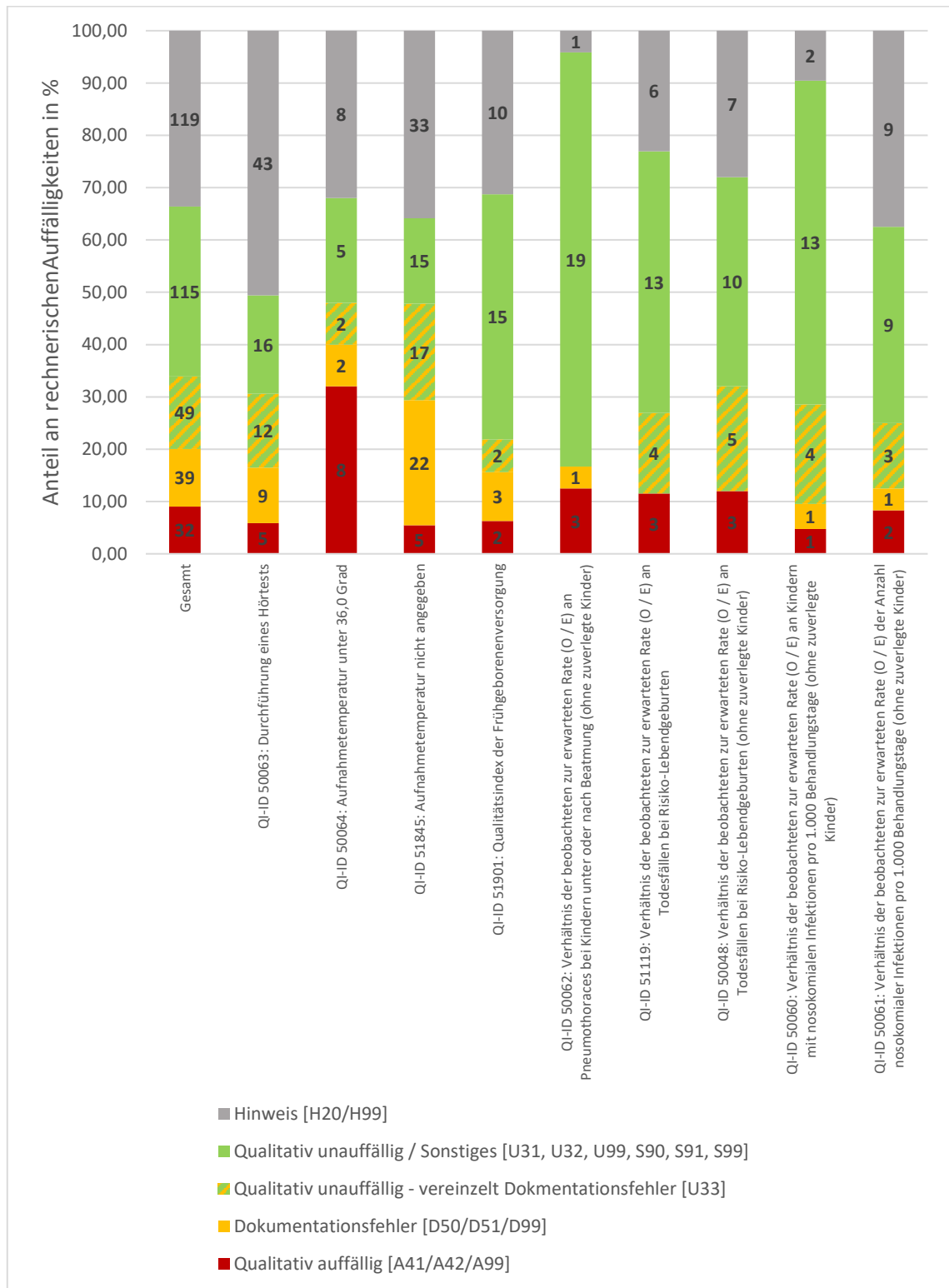


Abbildung 43: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Neonatologie

#### 4.2.10 Orthopädie und Unfallchirurgie

Verfahrensmanagement: Cristina Thole, Miriam Meschede, Theresa Schröder, Dr. Anja Katharina Dippmann

- QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*
- QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung*
- QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*

##### **Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung**

Im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* ist anhand der gelieferten Daten des Strukturierten Dialogs zu erkennen, dass die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung sehr unterschiedlich mit rechnerischen Auffälligkeiten umgegangen sind. Insgesamt wurden zu 1.468 rechnerischen Auffälligkeiten 1.465 Maßnahmen (Hinweise, Stellungnahmen und Sonstiges) und bei 3 keine Maßnahmen eingeleitet, letzteres, da die Fachabteilungen geschlossen (Bewertung „S90“) wurden. Bei 549 der 1.465 eingeleiteten Maßnahmen handelte es sich um Hinweise (37,5 %) und bei 916 (62,6 %) um Stellungnahmen. Sonstige Maßnahmen wurden nicht eingeleitet.

5 LQS versandten keine Hinweise, sondern forderten zu allen rechnerischen Auffälligkeiten von den Krankenhäusern Stellungnahmen an. Eine LQS macht dies auch in ihrem Bericht deutlich. Fünf andere LQS hingegen verschickten in 53,3 % bis 87,7 % der Fälle (Bundesdurchschnitt = 37,5 %) Hinweise, zum Beispiel, wenn Kliniken beim QI 54030 „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“ in diesem QS-Verfahren auch nach der alten Regel (> 48 Stunden) nicht auffällig waren oder die Rate der Kliniken unterhalb des Landeswertes, aber oberhalb des Bundeswertes lag. Eine LQS verschickte beim QI 54030 schriftliche Hinweise, wenn Krankenhäuser einen von der LQS individuell festgelegten Referenzwert von 40 % nicht überschritten haben und keine spezielle Vorgeschichte vorlag.

Es fanden 130 weiterführende Maßnahmen (kollegiale Gespräche, Begehungen, Zielvereinbarungen) in 5 Bundesländern (= 9 % der rechnerischen Auffälligkeiten) statt. 5 LQS führten insgesamt 38 kollegiale Gespräche durch. Begehungen erfolgten in keinem Bundesland. 4 LQS haben mit auffälligen Krankenhausstandorten insgesamt 92 Zielvereinbarungen getroffen, die meisten davon in einem Land (55).

Die Bewertung „qualitativ unauffällig“ erfolgte bundesweit bei 45,8 % der rechnerischen Auffälligkeiten, vor allem aufgrund der Einstufung „Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“ (U32, n = 542, 36,9 %). 3 Bundesländer (95,7 %, 79,2 % und 72,9 %) nahmen diese Einstufung innerhalb ihrer Strukturierten Dialoge am häufigsten vor.

Als „qualitativ auffällig“ wurden 152 (10,3 %) rechnerische auffällige Ergebnisse bewertet. In 115 Fällen (7,8 %), verteilt über 11 Bundesländer, gab es Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel (A41). Eine LQS nahm diese Einstufung bei 45 Krankenhausergebnissen (12,7 %) vor, eine bei 26 (32,9 %) und eine bei 9 (18,8 %). Zu bundesweit 25 Ergebnissen (1,7 %) nannten die Krankenhäuser keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten (A42) und bei 12 (0,8 %) lagen sonstige Gründe vor. Eine fehlerhafte Dokumentation (D50, D51, D99) zeigte

sich bei 32 von 1.468 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (2,2 %). Die Kategorie Sonstiges (S90, S91, S99) wurde in 63 Fällen (4,3 %) ausgewählt.

Da zu allen Indikatoren in diesem QS-Verfahren relativ viele Hinweise verschickt wurden, muss das bei der Auswertung der SD-Ergebnisse (siehe Abbildung 44) beachtet werden. Der Versand von Hinweisen ist nach § 11 der QSKH-RL Bestandteil der Maßnahmen des Strukturierten Dialogs. Er birgt aber die Schwierigkeit, dass in Bezug auf die jeweiligen Indikatoregebnisse keine Qualitätsbeurteilung stattfindet. Ob bei den rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorten, die zu keiner Stellungnahme aufgefordert wurden, tatsächlich Qualitätsprobleme vorlagen oder nicht, ist daher unbekannt.

Die Auswertung der Daten macht deutlich, dass vor allem beim Indikator „Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus“ (QI-ID 54030) viele Standorte als „qualitativ auffällig“ bewertet wurden. Die LQS äußern sich in ihren Berichten vereinzelt zu den durchgeführten Maßnahmen, beziehungsweise zu den geschlossenen Zielvereinbarungen mit den als „qualitativ auffällig“ bewerteten Krankenhäusern beim QI 54030. Eine LQS vereinbarte unter anderem mit einer Klinik (Belegabteilung), dass eine Frakturversorgung grundsätzlich nicht mehr stattfinden soll, und führt für Einzelfälle quartalsweise quasi einen „Sentinel-Event-Dialog“. 2 LQS wiesen in diesem Indikator auffällige Standorte z. B. darauf hin, Patientinnen und Patienten nicht mehr anzunehmen oder weiterzuverlegen, falls diese nicht zeitnah operiert werden können und eine LQS hat Kliniken mit Dokumentationsfehlern nochmals auf die valide Dokumentation – vor allem bezüglich der ASA-Einstufung – aufmerksam gemacht.



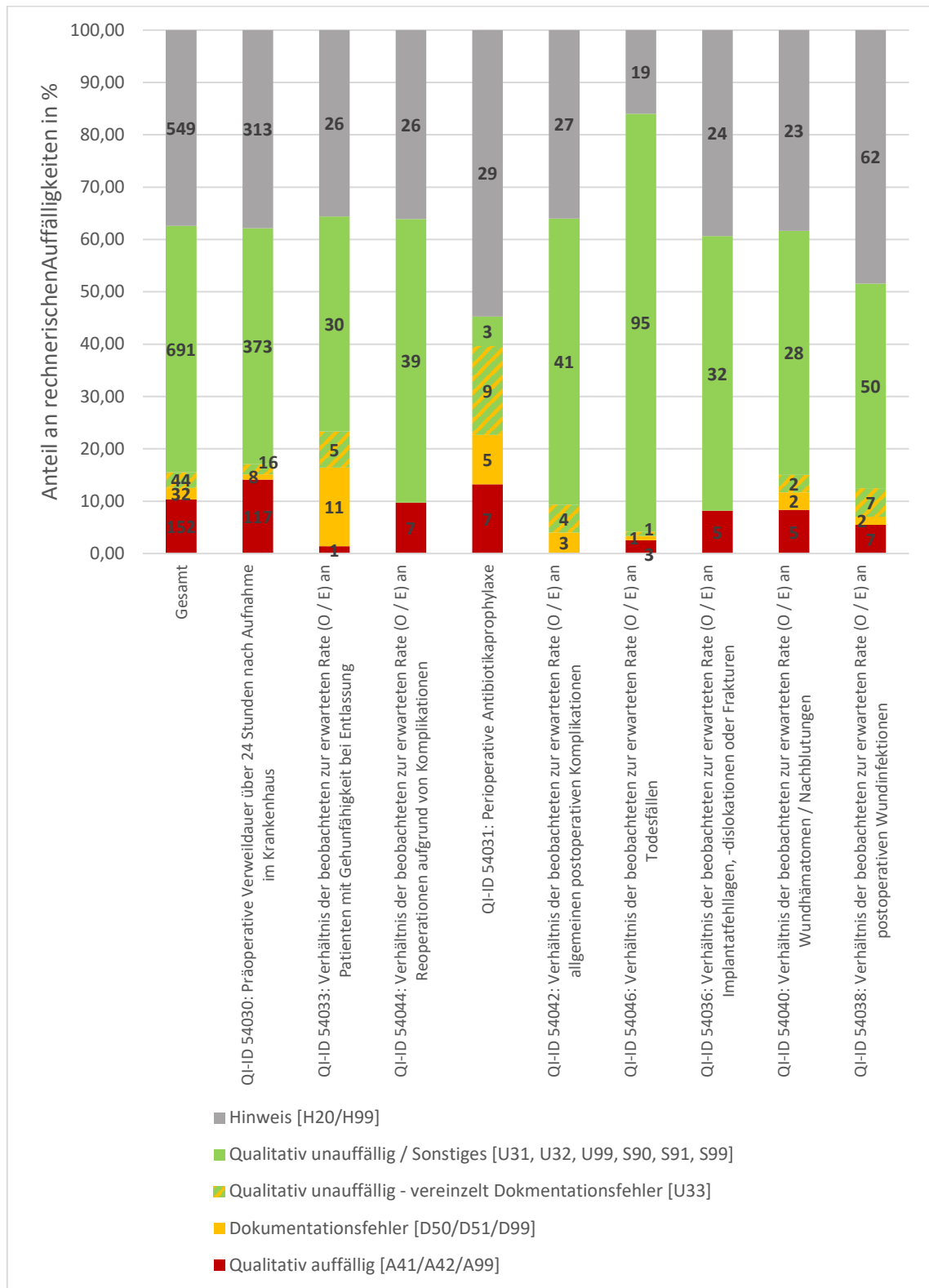


Abbildung 44: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

## Hüftendoprothesenversorgung

Im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* ist anhand der gelieferten Daten des Strukturierten Dialogs zu erkennen, dass die LQS ebenfalls sehr unterschiedlich mit rechnerischen Auffälligkeiten umgegangen sind. Insgesamt wurden zu 3.114 rechnerischen Auffälligkeiten in allen Bundesländern 3.088 Maßnahmen (Hinweise, Stellungnahmen und Sonstiges) eingeleitet. Bei 26 Ergebnissen fanden keine Maßnahmen statt, weil die auffällige Abteilung geschlossen wurde (21 Indikatorergebnisse „S90“) oder es sich um Einzelfälle handelte (5 Indikatorergebnisse „S90“). Zu 1.105 der 3.088 eingeleiteten Maßnahmen wurden Hinweise (35,5 %) verschickt und bei 1.982 (63,5 %) um Stellungnahmen gebeten. Sonstige Maßnahmen wurden nicht eingeleitet.

Weiterführende Maßnahmen (kollegiale Gespräche, Begehungen, Zielvereinbarungen) führten 7 LQS zu 360 rechnerischen Auffälligkeiten (11,8 % der rechnerischen Auffälligkeiten) durch. Die meisten der 53 kollegialen Gespräche fanden in Niedersachsen (21) und Berlin (12) statt. Begehungen erfolgten in keinem Bundesland. 5 Bundesländer haben mit auffälligen Krankenhausstandorten insgesamt 307 Zielvereinbarungen getroffen, die meisten davon in 2 Ländern (186 und 79).

Obwohl in einem Land die meisten rechnerisch auffälligen Ergebnisse verzeichnet wurden (n = 713), hat eine andere LQS (n = 519) anteilig die meisten Hinweise verschickt. Zu 80,7 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (Bundesdurchschnitt = 35,5 %) erhielten bayerische Kliniken Hinweise, vor allem bezüglich der Indikatoren „Sturzprophylaxe“ (QI-ID 54004) und „Präoperative Verweildauer über 48 Stunden“ (QI-ID 54003). Laut des bayerischen Berichts beschloss die LQS, nur Hinweise zum QI 54004 zu verschicken, da der Indikator zum EJ 2015 neu eingeführt wurde.

Die Bewertung „qualitativ unauffällig“ erfolgte bundesweit in 38,9 % der rechnerischen auffälligen Ergebnisse, vor allem aufgrund der Einstufung „Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“ (U32, n = 937, 30,1 %). 4 Bundesländer (66,7 %, 65,2 %, 58,7 % und 58,3 %) nahmen diese Einstufung innerhalb ihrer Strukturierten Dialoge am häufigsten vor.

Als „qualitativ auffällig“ wurden 273 (8,8 %) rechnerisch auffällige Krankenhausergebnisse bewertet. In 205 Fällen, verteilt über 14 Bundesländer, (6,6 %) gab es Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel (A41). Eine LQS nahm diese Einstufung bei 50 Krankenhausergebnissen (7 %) vor, eine bei 25 (10,9 %), eine bei 37 (12,3 %) und eine weitere bei 26 (16,9 %). Zu bundesweit 39 Ergebnissen (1,3 %) nannten die Krankenhäuser keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten (A42) und bei 29 (0,9 %) wurden sonstige Gründe (A99) angegeben.

Eine fehlerhafte Dokumentation (D50, D51, D99) lag bei 422 von 3.114 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (13,6 %) vor. Die Kategorie Sonstiges (S90, S91, S99) wurde 102 Mal (3,4 %) ausgewählt.

Genauere Angaben zu den Gründen der rechnerischen Auffälligkeiten, warum die Bewertung „qualitativ auffällig“ vorgenommen wurde und was die weiterführenden Maßnahmen beinhalten, kann nur teilweise den Länderberichten entnommen werden. Einige LQS äußerten sich jedoch in ihren Berichten zu den Ursachen der rechnerischen Auffälligkeiten, beispielsweise im QI

54003 „Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“. Die Kliniken begründeten ihre rechnerische Auffälligkeit – ähnlich wie beim äquivalenten Indikator im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* – beispielsweise mit der präoperativen Einnahme eines Medikaments zur Hemmung der Blutgerinnung, dem Fehlen von OP-Teams am Wochenende oder fehlender OP-Kapazitäten wegen anderer Notfälle.

Außerdem traten auch Dokumentationsprobleme bzw. -fehler auf. Zielvereinbarungen umfassten beispielsweise die Verbesserung von notwendigen Strukturen oder das Verlegen von Patientinnen und Patienten in andere Kliniken, falls eine zeitnahe Operation nicht möglich ist. Eine LQS verwies die auffälligen Krankenhausstandorte nochmals auf die vom IQTIG bereitgestellte Literatur zum Umgang mit Antikoagulantien und auf die S2e-Leitlinie „Schenkelhalsfraktur des Erwachsenen“.

Der Qualitätsindikator „Sturzprophylaxe“ (QI-ID 54004) wurde in den Länderberichten ebenfalls etwas ausführlicher dargestellt. Die häufigste Ursache für rechnerische Auffälligkeiten stellten Dokumentationsprobleme dar, da die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe zwar durchgeführt, jedoch nicht im QS-Bogen dokumentiert wurden. Als „qualitativ auffällig“ bewertet wurden unter anderem Kliniken, die die Sturzprophylaxe nicht anhand von Expertenstandards, beziehungsweise tatsächlich nicht adäquat durchgeführt haben oder Kliniken, bei denen Struktur- und Prozessmängel festgestellt wurden. Bei den meisten rechnerisch auffälligen Kliniken lagen jedoch keine „qualitativen Auffälligkeiten“ vor. Darüber hinaus hat eine LQS darauf aufmerksam gemacht, dass sie nur Hinweise an rechnerisch auffällige Krankenhäuser verschickt und keine Stellungnahmen angefordert hat, da dieser Indikator im EJ 2015 zum ersten Mal erhoben wurde.

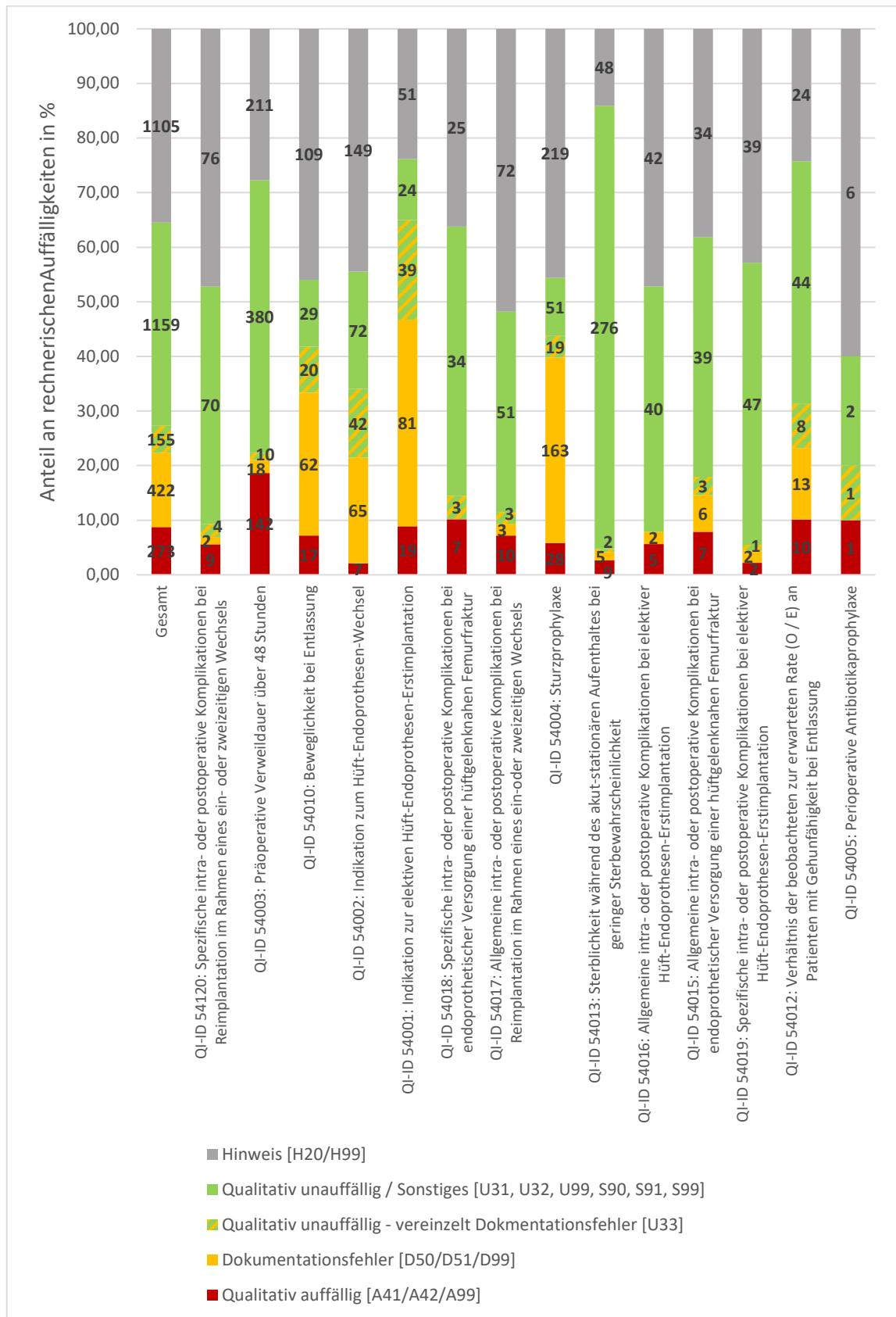


Abbildung 45: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Hüftendoprothesenversorgung

## Knieendoprothesenversorgung

Im QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* ist anhand der gelieferten Daten des Strukturierten Dialogs ebenfalls ein sehr heterogener Umgang der Landesgeschäftsstellen mit rechnerischen Auffälligkeiten zu erkennen.

Insgesamt wurden zu 1.397 rechnerischen Auffälligkeiten in allen Bundesländern 1.379 Maßnahmen (Hinweise, Stellungnahmen und Sonstiges) (98,6 %) eingeleitet. Zu 18 Ergebnissen (1,2 %) sind keine Maßnahmen eingeleitet worden, da die auffällige Abteilung geschlossen wurde (9 Indikatorergebnisse) oder es sich um Einzelfälle handelte (9 Indikatorergebnisse). Von den 1.379 eingeleiteten Maßnahmen waren 635 Hinweise (45,5 %) und 744 (53,1 %) Stellungnahmen. Sonstige Maßnahmen fanden nicht statt.

Weiterführende Maßnahmen (kollegiale Gespräche, Begehungen, Zielvereinbarungen) wurden von 4 LQS zu 149 rechnerischen Auffälligkeiten (10,1 % der rechnerischen Auffälligkeiten) eingeleitet. Die 10 kollegialen Gespräche fanden in 3 Bundesländern statt. Keine LQS führte Begehungen durch. 4 Bundesländer haben mit auffälligen Krankenhausstandorten insgesamt 139 Zielvereinbarungen getroffen.

Die Bewertung „qualitativ unauffällig“ erfolgte bundesweit in 382 Fällen (27,4 %) der rechnerischen Auffälligkeiten, vor allem aufgrund der Einstufung „Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle“ (U32, n = 212, 15,2 %). 3 Bundesländer (56,5 %, 42,1 % und 40,7 %) nahmen diese Einstufung innerhalb ihrer Strukturierten Dialoge am häufigsten vor.

Als „qualitativ auffällig“ wurden 84 (5,9 %) rechnerisch auffällige Krankenhausergebnisse bewertet. In 45 Fällen (3,2 %), verteilt auf neun Bundesländer, gab es Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel (A41). Zu bundesweit 23 Ergebnissen (1,6 %) nannten die Krankenhäuser keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten (A42) und bei 16 (1,1 %) wurden sonstige Gründe angegeben.

Eine fehlerhafte Dokumentation (D50, D51, D99) lag bei 271 von 1.397 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (19,5 %) vor. Die Kategorie Sonstiges (S90, S91, S99) wurde 27-mal (2,0 %) ausgewählt.

Genauere Angaben zu den Gründen der rechnerischen Auffälligkeiten, warum die Bewertung „qualitativ auffällig“ vorgenommen wurde und was die weiterführenden Maßnahmen beinhalten, kann nur teilweise den SD-Berichten entnommen werden.

Allgemein gaben die meisten LQS in ihren Berichten jedoch die Rückmeldung, dass in diesem QS-Verfahren anteilig mehr Dokumentationsprobleme auftraten, als in den QS-Verfahren *Hüftendoprothesenwechsel* oder *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*. Betroffen waren vor allem die Indikatoren „Indikation zum Knie-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ (QI-ID 54022, n = 122), „Indikation zur Schlittenprothese“ (QI-ID 54021, n = 60) und „Indikation zur Knie-Totalendoprothese“ (QI-ID: 54020, n = 44).

Rechnerische Auffälligkeiten beim QI 54022 traten in zwei Bundesländern auf, wenn bei zweizeitigen Wechseln nicht die Indikation der Explantation –meist eine Infektion– dokumentiert wurde, sondern fälschlicherweise die Indikationskriterien der Re-Implantation. Das führt dazu,

dass die primäre Ursache zum Wechsel – hier die Infektion – nicht dokumentiert wird und der Standort möglicherweise auffällig wird. Allerdings wird im Datenfeld bereits mit dem Zusatz „... vor Prothesenexplantation“ auf die korrekte Dokumentation hingewiesen.

Rechnerische Auffälligkeiten bei der Indikation zur Schlittenprothese (QI-ID 54021) entstanden beispielsweise, wenn verantwortliche Mitarbeiter der Kliniken Operationen mit bikondylären Prothesen als Schlittenprothese dokumentierten, obwohl im entsprechendem Spezifikationsfeld nur unikondyläre Schlittenprothesen hätten dokumentiert werden sollen. Das Datenfeld wurde bereits für die Spezifikation 2016 konkretisiert, sodass hier zukünftig weniger Dokumentationsfehler erwartet werden. Falsche Angaben zum Kellgren-Lawrence-Score verursachten in einem Bundesland rechnerische Auffälligkeiten bei der Indikation zur Knie-Totalendoprothese (QI-ID 54020).

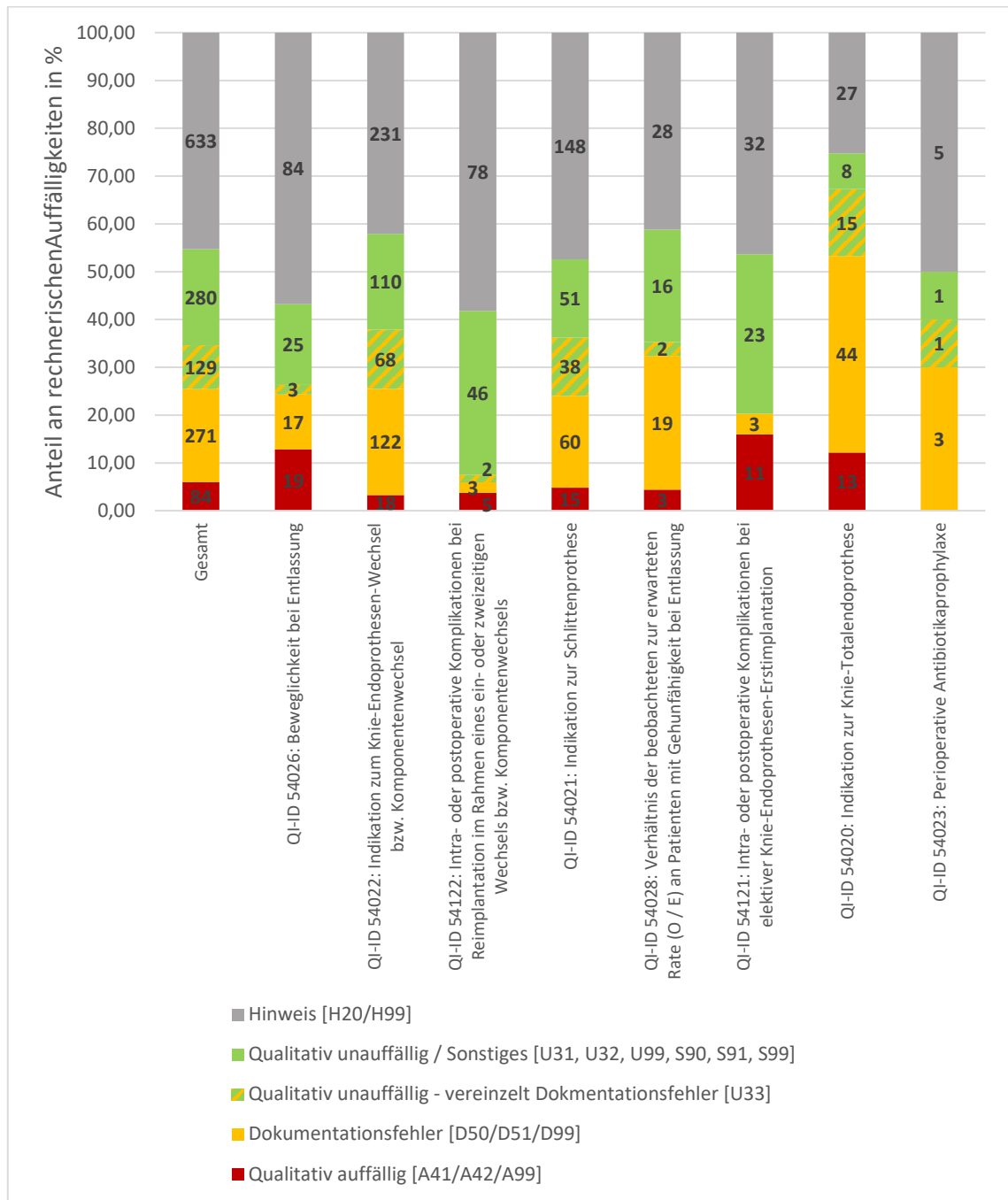


Abbildung 46: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung

#### 4.2.11 Pflege

Verfahrensmanagement: Kathrin Rickert, Cristina Thole

- QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*

Über alle Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für das QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* hinweg fällt auf, dass die durchgeführten Maßnahmen und die Bewertung der Ergebnisse zwischen den einzelnen Bundesländern stark variieren. So wurden beispielweise an insgesamt 95 Krankenhausstandorte Hinweise versendet, wovon 92 Hinweise in zwei Bundesländern versendet wurden. Dieses unterschiedliche Vorgehen auf Landesebene muss bei der Interpretation der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs berücksichtigt werden.

Zudem fällt für dieses Verfahren der hohe Anteil an Dokumentationsfehlern auf. Hier gilt es Maßnahmen zur Verbesserung durchzuführen. Wie oben bereits erwähnt, wurde den betroffenen Standorten bereits im Rahmen des Strukturierten Dialogs die Durchführung von Schulungsmaßnahmen empfohlen.

**QI-ID 52010: „Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“**

Für diesen Indikator wurde 209-mal häufiger die Bewertung qualitativ unauffällig (U31, U32, U99) vergeben. Die Entstehung des hier betrachteten Dekubitus Grad/Kategorie 4 wird demnach oft nicht in der Verantwortung des jeweiligen Standorts gesehen. Weitere Ausführungen, weshalb hier die Bewertung qualitativ unauffällig vergeben wurde, sind den Berichten der Länder nicht zu entnehmen. Da es sich bei einem Dekubitus Grad/Kategorie 4 allerdings um ein sehr kritisches Ereignis handelt, sollte auch weiterhin jeder aufgetretene Fall betrachtet werden.

Zudem fällt auf, dass eine hohe Anzahl an Hinweisen versendet wurde (n = 91 von 612 rechnerischen Auffälligkeiten). Hier stellt sich die Frage nach der Begründung, da die QSKH-RL vorgibt, dass bei Sentinel-Event-Indikatoren jeder Standort mit einem Ereignis eine Stellungnahme abgeben sollte.

**QI-ID 52009: „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“**

Dieser Indikator weist eine verhältnismäßig hohe Spezifität auf: 41,9 % (n = 39) der Standorte, die als rechnerisch auffällig identifiziert wurden, wurden im Ergebnis des Strukturierten Dialogs auch als qualitativ auffällig beurteilt.



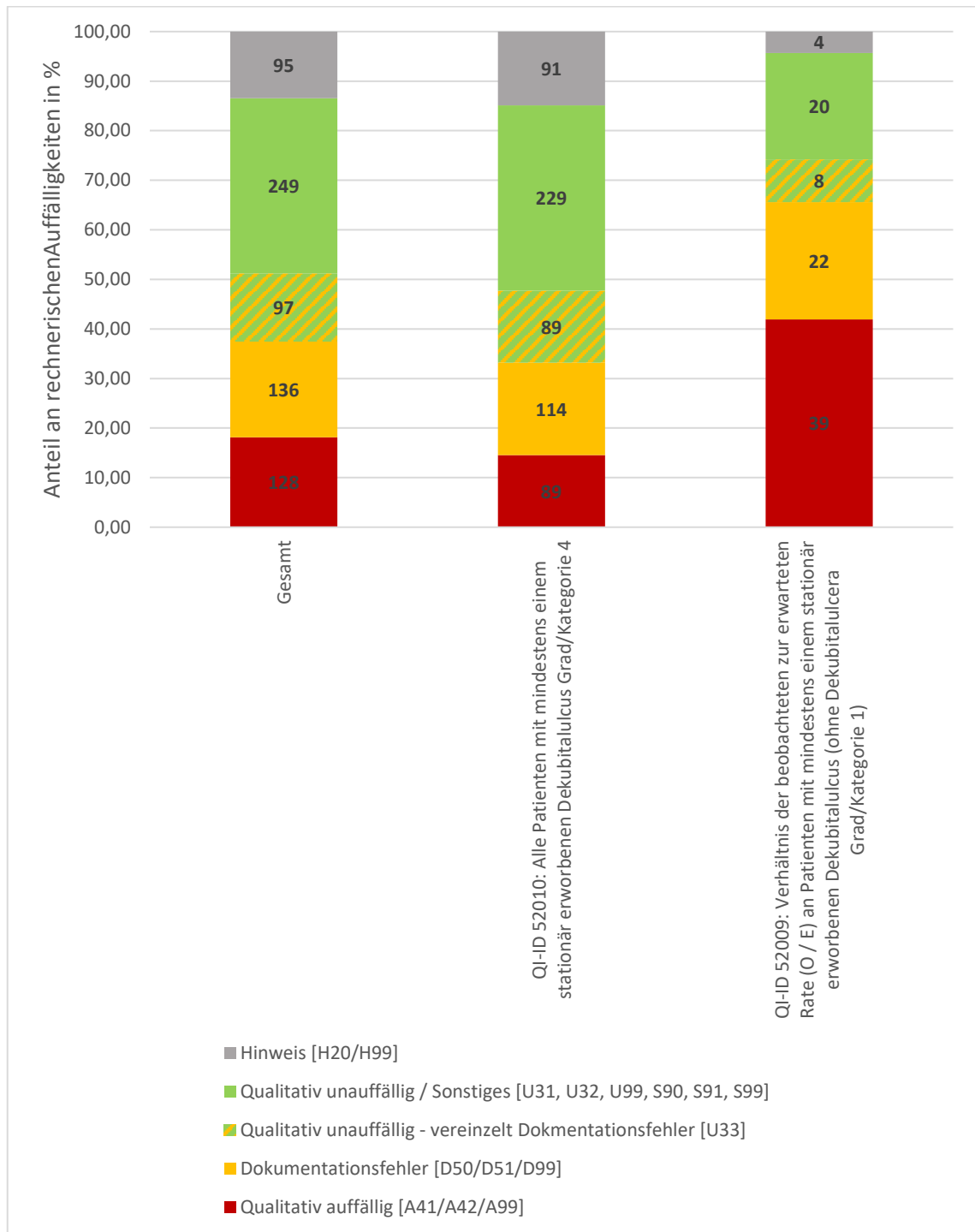


Abbildung 47: Bewertungen der rechnerischen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Strukturierten Dialogs im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe

## 5 Fazit

Der Strukturierte Dialog zum Erfassungsjahr 2015 wurde im letzten Jahr unverändert nach der bestehenden Methodik nach der QSKH-RL des G-BA geführt. Unterdessen ist das IQTIG dabei, den Strukturierten Dialog weiterzuentwickeln, um beispielsweise eine einheitlichere Herangehensweise insbesondere an die Bewertungen im Strukturierten Dialog zu ermöglichen.

Die Mitarbeit vonseiten der beteiligten Krankenhausstandorte, wie auch die Arbeit der Fachexpertinnen und -experten auf Landes- und Bundesebene und der Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung sind positiv hervorzuheben. Dank guter Kooperation aller Beteiligten konnte der Prozess bundesweit fristgerecht abgeschlossen werden.

Erneut bestätigte sich auch für dieses Erfassungsjahr, dass der direkte Kontakt zu den Krankenhäusern im kollegialen Gespräch oder während einer Begehung die effektivste, allerdings auch die ressourcenintensivste Maßnahme im Strukturierten Dialog ist.

Der fachliche Austausch zwischen den Krankenhäusern und den Fachexpertinnen und -experten der verschiedenen Gremien auf Landes- und Bundesebene bei unterschiedlichen Veranstaltungen wird sehr begrüßt. Dieser findet auch bereits vermehrt im Rahmen verschiedener wissenschaftlicher Veranstaltungen statt und das IQTIG selbst ist an diesem Dialog und dieser Kooperation sehr interessiert. Nur so kann es mit seinen Bundesfachgruppen die QS-Verfahren praxisnah und sinnvoll weiterentwickeln.

Auf eine bundesweite Darstellung der Zahlen im Sinne von Zu- und Abnahmen rechnerischer und qualitativer Auffälligkeiten insgesamt wird in diesem Bericht bewusst verzichtet, da sowohl die einzelnen QS-Verfahren als auch die Prozessstruktur der für die Durchführung verantwortlichen Stellen erhebliche Unterschiede aufweisen, die das IQTIG zu der Annahme bewegen, dass eine simple Addition dieser Vorgänge wenig sinnvoll erscheint. Dennoch soll auch dieser Bericht weiterentwickelt werden, insbesondere im Hinblick auf geeignete grafische Darstellungen und informative Übersichtlichkeit.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Bericht zum Strukturierten Dialog 2016**

Erfassungsjahr 2015. Anhang

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Mai 2017

---

# Impressum

**Thema:**

Bericht zum Strukturierten Dialog 2016 – Erfassungsjahr 2015. Anhang

**Autorinnen und Autoren:**

Dr. F. große Deters, M. Dost, Dr. G. Heinze, A. Mertens

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

15. Mai 2017

**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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Redaktionelle Hinweise.....	6
Kommentare in den Kategorien „Sonstiges“ .....	8
Teil A: Ergebnisperspektive.....	10
1 Ergebnisse des Strukturierten Dialogs pro Qualitätsindikator .....	11
1.1 Karotis-Revaskularisation.....	11
1.2 Ambulant erworbene Pneumonie.....	13
1.3 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation .....	15
1.4 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel.....	16
1.5 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation .....	18
1.6 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation .....	19
1.7 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel .....	20
1.8 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation .....	21
1.9 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) .....	22
1.10 Koronarchirurgie, isoliert .....	24
1.11 Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch).....	25
1.12 Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt).....	26
1.13 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.....	27
1.14 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme.....	28
1.15 Lungen- und Herz-Lungentransplantation .....	30
1.16 Lebertransplantation .....	31
1.17 Leberlebendspende.....	32
1.18 Nierentransplantation.....	34
1.19 Nierenlebendspende.....	36
1.20 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) .....	38
1.21 Mammachirurgie.....	40
1.22 Geburtshilfe.....	41
1.23 Neonatologie.....	43
1.24 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung.....	45

1.25	Hüftendoprothesenversorgung .....	47
1.26	Knieendoprothesenversorgung .....	49
1.27	Pflege: Dekubitusprophylaxe .....	50
Teil B:	Verfahrensperspektive .....	51
2	Auswertung der Prozesse des Strukturierten Dialogs – Verfahrensanalyse .....	52
2.1	Karotis-Revaskularisation .....	54
2.1.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	54
2.1.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	55
2.2	Ambulant erworbene Pneumonie .....	57
2.2.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	57
2.2.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	58
2.3	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation .....	60
2.3.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	60
2.3.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	61
2.4	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel .....	63
2.4.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	63
2.4.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	64
2.5	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation .....	66
2.5.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	66
2.5.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	67
2.6	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation .....	69
2.6.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	69
2.6.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	70
2.7	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel .....	72
2.7.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	72
2.7.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	73
2.8	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation .....	75
2.8.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	75
2.8.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	76
2.9	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) .....	78
2.9.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	78
2.9.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	79

2.10	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) .....	81
2.10.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	81
2.10.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	82
2.11	Mammachirurgie.....	84
2.11.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	84
2.11.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	85
2.12	Geburtshilfe.....	87
2.12.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	87
2.12.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	88
2.13	Neonatologie.....	90
2.13.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	90
2.13.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	91
2.14	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung.....	93
2.14.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	93
2.14.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	94
2.15	Hüftendoprothesenversorgung .....	96
2.15.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	96
2.15.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	97
2.16	Knieendoprothesenversorgung .....	99
2.16.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	99
2.16.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	100
2.17	Pflege: Dekubitusprophylaxe .....	102
2.17.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	102
2.17.2	Ergebnisse pro Bundesland .....	103

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einstufungsschema für Rechnerische Auffälligkeiten nach Abschluss des Strukturierten Dialogs.....	6
---	---

## Redaktionelle Hinweise

Im vorliegenden Anhang zum Bericht werden die Ergebnisse und Maßnahmen des Strukturierten Dialogs des Erfassungsjahres 2015 ausführlich dargestellt.

Im Teil A – „Ergebnisperspektive“ werden für alle QS-Verfahren die Ergebnisse pro Qualitätsindikator in jeweils einer Tabelle ausgewiesen.

Im Teil B – „Verfahrensperspektive“ werden folgende Tabellen für die indirekten QS-Verfahren jeweils aufgeführt:

- Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland
- Ergebnisse pro Bundesland

Die Ergebnisse des QS-Verfahrens *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* werden aufgrund sehr geringer Fallzahlen immer kumuliert über zwei Jahre dargestellt. Die Darstellung erfolgt daher erst wieder für das Erfassungsjahr 2016.

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
		33	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)



Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
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	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

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.

## Kommentare in den Kategorien „Sonstiges“

Beispielhafte Auflistung der Kommentare in den Kategorien „Sonstiges“:

### **N99 – Bewertung nicht vorgesehen – Sonstiges (im Kommentar erläutert)**

- Wurde im Erfassungsjahr 2015 nicht vergeben

### **H99 – Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen – Sonstiges (im Kommentar erläutert)**

- Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe Leitfaden.
- Anwendung einer Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe Leitfaden.
- Spezielle Beobachtung + Aufforderung an das einrichtungsinterne QM zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit und das laufende Jahr.

### **U99 – Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig – Sonstiges (im Kommentar erläutert)**

- Standortproblematik – entlassender Standort nicht Leistungserbringer
- Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf Fehldokumentationen zurückzuführen ist. Die Fachgruppe bittet, verstärkt auf die Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten.
- Die präoperative Verweildauer über 24 Stunden ist bei den beschriebenen Fällen irrelevant.

### **A99 – Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig – Sonstiges (im Kommentar erläutert)**

- Sowohl Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität und begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.
- Die Fachgruppe hat die Einstufung A99 gewählt, weil die Klinik bei der Beantwortung nicht auf die Fragestellung des Indikators eingegangen ist. Die Fachgruppe weist darauf hin, dass bei möglichen zukünftigen Strukturierten Dialogen explizit auf die Fragestellung einzugehen ist.
- Für das Jahr 2015 wird von einem Prozessmangel ausgegangen. Der in 2016 erfolgte Chefarztwechsel sollte die Situation verbessern.

### **D99 – Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation – Sonstiges (im Kommentar erläutert)**

- PCI wurde nicht am entlassenen Standort durchgeführt. Die QS-Bögen werden aufgrund des QS-Filters dem entlassenden Standort zugeordnet. Die Klinik ist nicht Verursacher des Dokumentationsfehlers.

- Erhebliche systematische Auffälligkeit im Abgleich von QS-Dokumentation und Aktenlage. Hauptursachen der Fehldokumentation liegen in den Bereichen fehlerhafter Dekubitusklassifikation, Falscherfassung POA, Fehlinterpretation DFS u./o. pAVK als Dekubitus.
- systematische Fehldokumentation des neuen Indikators

**S99 – Sonstiges (im Kommentar erläutert)**

- Der Qualitätsindikator ist erstmalig in der Anwendung. Die rechnerische Auffälligkeit basiert (überwiegend) auf Dokumentationsmissverständnissen. Rechenregeln und Ausfüllhinweise werden überarbeitet.
- Die Fachgruppe Orthopädie/Traumatologie hat beschlossen, die Einstufung S99 vorzunehmen, weil die Veränderungen der bundesweiten Vorgaben im Vorfeld nicht ausreichend kommuniziert wurden.
- Fachabteilung aufgelöst

## **Teil A: Ergebnisperspektive**

# 1 Ergebnisse des Strukturierten Dialogs pro Qualitätsindikator

## 1.1 Karotis-Revaskularisation

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 11704: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch	583	48	9	5	3	1	9	0	3	22	0	0	25	1	0	0	1	0	0	1	1	12
QI-ID 11724: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch	583	39	4	4	2	0	6	0	1	18	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	14
QI-ID 51437: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	336	42	10	0	0	0	0	0	0	11	11	0	22	3	0	0	3	0	0	0	0	17
QI-ID 51443: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt	267	17	3	0	0	0	0	0	0	4	4	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	9
QI-ID 51865: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt	382	37	4	1	0	0	1	0	3	21	2	0	26	2	0	0	2	0	0	0	0	8

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 51873: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt	382	49	7	1	0	1	2	0	1	22	3	1	27	2	0	0	2	0	0	0	0	18
QI-ID 52240: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	70	22	0	4	0	0	4	0	0	16	0	1	17	0	0	0	0	0	0	1	1	0
QI-ID 603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	543	61	6	0	0	1	1	0	2	10	27	1	40	5	0	0	5	0	0	0	0	15
QI-ID 604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	532	32	1	0	0	0	0	0	0	3	11	0	14	1	0	0	1	0	0	0	0	17
<b>Gesamt</b>	-	347	44	15	5	3	23	0	10	127	58	3	198	14	0	0	14	0	0	2	2	110

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.2 Ambulant erworbene Pneumonie

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 2005: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	1465	152	65	14	2	3	19	6	6	18	14	4	42	28	1	0	29	1	0	5	6	56
QI-ID 2009: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	1443	170	73	29	5	5	39	7	19	37	7	2	65	5	1	0	6	2	1	3	6	54
QI-ID 2012: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	1345	217	73	7	1	3	11	2	1	20	15	2	38	13	0	0	13	1	0	4	5	150
QI-ID 2013: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	1418	292	151	17	7	4	28	8	7	36	24	5	72	26	0	0	26	0	0	6	6	160
QI-ID 2015: Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme	1443	82	31	5	0	1	6	1	6	7	9	0	22	13	0	0	13	0	0	1	1	40
QI-ID 2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	1428	333	188	70	8	6	84	24	8	32	26	5	71	47	3	2	52	2	0	10	12	114
QI-ID 2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	1414	190	84	7	10	2	19	4	0	14	18	0	32	51	2	0	53	2	0	2	4	82

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	1464	356	252	84	9	6	99	39	12	28	34	6	80	58	3	1	62	0	2	14	16	99
QI-ID 50778: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	1465	89	0	2	2	0	4	0	17	32	6	2	57	4	0	0	4	0	0	5	5	19
<b>Gesamt</b>	-	1881	917	235	44	30	309	91	76	224	153	26	479	245	10	3	258	8	3	50	61	774

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015



### 1.3 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 1103: Chirurgische Komplikationen	1123	179	53	13	3	0	16	2	0	68	2	0	70	0	0	0	0	2	0	0	2	91
QI-ID 51191: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	1123	71	9	0	0	1	1	0	4	38	0	0	42	0	0	0	0	0	0	4	4	24
QI-ID 52128: Eingriffsdauer	1122	105	34	25	3	0	28	7	5	16	1	0	22	3	0	0	3	0	0	0	0	52
QI-ID 52305: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	1122	83	25	11	1	1	13	0	4	10	2	1	17	7	0	0	7	0	0	1	1	45
QI-ID 52311: Sondendislokation oder -dysfunktion	1123	229	106	56	9	1	66	11	4	71	2	0	77	1	0	0	1	1	0	2	3	82
QI-ID 54139: Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	1121	104	0	5	2	1	8	0	2	5	9	11	27	19	1	3	23	1	1	0	2	44
QI-ID 54140: Leitlinienkonforme Systemwahl	1119	57	0	1	0	0	1	0	3	15	3	0	21	5	0	0	5	1	0	1	2	28
<b>Gesamt</b>	-	828	227	111	18	4	133	20	22	223	19	12	276	35	1	3	39	5	1	8	14	366

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.4 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 1092: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Einkammersystem (AAI, VVI)	806	18	2	1	1	0	2	0	1	11	3	1	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 1093: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	947	66	12	0	2	0	2	0	7	41	9	2	59	3	0	0	3	0	0	1	1	1
QI-ID 1096: Chirurgische Komplikationen	984	25	2	1	0	0	1	0	0	6	0	0	6	0	0	0	0	1	0	0	1	17
QI-ID 11484: Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats	984	99	38	7	3	1	11	2	0	6	12	1	19	12	0	2	14	3	0	1	4	51
QI-ID 210: Eingriffsdauer bis 45 Minuten	984	19	4	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	1	0	0	1	1	0	0	1	14
QI-ID 480: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)	806	47	4	0	0	0	0	0	1	8	1	0	10	0	0	0	0	2	0	0	2	35
QI-ID 481: Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	947	8	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	6
QI-ID 51398: Sterblichkeit im Krankenhaus	984	33	1	0	0	0	0	0	1	32	0	0	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	H20 + H99
QI-ID 52307: Qualitätsindex zur Durchführung intra-operativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	1023	204	84	30	4	4	38	8	5	32	20	0	57	18	0	0	18	0	0	2	2	89
<b>Gesamt</b>	-	519	149	39	10	5	54	10	16	139	45	4	204	34	0	2	36	8	0	4	12	213

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.5 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 1089: Chirurgische Komplikationen	945	70	8	2	0	0	2	0	2	24	2	0	28	1	0	0	1	1	0	0	1	38
QI-ID 51404: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	945	32	1	0	1	0	1	0	0	17	0	0	17	0	0	0	0	0	0	1	1	13
QI-ID 51987: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	1030	56	7	2	0	0	2	0	1	17	6	0	24	3	1	0	4	0	0	0	0	26
QI-ID 51988: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	1130	168	46	43	6	2	51	8	6	43	1	0	50	0	1	1	2	0	0	3	3	62
QI-ID 51994: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	1130	71	10	2	1	0	3	0	1	21	2	0	24	3	0	0	3	1	0	0	1	40
QI-ID 52315: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	897	47	11	1	0	0	1	0	0	21	1	0	22	0	1	0	1	0	0	0	0	23
<b>Gesamt</b>	-	444	83	50	8	2	60	8	10	143	12	0	165	7	3	1	11	2	0	4	6	202

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.6 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 50004: Leitlinienkonforme Indikation	751	127	52	7	4	2	13	2	1	19	13	1	34	21	0	0	21	1	0	0	1	58
QI-ID 50005: Leitlinienkonforme Systemwahl	751	98	26	4	1	2	7	0	0	7	10	1	18	19	0	0	19	1	0	0	1	53
QI-ID 50017: Chirurgische Komplikationen	751	86	26	2	2	0	4	0	1	42	0	0	43	0	0	0	0	0	0	0	0	39
QI-ID 51186: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	751	39	5	0	2	1	3	0	1	20	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	15
QI-ID 52129: Eingriffsdauer	749	55	19	5	2	0	7	2	3	11	3	1	18	3	0	0	3	0	0	0	0	27
QI-ID 52316: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	755	49	13	3	2	1	6	0	0	7	3	0	10	3	0	2	5	0	0	0	0	28
QI-ID 52325: Sondendislokation oder -dysfunktion	749	56	14	6	1	0	7	1	0	16	1	0	17	1	0	0	1	1	0	0	1	30
<b>Gesamt</b>	-	510	155	27	14	6	47	5	6	122	30	3	161	47	0	2	49	3	0	0	3	250

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.7 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 50025: Eingriffsdauer bis 60 Minuten	669	22	6	0	1	0	1	0	1	5	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	15
QI-ID 50030: Chirurgische Komplikationen	669	15	3	0	0	0	0	0	0	8	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	7
QI-ID 50031: Sterblichkeit im Krankenhaus	669	21	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	20	0	0	0	0	0	0	1	1	0
QI-ID 52321: Qualitätsindex zur Durchführung intra-operativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	721	87	31	10	0	2	12	2	0	15	12	1	28	7	1	0	8	0	0	3	3	36
<b>Gesamt</b>	-	145	40	10	1	2	13	2	1	48	12	1	62	7	1	0	8	0	0	4	4	58

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.8 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 50041: Chirurgische Komplikationen	612	53	9	4	2	0	6	0	4	15	1	0	20	0	0	0	0	1	0	0	1	26
QI-ID 51196: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	612	26	3	0	0	0	0	0	1	15	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	10
QI-ID 52001: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	778	126	50	23	2	0	25	4	2	55	0	3	60	1	1	0	2	0	0	0	0	39
QI-ID 52002: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	778	29	2	2	1	0	3	0	1	8	1	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	16
QI-ID 52324: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	574	25	3	0	0	0	0	0	0	8	0	0	8	1	1	0	2	2	0	0	2	13
QI-ID 52328: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	778	30	5	0	0	0	0	0	4	11	2	0	17	1	0	0	1	1	0	0	1	11
<b>Gesamt</b>	-	289	72	29	5	0	34	4	12	112	4	3	131	3	2	0	5	4	0	0	4	115

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.9 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 12773: Fehlende Dokumentation des Dosisflächenprodukts	1048	131	48	7	0	2	9	2	1	2	26	1	30	22	6	2	30	0	0	1	1	61
QI-ID 12774: Isolierte Koronarangiographien mit Dosisflächenprodukt über 3.500 cGy*cm <sup>2</sup>	1013	58	14	6	1	0	7	1	6	9	1	2	18	4	2	2	8	0	0	4	4	21
QI-ID 12775: Isolierte PCI mit Dosisflächenprodukt über 6.000 cGy*cm <sup>2</sup>	607	36	7	1	1	0	2	0	6	5	2	1	14	3	0	1	4	0	1	1	2	14
QI-ID 2311: Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz	1048	40	6	2	0	5	7	0	0	0	3	1	4	12	1	1	14	0	0	0	0	15
QI-ID 50749: Einzeitig-PCI mit Dosisflächenprodukt über 8.000 cGy*cm <sup>2</sup>	865	66	15	14	2	0	16	3	9	5	1	1	16	4	1	1	6	0	0	1	1	27
QI-ID 51405: Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml	1035	71	24	3	2	0	5	0	4	7	0	1	12	3	1	1	5	0	0	1	1	48
QI-ID 51406: Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml	612	52	10	2	0	0	2	0	3	3	0	0	6	2	0	0	2	0	0	0	0	42
QI-ID 51407: Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml	870	80	21	8	1	0	9	1	5	11	2	1	19	0	0	0	0	0	0	1	1	51



Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 52331: Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	931	93	27	8	5	2	15	4	5	15	4	2	26	11	0	0	11	0	0	2	2	39
QI-ID 52332: Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h"	713	60	6	2	2	1	5	0	1	12	10	1	24	5	1	0	6	0	0	3	3	22
QI-ID 52333: Erreichen des Interventionsziels bei PCI ohne Herzinfarkt	817	57	13	1	0	0	1	0	2	15	1	1	19	3	1	0	4	1	0	0	1	32
QI-ID 52341: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie	1030	68	11	0	3	0	3	0	0	32	1	3	36	1	0	1	2	0	0	2	2	25
QI-ID 52342: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI	878	65	9	2	3	0	5	0	1	31	0	6	38	0	0	1	1	0	0	3	3	18
QI-ID 52524: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an MACCE bei isolierter Koronarangiographie	1030	71	0	1	2	0	3	0	0	30	3	2	35	1	1	0	2	0	0	2	2	29
QI-ID 52529: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an MACCE bei PCI	878	68	0	2	3	0	5	0	1	30	6	1	38	1	1	2	4	0	0	3	3	18
<b>Gesamt</b>	-	1016	211	59	25	10	94	11	44	207	60	24	335	72	15	12	99	1	1	24	26	462

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.10 Koronarchirurgie, isoliert

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 11617: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	89	10	5	4	0	0	4	3	0	6	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 2257: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	88	4	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0
QI-ID 2259: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	89	5	3	0	0	0	0	0	0	5	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 332: Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	89	8	1	0	0	0	0	0	0	7	1	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	-	27	10	6	0	0	6	3	0	18	1	0	19	2	0	0	2	0	0	0	0	0

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

### 1.11 Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 12092: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	88	9	3	0	0	0	0	0	0	9	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 2280: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	85	3	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0
QI-ID 2282: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	87	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 52006: Intraprozedurale Komplikationen	88	3	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	-	18	5	0	0	0	0	0	0	16	1	0	17	1	0	0	1	0	0	0	0	0

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.12 Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 12001: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	104	5	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 12168: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	104	7	1	1	0	0	1	0	0	6	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 51914: Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I	104	27	20	7	1	14	22	16	0	1	2	0	3	1	0	0	1	0	0	1	1	0
QI-ID 51916: Intraprozedurale Komplikationen	104	8	1	3	0	0	3	0	0	3	0	0	3	2	0	0	2	0	0	0	0	0
QI-ID 52007: Gefäßkomplikationen	104	6	0	1	0	0	1	0	0	4	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	-	53	22	12	1	14	27	16	0	19	3	0	22	3	0	0	3	0	0	1	1	0

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

### 1.13 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 12193: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	82	10	2	3	0	0	3	1	0	6	0	0	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0
QI-ID 2284: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	82	3	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0
QI-ID 2286: Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	83	3	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	-	16	4	3	0	0	3	1	0	11	0	0	11	1	1	0	2	0	0	0	0	0

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.14 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme

### Herztransplantation (HTXM-TX)

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 2157: Sterblichkeit im Krankenhaus	22	9	3	1	0	2	3	2	0	5	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 12539: Unbekannter Überlebensstatus 30 Tage postoperativ	22	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)	22	11	7	1	0	1	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	8	0
QI-ID 51631: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	23	12	6	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	11	0
QI-ID 51633: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	22	6	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	5	0
<b>Gesamt</b>	-	38	18	3	0	3	6	2	0	7	0	1	8	0	0	0	0	0	0	24	24	0

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM-MKU)

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 52381: Indikation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	47	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	36	0
QI-ID 52382: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines LVAD	46	17	0	3	0	1	4	0	0	12	0	1	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 52385: Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	46	5	0	1	0	1	2	0	0	1	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 52391: Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	46	8	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	6	6	0
<b>Gesamt</b>	-	66	0	4	0	2	6	0	0	14	3	1	18	0	0	0	0	0	0	42	42	0

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.15 Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 2155: Sterblichkeit im Krankenhaus	16	8	3	1	0	0	1	1	0	7	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 51636: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	16	4	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0
QI-ID 51639: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	16	6	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4	4	0
QI-ID 51641: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	15	7	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	5	0
<b>Gesamt</b>	-	25	9	2	0	1	3	1	0	11	0	0	11	0	0	0	0	0	0	11	11	0

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015



## 1.16 Lebertransplantation

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 2096: Sterblichkeit im Krankenhaus	23	3	1	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 2097: Tod durch operative Komplikationen	23	2	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 2133: Postoperative Verweildauer	23	8	4	2	0	0	2	1	0	6	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 51596: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	23	5	1	3	0	0	3	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
QI-ID 51599: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	24	5	1	1	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
QI-ID 51602: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	24	3	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
<b>Gesamt</b>	-	26	10	12	0	2	14	1	0	8	0	0	8	1	0	0	1	0	0	3	3	0

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.17 Leberlebenspende

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 12609: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (1 Jahr nach Leberlebenspende)	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 12617: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (3 Jahre nach Leberlebenspende)	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 2125: Sterblichkeit im Krankenhaus	11	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	11	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	11	2	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 51603: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	12	1	0	1	0	0	1	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 Leberlebenspende erforderlich	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 51604: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	8	4	2	0	0	1	1	1	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID: 12308: Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (2 Jahre nach Leberlebenspende)	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 51605: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	10	3	1	1	0	1	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID: 12577: Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	-	12	4	2	0	2	4	2	0	2	6	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.18 Nierentransplantation

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 12809: Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	39	3	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 2171: Sterblichkeit im Krankenhaus	38	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 2184: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	38	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 2185: Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	38	6	2	0	0	0	0	0	0	5	1	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 2188: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende	38	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID: 2189: Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende	38	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	38	7	3	3	0	1	4	3	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 51560: 1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	40	6	1	0	0	0	0	0	0	2	3	0	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 51561: 2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	38	9	1	0	0	2	2	1	0	1	4	0	5	0	1	0	1	0	0	1	1	0
QI-ID 51562: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	39	3	1	1	0	0	1	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	-	38	8	5	0	3	8	5	0	16	10	1	27	1	1	0	2	0	0	1	1	0

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.19 Nierenlebenspende

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 12636: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende)	37	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 12640: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebenspende)	38	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 12644: Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)	37	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 2137: Sterblichkeit im Krankenhaus	38	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	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen	38	5	0	1	0	0	1	0	0	4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 51568: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	38	13	3	0	0	3	3	0	0	0	10	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 51569: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	39	12	6	0	0	5	5	2	0	0	7	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	H20 + H99
QI-ID 51570: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	38	12	6	0	0	4	4	1	0	0	7	0	7	0	0	0	0	0	0	1	1	0
QI-ID 51997: Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	38	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 51998: Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	38	3	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 51999: Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende	35	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	-	54	17	1	0	12	13	3	0	11	29	0	40	0	0	0	0	0	0	1	1	0

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.20 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	893	176	67	5	1	0	6	0	4	65	22	2	93	14	0	0	14	2	0	2	4	59
QI-ID 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebentfernung	967	97	17	9	4	1	14	0	1	22	17	1	41	12	0	0	12	0	0	0	0	30
QI-ID 51418: Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	1072	181	45	2	2	0	4	1	7	99	36	4	146	6	0	0	6	0	1	0	1	24
QI-ID 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	1099	42	9	1	1	0	2	0	3	20	10	0	33	1	0	0	1	1	0	0	1	5
QI-ID 51907: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund	893	190	35	4	1	0	5	0	2	29	19	0	50	23	0	0	23	1	0	3	4	108
QI-ID 52283: Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	1120	151	57	5	4	0	9	0	5	29	8	0	42	17	0	0	17	3	0	1	4	79
QI-ID 52535: Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre	168	53	0	0	0	0	0	0	9	34	7	0	50	3	0	0	3	0	0	0	0	0



Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges			Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
QI-ID 612: Organerhaltung bei Ovarieingriffen	998	95	20	3	2	0	5	0	1	28	3	1	33	1	0	0	1	0	0	0	0	56
<b>Gesamt</b>	-	985	250	29	15	1	45	1	32	326	122	8	488	77	0	0	77	7	1	6	14	361

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.21 Mammachirurgie

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS	539	10	0	0	0	0	0	0	0	7	3	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QI-ID 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	509	112	27	6	2	2	10	1	3	52	3	0	58	2	0	0	2	0	0	0	0	42
QI-ID 51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	756	99	41	8	1	0	9	2	0	20	0	0	20	5	0	0	5	2	0	0	2	63
QI-ID 51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	806	144	63	21	3	0	24	5	3	53	2	1	59	7	0	0	7	0	0	1	1	53
QI-ID 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	710	176	42	25	4	1	30	5	7	67	6	4	84	7	1	0	8	1	1	2	4	50
QI-ID 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	574	299	36	29	10	6	45	6	3	33	35	10	81	42	0	0	42	0	0	1	1	130
QI-ID 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	574	92	35	6	4	2	12	2	0	13	11	1	25	18	0	0	18	0	0	0	0	37
<b>Gesamt</b>	-	932	244	95	24	11	130	21	16	245	60	16	337	81	1	0	82	3	1	4	8	375

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.22 Geburtshilfe

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	703	33	8	4	0	2	6	0	1	6	11	1	19	7	0	1	8	0	0	0	0	0
QI-ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	567	179	70	4	4	0	8	1	12	70	31	4	117	15	0	0	15	0	1	0	1	38
QI-ID 319: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebend geborenen Einlingen	752	20	3	4	0	0	4	0	0	1	2	2	5	4	0	0	4	1	0	1	2	5
QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	315	91	29	2	1	0	3	0	0	8	27	5	40	27	0	0	27	0	0	0	0	21
QI-ID 331: Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung	752	20	1	1	0	0	1	0	1	15	0	0	16	1	0	1	2	0	0	1	1	0
QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	747	24	13	3	1	0	4	3	1	1	2	1	5	6	0	0	6	1	1	1	3	6
QI-ID 51181: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	743	35	7	3	2	0	5	1	0	2	1	0	3	1	0	0	1	1	0	1	2	24

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges			Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99		Gesamt
QI-ID 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	747	33	9	6	1	1	8	0	1	8	1	0	10	1	0	0	1	0	2	4	6	8
QI-ID 51831: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	735	38	1	2	1	0	3	0	0	18	1	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	16
QI-ID 52249: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten	752	78	2	7	9	2	18	2	12	4	0	5	21	2	0	0	2	2	0	1	3	34
<b>Gesamt</b>	-	551	143	36	19	5	60	7	28	133	76	18	255	64	0	2	66	5	4	9	18	152

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.23 Neonatologie

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99	
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt		
QI-ID 50048: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)	527	25	3	3	0	0	3	0	0	10	5	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
QI-ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1.000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	477	21	4	1	0	0	1	1	0	9	4	0	13	1	0	0	1	0	0	4	4	4	2
QI-ID 50061: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1.000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	477	24	4	1	0	1	2	0	0	9	3	0	12	1	0	0	1	0	0	0	0	0	9
QI-ID 50062: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)	373	24	7	1	1	1	3	1	2	17	0	0	19	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
QI-ID 50063: Durchführung eines Hörtests	469	85	41	5	0	0	5	2	5	8	12	2	27	6	1	2	9	0	0	1	1	1	43
QI-ID 50064: Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad	485	25	5	7	1	0	8	2	1	3	2	0	6	1	1	0	2	0	0	1	1	1	8

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	H20 + H99
QI-ID 51119: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten	332	26	2	3	0	0	3	0	1	12	4	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	6
QI-ID 51845: Aufnahmetemperatur nicht angegeben	532	92	2	2	2	1	5	0	2	9	17	3	31	21	1	0	22	1	0	0	1	33
QI-ID 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	301	32	8	2	0	0	2	0	3	11	2	0	16	3	0	0	3	0	0	1	1	10
<b>Gesamt</b>	-	354	76	25	4	3	32	6	14	88	49	5	156	34	3	2	39	1	0	7	8	119

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## 1.24 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 54030: Präoperative Verweildauer über 24 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus	1212	827		92	16	9	117		33	257	16	25	331	5	3	0	8	2	0	56	58	313
QI-ID 54031: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	1212	53		7	0	0	7		0	3	9	0	12	5	0	0	5	0	0	0	0	29
QI-ID 54033: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	1210	73		1	0	0	1		3	25	5	1	34	11	0	0	11	0	0	1	1	26
QI-ID 54036: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen	1212	61		4	1	0	5		1	28	0	2	31	0	0	0	0	1	0	0	1	24
QI-ID 54038: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen	1212	128		2	3	2	7		3	46	7	1	57	2	0	0	2	0	0	0	0	62
QI-ID 54040: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen	1212	60		3	2	0	5		1	26	2	1	30	2	0	0	2	0	0	0	0	23
QI-ID 54042: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen	1212	75		0	0	0	0		5	35	4	1	45	3	0	0	3	0	0	0	0	27

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 54044: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	1212	72		4	2	1	7		1	37	0	0	38	0	0	0	0	0	0	1	1	26
QI-ID 54046: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	1212	119		2	1	0	3		7	85	1	1	94	1	0	0	1	0	0	2	2	19
<b>Gesamt</b>	-	1468		115	25	12	152		54	542	44	32	672	29	3	0	32	3	0	60	63	549

\*Der Strukturierte Dialog wurde für dieses QS-Verfahren im Erfassungsjahr 2015 erstmals durchgeführt. Deswegen kann keine wiederholte Auffälligkeit berichtet werden.



## 1.25 Hüftendoprothesenversorgung

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 54001: Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1215	214		10	7	2	19		1	15	39	2	57	80	1	0	81	2	1	3	6	51
QI-ID 54002: Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel	1125	335		4	2	1	7		7	50	42	5	104	65	0	0	65	5	2	3	10	149
QI-ID 54003: Präoperative Verweildauer über 48 Stunden	1247	761		113	14	15	142		35	317	10	7	369	16	2	0	18	2	3	16	21	211
QI-ID 54004: Sturzprophylaxe	1290	480		24	2	2	28		2	4	19	12	37	142	2	19	163	2	0	31	33	219
QI-ID 54005: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	1290	10		1	0	0	1		0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	6
QI-ID 54010: Beweglichkeit bei Entlassung	1214	237		10	4	3	17		0	21	20	1	42	62	0	0	62	3	1	3	7	109
QI-ID 54012: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	1284	99		8	2	0	10		4	34	8	2	48	13	0	0	13	1	1	2	4	24
QI-ID 54013: Sterblichkeit während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	1264	340		5	3	1	9		9	261	2	1	273	4	0	1	5	2	1	2	5	48

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 54015: Allgemeine intra- oder postoperative Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1248	89		6	1	0	7		7	26	3	4	40	6	0	0	6	0	1	1	2	34
QI-ID 54016: Allgemeine intra- oder postoperative Komplikationen bei elektiver Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1215	89		3	1	1	5		4	32	0	1	37	1	0	1	2	2	0	1	3	42
QI-ID 54017: Allgemeine intra- oder postoperative Komplikationen bei Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels	1125	139		7	2	1	10		1	48	3	0	52	3	0	0	3	2	0	0	2	72
QI-ID 54018: Spezifische intra- oder postoperative Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	1248	69		6	0	1	7		5	27	3	1	36	0	0	0	0	1	0	0	1	25
QI-ID 54019: Spezifische intra- oder postoperative Komplikationen bei elektiver Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1215	91		1	0	1	2		4	37	1	0	42	1	1	0	2	2	2	2	6	39
QI-ID 54120: Spezifische intra- oder postoperative Komplikationen bei Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels	1125	161	0	7	1	1	9		1	64	4	0	69	2	0	0	2	2	1	2	5	76
<b>Gesamt</b>	-	3114	0	205	39	29	273		80	937	155	36	1208	395	6	21	422	26	13	67	106	1105

\*Der Strukturierte Dialog wurde für dieses QS-Verfahren im Erfassungsjahr 2015 erstmals durchgeführt. Deswegen kann keine wiederholte Auffälligkeit berichtet werden.

## 1.26 Knieendoprothesenversorgung

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 54026: Beweglichkeit bei Entlassung	1153	148		16	1	2	19		3	15	3	3	24	15	1	1	17	2	0	2	4	84
QI-ID 54022: Indikation zum Knie-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel	1053	549		8	5	5	18		7	82	68	10	167	121	1	0	122	7	1	3	11	231
QI-ID 54122: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Reimplantation im Rahmen eines ein- oder zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	1053	134		4	0	1	5		3	42	2	1	48	2	1	0	3	0	0	0	0	78
QI-ID 54021: Indikation zur Schlittenprothese	876	312		4	6	5	15		8	34	38	3	83	59	1	0	60	5	0	1	6	148
QI-ID 54028: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	1158	68		1	2	0	3		1	14	2	0	17	18	1	0	19	1	0	0	1	28
QI-ID 54121: Intra- oder postoperative Komplikationen bei elektiver Knie-Endoprothesen-Erstimplantation	876	69		4	6	1	11		0	21	0	0	21	3	0	0	3	1	0	1	2	32
QI-ID 54020: Indikation zur Knie-Totalendoprothese	1139	107		8	3	2	13		0	4	15	2	21	44	0	0	44	1	0	1	2	27
QI-ID 54023: Perioperative Antibiotikaprophylaxe	1164	10		0	0	0	0		0	0	1	0	1	3	0	0	3	1	0	0	1	5
<b>Gesamt</b>	-	1397		45	23	16	84		22	212	129	19	382	265	5	1	271	18	1	8	27	633

\*Der Strukturierte Dialog wurde für dieses QS-Verfahren im Erfassungsjahr 2015 erstmals durchgeführt. Deswegen kann keine wiederholte Auffälligkeit berichtet werden.

## 1.27 Pflege: Dekubitusprophylaxe

Qualitätsindikator	Rechnerische Auffälligkeiten			Qualitativ auffällig					Qualitativ unauffällig					Fehlerhafte Dokumentation				Sonstiges				Hinweis H20 + H99
	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit	Wiederholt auffällig*	A41	A42	A99	Gesamt	Wiederholt auffällig*	U31	U32	U33	U99	Gesamt	D50	D51	D99	Gesamt	S90	S91	S99	Gesamt	
QI-ID 52009: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	1910	93	21	27	9	3	39	4	6	11	8	0	25	18	2	2	22	0	0	3	3	4
QI-ID 52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	1919	612	373	68	15	6	89	19	20	168	89	21	298	101	2	11	114	0	2	18	20	91
<b>Gesamt</b>	-	705	394	95	24	9	128	23	26	179	97	21	323	119	4	13	136	0	2	21	23	95

\* rechnerisch bzw. qualitativ auffällig im Erfassungsjahr 2014 und 2015

## **Teil B: Verfahrensperspektive**

## 2 Auswertung der Prozesse des Strukturierten Dialogs – Verfahrensanalyse

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit n	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	%
Bayern	2759	103	3,7	384	13,9	203	7,4	0	0,0	137	5,0	84	3,0	0	0,0	160	5,8	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	1684	61,0
Baden-Württemberg	1556	24	1,5	269	17,3	146	9,4	11	0,7	103	6,6	22	1,4	5	0,3	66	4,2	0	0,0	2	0,1	0	0,0	1	0,1	6	0,4	901	57,9
Berlin	551	18	3,3	221	40,1	0	0,0	0	0,0	31	5,6	0	0,0	6	1,1	73	13,2	6	1,1	0	0,0	0	0,0	12	2,2	3	0,5	181	32,8
Brandenburg	525	15	2,9	209	39,8	5	1,0	6	1,1	58	11,0	13	2,5	6	1,1	87	16,6	1	0,2	9	1,7	0	0,0	0	0,0	45	8,6	71	13,5
Bremen	112	8	7,1	54	48,2	27	24,1	1	0,9	8	7,1	0	0,0	0	0,0	8	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	5,4
Hamburg	257	15	5,8	83	32,3	1	0,4	39	15,2	5	1,9	1	0,4	16	6,2	3	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	0	0,0	92	35,8
Hessen	977	8	0,8	223	22,8	62	6,3	4	0,4	82	8,4	41	4,2	19	1,9	63	6,4	0	0,0	13	1,3	0	0,0	1	0,1	0	0,0	461	47,2
Mecklenburg- Vorpommern	373	3	0,8	129	34,6	44	11,8	37	9,9	42	11,3	6	1,6	17	4,6	12	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,1	79	21,2
Niedersachsen	1410	49	3,5	665	47,2	173	12,3	18	1,3	169	12,0	4	0,3	4	0,3	156	11,1	6	0,4	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	165	11,7
Nordrhein-Westfalen	3357	184	5,5	726	21,6	161	4,8	64	1,9	248	7,4	45	1,3	8	0,2	532	15,8	22	0,7	35	1,0	44	1,3	0	0,0	123	3,7	1165	34,7
Rheinland-Pfalz	1152	11	1,0	312	27,1	44	3,8	1	0,1	97	8,4	40	3,5	0	0,0	138	12,0	13	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,4	491	42,6
Saarland	208	0	0,0	126	60,6	35	16,8	3	1,4	26	12,5	3	1,4	1	0,5	12	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,0
Sachsen	800	4	0,5	213	26,6	65	8,1	7	0,9	132	16,5	30	3,8	47	5,9	137	17,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	6,8	110	13,8

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Sachsen-Anhalt	612	9	1,5	129	21,1	70	11,4	13	2,1	29	4,7	4	0,7	12	2,0	11	1,8	3	0,5	2	0,3	43	7,0	2	0,3	36	5,9	249	40,7
Schleswig-Holstein	439	17	3,9	154	35,1	65	14,8	21	4,8	17	3,9	10	2,3	7	1,6	28	6,4	0	0,0	0	0,0	7	1,6	8	1,8	0	0,0	105	23,9
Thüringen	397	1	0,3	111	28,0	24	6,0	6	1,5	36	9,1	0	0,0	0	0,0	42	10,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	177	44,6
IQTIG	371	0	0,0	132	35,6	52	14,0	3	0,8	50	13,5	1	0,3	39	10,5	9	2,4	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	83	22,4	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>15856</b>	<b>469</b>	<b>3,0</b>	<b>4140</b>	<b>26,1</b>	<b>1177</b>	<b>7,4</b>	<b>234</b>	<b>1,5</b>	<b>1270</b>	<b>8,0</b>	<b>304</b>	<b>1,9</b>	<b>187</b>	<b>1,2</b>	<b>1537</b>	<b>9,7</b>	<b>56</b>	<b>0,4</b>	<b>62</b>	<b>0,4</b>	<b>94</b>	<b>0,6</b>	<b>26</b>	<b>0,2</b>	<b>361</b>	<b>2,3</b>	<b>5939</b>	<b>37,5</b>

## 2.1 Karotis-Revaskularisation

### 2.1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	50	14,4	0	0,0	39	11,2	11	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	39	11,2	0	0,0	0	0,0	39	11,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	21	6,1	0	0,0	11	3,2	10	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	10	2,9	0	0,0	0	0,0	10	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	9	2,6	0	0,0	6	1,7	3	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	17	4,9	0	0,0	2	0,6	15	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	6	1,7	0	0,0	0	0,0	6	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	40	11,5	0	0,0	0	0,0	40	11,5	0	0,0	2	0,6	0	0,0	2	0,6
Nordrhein-Westfalen	71	20,5	0	0,0	43	12,4	28	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,2
Rheinland-Pfalz	24	6,9	0	0,0	5	1,4	19	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	4	1,2	0	0,0	0	0,0	4	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	21	6,1	0	0,0	2	0,6	19	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	15	4,3	0	0,0	1	0,3	14	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	9	2,6	0	0,0	0	0,0	9	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	10	2,9	0	0,0	1	0,3	9	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>347</b>	100,1	0	0,0	110	31,7	237	68,4	0	0,0	2	0,6	0	0,0	6	1,8



## 2.1.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Bayern	50	1	2,0	4	8,0	2	4,0	0	0,0	2	4,0	2	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	39	78,0
Baden-Württemberg	39	0	0,0	24	61,5	7	17,9	0	0,0	6	15,4	2	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	21	0	0,0	7	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	52,4
Brandenburg	10	0	0,0	8	80,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
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	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	0	0,0	6	66,7
Hessen	17	0	0,0	6	35,3	4	23,5	0	0,0	2	11,8	0	0,0	2	11,8	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,8
Mecklenburg- Vorpommern	6	0	0,0	2	33,3	2	33,3	1	16,7	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
Niedersachsen	40	0	0,0	25	62,5	13	32,5	0	0,0	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	71	7	9,9	7	9,9	5	7,0	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	6	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	43	60,6
Rheinland-Pfalz	24	0	0,0	14	58,3	3	12,5	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	5	20,8
Saarland	4	0	0,0	3	75,0	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	0	0,0
Sachsen	21	2	9,5	7	33,3	8	38,1	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	2	9,5
Sachsen-Anhalt	15	0	0,0	9	60,0	5	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%				
Schleswig-Holstein	9	0	0,0	3	33,3	5	55,6	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	0	0,0
Thüringen	10	0	0,0	5	50,0	2	20,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0
<b>Gesamt</b>	347	10	2,9	127	36,6	58	16,7	3	0,9	15	4,3	5	1,4	3	0,9	14	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6	110	31,7		

## 2.2 Ambulant erworbene Pneumonie

### 2.2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	392	20,8	0	0,0	186	9,9	206	11,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	178	9,5	0	0,0	113	6,0	62	3,3	3	0,2	17	0,9	0	0,0	40	2,1
Berlin	86	4,6	0	0,0	40	2,1	46	2,4	0	0,0	2	0,1	4	0,2	0	0,0
Brandenburg	83	4,4	0	0,0	0	0,0	83	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	19	1,0	0	0,0	0	0,0	19	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	26	1,4	0	0,0	8	0,4	18	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	87	4,6	0	0,0	52	2,8	35	1,9	0	0,0	3	0,2	0	0,0	3	0,2
Mecklenburg-Vorpommern	43	2,3	0	0,0	6	0,3	37	2,0	0	0,0	6	0,3	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	176	9,4	0	0,0	98	5,2	78	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	1,2
Nordrhein-Westfalen	320	17,0	1	0,1	123	6,5	196	10,4	0	0,0	9	0,5	0	0,0	83	4,4
Rheinland-Pfalz	150	8,0	0	0,0	58	3,1	92	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	0,5
Saarland	16	0,9	0	0,0	0	0,0	16	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	117	6,2	0	0,0	33	1,8	84	4,5	0	0,0	4	0,2	0	0,0	4	0,2
Sachsen-Anhalt	96	5,1	5	0,3	53	2,8	38	2,0	0	0,0	3	0,2	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	56	3,0	2	0,1	14	0,7	40	2,1	0	0,0	5	0,3	0	0,0	0	0,0
Thüringen	36	1,9	0	0,0	10	0,5	26	1,4	0	0,0	8	0,4	0	0,0	7	0,4
<b>Gesamt</b>	<b>1881</b>	<b>100,1</b>	<b>8</b>	<b>0,5</b>	<b>794</b>	<b>42,1</b>	<b>1076</b>	<b>57,3</b>	<b>3</b>	<b>0,2</b>	<b>57</b>	<b>3,1</b>	<b>4</b>	<b>0,2</b>	<b>168</b>	<b>9,0</b>

## 2.2.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Bayern	392	18	4,6	39	9,9	39	9,9	0	0,0	37	9,4	24	6,1	0	0,0	48	12,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	186	47,4
Baden-Württemberg	178	5	2,8	6	3,4	7	3,9	1	0,6	33	18,5	4	2,2	0	0,0	21	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,2	97	54,5
Berlin	86	9	10,5	24	27,9	0	0,0	0	0,0	6	7,0	0	0,0	0	0,0	8	9,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,5	0	0,0	36	41,9
Brandenburg	83	0	0,0	27	32,5	1	1,2	0	0,0	23	27,7	7	8,4	3	3,6	20	24,1	0	0,0	2	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	19	3	15,8	5	26,3	2	10,5	0	0,0	7	36,8	0	0,0	0	0,0	2	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	26	0	0,0	8	30,8	0	0,0	5	19,2	3	11,5	0	0,0	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	30,8
Hessen	87	0	0,0	7	8,0	4	4,6	1	1,1	8	9,2	5	5,7	0	0,0	10	11,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	52	59,8
Mecklenburg- Vorpommern	43	2	4,7	6	14,0	13	30,2	4	9,3	9	20,9	0	0,0	3	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	14,0
Niedersachsen	176	4	2,3	13	7,4	9	5,1	4	2,3	33	18,8	1	0,6	4	2,3	9	5,1	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	98	55,7
Nordrhein-Westfalen	320	11	3,4	28	8,8	23	7,2	4	1,3	35	10,9	1	0,3	0	0,0	68	21,3	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	25	7,8	123	38,4
Rheinland-Pfalz	150	9	6,0	24	16,0	24	16,0	0	0,0	10	6,7	0	0,0	0	0,0	19	12,7	6	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	58	38,7
Saarland	16	0	0,0	10	62,5	1	6,3	0	0,0	4	25,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	117	1	0,9	4	3,4	11	9,4	0	0,0	18	15,4	2	1,7	11	9,4	23	19,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	12,0	33	28,2
Sachsen-Anhalt	96	4	4,2	6	6,3	3	3,1	1	1,0	2	2,1	0	0,0	8	8,3	5	5,2	2	2,1	1	1,0	5	5,2	0	0,0	6	6,3	53	55,2

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Schleswig-Holstein	56	10	17,9	10	17,9	14	25,0	6	10,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,6	0	0,0	0	0,0	14	25,0
Thüringen	36	0	0,0	7	19,4	2	5,6	0	0,0	7	19,4	0	0,0	0	0,0	10	27,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	27,8
<b>Gesamt</b>	1881	76	4,0	224	11,9	153	8,1	26	1,4	235	12,5	44	2,3	30	1,6	245	13,0	10	0,5	3	0,2	8	0,4	3	0,2	50	2,7	774	41,1

## 2.3 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation

### 2.3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	146	17,6	0	0,0	84	10,1	62	7,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	67	8,1	0	0,0	29	3,5	38	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,0
Berlin	30	3,6	0	0,0	16	1,9	14	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	27	3,3	0	0,0	23	2,8	4	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	0,5	0	0,0	1	0,1	3	0,4	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	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Hessen	55	6,6	0	0,0	36	4,3	19	2,3	0	0,0	3	0,4	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	22	2,7	0	0,0	8	1,0	14	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	71	8,6	0	0,0	7	0,8	64	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,7
Nordrhein-Westfalen	215	26,0	4	0,5	91	11,0	120	14,5	0	0,0	2	0,2	0	0,0	40	4,8
Rheinland-Pfalz	72	8,7	0	0,0	41	5,0	31	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	12	1,4	0	0,0	0	0,0	12	1,4	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1
Sachsen	44	5,3	0	0,0	4	0,5	40	4,8	0	0,0	3	0,4	0	0,0	3	0,4
Sachsen-Anhalt	26	3,1	1	0,1	15	1,8	10	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	13	1,6	0	0,0	3	0,4	10	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	13	1,6	0	0,0	4	0,5	9	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>828</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>0,6</b>	<b>366</b>	<b>44,2</b>	<b>457</b>	<b>55,1</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>10</b>	<b>1,2</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>58</b>	<b>7,0</b>

## 2.3.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Bayern	146	1	0,7	34	23,3	4	2,7	0	0,0	18	12,3	3	2,1	0	0,0	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	84	57,5
Baden-Württemberg	67	1	1,5	23	34,3	1	1,5	1	1,5	6	9,0	4	6,0	0	0,0	2	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	43,3
Berlin	30	2	6,7	9	30,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	53,3
Brandenburg	27	2	7,4	2	7,4	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	23	85,2
Bremen	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	0	0,0	1	25,0
Hamburg	11	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	9,1	2	18,2	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	4	36,4
Hessen	55	1	1,8	2	3,6	1	1,8	0	0,0	13	23,6	0	0,0	0	0,0	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	65,5
Mecklenburg- Vorpommern	22	0	0,0	9	40,9	0	0,0	0	0,0	3	13,6	1	4,5	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	36,4
Niedersachsen	71	1	1,4	39	54,9	4	5,6	0	0,0	14	19,7	0	0,0	0	0,0	6	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	9,9
Nordrhein-Westfalen	215	13	6,0	42	19,5	4	1,9	4	1,9	33	15,3	4	1,9	1	0,5	9	4,2	0	0,0	3	1,4	4	1,9	0	0,0	7	3,3	91	42,3
Rheinland-Pfalz	72	0	0,0	15	20,8	1	1,4	0	0,0	8	11,1	1	1,4	0	0,0	5	6,9	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	41	56,9
Saarland	12	0	0,0	4	33,3	0	0,0	3	25,0	4	33,3	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	44	0	0,0	24	54,5	2	4,5	0	0,0	7	15,9	1	2,3	0	0,0	5	11,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	4	9,1
Sachsen-Anhalt	26	1	3,8	3	11,5	2	7,7	0	0,0	2	7,7	2	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0	0	0,0	15	57,7

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Schleswig-Holstein	13	0	0,0	8	61,5	0	0,0	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	3	23,1
Thüringen	13	0	0,0	5	38,5	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	30,8
<b>Gesamt</b>	828	22	2,7	223	26,9	19	2,3	12	1,4	111	13,4	18	2,2	4	0,5	35	4,2	1	0,1	3	0,4	5	0,6	1	0,1	8	1,0	366	44,2



## 2.4 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

### 2.4.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	104	20,0	0	0,0	43	8,3	61	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	57	11,0	0	0,0	20	3,9	37	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Berlin	29	5,6	0	0,0	12	2,3	17	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	13	2,5	0	0,0	8	1,5	5	1,0	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	7	1,3	0	0,0	1	0,2	6	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	43	8,3	0	0,0	16	3,1	27	5,2	0	0,0	4	0,8	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	15	2,9	0	0,0	2	0,4	13	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	49	9,4	0	0,0	19	3,7	30	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Nordrhein-Westfalen	92	17,7	1	0,2	47	9,1	44	8,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	14	2,7
Rheinland-Pfalz	35	6,7	0	0,0	14	2,7	21	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
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	19	3,7	0	0,0	6	1,2	13	2,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Sachsen-Anhalt	22	4,2	7	1,3	7	1,3	8	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	13	2,5	0	0,0	7	1,3	6	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	18	3,5	0	0,0	11	2,1	7	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>519</b>	<b>99,9</b>	<b>8</b>	<b>1,5</b>	<b>213</b>	<b>41,1</b>	<b>298</b>	<b>57,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>6</b>	<b>1,2</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>18</b>	<b>3,5</b>

## 2.4.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Bayern	104	0	0,0	29	27,9	14	13,5	0	0,0	12	11,5	3	2,9	0	0,0	3	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	43	41,3
Baden-Württemberg	57	5	8,8	23	40,4	5	8,8	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	2	3,5	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	35,1
Berlin	29	0	0,0	10	34,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	24,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	41,4
Brandenburg	13	2	15,4	1	7,7	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	61,5
Bremen	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
Hamburg	7	1	14,3	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3
Hessen	43	1	2,3	14	32,6	4	9,3	0	0,0	4	9,3	0	0,0	1	2,3	3	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	37,2
Mecklenburg- Vorpommern	15	0	0,0	2	13,3	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	20,0	3	20,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	13,3
Niedersachsen	49	0	0,0	18	36,7	6	12,2	0	0,0	5	10,2	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	38,8
Nordrhein-Westfalen	92	7	7,6	5	5,4	8	8,7	3	3,3	6	6,5	2	2,2	0	0,0	8	8,7	0	0,0	1	1,1	1	1,1	0	0,0	4	4,3	47	51,1
Rheinland-Pfalz	35	0	0,0	12	34,3	1	2,9	0	0,0	4	11,4	1	2,9	0	0,0	3	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	40,0
Saarland	1	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	19	0	0,0	9	47,4	2	10,5	0	0,0	1	5,3	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	31,6
Sachsen-Anhalt	22	0	0,0	1	4,5	1	4,5	1	4,5	4	18,2	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	31,8	0	0,0	0	0,0	7	31,8

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Schleswig-Holstein	13	0	0,0	5	38,5	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	53,8
Thüringen	18	0	0,0	4	22,2	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	61,1
<b>Gesamt</b>	519	16	3,1	139	26,8	45	8,7	4	0,8	39	7,5	10	1,9	5	1,0	34	6,6	0	0,0	2	0,4	8	1,5	0	0,0	4	0,8	213	41,0

## 2.5 Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

### 2.5.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	95	21,4	0	0,0	60	13,5	35	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	35	7,9	0	0,0	17	3,8	18	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,9
Berlin	12	2,7	0	0,0	8	1,8	4	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	12	2,7	0	0,0	3	0,7	9	2,0	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	5	1,1	0	0,0	5	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	36	8,1	0	0,0	24	5,4	12	2,7	0	0,0	4	0,9	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	3	0,7	0	0,0	0	0,0	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	38	8,6	0	0,0	0	0,0	38	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Nordrhein-Westfalen	80	18,0	0	0,0	35	7,9	45	10,1	0	0,0	2	0,5	0	0,0	18	4,1
Rheinland-Pfalz	46	10,4	0	0,0	31	7,0	15	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	6	1,4	0	0,0	0	0,0	6	1,4	0	0,0	2	0,5	2	0,5	2	0,5
Sachsen	29	6,5	0	0,0	3	0,7	26	5,9	0	0,0	2	0,5	0	0,0	2	0,5
Sachsen-Anhalt	13	2,9	2	0,5	2	0,5	9	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	13	2,9	0	0,0	6	1,4	7	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	17	3,8	0	0,0	9	2,0	8	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>444</b>	100,0	2	0,5	203	45,8	239	54,0	0	0,0	10	2,4	2	0,5	28	6,5

## 2.5.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Bayern	95	0	0,0	23	24,2	3	3,2	0	0,0	7	7,4	1	1,1	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	60	63,2
Baden-Württemberg	35	0	0,0	11	31,4	2	5,7	0	0,0	3	8,6	2	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	48,6
Berlin	12	0	0,0	4	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	58,3
Brandenburg	12	0	0,0	4	33,3	1	8,3	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	25,0
Bremen	4	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
Hessen	36	2	5,6	3	8,3	1	2,8	0	0,0	5	13,9	0	0,0	1	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	66,7
Mecklenburg- Vorpommern	3	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	38	0	0,0	29	76,3	3	7,9	0	0,0	2	5,3	1	2,6	0	0,0	1	2,6	2	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	80	7	8,8	13	16,3	0	0,0	0	0,0	17	21,3	2	2,5	0	0,0	2	2,5	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,8	35	43,8
Rheinland-Pfalz	46	0	0,0	10	21,7	1	2,2	0	0,0	3	6,5	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	67,4
Saarland	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
Sachsen	29	1	3,4	15	51,7	0	0,0	0	0,0	6	20,7	2	6,9	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	3	10,3
Sachsen-Anhalt	13	0	0,0	7	53,8	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	2	15,4

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Schleswig-Holstein	13	0	0,0	7	53,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	46,2
Thüringen	17	0	0,0	8	47,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	52,9
<b>Gesamt</b>	444	10	2,3	143	32,2	12	2,7	0	0,0	50	11,3	8	1,8	2	0,5	7	1,6	3	0,7	1	0,2	2	0,5	0	0,0	4	0,9	202	45,5

## 2.6 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

### 2.6.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	102	20,0	0	0,0	59	11,6	43	8,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	55	10,8	0	0,0	35	6,9	20	3,9	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,4
Berlin	18	3,5	0	0,0	8	1,6	10	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	19	3,7	0	0,0	11	2,2	8	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	7	1,4	0	0,0	1	0,2	6	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	8	1,6	0	0,0	3	0,6	5	1,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Hessen	32	6,3	0	0,0	23	4,5	9	1,8	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	6	1,2	0	0,0	1	0,2	5	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	47	9,2	0	0,0	2	0,4	45	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	2,2
Nordrhein-Westfalen	97	19,0	0	0,0	52	10,2	45	8,8	0	0,0	3	0,6	0	0,0	14	2,7
Rheinland-Pfalz	42	8,2	0	0,0	20	3,9	22	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
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	30	5,9	0	0,0	11	2,2	19	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	21	4,1	3	0,6	10	2,0	8	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	15	2,9	0	0,0	8	1,6	7	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	10	2,0	0	0,0	6	1,2	4	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>510</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>0,6</b>	<b>250</b>	<b>49,3</b>	<b>257</b>	<b>50,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>7</b>	<b>1,4</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>28</b>	<b>5,5</b>

## 2.6.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Bayern	102	3	2,9	21	20,6	5	4,9	0	0,0	5	4,9	4	3,9	0	0,0	5	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	59	57,8
Baden-Württemberg	55	0	0,0	13	23,6	2	3,6	0	0,0	4	7,3	0	0,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	35	63,6
Berlin	18	0	0,0	7	38,9	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	8	44,4
Brandenburg	19	1	5,3	4	21,1	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	2	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	57,9
Bremen	7	0	0,0	3	42,9	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3
Hamburg	8	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	37,5
Hessen	32	1	3,1	1	3,1	0	0,0	0	0,0	3	9,4	1	3,1	0	0,0	3	9,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	71,9
Mecklenburg- Vorpommern	6	0	0,0	1	16,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	1	16,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
Niedersachsen	47	0	0,0	25	53,2	6	12,8	0	0,0	4	8,5	0	0,0	0	0,0	10	21,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,3
Nordrhein-Westfalen	97	1	1,0	15	15,5	5	5,2	2	2,1	4	4,1	3	3,1	0	0,0	13	13,4	0	0,0	2	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	52	53,6
Rheinland-Pfalz	42	0	0,0	15	35,7	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	2,4	0	0,0	5	11,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	47,6
Saarland	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	30	0	0,0	7	23,3	1	3,3	1	3,3	4	13,3	3	10,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	36,7
Sachsen-Anhalt	21	0	0,0	3	14,3	4	19,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	14,3	0	0,0	0	0,0	10	47,6



Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Schleswig-Holstein	15	0	0,0	5	33,3	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	53,3
Thüringen	10	0	0,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	60,0
<b>Gesamt</b>	510	6	1,2	122	23,9	30	5,9	3	0,6	27	5,3	14	2,7	6	1,2	47	9,2	0	0,0	2	0,4	3	0,6	0	0,0	0	0,0	250	49,0

## 2.7 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

### 2.7.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	18	12,4	0	0,0	2	1,4	16	11,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	18	12,4	0	0,0	11	7,6	7	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	8	5,5	0	0,0	4	2,8	4	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	5	3,4	0	0,0	4	2,8	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	3	2,1	0	0,0	1	0,7	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	15	10,3	0	0,0	7	4,8	8	5,5	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	4	2,8	0	0,0	0	0,0	4	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	8	5,5	0	0,0	3	2,1	5	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	23	15,9	0	0,0	14	9,7	9	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rheinland-Pfalz	13	9,0	0	0,0	4	2,8	9	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	10	6,9	0	0,0	0	0,0	10	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	8	5,5	0	0,0	3	2,1	5	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	5	3,4	0	0,0	3	2,1	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	5	3,4	0	0,0	2	1,4	3	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>145</b>	<b>99,9</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>58</b>	<b>40,3</b>	<b>87</b>	<b>60,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>

## 2.7.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Bayern	18	0	0,0	10	55,6	4	22,2	0	0,0	1	5,6	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,1
Baden-Württemberg	18	0	0,0	5	27,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	61,1
Berlin	8	1	12,5	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	50,0
Brandenburg	5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	80,0
Bremen	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	3	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	0	0,0	1	33,3
Hessen	15	0	0,0	3	20,0	2	13,3	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	7	46,7
Mecklenburg- Vorpommern	4	0	0,0	2	50,0	0	0,0	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
Niedersachsen	8	0	0,0	5	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	37,5
Nordrhein-Westfalen	23	0	0,0	5	21,7	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7	14	60,9
Rheinland-Pfalz	13	0	0,0	4	30,8	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	3	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	30,8
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	10	0	0,0	2	20,0	4	40,0	1	10,0	2	20,0	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
Sachsen-Anhalt	8	0	0,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	25,0	3	37,5

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Schleswig-Holstein	5	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0
Thüringen	5	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0
<b>Gesamt</b>	145	1	0,7	48	33,1	12	8,3	1	0,7	10	6,9	1	0,7	2	1,4	7	4,8	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,8	58	40,0

## 2.8 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

### 2.8.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	52	18,0	0	0,0	29	10,0	23	8,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	22	7,6	0	0,0	12	4,2	10	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	5	1,7	0	0,0	3	1,0	2	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	10	3,5	0	0,0	2	0,7	8	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	5	1,7	0	0,0	0	0,0	5	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	6	2,1	0	0,0	2	0,7	4	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	29	10,0	0	0,0	16	5,5	13	4,5	0	0,0	2	0,7	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	12	4,2	0	0,0	2	0,7	10	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	28	9,7	0	0,0	0	0,0	28	9,7	0	0,0	1	0,3	0	0,0	2	0,7
Nordrhein-Westfalen	46	15,9	0	0,0	20	6,9	26	9,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	5	1,7
Rheinland-Pfalz	18	6,2	0	0,0	12	4,2	6	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	14	4,8	0	0,0	1	0,3	13	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	20	6,9	4	1,4	9	3,1	7	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	10	3,5	0	0,0	3	1,0	7	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	11	3,8	0	0,0	4	1,4	7	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>289</b>	<b>99,9</b>	<b>4</b>	<b>1,4</b>	<b>115</b>	<b>39,7</b>	<b>170</b>	<b>58,9</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>4</b>	<b>1,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>7</b>	<b>2,4</b>

## 2.8.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Bayern	52	0	0,0	16	30,8	0	0,0	0	0,0	5	9,6	1	1,9	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	55,8
Baden-Württemberg	22	1	4,5	8	36,4	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	54,5
Berlin	5	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	60,0
Brandenburg	10	1	10,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0
Bremen	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
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	29	1	3,4	4	13,8	0	0,0	0	0,0	5	17,2	3	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	55,2
Mecklenburg- Vorpommern	12	0	0,0	8	66,7	0	0,0	1	8,3	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7
Niedersachsen	28	2	7,1	19	67,9	2	7,1	0	0,0	3	10,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	46	4	8,7	11	23,9	2	4,3	2	4,3	6	13,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	43,5
Rheinland-Pfalz	18	1	5,6	3	16,7	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	12	66,7
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	14	0	0,0	6	42,9	0	0,0	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	1	7,1
Sachsen-Anhalt	20	2	10,0	5	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	20,0	0	0,0	0	0,0	9	45,0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Schleswig-Holstein	10	0	0,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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	30,0
Thüringen	11	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	0	0,0	4	36,4
<b>Gesamt</b>	289	12	4,2	112	38,8	4	1,4	3	1,0	29	10,0	5	1,7	0	0,0	3	1,0	2	0,7	0	0,0	4	1,4	0	0,0	0	0,0	115	39,8

## 2.9 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)

### 2.9.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	187	18,4	0	0,0	40	3,9	147	14,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	142	14,0	0	0,0	106	10,4	36	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	27	2,7	0	0,0	8	0,8	19	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	35	3,4	0	0,0	20	2,0	15	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	10	1,0	0	0,0	0	0,0	10	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	14	1,4	0	0,0	4	0,4	10	1,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Hessen	38	3,7	0	0,0	31	3,1	7	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	21	2,1	0	0,0	4	0,4	17	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	53	5,2	0	0,0	0	0,0	53	5,2	0	0,0	4	0,4	0	0,0	9	0,9
Nordrhein-Westfalen	289	28,4	0	0,0	163	16,0	126	12,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	3,1
Rheinland-Pfalz	86	8,5	0	0,0	49	4,8	37	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Saarland	8	0,8	0	0,0	0	0,0	8	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	20	2,0	0	0,0	5	0,5	15	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	40	3,9	1	0,1	21	2,1	18	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	29	2,9	0	0,0	4	0,4	25	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	17	1,7	0	0,0	7	0,7	10	1,0	0	0,0	4	0,4	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>1016</b>	<b>100,1</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>462</b>	<b>45,5</b>	<b>553</b>	<b>54,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>9</b>	<b>0,9</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>41</b>	<b>4,1</b>



## 2.9.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit n	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	%
Bayern	187	13	7,0	72	38,5	26	13,9	0	0,0	10	5,3	4	2,1	0	0,0	20	10,7	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	40	21,4
Baden-Württemberg	142	10	7,0	10	7,0	5	3,5	0	0,0	1	0,7	0	0,0	5	3,5	5	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	106	74,6
Berlin	27	0	0,0	14	51,9	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	1	3,7	2	7,4	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	8	29,6
Brandenburg	35	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	11,4	2	5,7	0	0,0	4	11,4	1	2,9	4	11,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	57,1
Bremen	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
Hamburg	14	1	7,1	1	7,1	0	0,0	3	21,4	1	7,1	0	0,0	4	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	28,6
Hessen	38	0	0,0	2	5,3	0	0,0	0	0,0	4	10,5	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	81,6
Mecklenburg- Vorpommern	21	1	4,8	7	33,3	1	4,8	1	4,8	2	9,5	1	4,8	1	4,8	3	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	19,0
Niedersachsen	53	3	5,7	22	41,5	11	20,8	0	0,0	14	26,4	0	0,0	0	0,0	3	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	289	13	4,5	26	9,0	7	2,4	15	5,2	6	2,1	5	1,7	0	0,0	22	7,6	5	1,7	8	2,8	0	0,0	0	0,0	19	6,6	163	56,4
Rheinland-Pfalz	86	0	0,0	10	11,6	1	1,2	0	0,0	5	5,8	9	10,5	0	0,0	6	7,0	5	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	49	57,0
Saarland	8	0	0,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	3	37,5	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
Sachsen	20	0	0,0	5	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	20,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	15,0	5	25,0
Sachsen-Anhalt	40	0	0,0	6	15,0	6	15,0	0	0,0	4	10,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	2,5	21	52,5

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit n	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	%		
Schleswig-Holstein	29	2	6,9	13	44,8	3	10,3	5	17,2	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	13,8
Thüringen	17	1	5,9	5	29,4	0	0,0	0	0,0	3	17,6	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
<b>Gesamt</b>	1016	44	4,3	207	20,4	60	5,9	24	2,4	59	5,8	25	2,5	10	1,0	72	7,1	15	1,5	12	1,2	1	0,1	1	0,1	24	2,4	462	45,5		

## 2.10 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

### 2.10.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	180	18,3	0	0,0	122	12,4	58	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	81	8,2	0	0,0	38	3,9	43	4,4	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Berlin	31	3,1	0	0,0	14	1,4	17	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	27	2,7	0	0,0	0	0,0	27	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	0,4	0	0,0	0	0,0	4	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	17	1,7	0	0,0	8	0,8	9	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	76	7,7	0	0,0	32	3,2	44	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	22	2,2	0	0,0	5	0,5	17	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	94	9,5	0	0,0	14	1,4	80	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	1,0
Nordrhein-Westfalen	212	21,5	3	0,3	74	7,5	135	13,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	1,2
Rheinland-Pfalz	76	7,7	0	0,0	29	2,9	47	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Saarland	22	2,2	0	0,0	0	0,0	22	2,2	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1
Sachsen	56	5,7	0	0,0	6	0,6	50	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	30	3,0	4	0,4	10	1,0	16	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	34	3,5	0	0,0	4	0,4	30	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	23	2,3	0	0,0	6	0,6	17	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>985</b>	<b>99,7</b>	<b>7</b>	<b>0,7</b>	<b>362</b>	<b>36,6</b>	<b>616</b>	<b>62,4</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>0,2</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>26</b>	<b>2,6</b>

## 2.10.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Bayern	180	18	10,0	21	11,7	9	5,0	0	0,0	2	1,1	4	2,2	0	0,0	4	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	122	67,8
Baden-Württemberg	81	0	0,0	15	18,5	23	28,4	0	0,0	3	3,7	0	0,0	0	0,0	2	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38	46,9
Berlin	31	0	0,0	17	54,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	41,9
Brandenburg	27	0	0,0	16	59,3	1	3,7	0	0,0	4	14,8	0	0,0	0	0,0	6	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	17	0	0,0	5	29,4	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	0	0,0	8	47,1
Hessen	76	0	0,0	27	35,5	9	11,8	0	0,0	0	0,0	3	3,9	0	0,0	5	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	42,1
Mecklenburg- Vorpommern	22	0	0,0	7	31,8	5	22,7	2	9,1	1	4,5	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5	5	22,7
Niedersachsen	94	4	4,3	43	45,7	22	23,4	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	10	10,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	14,9
Nordrhein-Westfalen	212	5	2,4	87	41,0	14	6,6	2	0,9	6	2,8	0	0,0	0	0,0	19	9,0	0	0,0	0	0,0	3	1,4	0	0,0	2	0,9	74	34,9
Rheinland-Pfalz	76	0	0,0	29	38,2	0	0,0	0	0,0	5	6,6	2	2,6	0	0,0	11	14,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	38,2
Saarland	22	0	0,0	13	59,1	4	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	22,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	56	0	0,0	19	33,9	10	17,9	0	0,0	6	10,7	0	0,0	0	0,0	12	21,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,4	6	10,7
Sachsen-Anhalt	30	0	0,0	7	23,3	9	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	13,3	0	0,0	0	0,0	10	33,3

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Schleswig-Holstein	34	2	5,9	10	29,4	12	35,3	0	0,0	0	0,0	6	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	11,8
Thüringen	23	0	0,0	11	47,8	4	17,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	26,1
<b>Gesamt</b>	985	32	3,2	327	33,2	122	12,4	8	0,8	29	2,9	15	1,5	1	0,1	77	7,8	0	0,0	0	0,0	7	0,7	0	0,0	6	0,6	361	36,6

## 2.11 Mammachirurgie

### 2.11.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	173	18,6	0	0,0	78	8,4	95	10,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	94	10,1	0	0,0	60	6,4	34	3,6	0	0,0	2	0,2	0	0,0	4	0,4
Berlin	14	1,5	0	0,0	1	0,1	13	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	24	2,6	0	0,0	0	0,0	24	2,6	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	17	1,8	0	0,0	7	0,8	10	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	56	6,0	0	0,0	16	1,7	40	4,3	0	0,0	6	0,6	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	26	2,8	0	0,0	5	0,5	21	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	93	10,0	0	0,0	13	1,4	80	8,6	0	0,0	4	0,4	0	0,0	11	1,2
Nordrhein-Westfalen	214	23,0	2	0,2	124	13,3	88	9,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	1,8
Rheinland-Pfalz	60	6,4	0	0,0	23	2,5	37	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Saarland	13	1,4	0	0,0	0	0,0	13	1,4	0	0,0	3	0,3	3	0,3	3	0,3
Sachsen	39	4,2	0	0,0	2	0,2	37	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	46	4,9	1	0,1	24	2,6	21	2,3	0	0,0	6	0,6	0	0,0	3	0,3
Schleswig-Holstein	34	3,6	0	0,0	9	1,0	25	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	24	2,6	0	0,0	13	1,4	11	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>932</b>	100,0	3	0,3	375	40,3	554	59,6	0	0,0	21	2,1	3	0,3	39	4,1

## 2.11.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Bayern	173	10	5,8	33	19,1	10	5,8	0	0,0	10	5,8	17	9,8	0	0,0	15	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	78	45,1
Baden-Württemberg	94	0	0,0	10	10,6	10	10,6	0	0,0	13	13,8	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	63,8
Berlin	14	0	0,0	9	64,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	21,4	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1
Brandenburg	24	0	0,0	16	66,7	0	0,0	0	0,0	5	20,8	0	0,0	0	0,0	3	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	5	0	0,0	1	20,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	17	0	0,0	4	23,5	0	0,0	6	35,3	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	41,2
Hessen	56	1	1,8	19	33,9	1	1,8	0	0,0	8	14,3	2	3,6	2	3,6	7	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	28,6
Mecklenburg- Vorpommern	26	0	0,0	6	23,1	0	0,0	4	15,4	9	34,6	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	19,2
Niedersachsen	93	0	0,0	47	50,5	15	16,1	0	0,0	12	12,9	1	1,1	0	0,0	5	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	14,0
Nordrhein-Westfalen	214	4	1,9	52	24,3	3	1,4	0	0,0	8	3,7	1	0,5	0	0,0	18	8,4	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0	2	0,9	124	57,9
Rheinland-Pfalz	60	0	0,0	20	33,3	0	0,0	0	0,0	5	8,3	0	0,0	0	0,0	12	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	38,3
Saarland	13	0	0,0	5	38,5	1	7,7	0	0,0	5	38,5	0	0,0	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	39	0	0,0	11	28,2	1	2,6	0	0,0	11	28,2	0	0,0	1	2,6	11	28,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,1	2	5,1
Sachsen-Anhalt	46	1	2,2	5	10,9	4	8,7	0	0,0	7	15,2	0	0,0	3	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	1	2,2	0	0,0	24	52,2

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit n	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	%		
Schleswig-Holstein	34	0	0,0	5	14,7	12	35,3	2	5,9	0	0,0	3	8,8	3	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	26,5
Thüringen	24	0	0,0	2	8,3	2	8,3	3	12,5	2	8,3	0	0,0	0	0,0	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	54,2
<b>Gesamt</b>	932	16	1,7	245	26,3	60	6,4	16	1,7	95	10,2	24	2,6	11	1,2	81	8,7	1	0,1	0	0,0	3	0,3	1	0,1	4	0,4	375	40,2		



## 2.12 Geburtshilfe

### 2.12.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	87	15,8	0	0,0	30	5,4	57	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	72	13,1	0	0,0	32	5,8	40	7,3	0	0,0	2	0,4	0	0,0	10	1,8
Berlin	13	2,4	0	0,0	0	0,0	13	2,4	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Brandenburg	13	2,4	0	0,0	0	0,0	13	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	0,7	0	0,0	2	0,4	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	6	1,1	0	0,0	0	0,0	6	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	38	6,9	0	0,0	0	0,0	38	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	13	2,4	0	0,0	0	0,0	13	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	62	11,3	0	0,0	9	1,6	53	9,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Nordrhein-Westfalen	124	22,5	0	0,0	57	10,3	67	12,2	0	0,0	3	0,5	0	0,0	11	2,0
Rheinland-Pfalz	35	6,4	0	0,0	4	0,7	31	5,6	0	0,0	2	0,4	0	0,0	6	1,1
Saarland	12	2,2	0	0,0	2	0,4	10	1,8	0	0,0	1	0,2	1	0,2	1	0,2
Sachsen	20	3,6	0	0,0	0	0,0	20	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	19	3,4	0	0,0	9	1,6	10	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	22	4,0	5	0,9	6	1,1	11	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	11	2,0	0	0,0	1	0,2	10	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>551</b>	<b>100,2</b>	<b>5</b>	<b>0,9</b>	<b>152</b>	<b>27,5</b>	<b>394</b>	<b>71,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>8</b>	<b>1,5</b>	<b>2</b>	<b>0,4</b>	<b>30</b>	<b>5,5</b>

## 2.12.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit n	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	%
Bayern	87	16	18,4	16	18,4	13	14,9	0	0,0	2	2,3	4	4,6	0	0,0	6	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	34,5
Baden-Württemberg	72	1	1,4	10	13,9	12	16,7	1	1,4	6	8,3	4	5,6	0	0,0	4	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	1,4	32	44,4
Berlin	13	0	0,0	9	69,2	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	3	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	13	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	7	53,8	0	0,0	0	0,0	4	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
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	6	0	0,0	2	33,3	0	0,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0
Hessen	38	0	0,0	10	26,3	5	13,2	0	0,0	8	21,1	7	18,4	3	7,9	4	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg- Vorpommern	13	0	0,0	4	30,8	1	7,7	4	30,8	1	7,7	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
Niedersachsen	62	5	8,1	22	35,5	17	27,4	3	4,8	3	4,8	0	0,0	0	0,0	2	3,2	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	14,5
Nordrhein-Westfalen	124	4	3,2	27	21,8	6	4,8	2	1,6	2	1,6	0	0,0	0	0,0	23	18,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,4	57	46,0
Rheinland-Pfalz	35	1	2,9	10	28,6	6	17,1	1	2,9	2	5,7	4	11,4	0	0,0	5	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,7	4	11,4
Saarland	12	0	0,0	4	33,3	2	16,7	0	0,0	3	25,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7
Sachsen	20	0	0,0	4	20,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	12	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	19	0	0,0	4	21,1	4	21,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	1	5,3	0	0,0	9	47,4

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit n	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	%
Schleswig-Holstein	22	1	4,5	3	13,6	4	18,2	3	13,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	22,7	0	0,0	0	0,0	6	27,3
Thüringen	11	0	0,0	4	36,4	4	36,4	1	9,1	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
<b>Gesamt</b>	551	28	5,1	133	24,1	76	13,8	18	3,3	36	6,5	19	3,4	5	0,9	64	11,6	0	0,0	2	0,4	5	0,9	4	0,7	9	1,6	152	27,6

## 2.13 Neonatologie

### 2.13.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	43	12,1	0	0,0	32	9,0	11	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	49	13,8	0	0,0	27	7,6	22	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	15	4,2	0	0,0	6	1,7	9	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	15	4,2	0	0,0	0	0,0	15	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	5	1,4	0	0,0	0	0,0	5	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	7	2,0	0	0,0	0	0,0	7	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	14	4,0	0	0,0	2	0,6	12	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	7	2,0	0	0,0	1	0,3	6	1,7	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Niedersachsen	31	8,8	0	0,0	0	0,0	31	8,8	0	0,0	3	0,8	0	0,0	9	2,5
Nordrhein-Westfalen	55	15,5	0	0,0	23	6,5	32	9,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	4,5
Rheinland-Pfalz	19	5,4	0	0,0	7	2,0	12	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Saarland	5	1,4	0	0,0	0	0,0	5	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	36	10,2	0	0,0	12	3,4	24	6,8	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3
Sachsen-Anhalt	24	6,8	1	0,3	4	1,1	19	5,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	17	4,8	0	0,0	1	0,3	16	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	12	3,4	0	0,0	5	1,4	7	2,0	0	0,0	3	0,8	0	0,0	1	0,3
<b>Gesamt</b>	<b>354</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>120</b>	<b>33,9</b>	<b>233</b>	<b>65,8</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>7</b>	<b>1,9</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>28</b>	<b>7,9</b>

## 2.13.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Bayern	43	0	0,0	1	2,3	7	16,3	0	0,0	1	2,3	2	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32	74,4
Baden-Württemberg	49	0	0,0	9	18,4	11	22,4	0	0,0	2	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	55,1
Berlin	15	3	20,0	5	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	33,3
Brandenburg	15	0	0,0	6	40,0	0	0,0	0	0,0	2	13,3	1	6,7	1	6,7	3	20,0	0	0,0	2	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	5	2	40,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	7	1	14,3	4	57,1	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
Hessen	14	1	7,1	5	35,7	5	35,7	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	2	14,3
Mecklenburg- Vorpommern	7	0	0,0	4	57,1	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	1	14,3
Niedersachsen	31	1	3,2	14	45,2	7	22,6	0	0,0	3	9,7	0	0,0	0	0,0	6	19,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	55	5	9,1	6	10,9	2	3,6	0	0,0	3	5,5	1	1,8	0	0,0	13	23,6	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	41,8
Rheinland-Pfalz	19	0	0,0	3	15,8	4	21,1	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	4	21,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	36,8
Saarland	5	0	0,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	36	0	0,0	4	11,1	2	5,6	0	0,0	5	13,9	0	0,0	1	2,8	6	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	16,7	12	33,3
Sachsen-Anhalt	24	1	4,2	9	37,5	3	12,5	0	0,0	5	20,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	1	4,2	4	16,7

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Schleswig-Holstein	17	0	0,0	8	47,1	5	29,4	3	17,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9
Thüringen	12	0	0,0	6	50,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	41,7
<b>Gesamt</b>	354	14	4,0	88	24,9	49	13,8	5	1,4	25	7,1	4	1,1	3	0,8	34	9,6	3	0,8	2	0,6	1	0,3	0	0,0	7	2,0	119	33,6

## 2.14 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

### 2.14.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	211	14,4	0	0,0	185	12,6	26	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	155	10,6	0	0,0	108	7,4	47	3,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0	7	0,5
Berlin	48	3,3	0	0,0	0	0,0	48	3,3	0	0,0	7	0,5	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	62	4,2	0	0,0	0	0,0	62	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	8	0,5	0	0,0	1	0,1	7	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	20	1,4	0	0,0	5	0,3	15	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	99	6,7	0	0,0	54	3,7	45	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	42	2,9	0	0,0	17	1,2	25	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	120	8,2	0	0,0	0	0,0	120	8,2	0	0,0	7	0,5	0	0,0	16	1,1
Nordrhein-Westfalen	353	24,0	3	0,2	68	4,6	282	19,2	0	0,0	9	0,6	0	0,0	55	3,7
Rheinland-Pfalz	106	7,2	0	0,0	20	1,4	86	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	23	1,6	0	0,0	0	0,0	23	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	79	5,4	0	0,0	0	0,0	79	5,4	0	0,0	14	1,0	0	0,0	14	1,0
Sachsen-Anhalt	51	3,5	0	0,0	31	2,1	20	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	45	3,1	0	0,0	24	1,6	21	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	46	3,1	0	0,0	36	2,5	10	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>1468</b>	<b>100,1</b>	<b>3</b>	<b>0,2</b>	<b>549</b>	<b>37,5</b>	<b>916</b>	<b>62,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>38</b>	<b>2,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>92</b>	<b>6,3</b>

## 2.14.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Bayern	211	3	1,4	7	3,3	5	2,4	0	0,0	9	4,3	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	185	87,7
Baden-Württemberg	155	0	0,0	27	17,4	4	2,6	7	4,5	4	2,6	0	0,0	0	0,0	4	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	108	69,7
Berlin	48	1	2,1	35	72,9	0	0,0	0	0,0	9	18,8	0	0,0	0	0,0	2	4,2	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	62	0	0,0	33	53,2	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	28	45,2	0	0,0
Bremen	8	0	0,0	4	50,0	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5
Hamburg	20	11	55,0	2	10,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	25,0
Hessen	99	0	0,0	34	34,3	3	3,0	0	0,0	4	4,0	0	0,0	2	2,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	54,5
Mecklenburg- Vorpommern	42	0	0,0	18	42,9	1	2,4	1	2,4	5	11,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	40,5
Niedersachsen	120	2	1,7	95	79,2	6	5,0	6	5,0	5	4,2	0	0,0	0	0,0	6	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	353	37	10,5	137	38,8	14	4,0	16	4,5	45	12,7	9	2,5	1	0,3	9	2,5	2	0,6	0	0,0	3	0,8	0	0,0	12	3,4	68	19,3
Rheinland-Pfalz	106	0	0,0	67	63,2	1	0,9	0	0,0	5	4,7	10	9,4	0	0,0	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	20	18,9
Saarland	23	0	0,0	22	95,7	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	79	0	0,0	23	29,1	5	6,3	0	0,0	26	32,9	4	5,1	9	11,4	3	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	11,4	0	0,0
Sachsen-Anhalt	51	0	0,0	10	19,6	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	17,6	31	60,8



Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Schleswig-Holstein	45	0	0,0	20	44,4	1	2,2	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	24	53,3
Thüringen	46	0	0,0	8	17,4	0	0,0	0	0,0	2	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	36	78,3
<b>Gesamt</b>	1468	54	3,7	542	36,9	44	3,0	32	2,2	115	7,8	25	1,7	12	0,8	29	2,0	3	0,2	0	0,0	3	0,2	0	0,0	60	4,1	549	37,4

## 2.15 Hüftendoprothesenversorgung

### 2.15.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	519	16,7	0	0,0	419	13,5	100	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	298	9,6	0	0,0	198	6,4	100	3,2	0	0,0	3	0,1	0	0,0	22	0,7
Berlin	108	3,5	0	0,0	22	0,7	86	2,8	0	0,0	12	0,4	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	102	3,3	0	0,0	0	0,0	102	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	23	0,7	0	0,0	1	0,0	22	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	54	1,7	0	0,0	24	0,8	30	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	203	6,5	0	0,0	100	3,2	103	3,3	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	85	2,7	0	0,0	24	0,8	61	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	302	9,7	0	0,0	0	0,0	302	9,7	0	0,0	21	0,7	0	0,0	79	2,5
Nordrhein-Westfalen	713	22,9	21	0,7	120	3,9	572	18,4	0	0,0	8	0,3	0	0,0	186	6,0
Rheinland-Pfalz	229	7,4	0	0,0	100	3,2	129	4,1	0	0,0	2	0,1	0	0,0	15	0,5
Saarland	46	1,5	0	0,0	0	0,0	46	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	154	4,9	0	0,0	13	0,4	141	4,5	0	0,0	5	0,2	0	0,0	5	0,2
Sachsen-Anhalt	107	3,4	5	0,2	35	1,1	67	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	82	2,6	0	0,0	10	0,3	72	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	89	2,9	0	0,0	40	1,3	49	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>3114</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>0,9</b>	<b>1106</b>	<b>35,6</b>	<b>1982</b>	<b>63,8</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>53</b>	<b>1,9</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>307</b>	<b>9,9</b>

## 2.15.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit n	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	%
Bayern	519	10	1,9	40	7,7	24	4,6	0	0,0	10	1,9	3	0,6	0	0,0	13	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	419	80,7
Baden-Württemberg	298	0	0,0	49	16,4	20	6,7	0	0,0	15	5,0	2	0,7	0	0,0	13	4,4	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	198	66,4
Berlin	108	0	0,0	47	43,5	0	0,0	0	0,0	4	3,7	0	0,0	3	2,8	22	20,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	7,4	3	2,8	21	19,4
Brandenburg	102	0	0,0	68	66,7	0	0,0	0	0,0	5	4,9	1	1,0	1	1,0	10	9,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	16,7	0	0,0
Bremen	23	0	0,0	15	65,2	7	30,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3
Hamburg	54	1	1,9	23	42,6	0	0,0	6	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	24	44,4
Hessen	203	0	0,0	62	30,5	10	4,9	0	0,0	9	4,4	9	4,4	4	2,0	9	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	100	49,3
Mecklenburg- Vorpommern	85	0	0,0	37	43,5	7	8,2	6	7,1	5	5,9	0	0,0	1	1,2	5	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	28,2
Niedersachsen	302	14	4,6	176	58,3	22	7,3	1	0,3	37	12,3	0	0,0	0	0,0	52	17,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	713	55	7,7	189	26,5	26	3,6	12	1,7	50	7,0	9	1,3	3	0,4	172	24,1	6	0,8	20	2,8	21	2,9	0	0,0	30	4,2	120	16,8
Rheinland-Pfalz	229	0	0,0	65	28,4	1	0,4	0	0,0	25	10,9	5	2,2	0	0,0	33	14,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	100	43,7
Saarland	46	0	0,0	27	58,7	16	34,8	0	0,0	2	4,3	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	154	0	0,0	50	32,5	6	3,9	1	0,6	26	16,9	9	5,8	14	9,1	28	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	4,5	13	8,4
Sachsen-Anhalt	107	0	0,0	31	29,0	11	10,3	10	9,3	1	0,9	0	0,0	0	0,0	4	3,7	0	0,0	0	0,0	5	4,7	0	0,0	10	9,3	35	32,7

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit n	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	%
Schleswig-Holstein	82	0	0,0	33	40,2	2	2,4	0	0,0	7	8,5	0	0,0	3	3,7	22	26,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	6,1	0	0,0	10	12,2
Thüringen	89	0	0,0	25	28,1	3	3,4	0	0,0	9	10,1	0	0,0	0	0,0	12	13,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	40	44,9
<b>Gesamt</b>	3114	80	2,6	937	30,1	155	5,0	36	1,2	205	6,6	39	1,3	29	0,9	395	12,7	6	0,2	21	0,7	26	0,8	13	0,4	67	2,2	1105	35,5

## 2.16 Knieendoprothesenversorgung

### 2.16.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	291	20,8	0	0,0	199	14,2	92	6,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	130	9,3	0	0,0	96	6,9	34	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,4
Berlin	61	4,4	0	0,0	38	2,7	23	1,6	0	0,0	3	0,2	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	38	2,7	0	0,0	0	0,0	38	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	6	0,4	0	0,0	0	0,0	6	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	33	2,4	0	0,0	14	1,0	19	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	99	7,1	0	0,0	49	3,5	50	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	27	1,9	0	0,0	4	0,3	23	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	127	9,1	0	0,0	0	0,0	127	9,1	0	0,0	5	0,4	0	0,0	51	3,7
Nordrhein-Westfalen	292	20,9	9	0,6	110	7,9	173	12,4	0	0,0	2	0,1	0	0,0	78	5,6
Rheinland-Pfalz	102	7,3	0	0,0	74	5,3	28	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,4
Saarland	23	1,6	0	0,0	0	0,0	23	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	66	4,7	0	0,0	12	0,9	54	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	44	3,1	9	0,6	14	1,0	21	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	20	1,4	0	0,0	3	0,2	17	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	38	2,7	0	0,0	22	1,6	16	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>1397</b>	<b>99,8</b>	<b>18</b>	<b>1,2</b>	<b>635</b>	<b>45,5</b>	<b>744</b>	<b>53,1</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>10</b>	<b>0,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>139</b>	<b>10,1</b>

## 2.16.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Bayern	291	10	3,4	17	5,8	35	12,0	0	0,0	0	0,0	2	0,7	0	0,0	28	9,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	199	68,4
Baden-Württemberg	130	0	0,0	7	5,4	17	13,1	0	0,0	1	0,8	3	2,3	0	0,0	6	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	96	73,8
Berlin	61	1	1,6	6	9,8	0	0,0	0	0,0	3	4,9	0	0,0	2	3,3	13	21,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	59,0
Brandenburg	38	0	0,0	16	42,1	0	0,0	0	0,0	1	2,6	2	5,3	0	0,0	19	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	6	0	0,0	1	16,7	5	83,3	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	33	0	0,0	9	27,3	0	0,0	5	15,2	0	0,0	0	0,0	5	15,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	42,4
Hessen	99	0	0,0	16	16,2	11	11,1	3	3,0	0	0,0	5	5,1	2	2,0	13	13,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	49	49,5
Mecklenburg- Vorpommern	27	0	0,0	11	40,7	5	18,5	5	18,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7	4	14,8
Niedersachsen	127	4	3,1	50	39,4	10	7,9	4	3,1	16	12,6	0	0,0	0	0,0	42	33,1	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	292	7	2,4	28	9,6	21	7,2	1	0,3	5	1,7	6	2,1	2	0,7	94	32,2	4	1,4	1	0,3	9	3,1	0	0,0	4	1,4	110	37,7
Rheinland-Pfalz	102	0	0,0	1	1,0	1	1,0	0	0,0	11	10,8	3	2,9	0	0,0	11	10,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	74	72,5
Saarland	23	0	0,0	13	56,5	7	30,4	0	0,0	1	4,3	1	4,3	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	66	0	0,0	15	22,7	5	7,6	1	1,5	3	4,5	1	1,5	4	6,1	24	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	12	18,2
Sachsen-Anhalt	44	0	0,0	11	25,0	8	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	9	20,5	0	0,0	1	2,3	14	31,8

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit  n	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	%
Schleswig-Holstein	20	0	0,0	6	30,0	1	5,0	0	0,0	4	20,0	0	0,0	1	5,0	4	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	3	15,0
Thüringen	38	0	0,0	5	13,2	3	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	21,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	57,9
<b>Gesamt</b>	1397	22	1,6	212	15,2	129	9,2	19	1,4	45	3,2	23	1,6	16	1,1	265	19,0	5	0,4	1	0,1	18	1,3	1	0,1	8	0,6	633	45,3

## 2.17 Pflege: Dekubitusprophylaxe

### 2.17.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	109	15,4	0	0,0	77	10,9	32	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	64	9,1	0	0,0	15	2,1	49	6,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Berlin	25	3,5	0	0,0	0	0,0	25	3,5	0	0,0	9	1,3	2	0,3	1	0,1
Brandenburg	30	4,2	0	0,0	0	0,0	30	4,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	0,6	0	0,0	0	0,0	4	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	15	2,1	0	0,0	0	0,0	15	2,1	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0
Hessen	40	5,7	0	0,0	1	0,1	39	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	19	2,7	0	0,0	0	0,0	19	2,7	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	71	10,1	0	0,0	0	0,0	71	10,1	0	0,0	2	0,3	0	0,0	15	2,1
Nordrhein-Westfalen	161	22,8	0	0,0	1	0,1	160	22,7	0	0,0	3	0,4	0	0,0	42	5,9
Rheinland-Pfalz	39	5,5	0	0,0	0	0,0	39	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,1
Saarland	14	2,0	0	0,0	0	0,0	14	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	46	6,5	0	0,0	0	0,0	46	6,5	0	0,0	8	1,1	0	0,0	8	1,1
Sachsen-Anhalt	30	4,2	0	0,0	1	0,1	29	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	22	3,1	0	0,0	0	0,0	22	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	17	2,4	0	0,0	0	0,0	17	2,4	0	0,0	3	0,4	1	0,1	2	0,3
<b>Gesamt</b>	<b>706</b>	<b>99,9</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>95</b>	<b>13,3</b>	<b>611</b>	<b>86,4</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>30</b>	<b>4,2</b>	<b>3</b>	<b>0,4</b>	<b>77</b>	<b>10,7</b>



## 2.17.2 Ergebnisse pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit n	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	%
Bayern	109	0	0,0	1	0,9	3	2,8	0	0,0	6	5,5	7	6,4	0	0,0	14	12,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	77	70,6
Baden-Württemberg	64	1	1,6	19	29,7	20	31,3	1	1,6	4	6,3	1	1,6	0	0,0	3	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	23,4
Berlin	25	1	4,0	13	52,0	0	0,0	0	0,0	5	20,0	0	0,0	1	4,0	4	16,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	30	9	30,0	0	0,0	0	0,0	6	20,0	2	6,7	0	0,0	1	3,3	12	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	0	0,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	14	0	0,0	11	78,6	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
Hessen	40	0	0,0	8	20,0	2	5,0	0	0,0	6	15,0	6	15,0	1	2,5	3	7,5	0	0,0	13	32,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5
Mecklenburg- Vorpommern	19	0	0,0	4	21,1	4	21,1	8	42,1	3	15,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	71	9	12,7	23	32,4	20	28,2	0	0,0	15	21,1	1	1,4	0	0,0	3	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	161	4	2,5	48	29,8	20	12,4	0	0,0	21	13,0	1	0,6	1	0,6	55	34,2	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	5,6	1	0,6
Rheinland-Pfalz	39	0	0,0	10	25,6	0	0,0	0	0,0	9	23,1	4	10,3	0	0,0	15	38,5	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	14	0	0,0	10	71,4	3	21,4	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
Sachsen	46	0	0,0	8	17,4	6	13,0	2	4,3	10	21,7	4	8,7	4	8,7	7	15,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	10,9	0	0,0
Sachsen-Anhalt	30	0	0,0	10	33,3	10	33,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	20,0	1	3,3

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit n	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	%
Schleswig-Holstein	22	2	9,1	9	40,9	3	13,6	0	0,0	5	22,7	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,1	0	0,0	0	0,0
Thüringen	17	0	0,0	4	23,5	4	23,5	0	0,0	8	47,1	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
<b>Gesamt</b>	705	26	3,7	179	25,4	97	13,8	21	3,0	95	13,5	24	3,4	9	1,3	119	16,9	4	0,6	13	1,8	0	0,0	2	0,3	21	3,0	95	13,5



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Bericht zur Datenvalidierung 2016

Erfassungsjahr 2015

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Mai 2017

---

# Impressum

**Thema:**

Bericht zur Datenvalidierung 2016. Erfassungsjahr 2015

**Autorinnen und Autoren:**

Laura Nölke, Rainer Vogler, Axel Mertens

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

15. Mai 2017, geänderte Version vom 24. Juli 2017

**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](mailto:info@iqtig.org)  
<http://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Zusammenfassung .....	9
1 Einleitung.....	17
2 Methodik .....	19
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	20
2.1.1 Durchführung .....	21
2.1.2 Bewertung.....	22
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	23
3 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich.....	27
3.1 Pflege: Dekubitusprophylaxe .....	27
3.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung .....	27
3.1.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren .....	29
3.1.3 Maßnahmen in Folge der Zweiterfassung mit Datenabgleich .....	33
3.2 Mammachirurgie.....	34
3.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung .....	34
3.2.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren .....	35
3.2.3 Maßnahmen in Folge der Zweiterfassung mit Datenabgleich .....	42
3.3 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.....	42
3.3.1 Umfang der Stichprobenprüfung .....	42
3.3.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren .....	43
3.3.3 Maßnahmen in Folge der Zweiterfassung mit Datenabgleich .....	47
4 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	49
4.1 Herzchirurgie.....	51
4.1.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) .....	51
4.1.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt).....	52
4.1.3 Koronarchirurgie, isoliert .....	54

4.1.4	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.....	56
4.2	Transplantationen.....	59
	Nierentransplantation.....	59
4.3	Herzschrittmacher und Defibrillatoren.....	59
4.3.1	Herzschrittmacher-Implantation.....	59
4.3.2	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation .....	61
4.3.3	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation .....	62
4.4	Karotis-Revaskularisation.....	64
4.5	Orthopädie und Unfallchirurgie .....	65
	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung.....	65
4.6	Perinatalmedizin .....	67
	Geburtshilfe .....	67
4.7	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) .....	68
4.8	Mammachirurgie.....	69
4.9	Pflege: Dekubitusprophylaxe .....	72
5	Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	77
5.1	Indirekte QS-Verfahren .....	80
5.1.1	Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation.....	80
5.1.2	Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation .....	83
5.1.3	Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz .....	86
5.1.4	Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen – Orthopädie/Unfallchirurgie.....	89
5.2	Direkte QS-Verfahren.....	91
5.2.1	Herzchirurgie .....	91
5.2.2	Transplantationen .....	92
5.3	Erkenntnisse zu Gründen der Unter- und Überdokumentation .....	97
6	Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren.....	99
7	Fazit und Ausblick.....	105
	Glossar.....	108

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mengengerüst des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich EJ 2015 .....	9
Tabelle 2: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich EJ 2015 .....	10
Tabelle 3: Krankenhausstandorte mit und ohne Abweichungen – Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (EJ 2015).....	11
Tabelle 4: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit - alle QS-Verfahren (EJ 2015).....	12
Tabelle 5: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit - alle QS-Verfahren (EJ 2015) .....	13
Tabelle 6: Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität .....	22
Tabelle 7: Umfang der Stichprobe für den Datenabgleich im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe .....	28
Tabelle 8: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe .....	29
Tabelle 9: Umfang der Stichprobe für den Datenabgleich im QS-Verfahren Mammachirurgie.	35
Tabelle 10: Ergebnis des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren Mammachirurgie .....	36
Tabelle 11: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.....	43
Tabelle 12: Ergebnisse zu den AKs der Plausibilität und Vollständigkeit – Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) .....	51
Tabelle 13: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt).....	52
Tabelle 14: Ergebnisse der AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Koronarchirurgie, isoliert .....	54
Tabelle 15: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit - Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.....	57
Tabelle 16: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Herzschrittmacher- Implantation.....	59
Tabelle 17: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Herzschrittmacher- Revision/-Systemwechsel/-Explantation .....	61
Tabelle 18: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation .....	62
Tabelle 19: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Karotis- Revaskularisation .....	64
Tabelle 20: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung .....	65
Tabelle 21: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Geburtshilfe .....	67
Tabelle 22: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) .....	68

Tabelle 23: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Mammachirurgie ....	70
Tabelle 24: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Pflege:	
Dekubitusprophylaxe .....	73
Tabelle 25: Wiederholte Auffälligkeiten im AK Unterdokumentation (EJ 2014 und 2015) .....	82
Tabelle 26: Wiederholte Auffälligkeiten im AK Überdokumentation (EJ 2014 und 2015) .....	85
Tabelle 27: Wiederholte Auffälligkeiten im AK Minimaldatensatz (EJ 2014 und 2015) .....	88
Tabelle 28: Ergebnisse der AKs zur Unterdokumentation in den Zählleistungsbereichen HEP und KEP .....	90
Tabelle 29: Ergebnisse der AKs zur Überdokumentation in den Zählleistungsbereichen HEP und KEP .....	90
Tabelle 30: Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen - Aortenklappenchirurgie, isoliert - kathetergestützt .....	92
Tabelle 31: Ergebnisse zur Vollzähligkeit und Vollständigkeit in den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren .....	93
Tabelle 32: Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen - Herztransplantation/Kunsth Herzen .....	96
Tabelle 33: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren (alle QS- Verfahren): Dokumentationsprobleme im EJ 2014 und 2015 .....	99
Tabelle 34: Qualitätsindikatoren mit den meisten Dokumentationsproblemen (EJ 2015) (Anteil der Bewertungen an den Stellungnahmen) .....	101
Tabelle 35: Qualitätsindikatoren mit den meisten Dokumentationsproblemen (EJ 2015) (absolute Zahl der Bewertungen) .....	102
Tabelle 36: Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren - nach Versorgungsbereichen .....	104



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren nach Versorgungsbereichen/QS-Verfahren (EJ 2015) .....	15
Abbildung 2: Elemente des Datenvalidierungsverfahrens nach § 9 QSKH-RL (Stand EJ 2015) ..	19
Abbildung 3: Bestätigte Fehldokumentationen zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015) .....	50
Abbildung 4: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im AK Unterdokumentation unter den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2015) .....	78
Abbildung 5: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im AK Überdokumentation unter den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2015) .....	79
Abbildung 6: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im AK Minimaldatensatz unter den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2015) .....	79
Abbildung 7: Rechnerische Auffälligkeiten AK Unterdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2014 und 2015) .....	81
Abbildung 8: Bestätigte Unterdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015) .....	82
Abbildung 9: Rechnerische Auffälligkeiten AK Überdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2014 und 2015) .....	84
Abbildung 10: Bestätigte Überdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015) .....	85
Abbildung 11: Rechnerische Auffälligkeiten AK Minimaldatensatz nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2014 und 2015) .....	87
Abbildung 12: Bestätigte Fehldokumentationen Minimaldatensatz nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015) .....	88

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
<b>AK</b>	Auffälligkeitskriterium
<b>AK-ID</b>	Identifikationsnummer des Auffälligkeitskriteriums
<b>ASA</b>	American Society of Anesthesiologists
<b>EJ</b>	Erfassungsjahr
<b>G-BA</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss
<b>KH</b>	Krankenhaus
<b>KIS</b>	Krankenhausinformationssystem
<b>LQS</b>	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
<b>MDS</b>	Minimaldatensatz
<b>OPS</b>	Operationen- und Prozedurenschlüssel
<b>QI</b>	Qualitätsindikator
<b>QIDB</b>	Qualitätsindikatorendatenbank
<b>QI-ID</b>	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
<b>QS</b>	Qualitätssicherung
<b>QSKH-RL</b>	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
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>UA QS</b>	Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses

## Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der im Jahr 2016 durchgeführten Datenvalidierung der Daten zum Erfassungsjahr 2015 für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung dargestellt. Im Rahmen der Statistischen Basisprüfung wurde die Validität der übermittelten QS-Daten im Strukturierten Dialog mit den Leistungserbringern überprüft. Dabei wurden die Ergebnisse von insgesamt 153 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit analysiert und bewertet. Im Zuge der Stichprobenprüfung mit Datenabgleich wurde in drei ausgewählten QS-Verfahren bei einer zufälligen Stichprobe von Krankenhausstandorten und Fällen die Übereinstimmung der übermittelten QS-Daten mit den Angaben in den Patientenakten vor Ort geprüft.

### Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wurden für die beiden ausgewählten indirekten Verfahren jeweils 5 % der datenliefernden Krankenhausstandorte pro Bundesland, beim ausgewählten direkten Verfahren 5 % der datenliefernden Krankenhausstandorte bundesweit ausgewählt (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Mengengerüst des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich EJ 2015

QS-Verfahren	Anzahl geprüfter Standorte	Anzahl geprüfter Fälle	Geprüfte Datenfelder pro Fall
Pflege: Dekubitusprophylaxe	89	1.691	10
Mammachirurgie	45	800	23
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	4	80	32

In den geprüften Kliniken konnten Fehldokumentationen sowohl zu Gunsten als auch zu Ungunsten der Einrichtungen festgestellt werden, welche die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Risikoadjustierung zum Teil beeinflussen. Darunter war auch eine Unterdokumentation von Sentinel Events im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten zwischen den Angaben aus der Patientenakte und der QS-Dokumentation variierten bei einigen Datenfeldern stark. Als Konsequenz aus den Ergebnissen der Datenvalidierung wurden zum Teil Zielvereinbarungen mit Krankenhäusern abgeschlossen. Die Erkenntnisse zu Verständnisproblemen bei Datenfeldern und Verbesserungsvorschlägen für Ausfüllhinweise wurden an die zuständigen Bundesfachgruppen weitergeleitet. Die wichtigsten Ergebnisse der Zweiterfassung mit Datenabgleich sind in Tabelle 2 dargestellt. Die 4 geprüften Krankenhausstandorte im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* haben durchschnittlich in 23 der 32 geprüften Datenfelder eine Übereinstimmungsrate von 100 %. Im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* weisen die 89 geprüften Krankenhausstandorte

im Mittel in 6 der insgesamt 10 geprüften Datenfelder eine 100-prozentige Übereinstimmung auf. Die 45 geprüften Krankenhausstandorte im QS-Verfahren *Mammachirurgie* haben durchschnittlich in 13 der 23 geprüften Datenfelder eine Übereinstimmungsrate von 100 %. Weitere Ergebnisse zu den Übereinstimmungen bei den Krankenhausstandorten sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 2: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich EJ 2015

QS-Verfahren	Datenfelder mit den höchsten Abweichungen (Übereinstimmungsrate)	Mittlere Übereinstimmungsrate zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte (über alle Datenfelder) <sup>1</sup>
Pflege: Dekubitusprophylaxe	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus (88,6 %)	95,5 % (min: 84,8 %; max: 99,8 %)
	Seitenlokalisierung (84,4 %)	
	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? (90,4 %)	
Mammachirurgie	maligne Neoplasie (86,9 %)	90,8 % (min: 58,0 %; max: 100,0 %)
	Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes (67,1 %)	
	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren (87,8 %)	
	intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie (58,0 %)	
	pN (86,6 %)	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	ASA-Klassifikation (77,5 %)	95,5 % (min: 68,4 %; max: 100,0 %)
	NYHA-Klassifikation (68,4 %)	

<sup>1</sup> Die mittlere Übereinstimmungsrate zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte stellt den Durchschnitt der datenfeldbezogenen Übereinstimmungsrate dar. Das Minimum entspricht der niedrigsten, das Maximum der höchsten datenfeldbezogenen Übereinstimmungsrate.

Tabelle 3: Krankenhausstandorte mit und ohne Abweichungen – Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (EJ 2015)

QS-Verfahren	Standorte mit 100 % Übereinstimmung in jedem Datenfeld	Standorte mit 100% Übereinstimmung in einzelnen Datenfeldern	Standorte mit weniger als 100 % Übereinstimmung in jedem Datenfeld	Geprüfte Standorte insgesamt
Pflege: Dekubitusprophylaxe	3	86	1	89
Mammachirurgie	0	45	0	45
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	0	4	0	4

### Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2015 wiesen 714 Krankenhausstandorte in mindestens einem Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit eine rechnerische Auffälligkeit auf. 372 der Standorte, die um Abgabe einer Stellungnahme gebeten wurden, bestätigten auch zu mindestens einem AK Fehldokumentationen (vgl. Tabelle 4). In 28,1 % (n = 309) der insgesamt 1.099 rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise verschickt und kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt, sodass nicht beurteilt werden kann, ob hier tatsächlich Fehldokumentationen vorlagen.

Differenziert nach den QS-Verfahren zeigt sich für das EJ 2015, dass im QS-Verfahren *Herzschrilmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV) der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen an den Stellungnahmen am höchsten ist, während er im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* am niedrigsten ausfällt.

Tabelle 4: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit - alle QS-Verfahren (EJ 2015)

	Anzahl	Anteil
datenliefernde Standorte (alle QS-Verfahren)	1.834	-
Rechnerische Auffälligkeiten	1.099	-
Standorte mit mindestens einer rechnerischen Auffälligkeit	714	-
Standorte mit mindestens einer Bewertung A40 oder A99	372	-
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen	1	0,1 %
Hinweise	309	28,1 %
Stellungnahmen	788	71,7 %
Sonstiges	1	0,1 %
<b>Weiterführende Maßnahmen (pro rechnerische Auffälligkeit)</b>		
Besprechungen	13	-
Begehungen	2	-
Zielvereinbarungen	46	-
<b>Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde</b>		
Korrekte Dokumentation bestätigt (U30, U99)	189	24,0 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	498	63,2 %
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	21	2,7 %
Sonstiges (S91, S99)	60	7,6 %
<b>Wiederholte Auffälligkeiten<sup>2</sup></b>		
Wiederholt/bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Standorte (Durchschnitt pro AK)	2,3 (Min: 0; Max: 16)	-
Wiederholt/bereits im Vorjahr Standorte mit Fehldokumentation (A40, A99) (Durchschnitt pro AK)	0,7 (Min: 0; Max: 5)	-

### Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit

Im EJ 2015 waren 219 Standorte in mindestens einem QS-Verfahren aufgrund von Unterdokumentationen rechnerisch auffällig. 97 Krankenhausstandorte wiesen hinsichtlich einer Überdokumentation in mindestens einem QS-Verfahren eine rechnerische Auffälligkeit auf. Eine rechnerische Auffälligkeit in Bezug auf eine zu hohe Anzahl an Minimaldatensätzen hatten 68 Krankenhausstandorte in mindestens einem QS-Verfahren (vgl. Tabelle 5). Der Anteil der bestätigt zu viel, zu wenig oder fehlerhaft gelieferten Datensätze liegt beim AK Überdokumentation bei 92,0 % (n = 69); beim AK Unterdokumentation bei 77,8 % (n = 175) und beim AK zum Minimaldatensatz bei 42,5 % (n = 17). In durchschnittlich 40,6 % (n = 240) der rechnerischen Auffäll-

<sup>2</sup> Zunächst wurde je Auffälligkeitskriterium die Anzahl wiederholt auffälliger Standorte ermittelt. Dann wurde aus den Einzelergebnissen zu den AKs ein Durchschnittswert gebildet. Das Minimum stellt die minimale Anzahl wiederholt auffälliger Standorte in einem AK dar. Das Maximum stellt entsprechend die maximale Anzahl wiederholt auffälliger Standorte in einem AK dar.

ligkeiten bei den AKs zur Vollzähligkeit wurden Hinweise verschickt und kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, sodass nicht beurteilt werden kann, ob hier tatsächlich unvollzählige Dokumentationen vorlagen.

Differenziert nach QS-Verfahren zeigt sich in Bezug auf die Anteile der rechnerisch auffälligen Standorte unter den datenliefernden Standorten für das EJ 2015, dass im AK Unterdokumentation der höchste Anteil im QS-Verfahren *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme* mit 18,0 % (n = 9 Standorte) vorliegt. Den niedrigsten Anteil an unterdokumentierenden Standorten weisen die QS-Verfahren *Nierenlebenspende* und *Leberlebenspende* mit 0 % auf. Beim AK zur Überdokumentation steht hingegen das QS-Verfahren *Nierenlebenspende* an erster Stelle mit einem Anteil rechnerisch auffälliger Standorte in Höhe von 2,6 % (n = 1 Standort). An letzter Stelle stehen die restlichen direkten QS-Verfahren mit jeweils 0 %. Für das AK zum Minimaldatensatz (MDS) zeigt sich, dass das QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* mit 1,6 % (n = 24 Standorte) den höchsten Anteil rechnerisch auffälliger Standorte aufweist. Keine rechnerisch auffälligen Standorte bzgl. des AK zum MDS weisen hingegen die QS-Verfahren des Versorgungsbereichs *Herzchirurgie*, das QS-Verfahren *Geburtshilfe* und das QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel* auf.

Tabelle 5: Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit - alle QS-Verfahren (EJ 2015)

	AK Unterdokumentation		AK Überdokumentation		AK Minimaldatensatz	
datenliefernde Standorte (alle QS-Verfahren)	1.834		1.834		1.834	
Rechnerische Auffälligkeiten	390		124		75	
Standorte mit mindestens einer rechnerischen Auffälligkeit	219		97		68	
Standorte mit mindestens einer Bewertung A40 oder A99	114		56		17	
<b>Maßnahmen</b>						
Keine Maßnahmen	8	(2,1 %)	1	(0,8 %)	0	(0,0 %)
Angeforderte Stellungnahmen	225	(57,7 %)	75	(60,5 %)	40	(53,3 %)
Hinweise	157	(40,3 %)	48	(38,7 %)	35	(46,7 %)
Sonstiges	0	(0,0 %)	0	(0,0 %)	0	(0,0 %)
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>						
Besprechungen	2		0		0	
Begehungen	0		0		0	
Zielvereinbarungen	5		1		1	
<b>Einstufungen</b>						
Unvollzählige Dokumentation bestätigt (A40, A99)	175	(77,8 %)	69	(92,0 %)	17	(42,5 %)
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	8	(3,6 %)	0	(0,0 %)	1	(2,5 %)
Vollzählige Dokumentation bestätigt (U30, U99)	8	(3,6 %)	3	(4,0 %)	16	(40,0 %)

	AK Unterdokumentation	AK Überdokumentation	AK Minimaldatensatz
Sonstiges (S99, S91)	29 (12,9 %)	3 (4,0 %)	5 (12,5 %)
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Wiederholt/bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Standorte (Durchschnitt pro QS-Verfahren)	1,6 (Min: 0; Max: 10)	0,4 (Min: 0; Max: 3)	1,4 (Min: 0; Max: 13)
Wiederholt/bereits im Vorjahr Standorte mit Fehldokumentation (A40, A99) (Durchschnitt pro QS-Verfahren)	0,7 (Min: 0; Max: 3)	0,2 (Min: 0; Max: 1)	0,0

**Ergebnisse zu den Dokumentationsproblemen bei den Qualitätsindikatoren**

Der Anteil an Bewertungen mit D50, D51, D99 (= *Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation*) an den Stellungnahmen zu allen Qualitätsindikatoren liegt im EJ 2015 bei 16,9 %. Über alle Qualitätsindikatoren hinweg liegt der durchschnittliche Anteil an Bewertungen mit D50, D51, D99 an den Stellungnahmen pro QI bei 14,0 %. Dies bedeutet, dass bei durchschnittlich 14,0 % der rechnerischen Auffälligkeiten mit angeforderter Stellungnahme zu einem Qualitätsindikator keine Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität möglich war. Die höchsten Anteile der rechnerischen Auffälligkeiten, bei denen keine Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität aufgrund von Dokumentationsmängeln möglich war, finden sich in den Versorgungsbereichen/QS-Verfahren Pflege, Mammachirurgie, Pneumonie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Perinatalmedizin (vgl. Abbildung 1). Der Anteil der Bewertungen mit U33 (= *Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität, vereinzelte Dokumentationsprobleme*) an den Stellungnahmen zu allen Qualitätsindikatoren liegt im EJ 2015 bei 12,0 %. Bei einer nach Versorgungsbereichen differenzierten Betrachtung zeigt sich, dass die höchsten Anteile der vereinzelt dokumentierten Probleme (U33) an den rechnerischen Auffälligkeiten bei den Versorgungsbereichen Transplantationsmedizin, Gefäßchirurgie, Perinatalmedizin, Pflege und Gynäkologische Operationen vorlagen (vgl. Abbildung 1).



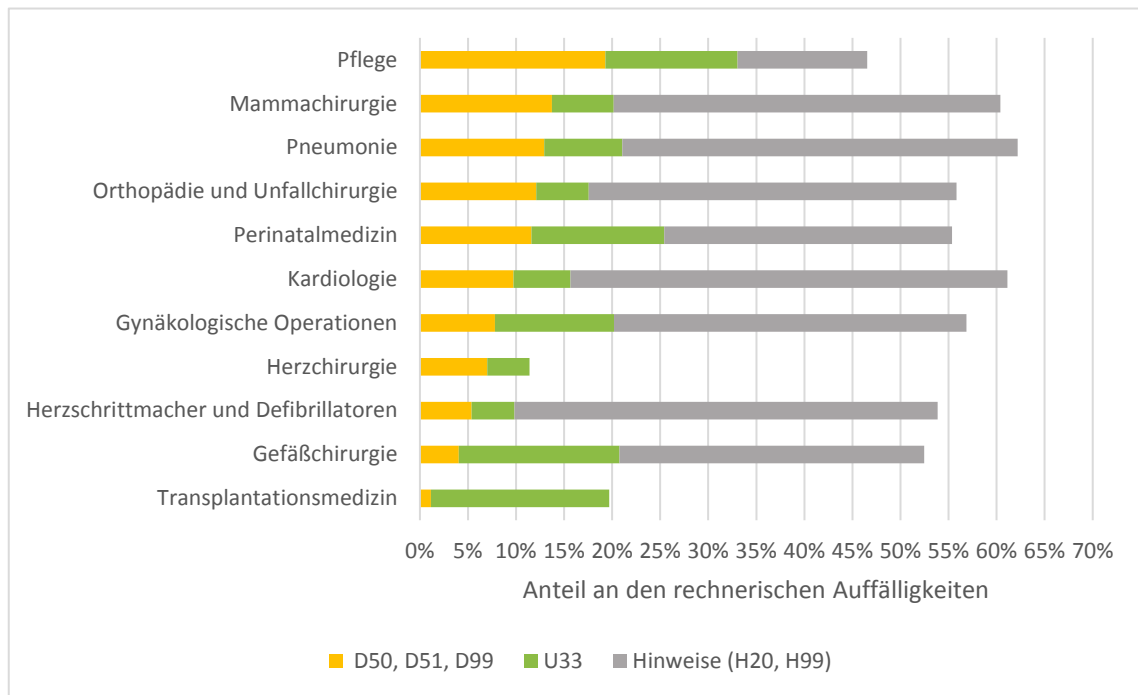


Abbildung 1: Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren nach Versorgungsbereichen/QS-Verfahren (EJ 2015)

**Fazit und Ausblick**

Der Anteil bestätigter Fehldokumentationen bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (EJ 2015: 63,2 %; EJ 2014: 50,0 %). Auch bei den Qualitätsindikatoren ist der Anteil der Bewertungen mit D50, D51 oder D99 an den Stellungnahmen gestiegen (EJ 2015: 16,9 %; EJ 2014: 14,9 %). In Bezug auf die AKs zur Vollständigkeit zeigt sich eine Abnahme bestätigter Fehldokumentationen beim AK zur Unterdokumentation (EJ 2015: 77,8 %; EJ 2014: 83,0 %). Jedoch ist der Anteil bei den AKs zur Überdokumentation (EJ 2015: 92,0 %; EJ 2014: 79,8 %) und zum Minimaldatensatz (EJ 2015: 42,5 %; EJ 2014: 23,8 %) angestiegen.

Sowohl bei den Auffälligkeitskriterien als auch den Qualitätsindikatoren gibt es Standorte, die zwei Jahre in Folge (EJ 2014 und 2015) Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog bestätigten: Zum Beispiel wurden im Durchschnitt pro Versorgungsbereich 43,3 Standorte wiederholt (EJ 2014 und 2015) mit D50, D51, D99 oder U33 in den Qualitätsindikatoren bewertet. Pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit hatten bis zu 5 Standorte wiederholt bestätigte Fehldokumentationen.

Die Anzahl wiederholt bestätigter Fehldokumentationen bei den AKs und QIs sowie die zum Teil angestiegenen Anteile an Fehldokumentationen zeigen, dass weiterhin eine Validierung der Daten der externen stationären Qualitätssicherung erforderlich ist und diese zukünftig umfassender, gezielter und konsequenter durchgeführt werden sollte. Dies setzt eine Weiterentwicklung des Datenvalidierungsverfahrens voraus, die aktuell vom IQTIG geplant wird. Insbesondere

durch die (zukünftige) Einführung regulativer Verfahren (planungsrelevante Qualitätsindikatoren und qualitätsorientierte Vergütung), welche auf die Daten der externen stationären Qualitätssicherung zurückgreifen, hat die Datenvalidierung an Bedeutung gewonnen.

# 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 stationären Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V 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 QS-Daten des Erfassungsjahres 2015. Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten<sup>3</sup> und das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich dazu fanden im Jahr 2016 statt.

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Datenvalidität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert (vgl. § 9 QSKH-RL). Im Jahr 2016 fand eine umfassende Datenvalidierung in den QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe, Mammachirurgie* und *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* statt. In diesen drei QS-Verfahren wurde anhand einer zufälligen Stichprobe von Krankenhausstandorten und Fällen ein Datenabgleich zwischen den Angaben aus der QS-Dokumentation und den Angaben aus den Patientenakten durchgeführt. Zudem erfolgte die jährliche Überprüfung der QS-Daten auf Plausibilität und Vollständigkeit in allen QS-Verfahren, in denen dazu Auffälligkeitskriterien definiert sind. Die gelieferten Datensätze aller QS-Verfahren wurden des Weiteren im Hinblick auf ihre Vollzähligkeit überprüft.

Eine Neuerung im Erfassungsjahr 2015 war die Umstrukturierung innerhalb des Versorgungsbereichs Orthopädie und Unfallchirurgie, das die neuen QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung, Hüftendoprothesenversorgung* und *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* umfasst, sowie die Einführung des neuen direkten QS-Verfahrens *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme*. Da das QS-Verfahren *Cholezystektomie* seit dem Erfassungsjahr 2015 ausgesetzt ist, wird es im vorliegenden Bericht nicht behandelt.

Nach einer kurzen Darstellung der Elemente und Methodik des Datenvalidierungsverfahrens werden zunächst die Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich beschrieben. Im anschließenden Kapitel sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit dargestellt. Im Anschluss daran erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung in allen QS-Verfahren. Danach werden die Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren beschrieben. Im abschließenden Kapitel wird ein Fazit der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2015 formuliert und ein Ausblick gegeben, welche Neuerungen in Bezug auf das Datenvalidierungsverfahren anstehen.

Im vorliegenden Bericht wird die Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten und bestätigten Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität im Längsschnitt über zwei

---

<sup>3</sup> Im vorliegenden Bericht werden die Bezeichnungen „Krankenhausstandorte“ und „Standorte“ synonym für Leistungserbringer nach der QSKH-RL verwendet.

Jahre ausgewertet.<sup>4</sup> Dabei wird insbesondere betrachtet, welche Krankenhausstandorte wiederholt rechnerisch auffällig waren und/oder wiederholt Fehldokumentationen im Strukturier-ten Dialog bestätigten.<sup>5</sup>

Eine detaillierte Ergebnisdarstellung zu den einzelnen Kapiteln findet sich in einem separaten Anhang zum vorliegenden Bericht.

---

<sup>4</sup> Zum Erfassungsjahr 2014 wurde die Auswertungseinheit von Krankenhaus auf Krankenhausstandort (entlassender Standort) umgestellt. Dies macht eine vergleichende Betrachtung der Ergebnisse zur Datenvalidität lediglich rückwirkend bis zum EJ 2014 möglich.

<sup>5</sup> Bei Auffälligkeitskriterien, deren Rechenregeln in dem Ausmaß verändert wurden, dass die Ergebnisse des EJ 2015 nur „eingeschränkt vergleichbar“ mit den Ergebnissen des Vorjahres (EJ 2014) sind, ist dies bei der Darstellung der wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und der wiederholten Fehldokumentationen an den entsprechenden Stellen im Bericht vermerkt.

## 2 Methodik

Das jährlich stattfindende Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL dient dazu, die Validität der QS-Daten einzuschätzen, die Leistungserbringer für die Notwendigkeit einer korrekten, vollständigen und vollzähligen Dokumentation zu sensibilisieren und zu schulen sowie Erkenntnisse für Verbesserungen der Spezifikation zu sammeln (z. B. Präzisierung der Ausfüllhinweise, Gestaltung von Datenfeldern, Präzisierung des QS-Filters). Dabei werden die von den Leistungserbringern gelieferten Daten auf die Aspekte Vollzähligkeit, Plausibilität und Vollständigkeit sowie inhaltliche Richtigkeit geprüft.

Im Folgenden wird die aktuelle Methodik des Datenvalidierungsverfahrens dargestellt. Das Verfahren besteht aus zwei Elementen, die sich in ihrer primären Zielsetzung unterscheiden. Abbildung 2 veranschaulicht die beiden Bausteine „Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog“ und „Stichprobenverfahren mit Datenabgleich“, die anschließend erläutert werden.

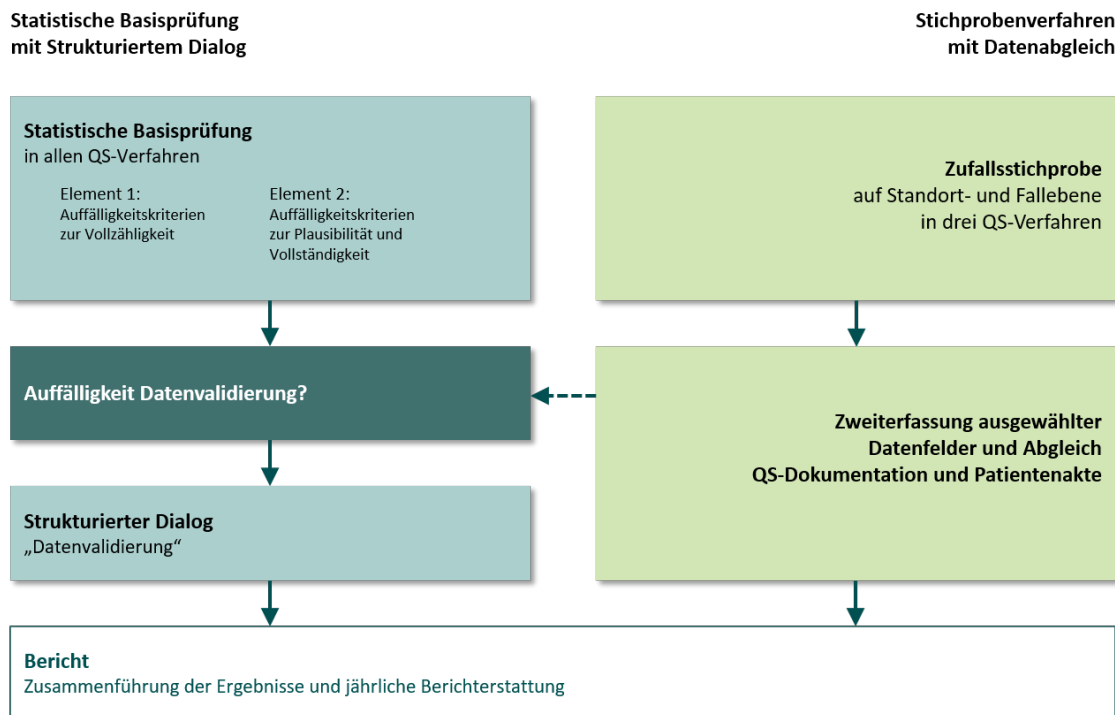


Abbildung 2: Elemente des Datenvalidierungsverfahrens nach § 9 QSKH-RL (Stand EJ 2015)

### Datenprüfung bei Datenerfassung und -annahme

Die Spezifikationen zur Datenerfassung und -übermittlung für die externe Qualitätssicherung beinhalten Prüfungen zur Vollständigkeit der Datensätze und zur Plausibilität der Daten. Die Erfassungssoftware ist entsprechend der Spezifikationsvorgaben so konfiguriert, dass fehlende Werte bei verpflichtend auszufüllenden Datenfeldern (Muss-Feld) bei der Dateneingabe vor Ort beim Leistungserbringer nicht akzeptiert werden. Ein Datensatz kann erst bei Vollständigkeit abgeschlossen und an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Außerdem beinhalten die Spezifikationen Plausibilitätsprüfungen zu nicht zulässigen Werteeingaben (datenfeldbezogen) und

nicht plausiblen Kombinationen von Werten (datenfeldübergreifend). Bei der Datenannahme durch die zuständigen Datenannahmestellen wird geprüft, ob die Daten in der spezifizierten Form übermittelt wurden. Zudem werden auch an dieser Stelle Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen durchgeführt. Dabei finden sowohl „weiche“ als auch „harte“ Plausibilitätsregeln Anwendung. Bei der Verletzung einer weichen Plausibilitätsregel erscheint eine Warnung, der Datenfluss wird jedoch nicht gestoppt. Wird eine harte Plausibilitätsregel verletzt, wird der Datenfluss angehalten und eine Datennachlieferung bzw. -korrektur ist erforderlich.

Das im Folgenden beschriebene „Datenvalidierungsverfahren“ findet im Rahmen der jährlichen Auswertung, und damit zu einem anderen Zeitpunkt als die Datenprüfungen bei Datenerfassung und -annahme statt. Es prüft die Daten somit retrospektiv.

## 2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Methodik des Strukturierten Dialogs ist ausführlich im aktuellen „Bericht zum Strukturierten Dialog“ beschrieben (verfügbar auf [www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)). Das Ziel der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog ist die Identifikation und Bewertung von fehlerhaften, unvollständigen und unvollzähligen Dokumentationen in den QS-Daten. Dazu erfolgt eine statistische Analyse der angenommenen QS-Daten nach vorab festgelegten Auffälligkeitskriterien, welche sich in zwei Gruppen unterteilen lassen. Bei der Neuentwicklung und Evaluation von Auffälligkeitskriterien durch das IQTIG werden externe Experten beratend hinzugezogen (Projektgruppe Datenvalidierung).

### Gruppe 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 Leistungserbringer 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  $\geq 95\%$  pro QS-Verfahren) und ein Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Referenzbereich  $\leq 110\%$  pro QS-Verfahren) berechnet. Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sieht vor, dass eine Dokumentationsrate unter  $100\%$  künftig sanktioniert wird (bislang geschieht dies erst bei einer Dokumentationsrate von unter  $95\%$ ), wie es bei dem Versorgungsbereich der Transplantationen bereits der Fall ist. Zur Prüfung des Anteils der Minimaldatensätze unter 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 transplantationsmedizinischen QS-Verfahren. Ab dem EJ 2016 gibt es auch im Versorgungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz. Ein Minimaldatensatz kann im Ausnahmefall angelegt werden, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig gelöst wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist. Minimaldatensätze können nicht zur Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden, da hier nur sehr wenige Angaben zu einem Fall dokumentiert werden. 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 unbekanntes Überlebensstatus untersuchen.

## **Gruppe 2: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit**

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die Validierung einzelner Datenfelder der QS-Dokumentation. Bei der Plausibilitätsprüfung werden unplausible Werteverteilungen (datenfeldbezogen) und Wertekombinationen (datenfeldübergreifend) innerhalb der gelieferten Daten betrachtet. Der Aspekt der Vollständigkeit bezieht sich auf fehlende/unbekannte Angaben in einem einzelnen Datensatz (Behandlungsfall). Jedes Jahr wird ein Set neuer Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität entwickelt. 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. Dadurch ist eine Analyse von rechnerischen Auffälligkeiten und bestätigten Fehldokumentationen im Längsschnitt über mehrere Jahre möglich.

### **2.1.1 Durchführung**

Auffälligkeitskriterien bestehen aus einem Nenner und Zähler und weisen einen Referenzbereich auf. Der Referenzbereich kann sich auf den Quotienten aus Zähler und Nenner oder die Anzahl im Zähler beziehen. Zudem können Mindestfallzahlen für Nenner und Zähler definiert werden. Leistungserbringer, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, gelten als rechnerisch auffällig in Bezug auf die Datenvalidität, d. h. es wird eine fehlerhafte, unvollständige oder unvollständige Dokumentation vermutet. Für diese Leistungserbringer wird ein Strukturierter Dialog eingeleitet, um zu prüfen, ob tatsächlich Dokumentationsprobleme vorlagen. Dazu bestehen die folgenden Möglichkeiten:

1. Einholen einer Stellungnahme vom jeweiligen Leistungserbringer, in der die Gründe für die rechnerische Auffälligkeit genannt werden (fehlerhafte/unvollständige oder korrekte/vollständige Dokumentation) und dargelegt wird, welche Optimierungsmaßnahmen ggf. eingeleitet worden sind bzw. eingeleitet werden sollen (vgl. § 11 QSKH-RL). Als weiterführende Maßnahmen können auch Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen werden (vgl. § 12 QSKH-RL).
2. Versenden eines Hinweises an den Krankenhausstandort, der diesen auf die rechnerische 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 Leistungserbringer angefordert. In dieser wird der Leistungserbringer darum gebeten, die Dokumentation der auffälligen Fälle zu überprüfen und das Ergebnis der Überprüfung der zuständigen LQS bzw. dem IQTIG schriftlich mitzuteilen. Zu diesem Zweck wird allen auffälligen Leistungserbringern – 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 Angaben in der Patientenakte) die Korrektheit der Dokumentation selbst zu überprüfen und das Resultat zurückzumelden. Schließlich werden die Leistungserbringer im Rahmen des Anschreibens auch darum gebeten, bei Mängeln in der Dokumentation eigene Vorschläge zur Optimierung der Dokumentation zu machen bzw. die Maßnahmen zu benennen, die sie bereits eingeleitet haben. Das Antwortschreiben der Leistungserbringer wird den zuständigen Fachgruppen auf Bundes- oder Landesebene 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 ein Antwortschreiben jedoch Fragen offenlässt bzw. weiterer Klärungsbedarf besteht, so wird der jeweilige Leistungserbringer um eine Präzisierung gebeten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eines persönlichen kollegialen Gesprächs mit der zuständigen Fachgruppe, 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 (Auffälligkeitskriterien) ist es erforderlich, dass die Antworten der Leistungserbringer von den LQS bzw. dem IQTIG bewertet werden. Die folgende Tabelle 6 beinhaltet die Bewertungskategorien, die im Strukturierten Dialog mit den Leistungserbringern zu den Auffälligkeitskriterien zur Anwendung kommen.

Tabelle 6: Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Beschreibung
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/vollzählige Dokumentation wird bestätigt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	40	Fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation wird bestätigt
		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



Kategorie	Einstufung	Ziffer	Beschreibung
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Neben der eigentlichen Bewertung werden zusätzlich auch die Freitext-Kommentare zu den Bewertungen der Auffälligkeitskriterien analysiert und berücksichtigt. Es gibt Fälle, in denen die Bewertungen A40 oder A99 nicht vergeben wurden, bei denen aber auf der Basis des Freitext-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 6 beschriebenen Zuordnung wie folgt abgewichen: Wenn aus dem Kommentar eindeutig hervorging, dass bei einem Leistungserbringer Dokumentationsfehler aufgetreten waren – wenn auch nur in einzelnen Fällen –, wurde dieser Leistungserbringer zur Kategorie „Fehlerhafte Dokumentation bestätigt“ (A40) gezählt. Ist ein derartiger Fall aufgetreten, so ist dies an der entsprechenden Stelle im Bericht auch aufgeführt. Im Anhang sind die Bewertungen zur Datenvalidität einzeln dargestellt, so wie sie von den LQS vergeben wurden.

Auf Grundlage der aus dem Strukturierten Dialog 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. Das Verfahren soll die Qualität der Dokumentation innerhalb eines QS-Verfahrens bestimmen. Dazu werden verschiedene Datenfelder der QS-Dokumentation ausgewählt, für die anhand der Patientenakte eine Zweiterfassung mit Datenabgleich erfolgen soll. Dabei werden insbesondere Datenfelder geprüft, die für die Berechnung von Qualitätsindikatoren bzw. die Risikoadjustierung von Bedeutung sind oder bei denen sich im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren Dokumentationsprobleme gezeigt haben oder solche vermutet werden.

Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (vgl. § 9 Abs. 3 QSKH-RL) findet jährlich in drei bis vier ausgewählten QS-Verfahren statt. Bei der Auswahl der Verfahren werden Kriterien herangezogen, die beispielsweise berücksichtigen, ob sich ein hoher Anteil an Dokumentationsproblemen im Strukturierten Dialog gezeigt hat, ein QS-Verfahren noch nie umfassend validiert wurde oder ein QS-Verfahren Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aufweist. Stehen größere Umstrukturierungen in einem QS-Verfahren an, so ist eine umfassende Daten-

validierung weniger sinnvoll. Bei der jährlichen Auswahl der QS-Verfahren für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich sowie die Auswahl der zu prüfenden Datenfelder durch das IQTIG werden externe Experten beratend hinzugezogen (Projektgruppe Datenvalidierung).

Für den Datenabgleich in den indirekten QS-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 bundesweit mindestens 5 % der Krankenhausstandorte mit Beteiligung an 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 QS-Verfahren für jeden der zufällig ausgewählten Krankenhausstandorte bis zu 20 Behandlungsfälle ebenfalls über ein automatisiertes Verfahren zufällig ausgewählt, bei denen anhand der Patientenakte die Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder mit Datenabgleich erfolgt. Je nach QS-Verfahren (direkt oder indirekt) wird die Zweiterfassung in den Krankenhausstandorten von Mitarbeitern der LQS bzw. des IQTIG 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. Die 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 i. d. R. 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 auf Bundes- und Landesebene kann bei Krankenhäusern, bei denen starke und für die Berechnung der Qualitätsindikatoren relevante Abweichungen zwischen den Angaben aus 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 der geprüften Datenfelder hinsichtlich Ausprägungen/Antwortkategorien und Einfluss auf die Qualitätsindikatoren erfolgt die Bewertung der Datenvalidität für jedes Datenfeld separat. Nähere Informationen sowie die Darstellung der Auswertung anhand eines Beispiels können dem Anhang zu diesem Bericht entnommen werden.

### **Bewertung der Datenvalidität**

Um die Datenvalidität einzelner Datenfelder zu bewerten und vergleichbar zu machen, können unterschiedliche Kennzahlen herangezogen werden. Dabei wird die Patientenakte als Referenzquelle verwendet. Die stellt somit einen „Goldstandard“ dar, d. h. es wird davon ausgegangen, 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, 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 den Angaben der QS-Dokumentation. Je höher die Übereinstimmungsrate für ein Datenfeld ist, desto besser ist die Datenvalidität.

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

**Sensitivität:** Anteil der in der QS-Dokumentation angegebenen Ereignisse an allen in der Patientenakte enthaltenen Ereigniseinträgen. Die Sensitivität gibt also die Wahrscheinlichkeit an, dass ein Ereignis (z. B. eine Komplikation) als solches auch korrekt in der QS-Dokumentation dokumentiert wird. *(Kennzahl für die Unterdokumentation von Ereignissen in der QS-Dokumentation.)*

**Spezifität:** Anteil der in der QS-Dokumentation nicht angegebenen Ereignisse an allen in der Patientenakte 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. *(Kennzahl für die Überdokumentation von Ereignissen in der QS-Dokumentation.)*

Die Kennzahlen zur Sensitivität und zur Spezifität lassen sich jedoch nur für Merkmale/Datenfelder mit zwei Ausprägungen/Antwortmöglichkeiten (z. B. ja/nein) berechnen.

Bei der Bewertung der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich ist zu unterscheiden zwischen der Ebene des geprüften QS-Verfahrens (verfahrensbezogene Bewertung der Datenvalidität und des Handlungsbedarfs) und der Ebene der geprüften Krankenhausstandorte (leistungserbringerbezogene Bewertung der Dokumentationsqualität und des Handlungsbedarfs). Zur Bewertung der Datenvalidität reicht die Übereinstimmungsrate alleine nicht aus, es müssen weitere Informationen hinzugezogen werden:

#### **Verfahrensbezogene Bewertung der Datenvalidität und des Handlungsbedarfs**

- Anzahl/Anteil der Krankenhausstandorte mit Abweichungen
- Relevanz der Abweichungen für die Berechnung der Qualitätsindikatoren und Risikoadjustierung (Unter-, Über-, Fehldokumentation)
- Gründe der Dokumentationsmängel: durch Maßnahmen der Verfahrenspflege (z. B. Einführung/Änderung der Ausfüllhinweise, Einführung von Plausibilitätsregeln, Präzisierung der Datenfelder, Vereinfachung der Struktur des Erhebungsbogens) zu verbessernde/beeinflussbare Dokumentationsprobleme?

### **Leistungserbringerbezogene Bewertung der Dokumentationsqualität und des Handlungsbedarfs**

- Anzahl/Anteil der Datenfelder mit Abweichungen
- Art und Auswirkung der Abweichungen auf die rechnerischen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Risikoadjustierung (Unter-, Über-, Fehldokumentation)
- Gründe der Dokumentationsmängel: durch Maßnahmen des internen Struktur- und Prozessmanagements der Leistungserbringer zu verbessernde/beeinflussbare Dokumentationsprobleme?
- Datenmanipulation oder versehentliche Dokumentationsfehler

## 3 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Für das Erfassungsjahr 2015 hat der Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA eine umfassende Datenvalidierung der QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe, Mammachirurgie* und *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* mit Durchführung eines Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich beschlossen. Die Ergebnisse sind im Folgenden für die drei QS-Verfahren separat dargestellt.

### 3.1 Pflege: Dekubitusprophylaxe

Die Ziehung der Zufallsstichprobe der Krankenhausstandorte und Fälle für den Datenabgleich zu den Daten des Erfassungsjahres 2015 erfolgte durch das IQTIG. Dazu wurden pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zum QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* QS-Daten für das Erfassungsjahr 2015 geliefert haben, als geschichtete Klumpenstichprobe zufällig ausgesucht. Ausgeschlossen wurden nach Vorgabe der QSKH-RL Krankenhausstandorte mit weniger als vier Fällen. In den betreffenden Einrichtungen wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben und mit der QS-Dokumentation abgeglichen. Bei der Ziehung der Fälle je Standort wurde eine zufällige Auswahl getroffen – jedoch mit einer Gewichtung nach Dekubitusgraden:

- 30 % Fälle mit Dekubitus Grad drei oder vier
- 20 % Fälle mit Dekubitus Grad nicht näher bezeichnet
- 50 % Fälle unabhängig vom Dekubitusgrad

Es wurden 10 der insgesamt 22 Datenfelder des Erhebungsbogens DEK im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich geprüft.

#### 3.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 89 Krankenhausstandorte ausgewählt, für die bundesweit 1.691 Fallakten durch die Mitarbeiter der LQS überprüft wurden. Es musste bundesweit auf 14 Reservefälle für den Datenabgleich zurückgegriffen werden. Tabelle 7 stellt die Anzahl der Krankenhausstandorte und geprüften Fälle je Bundesland dar, welche dem Stichprobenverfahren unterworfen wurden.

Tabelle 7: Umfang der Stichprobe für den Datenabgleich im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe

Bundesland	besuchte Krankenhausstandorte	geprüfte Fälle
Baden-Württemberg	10	170
Bayern	14	278
Berlin	3	58
Brandenburg	3	60
Bremen	1	20
Hamburg	2	40
Hessen	7	117
Mecklenburg-Vorpommern	2	40
Niedersachsen	8	161
Nordrhein-Westfalen	20	393
Rheinland-Pfalz	3	60
Saarland	2	40
Sachsen-Anhalt	3	60
Sachsen	5	74
Schleswig-Holstein	3	60
Thüringen	3	60
<b>Gesamt</b>	<b>89</b>	<b>1.691</b>

Ein Krankenhaus wurde innerhalb des Jahres 2015 von einem neuen Träger übernommen, 14 der insgesamt 20 zu prüfenden Fälle stammten aus dem ersten Quartal, in dem noch der alte Träger das Krankenhaus verwaltete. Der neue Träger sah keine Zuständigkeit für die Datenvalidierung. Die Behandlungsunterlagen waren laut Aussage des neuen Trägers nicht mehr vor Ort verfügbar, ebenso wenig wäre eine Zuordnung der Vorgangsnummern aufgrund geänderter EDV-Strukturen durchführbar gewesen. Ergänzend hat der neue Träger folgenden Hinweis übermittelt:

*Ob eine Datenvalidierung in diesem konkreten Fall Sinn macht, sollte gründlich geprüft werden. Das Krankenhaus XY existiert in dieser Form nicht mehr. In der Zeit vor der Übernahme befand sich das Krankenhaus in unruhigem Fahrwasser mit hoher Personalfluktuationsrate und in allgemeiner Umbruchstimmung. Das bei dieser Datenvalidierung erhobene Ergebnis würde sehr wahrscheinlich keine valide Aussage zur Dokumentationsqualität im Modul Dekubitus in dem nicht mehr existenten Krankenhaus zulassen.*

Für diesen Krankenhausstandort hat die zuständige LQS auf die Durchführung der Datenvalidierung verzichtet.

Im Nachgang der Zweiterfassung mit Datenabgleich in einem anderen Krankenhaus stellte sich die Datenbankdatei mit den zweiterfassten Daten als beschädigt heraus. Trotz mehrfacher Versuche – auch mit Datenwiederherstellungs-Software – konnte die zuständige LQS nicht mehr auf die Datei zugreifen und somit keine Daten exportieren. Die zuständige LQS kann jedoch zu diesem Krankenhausstandort zusammenfassend berichten, dass sich nur geringfügige Abweichungen zwischen den Angaben aus der QS-Dokumentation und Patientenakte zeigten.

### 3.1.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren

Die mittlere Übereinstimmungsrate über alle geprüften Datenfelder lag bei 95,5 %. Die Fehldokumentationen waren sowohl zugunsten als auch zuungunsten der Krankenhäuser. Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern.

Im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* weisen die 89 geprüften Krankenhausstandorte im Mittel in 6 der insgesamt 10 geprüften Datenfelder eine 100-prozentige Übereinstimmung auf. 3 Standorte hatten eine komplett fehlerfreie Dokumentation mit 100 % Übereinstimmung in allen Datenfeldern bzw. Fällen. Ein Standort wies in allen geprüften Datenfeldern Dokumentationsprobleme auf (Übereinstimmungsraten unter 100 %).

Im Folgenden werden die Dokumentationsfehler und Auswirkungen auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren für die Datenfelder mit den schlechtesten Ergebnissen bzgl. der Übereinstimmungsrate sowie für die Datenfelder mit direktem Einfluss auf die Indikatoren (Zähler) näher beschrieben.

Tabelle 8: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)	Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Patientenakte ersichtlichen Angaben)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 6) Geburtsdatum	1.691	99,8 %
(DF 11) Entlassungsgrund	1.689	99,9 %
(DF 13) Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	1.637	88,6 %
(DF 14) Seitenlokalisierung	1.651	84,8 %
(DF 15) War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? („Present on Admission“)	1.653	90,4 %
(DF 16) War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? („Present on Discharge“)	1.619	92,6 %
(DF 17) Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2	1.691	96,6 %

<b>Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)</b>	<b>Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Patientenakte ersichtlichen Angaben)</b>	<b>Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)</b>
(DF 18) Nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus	1.691	98,0 %
(DF 19) Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	1.691	96,0 %
(DF 21) Beatmungsstunden $\geq$ 1 Stunde	1.690	98,8 %

### Entlassungsgrund

In insgesamt zwei Krankenhausstandorten zeigten sich jeweils für einen Fall Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und den Angaben aus der Patientenakte zum Datenfeld Entlassungsgrund. Zwei Fälle wurden in der QS-Dokumentation als verstorben angegeben; anhand des Abgleichs mit den Patientenakten stellte sich jedoch heraus, dass dies eine falsche Dokumentation war und die beiden Patienten lebend entlassen wurden. Bei zwei weiteren Fällen war aus der Patientenakte nicht ersichtlich, ob der Patient verstorben ist oder nicht.

### Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 186 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 53 Krankenhausstandorten. Mit einer Übereinstimmungsrate von 88,6 % liegt für dieses Datenfeld das zweitschlechteste Ergebnis innerhalb der geprüften Datenfelder vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 30 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 54 Fällen waren der Grad und die Lokalisation des Dekubitus nicht ersichtlich aus der Patientenakte.

In 18 Fällen lag eine Fehlverschlüsselung als Dekubitus Grad II oder höher und somit kein dokumentationspflichtiger Fall vor (z. B. Dekubitus Grad I, Wunden/Verletzungen, Ulcus). Eine LQS berichtete zudem, dass bei wenigen Fällen in der Patientenakte ein zweiter Dekubitus (gleichen Grades mit anderer Lokalisation) gefunden wurde, obwohl nur ein Dekubitus in der QS-Dokumentation übermittelt wurde.

In 106 der 186 abweichenden Fälle lagen Unterschiede in der Gradeinteilung vor. In den 80 restlichen Fällen bezogen sich die Diskrepanzen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte auf die Lokalisation des Dekubitus. Zum Teil wurden die Bezeichnungen „Kreuzbein“, „Sitzbein“, „Steiß“ und „Gesäß“ missverständlich gebraucht. Bei 42 Fällen wurde der Dekubitus in der QS-Dokumentation als „nicht näher bezeichnet“ angegeben, in der Patientenakte fand sich jedoch eine Gradeinteilung. In 16 Fällen konnte anhand der Dokumentation in den Patientenakten ein Dekubitus Grad 4 festgestellt werden, der jedoch als niedrigerer Grad in der QS-Dokumentation fehlkodiert wurde. In drei von diesen 16 Fällen lag laut Patientenakte ein stationär erworbener Dekubitus vor. Stationär erworbene Dekubitalulcera Grad 4 stellen ein Sentinel Event dar, so dass diese drei Krankenhausstandorte in dem entsprechenden Qualitätsindikator eigentlich



rechnerisch auffällig gewesen wären und ein Strukturierter Dialog hätte geführt werden müssen.

### **Seitenlokalisierung**

Beim Datenfeld „Seitenlokalisierung“ gab es in 68 der insgesamt 89 geprüften Krankenhausstandorte insgesamt 251 Fälle von Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und der Dokumentation in den Patientenakten. Das Ergebnis für dieses Datenfeld ist mit einer Übereinstimmungsrate von 84,8 % das schlechteste unter den geprüften Datenfeldern. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 0 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 40 Fällen waren die Angaben aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

In 212 der abweichenden Fälle war in der QS-Dokumentation „K: keine Seitenlokalisierung angegeben“, anhand der Patientenakten ließ sich für diese Fälle jedoch eine eindeutige Seitenlokalisierung feststellen. Da dieses Datenfeld nicht relevant für die Berechnung der Qualitätsindikatoren ist, haben diese Abweichungen keinen Einfluss auf die Qualitätsbewertung der Krankenhausstandorte.

Eine LQS konnte berichten, dass für das Datenfeld „Seitenlokalisierung“ häufig ein „K“ (= keine Seitenlokalisierung angegeben) in der QS-Dokumentation übermittelt wurde, da bei der Übertragung aus den Abrechnungsdaten in die QS-Software die nicht abrechnungsrelevante Seitenlokalisierung automatisch auf „K“ gesetzt wurde. Eine manuelle Korrekturmöglichkeit schien in den besuchten Krankenhäusern softwareseitig nicht immer gegeben zu sein.

### **POA (present on admission)**

Für dieses Datenfeld kam es bei 57 Standorten in insgesamt 158 Fällen zu Abweichungen zwischen den Angaben aus QS-Dokumentation und der Patientenakte. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten zwischen 55 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 38 Fällen waren die Angaben zu diesem Datenfeld aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

Für die Berechnung der Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* ist es relevant, ob der Dekubitus stationär erworben wurde. Ambulant erworbene Dekubitalulcera werden aus den Qualitätsindikatoren ausgeschlossen. Bei der Analyse der Ergebnisse des Datenabgleichs zeigt sich, dass in 82 Fällen in der QS-Dokumentation „POA = Ja“ angegeben wurde, sich jedoch anhand der Patientenakten vor Ort feststellen ließ, dass die Dekubitalulcera nicht bei Aufnahme vorlagen und somit stationär erworben sind. Diese Fälle sind somit fälschlicherweise nicht in der Berechnung der Qualitätsindikatoren berücksichtigt worden und hätten ggf. das rechnerische Ergebnis einiger Krankenhäuser von unauffällig zu rechnerisch auffällig verändern können.

### **POD (present on discharge)**

Für dieses Datenfeld kam es in 120 Fällen bei 58 Standorten zu Abweichungen zwischen den Angaben aus QS-Dokumentation und Patientenakte. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten zwischen 35 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 72 Fällen waren die Angaben zu diesem Datenfeld aus der Patientenakte nicht ersichtlich.

In 44 Fällen waren die Dekubitalulcera laut QS-Dokumentation nicht mehr bei der Entlassung vorhanden, laut Patientenakte waren sie jedoch noch vorhanden. In 48 Fällen war das Gegenteil der Fall: In der QS-Dokumentation war angegeben, dass die Dekubitalulcera noch vorlagen, in der Patientenakte fand sich aber die Angabe, dass sie bei Entlassung nicht mehr vorhanden waren. Da das Datenfeld nicht in die Berechnung der Qualitätsindikatoren einfließt, liegt hier keine Verzerrung der Ergebnisse durch Fehldokumentationen vor.

### **Diabetes mellitus Typ 1 oder 2**

Für dieses Datenfeld kam es in 57 Fällen bei 41 Standorten zu Abweichungen zwischen den Angaben aus QS-Dokumentation und Patientenakte. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten zwischen 80 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 43 der abweichenden Fälle lag laut QS-Dokumentation kein Diabetes mellitus vor, laut Patientenakte jedoch schon. Diese Fälle sind fälschlicherweise nicht in die Risikoadjustierung des O / E-Indikators eingeflossen. In den restlichen 14 abweichenden Fällen lag gemäß QS-Dokumentation ein Diabetes mellitus vor, der sich jedoch nicht anhand der Angaben aus den Patientenakten bestätigen ließ.

Die Angaben zu diesem Datenfeld sollen gemäß Ausfüllhinweis automatisch aus dem KIS übernommen werden. Das Datenfeld fließt in die Risikoadjustierung ein, die über die Risikostatistik berechnet wird, welche ebenfalls aus dem KIS erzeugt wird. Somit sind die 14 benannten Fälle fälschlicherweise in die Risikoadjustierung eingeflossen.

### **Diabetes mellitus nicht näher bezeichnet**

Für dieses Datenfeld kam es in 33 Fällen bei 19 Standorten zu Abweichungen zwischen den Angaben aus QS-Dokumentation und Patientenakte. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten zwischen 55 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 29 abweichenden Fällen lag gemäß QS-Dokumentation ein Diabetes mellitus vor, der sich jedoch nicht anhand der Angaben aus den Patientenakten bestätigen ließ.

Die Angaben zu diesem Datenfeld sollen gemäß Ausfüllhinweis automatisch aus dem KIS übernommen werden. Das Datenfeld fließt in die Risikoadjustierung ein, die über die Risikostatistik berechnet wird, welche ebenfalls aus dem KIS erzeugt wird. Somit sind die 29 benannten Fälle fälschlicherweise in die Risikoadjustierung eingeflossen.

### **Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie**

Für dieses Datenfeld kam es in 68 Fällen bei 31 Standorten zu Abweichungen zwischen den Angaben aus QS-Dokumentation und Patientenakte. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten zwischen 55 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 49 der abweichenden Fälle lag gemäß QS-Dokumentation keine Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie vor. Dies ließ sich nicht anhand der Angaben aus den Patientenakten bestätigen.

Die Angaben zu diesem Datenfeld sollen gemäß Ausfüllhinweis automatisch aus dem KIS übernommen werden. Das Datenfeld fließt in die Risikoadjustierung ein, die über die Risikostatistik berechnet wird, welche ebenfalls aus dem KIS erzeugt wird. Somit sind die benannten 49 Fälle fälschlicherweise nicht in die Risikoadjustierung eingeflossen. Die restlichen 19 abweichenden Fälle sind hingegen fälschlicherweise in der Risikoadjustierung berücksichtigt worden.

Eine LQS berichtete, dass es sich bei einigen dokumentierten Paraparesen/Paraplegien und Tetraparesen/Tetraplegien um Hemiparesen/Hemiplegien handelte.

### **Beatmungsstunden $\geq$ 1 Stunde**

Für dieses Datenfeld kam es in 21 Fällen bei 14 Standorten zu Abweichungen zwischen den Angaben aus QS-Dokumentation und Patientenakte. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten zwischen 85 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In 12 der abweichenden Fälle lag gemäß QS-Dokumentation keine Beatmung von über einer Stunde vor. Dies ließ sich nicht anhand der Angaben aus den Patientenakten bestätigen.

Die Angaben zu diesem Datenfeld sollen gemäß Ausfüllhinweis automatisch aus dem KIS übernommen werden. Das Datenfeld fließt in die Risikoadjustierung ein, die über die Risikostatistik berechnet wird, welche ebenfalls aus dem KIS erzeugt wird. Somit sind die benannten 12 Fälle fälschlicherweise nicht in die Risikoadjustierung eingeflossen. Die restlichen 9 abweichenden Fälle sind hingegen fälschlicherweise in der Risikoadjustierung berücksichtigt worden.

Das Datenfeld wurde zur Spezifikation 2017 aus der QS-Dokumentation für das Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* gestrichen.

### **3.1.3 Maßnahmen in Folge der Zweiterfassung mit Datenabgleich**

In den Krankenhausstandorten mit Abweichungen wurden gezielt Hinweise zur Verbesserung der Dokumentation unter Hinzuziehung der zu beachtenden Ausfüllhinweise gegeben. Es wurde empfohlen, dass die für die QS-Dokumentation erforderlichen Angaben immer aus festgelegten Quellen bezogen werden sollen, um Fehldokumentationen zu vermeiden.

Eine LQS berichtete, dass im Ergebnis der Vor-Ort-Überprüfung mit einem Krankenhaus vereinbart wurde, dass zukünftig den Fachabteilungen ein Bogen für die Dekubituserfassung ausgehändigt wird, damit eine zentrale Erfassung und Überprüfung der Wunddokumentation erfolgen kann, um die Dokumentationsqualität zu verbessern. Die Dekubitus-/Wunderfassung erfolgt in dem betroffenen Krankenhausstandort durch die Pflege; die DRG-Kodierung jedoch durch das Medizincontrolling, sodass hier eine Verbesserung der Kommunikationsprozesse und -strukturen zwischen Pflegebereich und Medizincontrolling empfohlen wurde.

Aufgrund einer Häufung von Diskrepanzen in einem Krankenhausstandort wurde eine Zielvereinbarung getroffen (Organisation der Aktenführung und Dokumentation von Befunden, Übertragung in die QS Dokumentation). Das Krankenhaus hat sich ein halbes Jahr nach dem Datenabgleich erneut bei der zuständigen LQS gemeldet und die durchgeführten Strukturänderungen dargelegt. In der letzten Sitzung des Fachausschusses Pflege wurde die Problematik ausführlich diskutiert und die Daten als nicht valide eingestuft. Die Einhaltung der Zielvereinbarung wird nach Ablauf des Jahres erneut überprüft werden.

Für einen Krankenhausstandort wurde gemeinsam mit der Klinikgeschäftsführung und dem Lenkungsausschuss Qualitätssicherung eine freiwillige Nachprüfung der pflegerischen QS-Daten für 2017 auf Grundlage der Daten des EJ 2016 vereinbart.

Die Erkenntnisse aus der Zweiterfassung mit Datenabgleich wurden an die Bundesfachgruppe Pflege weitergeleitet.

## 3.2 Mammachirurgie

Die Ziehung der Zufallsstichprobe der Krankenhausstandorte und der Fälle für den Datenabgleich der Daten des Erfassungsjahres 2015 erfolgte durch das IQTIG. Dazu wurden unter Anwendung einer geschichteten Klumpenstichprobe pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zum QS-Verfahren *Mammachirurgie* QS-Daten für das Erfassungsjahr 2015 geliefert haben, zufällig ausgesucht. Ausgeschlossen wurden richtliniengemäß Krankenhausstandorte mit weniger als vier Fällen. In den betreffenden Einrichtungen wurden aus maximal 20 wiederum zufällig ausgewählten Patientenakten die entsprechenden Datenfelder erneut erhoben und mit der QS-Dokumentation abgeglichen. Bei der Ziehung der Fälle je Standort wurden Fälle mit Operationen an beiden Brüsten innerhalb eines Aufenthalts aus Gründen der Umsetzbarkeit der Zweiterfassung mit Datenabgleich ausgeschlossen. Zweiterfasst wurde jeweils pro Patientin die chronologisch erste Operation, wenn mehr als eine Operation an einer Brust innerhalb eines Aufenthalts durchgeführt wurde.

Es wurden 23 der insgesamt 75 Datenfelder des Erhebungsbogens Mammachirurgie im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich geprüft.

### 3.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 45 Krankenhausstandorte ausgewählt, für die bundesweit 800 Fallakten durch die Mitarbeiter der LQS überprüft wurden. Es musste bundesweit auf 11 Reservefälle für den Datenabgleich zurückgegriffen werden. Tabelle 9 stellt die Anzahl der Krankenhausstandorte und geprüften Fälle je Bundesland dar, welche dem Stichprobenverfahren unterworfen wurden.

Tabelle 9: Umfang der Stichprobe für den Datenabgleich im QS-Verfahren Mammachirurgie

Bundesland	besuchte Krankenhausstandorte	geprüfte Fälle
Baden-Württemberg	4	80
Bayern	6	95
Berlin	1	7
Brandenburg	2	40
Bremen	1	20
Hamburg	1	20
Hessen	3	53
Mecklenburg-Vorpommern	1	20
Niedersachsen	4	76
Nordrhein-Westfalen	9	164
Rheinland-Pfalz	3	55
Saarland	1	6
Sachsen-Anhalt	2	24
Sachsen	3	60
Schleswig-Holstein	2	40
Thüringen	2	40
<b>Gesamt</b>	<b>45</b>	<b>800</b>

Bei einem Krankenhaus hat die zuständige LQS auf die Zweiterfassung eines Falls verzichtet, da es sich um einen Fall handelte, der nicht dokumentationspflichtig war.

Bei einem anderen Krankenhaus hat die zuständige LQS versehentlich aufgrund nicht bekannter Ausfüllhinweise versäumt, drei der 20 Fälle vollständig zu prüfen.

### 3.2.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren

Die mittlere Übereinstimmungsrate über alle geprüften Datenfelder lag bei 90,8 %. Die Fehldokumentationen waren sowohl zugunsten als auch zuungunsten der Krankenhäuser. Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern.

Die 45 geprüften Krankenhausstandorte im QS-Verfahren *Mammachirurgie* haben durchschnittlich in 13 der 23 geprüften Datenfelder eine Übereinstimmungsrate von 100 %. Kein Standort hatte eine komplett fehlerfreie Dokumentation mit 100 % Übereinstimmung in allen Datenfeldern bzw. Fällen. Ebenso hatte aber auch kein Standort in allen geprüften Datenfeldern Dokumentationsprobleme (Übereinstimmungsraten unter 100 %).

Im Folgenden werden die Dokumentationsfehler und Auswirkungen auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren für die Datenfelder mit den schlechtesten Ergebnissen bzgl. der Übereinstimmungsrate sowie für die Datenfelder mit direktem Einfluss auf die Indikatoren (Zähler) näher beschrieben.

Tabelle 10: Ergebnis des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren Mammachirurgie

<b>Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)</b>	<b>Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Patientenakte ersichtlichen Angaben)</b>	<b>Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)</b>
(DF 6) Geburtsdatum	800	99,8 %
(DF 12) Erkrankung an dieser Brust	792	98,9 %
(DF 13) Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung*	744	94,9 %
(DF 18) Mammographie-Screening-Programm*	226	94,7 %
(DF 22) Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie*	588	95,9 %
(DF 23) Histologie	597	96,3 %
(DF 24) maligne Neoplasie*	563	86,9 %
(DF 25) Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes *	554	67,1 %
(DF 28) präoperative tumorspezifische Therapie*	743	97,2 %
(DF 35) präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	795	87,8 %
(DF 36) intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie*	100	58,0 %
(DF 46) Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	798	96,9 %
(DF 47) maligne Neoplasie*	664	91,0 %
(DF 48) primär-operative Therapie abgeschlossen	783	97,1 %
(DF 50) pT*	495	92,5 %
(DF 51) pN*	493	86,6 %
(DF 56) Grading (WHO)*	478	92,9 %
(DF 58) HER-2/neu-Status*	475	93,9 %

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)	Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Patientenakte ersichtlichen Angaben)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 60) R0-Resektion*	521	91,9 %
(DF 63) brusterhaltende Therapie (BET)*	520	94,0 %
(DF 64) axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt*	495	81,8 %
(DF 65) Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt*	499	92,4 %
(DF 74) Entlassungsgrund	797	100 %

\* Abhängige Kann-Felder. Diese Datenfelder müssen nur unter Erfüllung bestimmter Bedingungen ausgefüllt werden. Dementsprechend kann die Grundgesamtheit der Fälle geringer ausfallen als bei den anderen Datenfeldern.

Dadurch, dass es sich bei der Mehrheit der geprüften Datenfelder um abhängige Datenfelder handelt, verursachen Fehldokumentationen in einem Datenfeld auch Fehldokumentationen in hiervon abhängigen anderen Datenfeldern. Die abhängigen Datenfelder können dann beispielsweise gar nicht ausgefüllt werden oder es können nur bestimmte Angaben gemacht werden.

Eine LQS berichtete, dass in einem der geprüften Krankenhäuser die QS-Bögen zum Teil nicht am Ende eines jeden stationären Aufenthalts, sondern erst am Ende der Behandlung (nach mehreren Aufenthalten) abgeschlossen wurden. Somit wurde oftmals das finale Behandlungsergebnis dokumentiert, nicht jedoch der Status nach dem jeweiligen stationären Aufenthalt. Es entstanden dadurch insbesondere Diskrepanzen in den Datenfeldern „primäre operative Therapie abgeschlossen“, „R0-Resektion“ und „axilläre Lymphknotenentfernung bei diesem oder früheren Aufenthalt“.

Eine LQS wies auch darauf hin, dass trotz der Formulierung „an dieser Brust“ im Datenfeld „Erkrankung an dieser Brust“ dieses mit „ja“ zu beantworten ist, falls es sich beim ersten Eingriff um eine Operation an der Axilla handelt. Sollte dann in einem späteren Aufenthalt (z. B. nach neoadjuvanter Chemotherapie) ein Eingriff an der Brust vorgenommen werden, so sei dann die Frage nach dem ersten offenen Eingriff mit „nein“ zu dokumentieren.

Eine LQS verwies auf das Problem der uneinheitlichen Dokumentation in Belegkrankenhäusern als Ursache für gehäufte Fehldokumentationen.

#### **Datenfeld 22: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie**

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 24 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 34 Krankenhausstandorten (Übereinstimmungsrate von 95,9 %). Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei

diesem Datenfeld zwischen 0 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Das Datenfeld fließt direkt in den Zähler des QI Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (QI-ID 51846). Der Referenzbereich des QI liegt bei  $\geq 90,00$  % (Zielbereich).

Die Ergebnisse des Datenabgleichs zeigen, dass in 4 Fällen laut QS-Dokumentation eine prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie durchgeführt wurde, die sich jedoch nicht in den Patientenakten findet. In diesen Fällen liegt eine Überdokumentation zugunsten der betroffenen Krankenhäuser vor.

In 20 Fällen wurde laut QS-Dokumentation keine prätherapeutische Diagnosesicherung durchgeführt bzw. das Datenfeld wurde nicht ausgefüllt. Für diese Fälle stellte sich anhand der Patientenakten heraus, dass eine prätherapeutische Diagnosesicherung stattgefunden hatte. Somit haben die Krankenhäuser hier zu ihren Ungunsten unterdokumentiert.

#### **Datenfeld 24: maligne Neoplasie (präoperative Diagnostik und Therapie)**

Bei diesem Datenfeld gab es in insgesamt 74 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 29 Krankenhausstandorten. Mit einer Übereinstimmungsrate von 86,9 % liegt für dieses Datenfeld das fünftschlechteste Ergebnis unter den geprüften Datenfeldern vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 50 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum).

In 5 der abweichenden Fälle wurde in der QS-Dokumentation ein ICD-O-3-Schlüssel für ein invasives Mammakarzinom angegeben, laut Patientenakte lag jedoch ein DCIS (Ductal Carcinoma in Situ) vor. In den QIs „Primäre Axilladisektion bei DCIS“ (QI-ID 2163) und „Lymphknotenentnahme bei DCIS“ (QI-ID 50719) und brusterhaltender Therapie werden Fälle mit präoperativem invasivem Mammakarzinom ausgeschlossen. Somit wurden diese Fälle – bei Erfüllung der sonstigen Nenner-Bedingungen des QI – fälschlicherweise nicht in den QI berücksichtigt.

Die restlichen 69 Abweichungen beziehen sich auf Fälle mit differierenden ICD-O-3-Schlüsseln für invasive Mammakarzinome (unterschiedliche Lokalisation und/oder Histologie) und haben somit keinen Einfluss auf die Ergebnisse der Indikatorenberechnung, da hier lediglich die Unterscheidung zwischen invasivem Mammakarzinom oder DCIS relevant ist.

#### **Datenfeld 25: Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes**

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 182 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 33 Krankenhausstandorten. Mit einer Übereinstimmungsrate von 67,1 % liegt für dieses Datenfeld das zweitschlechteste Ergebnis innerhalb der geprüften Datenfelder vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 0 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum).

In 15 Fällen war das Datenfeld in der QS-Dokumentation unausgefüllt, während in der Patientenakte eine Datumsangabe zu finden war. In den restlichen abweichenden Fällen liegen die Differenzen zwischen einem Tag und maximal einem Monat bzgl. der Datumsangabe in der QS-Dokumentation und der Patientenakte.

Das Datum des prätherapeutischen histologischen Befundes fließt in den Indikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (QI-ID 51370) ein. Durch die zum



Teil großen zeitlichen Unterschiede zwischen den Angaben aus der Patientenakte und der QS-Dokumentation kann es hier zu Verzerrungen in den Ergebnissen kommen.

Eine LQS konnte als Erkenntnis aus der Datenvalidierung vor Ort berichten, dass die Abweichungen beim Datum des prätherapeutischen histologischen Befundes im Wesentlichen darauf zurückzuführen seien, dass bei der QS-Dokumentation unterschiedliche Referenzquellen verwendet wurden. Zum Teil wurde fälschlicherweise das Eingangs- oder Ausgangsdatum in der Klinik oder das Eingangsdatum im pathologischen Institut und nicht wie vorgesehen das Ausgangsdatum der Pathologie herangezogen.

#### **Datenfeld 35: präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren**

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 97 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 30 Krankenhausstandorten. Mit einer Übereinstimmungsrate von 87,8 % liegt für dieses Datenfeld das sechstschlechteste Ergebnis innerhalb der geprüften Datenfelder vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 55 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum).

In 41 Fällen wurde in der QS-Dokumentation angegeben, dass präoperativ keine durch bildgebende Verfahren gesteuerte Draht-Markierung durchgeführt wurde, obwohl laut den Patientenakten in diesen Fällen eine durch Mammographie oder Sonographie gesteuerte präoperative Draht-Markierung vorlag. Die Fälle werden durch die Fehldokumentation nicht in den Nennern der QIs „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammographischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52330) und „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonographischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52279) berücksichtigt.

Bei 30 Fällen wurde in der QS-Dokumentation eine durch Sonographie gesteuerte präoperative Draht-Markierung angegeben, laut Patientenakte wurde jedoch keine präoperative Drahtmarkierung durchgeführt. Diese Fälle sind somit fälschlicherweise in die QIs der Indikatorengruppe zur intraoperativen Präparatradiografie bzw. -sonographie eingeflossen.

Von einer LQS wurde zurückgemeldet, dass einige Krankenhäuser die Frage nach der präoperativen Draht-Markierung bislang fehlinterpretiert hatten. So wurde diese nicht nur auf eine Drahtmarkierung bezogen, sondern allgemein auf eine präoperative Markierung. Daher wurde im Rahmen der QS-Dokumentation diese Frage in einigen Fällen fälschlicherweise mit „ja“ beantwortet, obwohl keine Drahtmarkierung, sondern eine Farbmarkierung erfolgte. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass reine Hautmarkierungen mit Farbstift hier nicht zu dokumentieren sind. Eine andere LQS konnte berichten, dass die Angabe der Drahtmarkierung zum Teil vergessen wurde, falls im Rahmen der präoperativ durchgeführten Stanzbiopsie eine Clip-Markierung durchgeführt wurde.

#### **Datenfeld 36: intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie**

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 42 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 24 der 45 geprüften Krankenhausstandorte. Mit einer Übereinstimmungsrate von 58,0 % liegt für dieses Datenfeld das schlech-

teste Ergebnis unter den geprüften Datenfeldern vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 0 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum).

Der größte Anteil an Abweichungen ergibt sich bei diesem Datenfeld dadurch, dass in 37 Fällen das Datenfeld in der QS-Dokumentation nicht ausgefüllt wurde, in der Patientenakte jedoch dokumentiert wurde, dass eine intraoperative Präparateradiographie durchgeführt wurde (n = 18) bzw. weder eine Präparateradiographie noch -sonographie durchgeführt wurde (n = 19). Hier liegt für letztere Abweichungen eine Fehldokumentation zuungunsten der betroffenen Krankenhäuser vor, da die Durchführung einer intraoperativen Präparateradiographie in den QIs „Intraoperative Präparateradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52330) und „Intraoperative Präparateradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (QI-ID 52279) ein erwünschtes Ereignis darstellt, das in diesen Fällen nicht in der QS-Dokumentation angegeben wurde.

In zwei Fällen lag eine Fehldokumentation zugunsten der betroffenen Krankenhäuser vor, da eine intraoperative Präparateradiographie in der QS-Dokumentation angegeben wurde, die sich nicht in den Patientenakten wiederfand.

#### **Datenfeld 51: pN**

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 66 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 25 Krankenhausstandorten. Mit einer Übereinstimmungsrate von 86,6 % liegt für dieses Datenfeld das viertschlechteste Ergebnis innerhalb der geprüften Datenfelder vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 0 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum).

19 der abweichenden Fälle sind darauf zurückzuführen, dass das Datenfeld in der QS-Dokumentation unausgefüllt ist, während in den Patientenakten eine Angabe zu finden ist. In 3 Fällen wurde in der QS-Dokumentation die pN-Kategorie pNX (= regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden) angegeben, obwohl sich in der Patientenakte eine Beurteilung der Lymphknoten-Metastasen finden ließ (pN0, pN1). In vier weiteren Fällen ist die umgekehrte Konstellation Ursache der Abweichungen: laut Patientenakte lag pNX vor, laut QS-Dokumentation jedoch pN0, pN1 oder pN2.

Im QI „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (QI-ID 51847) werden nur Fälle eingeschlossen, die keine regionären Lymphknotenmetastasen aufweisen (pN0, pN0(sn)). Hier zeigt sich in vier der geprüften Fälle, dass laut QS-Dokumentation keine Lymphknotenmetastasen vorlagen, während in der Patientenakte Metastasen in ein bis drei axillären Lymphknoten dokumentiert waren. Diese Fälle sind also fälschlicherweise in diesem QI berücksichtigt worden.

Die restlichen Abweichungen gehen zum Teil auf Unterschiede in den ergänzenden Kennzeichnungen „(sn)“ oder „y“ zurück. Ein Teil der abweichenden Fälle differiert jedoch auch in Bezug auf das Ausmaß der Lymphknotenmetastasen.

Bei der Risikoadjustierung des Indikators „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden“ (QI-ID 52273) wird unterschieden zwischen den Risikoklas-

sen pNX, pN2 und pN3. Hier gibt es – wie zuvor beschrieben – Abweichungen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte, sodass ein Einfluss auf die Ergebnisse der Risikoadjustierung besteht.

#### **Datenfeld 58: HER-2/neu-Status**

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 29 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 19 Krankenhausstandorten (Übereinstimmungsrate von 93,9 %). Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 50 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Das Datenfeld fließt direkt in die Zähler der QIs der Indikatorengruppe zur HER2-Positivitätsrate ein. Für die beiden darin enthaltenen Qualitätsindikatoren sind derzeit (QIDB 2016) keine Referenzbereiche definiert.

In 16 der abweichenden Fälle war das Datenfeld in der QS-Dokumentation unausgefüllt, während gemäß Patientenakte ein HER-2/neu-Status bestimmt wurde. In 7 Fällen lag laut QS-Dokumentation ein negativer Status vor, laut Patientenakte war es jedoch ein positiver Status. In 5 Fällen zeigte sich die umgekehrte Fehldokumentation.

Zur Spezifikation 2017 wurde das Datenfeld HER-2/neu-Status ergänzt um Erklärungen zu „negativ“ und „positiv“ (0 = negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ); 1 = positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)), um die Verständlichkeit zu erhöhen und Fehldokumentationen zu reduzieren.

#### **Datenfeld 64: axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt**

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 90 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 31 Krankenhausstandorten. Mit einer Übereinstimmungsrate von 81,8 % liegt für dieses Datenfeld das fünftschlechteste Ergebnis innerhalb der geprüften Datenfelder vor. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 10 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum).

Die meisten Abweichungen (n = 44) bei diesem Datenfeld gehen darauf zurück, dass in der QS-Dokumentation die Entfernung einzelner Lymphknoten angegeben wurde, in der Patientenakte aber keine Dokumentation einer axillären Lymphknotenentfernung ohne Markierung vorlag. Dies kann sowohl eine Fehldokumentation zugunsten als auch zuungunsten der Krankenhäuser bedeuten, da die Entfernung einzelner Lymphknoten im QI „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (QI-ID 51847) ein erwünschtes Ereignis darstellt, während es im QI „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (QI-ID 50719) ein unerwünschtes Ereignis ist.

In sechs Fällen wurde das Datenfeld in der QS-Dokumentation nicht ausgefüllt, obwohl laut Patientenakte einzelne Lymphknoten entfernt wurden bzw. eine Axilladisektion durchgeführt wurde. In 11 Fällen wurde zudem in der QS-Dokumentation angegeben, dass keine axilläre Lymphknotenentfernung stattfand, die Patientenakten zeigten jedoch, dass einzelne Lymphkno-

ten entfernt wurden bzw. eine Axilladissektion durchgeführt wurde. Die abweichenden Fälle erfüllen jedoch nicht die Nenner-Bedingungen des QI mit der QI-ID 50719, sodass die Fehldokumentation hier keine Auswirkungen auf die Indikatorergebnisse haben.

In insgesamt 14 Fällen wurde laut Patientenakte eine Axilladissektion durchgeführt, die so nicht in der QS-Dokumentation angegeben wurde. Diese Fälle erfüllen jedoch nicht die Nenner-Bedingungen des QI „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ (QI-ID 2163), sodass hier kein Einfluss auf die Indikatorergebnisse besteht und keine Unterdokumentation eines Sentinel Events vorliegt.

#### **Datenfeld 65: Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt**

Bei diesem Datenfeld gab es insgesamt in 38 Fällen Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und den Angaben in der Patientenakte in 25 Krankenhausstandorten (Übereinstimmungsrate von 92,4 %). Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesem Datenfeld zwischen 0 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Das Datenfeld fließt direkt in die Zähler der QIs „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ (QI-ID 2163), „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (QI-ID 50719) und „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (QI-ID 51847) ein.

In 14 Fällen wurde laut QS-Dokumentation eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt, gemäß Patientenakte lag jedoch keine vor. In 22 Fällen lag laut Patientenakte eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie vor, die jedoch nicht in der QS-Dokumentation angegeben wurde. Keiner der abweichenden Fälle erfüllt die Nenner-Bedingungen der oben genannten QI, sodass hier kein Einfluss auf die Indikatorergebnisse besteht.

### **3.2.3 Maßnahmen in Folge der Zweiterfassung mit Datenabgleich**

Die Ergebnisse des Datenabgleichs auf Einzelfall- und Krankensebene wurden an die Verantwortlichen in den Kliniken zurückgespiegelt. Im Abschlussgespräch wurden geeignete Maßnahmen besprochen, welche zukünftig eine korrekte Erfassung sicherstellen sollen.

Über den Newsletter einer LQS wurden auch alle nicht geprüften Krankenhäuser in dem Bundesland über relevante Ergebnisse des Datenabgleichs informiert, sodass auch diese ihre Dokumentation für das Erfassungsjahr 2016 noch überprüfen konnten.

## **3.3 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie**

### **3.3.1 Umfang der Stichprobenprüfung**

Da es sich beim QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* um ein direktes Verfahren handelt, sind gemäß 9 Abs. 3 QSKH-RL dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich mindestens 5 % der Krankenhausstandorte in dem QS-Verfahren zu unterwerfen. Hierbei sind mindestens 4 Krankenhausstandorte und insgesamt mindestens 40 Fälle in das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich einzubeziehen. Standorte mit weniger als 4 Fällen in dem betroffenen QS-Verfahren sind von der Stichprobe ausgeschlossen. Nach der zufälligen Auswahl der Krankenhausstandorte durch das IQTIG wurden, ebenfalls durch ein Zufallsverfahren, 20 Fälle pro Standort bestimmt, bei denen eine kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie im EJ

2015 stattgefunden hat. Für diese wurde anhand der Patientenakte – unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – eine Zweiterfassung der ausgewählten Datenfelder und Abgleich mit den übermittelten QS-Daten durch zwei Mitarbeiter des IQTIG durchgeführt.

Für insgesamt 80 Fälle an 4 Krankenhausstandorten (20 Fälle je Standort) erfolgte eine Prüfung der Qualitätssicherungsdaten auf Korrektheit durch Abgleich mit den dokumentierten Angaben in der Patientenakte. Pro Fall wurden 32 Datenfelder (von insgesamt 122 Datenfeldern im Dokumentationsbogen) zweiterfasst und mit den Angaben aus der QS-Dokumentation abgeglichen. Aus der Stichprobe ausgeschlossen wurden Fälle mit kathetergestütztem perkutanem Aortenklappenersatz (TAVI). Diese inhaltliche Einschränkung der Stichprobe ist dadurch begründet, dass TAVI-Fälle in der kombinierten Koronar- und Aortenklappenchirurgie extrem selten sind und hierfür spezifische Datenfelder hätten geprüft werden müssen.

In zwei Krankenhausstandorten lagen die Patientenakten in elektronischer Form vor, in den beiden anderen Standorten in Papierform. In allen Krankenhausstandorten hatten die Mitarbeiter des IQTIG direkte Einsicht in die Patientenakten.

### 3.3.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren

Die mittlere Übereinstimmungsrate über alle geprüften Datenfelder lag bei 95,5 %. Bei einem der überprüften Krankenhausstandorte gab es lediglich Abweichungen bei einem Datenfeld; die drei weiteren Standorte wiesen Diskrepanzen bei maximal fünf der geprüften 32 Datenfelder auf. Die Fehldokumentationen waren sowohl zugunsten als auch zuungunsten der Krankenhäuser. Tabelle 11 zeigt die Ergebnisse des Datenabgleichs differenziert nach den geprüften Datenfeldern.

Die 4 geprüften Krankenhausstandorte im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie* haben durchschnittlich in 23 von den 32 geprüften Datenfeldern eine Übereinstimmungsrate von 100 %. Kein Standort hatte eine komplett fehlerfreie Dokumentation mit 100 % Übereinstimmung in allen Datenfeldern bzw. Fällen. Ebenso hatte aber auch kein Standort in allen geprüften Datenfeldern Dokumentationsprobleme (Übereinstimmungsraten unter 100 %).

Im Folgenden werden die Dokumentationsfehler und Auswirkungen auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren für die Datenfelder mit den schlechtesten Ergebnissen bzgl. der Übereinstimmungsrate sowie für die Datenfelder mit direktem Einfluss auf die Indikatoren (Zähler) näher beschrieben, sofern sich hier Abweichungen zeigten.

Tabelle 11: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im QS-Verfahren *Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)	Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Patientenakte ersichtlichen Angaben)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 2) Entlassender Standort	80	100 %
(DF 7) Geburtsdatum	80	100 %

<b>Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)</b>	<b>Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Pati- entenakte ersichtli- chen Angaben)</b>	<b>Übereinstim- mungsrate (QS-Do- kumentation und Patientenakte)</b>
(DF 9) Körpergröße	80	86,3 %
(DF 11) Körpergewicht	80	85 %
(DF 13) klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)	76	68,4 %
(DF 15) Infarkte	80	92,5 %
(DF 16) kardiogener Schock/Dekompensation	80	100 %
(DF 17) Reanimation	80	98,8 %
(DF 18) Patient wird beatmet	80	100 %
(DF 20) Herzrhythmus bei Aufnahme	80	91,3 %
(DF 22) Einstufung nach ASA-Klassifikation	80	77,5 %
(DF 23) LVEF	80	97,5 %
(DF 28) akute Infektionen	80	98,8 %
(DF 29) Diabetes mellitus	80	93,8 %
(DF 30) arterielle Gefäßerkrankung	80	90,0 %
(DF 35) Lungenerkrankungen	80	96,3 %
(DF 36) neurologische Erkrankung(en)	80	98,8 %
(DF 37) Schweregrad der Behinderung *	6	100 %
(DF 38) präoperative Nierenersatztherapie	80	100 %
(DF 44) Koronarchirurgie	80	100 %
(DF 45) Aortenklappenchirurgie	80	100 %
(DF 46) sonstige OP	80	100 %
(DF 48) Dringlichkeit	80	90,0 %
(DF 51) Inotrope (präoperativ)	80	100 %
(DF 52) (präoperativ) mechanische Kreislaufunter- stützung	80	100 %
(DF 56) OP-Zeit	80	95 %
(DF 103) Mediastinitis	79	100 %
(DF 105) Myokardinfarkt	79	97,5 %
(DF 108) Zerebrales/zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung	79	100 %
(DF 109) Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses *	4	100 %

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2015)	Grundgesamtheit (Fälle mit aus der Pati- entenakte ersichtli- chen Angaben)	Übereinstim- mungsrate (QS-Do- kumentation und Patientenakte)
(DF 110) Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung *	2	100 %
(DF 122) Entlassungsgrund	80	100 %

\* Abhängige Kann-Felder. Diese Datenfelder müssen nur unter Erfüllung bestimmter Bedingungen ausgefüllt werden. Dementsprechend kann die Grundgesamtheit der Fälle geringer ausfallen als bei den anderen Datenfeldern.

### **Körpergröße und Körpergewicht (bei Aufnahme)**

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in allen vier besuchten Krankenhausstandorten bei 12 Fällen (Körpergewicht) bzw. 11 Fällen (Körpergröße) identifiziert werden. Die standortbezogenen Übereinstimmungsraten variierten bei diesen Datenfeldern zwischen 65 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Bei einigen Patienten gab es unterschiedliche Angaben in verschiedenen Teilen der Patientenakte (Pflegedokumentation, ärztliches Aufnahmeprotokoll, Prämedikationsbogen der Anästhesie). Gelegentlich wurden Werte geschätzt. In drei Fällen war kein Körpergewicht oder keine Körpergröße in der Akte dokumentiert. Die beiden Datenfelder fließen in die Berechnung des Body-Mass-Index (BMI) ein, der wiederum in die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren einfließt (BMI < 22 als Risikofaktor). Die Höhe der Abweichungen zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte war in allen Fällen geringfügig, sodass es hier keine Auswirkungen auf die Ergebnisse der Risikoadjustierung und Qualitätsindikatoren gibt.

### **NYHA-Klassifikation (klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz)**

Abweichungen in insgesamt 24 Fällen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in drei der vier besuchten Krankenhausstandorte identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 30 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Gelegentlich fand sich in den Patientenakten die Angabe „NYHA 2 bis 3“. In diesen Fällen wurde die Übereinstimmung für beide übermittelte Kategorien als gegeben gewertet. Das Datenfeld fließt in die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren ein („NYHA 4 = Beschwerden in Ruhe“ als Risikofaktor). In fast allen Fällen mit Abweichungen war die NYHA-Einstufung in der QS-Dokumentation höher als die in der Patientenakte. In zwölf Fällen befand sich die Einstufung NYHA 4 in der QS-Dokumentation, jedoch eine niedrigere NYHA-Einstufung in der Patientenakte. Letztere Fälle haben somit einen Einfluss auf die Risikoadjustierung zugunsten der Krankenhausstandorte. Das Datenfeld weist mit einer Übereinstimmungsrate von 68,4% das schlechteste Ergebnis des Datenabgleichs auf. Die Reliabilität des NYHA-Klassifizierungssystems (z. B. in Bezug auf die Interobserver-Variabilität) kann das Ergebnis negativ beeinflusst haben. Die Eignung und Nutzung der NYHA-Klassifizierung zum Zwecke der Risikoadjustierung bleibt im laufenden Jahr mit der Bundesfachgruppe Herzchirurgie zu diskutieren.

**Infarkte (präoperativ)**

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in zwei der vier besuchten Krankenhausstandorte bei insgesamt 6 Fällen identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 85 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In drei Patientenakten ließen sich zum Zwecke der Qualitätssicherung gemeldete präoperative Myokardinfarkte nicht finden. Die weiteren Diskrepanzen bezogen sich auf die Einstufung des zurückliegenden Zeitpunkts des Infarkts. Das Datenfeld „Infarkte (präoperativ)“ fließt in die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren ein (Myokardinfarkt  $\leq$  21 Tage als Risikofaktor). Die Abweichungen zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation wirkten im Rahmen der Risikoadjustierung in den meisten Fällen zuungunsten der Krankenhausstandorte.

**Herzrhythmus bei Aufnahme**

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in allen 4 besuchten Krankenhausstandorten bei insgesamt 7 Fällen identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 80 % (= Minimum) und 95 % (= Maximum). In drei Fällen wurde für die Qualitätssicherung ein Sinusrhythmus dokumentiert, obwohl laut Patientenakte Vorhofflimmern oder ein anderer (pathologischer) Rhythmus vorlagen. In vier Fällen wurde umgekehrt ein Vorhofflimmern für die Qualitätssicherung dokumentiert, dass in der Akte nicht dokumentiert war. Das Datenfeld fließt in die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren ein (Vorhofflimmern oder „anderer“ Rhythmus als Risikofaktor). Die Auswirkungen auf die Risikoadjustierung sind innerhalb der vier Krankenhausstandorte heterogen; das Patientenrisikoprofil wurde sowohl zugunsten als auch zuungunsten der Krankenhausstandorte beeinflusst.

**ASA-Klassifikation**

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in allen 4 besuchten Krankenhausstandorten bei insgesamt 18 Fällen identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 35 % (= Minimum) und 95 % (= Maximum). Im Gegensatz zum Dokumentationsverhalten bei der NYHA-Klassifikation der Herzinsuffizienz waren die Angaben hinsichtlich der ASA-Einstufungen in der Patientenakte meistens höher als in der QS-Dokumentation. Häufig wurde das Muster QS: ASA 3, PA: ASA 4 vorgefunden. In einem Krankenhausstandort war nicht bekannt, dass gemäß Ausfüllhinweis die ASA-Einstufung des Anästhesieprotokolls dokumentiert werden soll. Das Datenfeld ASA fließt in die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren ein (ASA  $\geq$  3 als ein Risikofaktor) ein. Da bei den Fällen mit Abweichungen mindestens ASA 3 in der QS-Dokumentation oder Patientenakte angegeben war, ergibt sich durch die Abweichungen keine Auswirkung auf das Risikoprofil. Das Datenfeld „ASA“ weist mit einer Übereinstimmungsrate von 77,5 % das zweitschlechteste Ergebnis des Datenabgleichs auf. Möglicherweise kommen bei der ASA-Klassifizierung die bereits unter NYHA erörterten Effekte der „weichen Grenzen“ zum Tragen. Auch hier ist die Diskussion in der Bundesfachgruppe im laufenden Jahr geplant.



### **Arterielle Gefäßerkrankung**

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in 3 der 4 besuchten Krankenhausstandorte identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 75 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Bei den 8 diskrepanten Fällen wurde in der QS-Dokumentation das Vorliegen einer arteriellen Gefäßerkrankung angegeben, das sich nicht in der Patientenakte wiederfand. Es lag also eine Überdokumentation vor. Da das Datenfeld nicht in Qualitätsindikatoren einfließt und im Erfassungsjahr 2015 auch nicht in die Risikoadjustierung einging, hatten die Abweichungen keine Auswirkungen. Das Datenfeld wird jedoch jedes Jahr erneut auf die Eignung für die Risikoadjustierung geprüft.

### **Diabetes mellitus**

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in 2 der 4 besuchten Krankenhausstandorte in 5 Fällen identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 85 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). In zwei Fällen gab es eine Unterdokumentation eines Diabetes mellitus in der QS-Dokumentation. In den anderen Fällen konnten diskrepante Angaben hinsichtlich der Art der Behandlung des Diabetes mellitus identifiziert werden. Das Datenfeld „Diabetes mellitus“ fließt in die Risikoadjustierung mehrerer Qualitätsindikatoren ein (Diabetes [insulinpflichtig] als Risikofaktor). In den Fällen der Unterdokumentation haben die Standorte daher zu ihren Ungunsten fehldokumentiert. Die Abweichung zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte wies eine Richtung auf, die das Ergebnis der Risikoadjustierung nicht ändert.

### **Dringlichkeit**

Abweichungen zwischen den Angaben in der Patientenakte und der QS-Dokumentation konnten in 2 der 4 besuchten Krankenhausstandorte bei insgesamt 8 Fällen identifiziert werden. Die standortbezogene Übereinstimmungsrate variierte bei diesem Datenfeld zwischen 75 % (= Minimum) und 100 % (= Maximum). Die Unterschiede zwischen QS-Dokumentation und Angaben in der Patientenakte fanden sich gehäuft bei der Einstufung „elektiv“ und „dringlich“. Nur in einem Fall wurde ein Patient als Notfall in der QS-Dokumentation angegeben, obwohl es sich um einen elektiven Patienten handelte. Im Gespräch mit den Vertretern der Krankenhausstandorte zeigte sich, dass gelegentlich Schwierigkeiten in der Abgrenzung der Kategorie „dringlich“ bestehen. Insbesondere wurde das Fehlen konkreter Kriterien benannt. Bei einigen Qualitätsindikatoren werden Notfälle ausgeschlossen. In der Risikoadjustierung ist ein Notfall ein Risikofaktor. Es gab jedoch nur einen Fall mit falscher Dokumentation eines Notfalls, sodass hier kein relevanter Einfluss auf die Berechnung der Risikoadjustierung und Qualitätsindikatoren vorliegt.

### **3.3.3 Maßnahmen in Folge der Zweiterfassung mit Datenabgleich**

Die Ergebnisse der Zweiterfassung mit Datenabgleich wurden noch vor Ort ausgewertet und mit den zuständigen Krankenhausmitarbeitern in einem Feedback-Gespräch analysiert, um bei Abweichungen/Dokumentationsfehlern mögliche Ursachen ohne Zeitverlust klären und Optimierungsmaßnahmen zur Steigerung der Dokumentationsqualität ansprechen zu können. Im Nachgang wurden die Ergebnisse des Datenabgleichs auf Fall- und Standortebene sowie die

konsequente Analyse des Prozesses den jeweiligen Krankenhausstandorten in schriftlicher Form zurückgespiegelt.

## 4 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Für das Erfassungsjahr 2015 wurden in 13 der 25 QS-Verfahren jeweils zwischen 1 und 6 (verstetigte und neue) Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit angewendet (insgesamt  $n = 45$  Auffälligkeitskriterien). Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2015 wurden anhand der festgelegten Auffälligkeitskriterien insgesamt 1.099 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt. Es waren über alle QS-Verfahren hinweg 714 Krankenhausstandorte in mindestens einem Auffälligkeitskriterium rechnerisch auffällig und 372 Krankenhausstandorte bestätigten in mindestens einem Auffälligkeitskriterium Fehldokumentationen.

Die aufgetretenen Dokumentationsfehler haben verschiedene Ursachen:

- Keine Kenntnis der Ausfüllhinweise oder falsche Interpretation
- Mängel in der Organisation der QS-Dokumentation (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 Auffälligkeitskriterien pro QS-Verfahren dargestellt. Auffälligkeitskriterien, die keine rechnerisch auffälligen Ergebnisse im EJ 2014 und EJ 2015 generiert haben, werden im Folgenden nicht dargestellt. Detailliertere Auswertungen zu allen Bewertungen und Maßnahmen, welche im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog angewendet wurden – auch differenziert nach Bundesländern – können dem Anhang zu diesem Bericht entnommen werden.

### Entwicklung zum Vorjahr

Die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten ( $n = 1.099$ ) ist im Vergleich zum Vorjahr ( $n = 911$ ) gestiegen, wobei hier zu berücksichtigen ist, dass dies zum Teil auf die Einführung neuer Auffälligkeitskriterien zurückzuführen ist. Der Anteil angeforderter Stellungnahmen ist im Vergleich zum Vorjahr in etwa konstant geblieben. Der Anteil der von den Leistungserbringern bestätigten Fehldokumentationen über alle QS-Verfahren hinweg ist hingegen gestiegen (EJ 2015: 63,2 %; EJ 2014: 50,0 %). Auch die absolute Anzahl weiterführender Maßnahmen im Strukturierten Dialog zu den rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs – insbesondere Zielvereinbarungen – ist verglichen zum Vorjahr höher.

### Anteil bestätigter Fehldokumentationen an den Stellungnahmen

Anhand von Abbildung 3 ist zu erkennen, wie hoch der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen (Bewertung mit A40 oder A99) an den Stellungnahmen zu den AKs der Plausibilität und Vollständigkeit differenziert nach den QS-Verfahren im EJ 2015 ist. Im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV) ist der Anteil am höchsten, während er

im QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* am niedrigsten ausfällt.

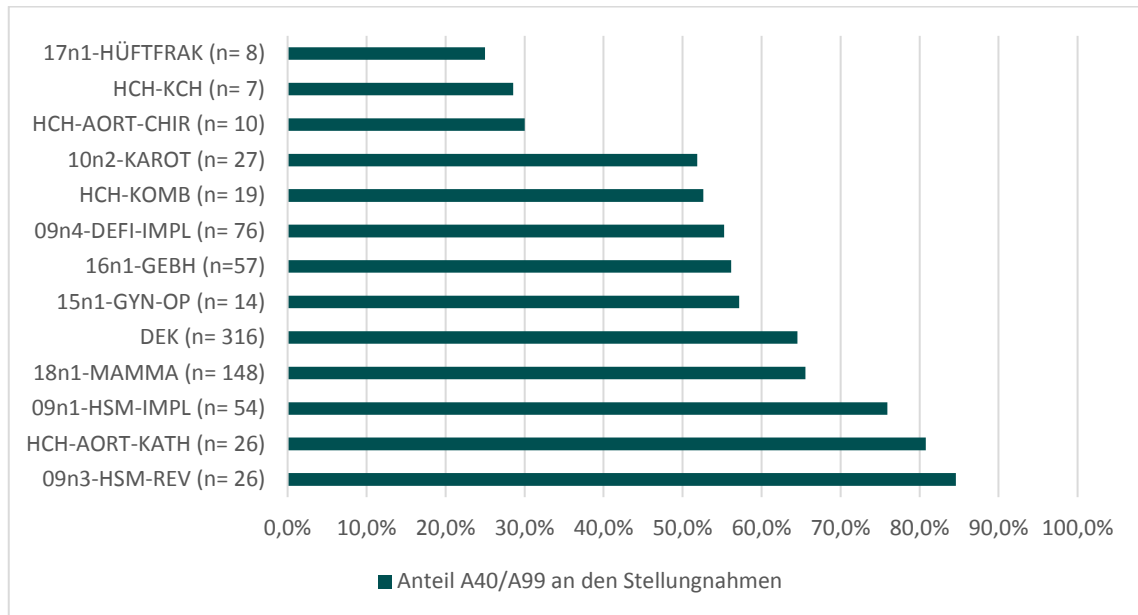


Abbildung 3: Bestätigte Fehldokumentationen zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015)

n = Anzahl Stellungnahmen

**Wiederholte Auffälligkeiten**

Im Mittel waren pro AK 2,3 Standorte sowohl im EJ 2014 als auch im EJ 2015 in demselben AK rechnerisch auffällig. Das Maximum wiederholt auffälliger Standorte liegt bei 16 in dem AK 813068 „Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie“ aus dem QS-Verfahren *Mammachirurgie*. Durchschnittlich bestätigten pro AK 0,7 Krankenhausstandorte zwei Jahre in Folge eine fehlerhafte Dokumentation im SD (Bewertung A40 oder A99). Das Maximum an Standorten mit wiederholt bestätigter Fehldokumentation liegt bei 5 in dem AK 813068 „Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie“ aus dem QS-Verfahren *Mammachirurgie* und dem AK 813071 „Häufig führende Indikation ‚sonstiges‘“ aus dem QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL).

## 4.1 Herzchirurgie

### 4.1.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)

Tabelle 12: Ergebnisse zu den AKs der Plausibilität und Vollständigkeit – Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)

	AK-ID 811809	AK-ID 815005	AK-ID 850322
Anzahl der betrachteten Standorte	58	70	88
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	3	5
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	0	1
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	2	3	5
<b>Bewertungen</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	1	5
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	1	2	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	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 AK sind 2 Krankenhausstandorte mit vom Referenzbereich abweichenden Ergebnissen ermittelt worden (3,5 % der betrachteten Standorte). Beide Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. Keiner der Standorte war bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig. Die hausinterne Überprüfung ergab bei einem Krankenhausstandort eine korrekte Dokumentation, bei dem Anderen zeigte sich, dass die Angabe „sonstige Operation“ nicht in jedem Fall gerechtfertigt war, sodass die Ergebnisse entsprechend als „fehlerhafte Dokumentation“ gewertet wurden. Dieser Standort hatte im Vorjahr keine fehlerhafte Dokumentation. Bei diesem AK wurden die Rechenregeln von EJ 2014 zum EJ 2015 geändert, sodass die Ergebnisse nur „eingeschränkt vergleichbar“ sind. Das AK wird mit einer Titeländerung in „Todesfälle mit Angabe sonstige Operation“ im EJ 2016 weitergeführt.

**AK-ID 815005: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**

3 Krankenhausstandorte zeigten bei diesem AK rechnerische Auffälligkeiten (4,3 % der betrachteten Standorte). Nach interner Überprüfung räumten 2 Standorte Versäumnisse bzgl. der Dokumentation ein. Der dritte Krankenhausstandort bestätigte eine korrekte Dokumentation. Bei diesem AK wurden die Rechenregeln (Regressionskoeffizienten Risikoadjustierung) von EJ 2014 zum EJ 2015 geändert, sodass die Ergebnisse nur „eingeschränkt vergleichbar“ sind. Der strukturierte Dialog hat gezeigt, dass die Kommunikation über Ursachen und Kausalzusammenhänge in Bezug auf dieses Auffälligkeitskriterium häufig zu Missverständnissen führt. Das Auffälligkeitskriterium wird daher für das Erfassungsjahr 2016 durch eine Modifikation der Rechenregeln verständlicher gestaltet.

**AK-ID 850322: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen**

5 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte wurden gebeten, die Korrektheit ihrer Dokumentation zu überprüfen (5,7 % der betrachteten Standorte). Ein Standort davon war bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig. Alle Standorte bestätigten eine korrekte Dokumentation. In den Stellungnahmen wurden die Ergebnisse auf eine gute Organisationsstruktur bzw. etabliertes Qualitätsmanagement zurückgeführt. Da auch in den vergangenen Jahren keine Fehldokumentationen festgestellt wurden, wird das AK ab dem Erfassungsjahr 2016 nicht mehr angewandt.

Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte in den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit im QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert* (konventionell chirurgisch) insgesamt ist von EJ 2014 (n = 15) zum EJ 2015 (n = 10) gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen an den angeforderten Stellungnahmen ist vom EJ 2014 (40 %) auf das EJ 2015 (30 %) ebenfalls gesunken, wobei zu jeder rechnerischen Auffälligkeit eine Stellungnahme angefordert wurde.

**4.1.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)**

Tabelle 13: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)

	AK-ID 850282	AK-ID 850288	AK-ID 850323	AK-ID 850353
Anzahl der betrachteten Standorte	104	87	104	28
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	18	4	3	1
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	1	2	0	0
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	0	0	0	0
Stellungnahmen	18	4	3	1
<b>Bewertungen</b>				

	AK-ID 850282	AK-ID 850288	AK-ID 850323	AK-ID 850353
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	1	2	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	16	3	1	1
Sonstiges [S99, S91]	0	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>				
Davon bereits im Vorjahr Fehldokumentation [A40, A99]	1	1	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 850353: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“

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

Bei diesem AK sind für 18 Krankenhausstandorte rechnerische Auffälligkeiten registriert worden (17,3 % der betrachteten Standorte). Ein Krankenhausstandort war bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig. Von allen betroffenen Standorten wurde jeweils eine Stellungnahme erbeten. Für 2 Standorte konnte eine korrekte Dokumentation bestätigt werden. Die krankenhausinterne Überprüfung ergab bei den verbleibenden 16 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation. In den meisten Fällen führten vereinzelte Angaben „unbekannt“ bei den Faktoren, die zur Ermittlung des zur Risikoadjustierung genutzten AKL-Scores benötigt werden (z. B. Größe und Gewicht), zur Auffälligkeit. Ein Krankenhausstandort wies 2 Jahre in Folge eine fehlerhafte Dokumentation auf. Nach Diskussion im Rahmen der Bundesfachgruppensitzung und Abwägung der Vor- und Nachteile wird die Risikoadjustierung in der Herzchirurgie modifiziert. Ab dem Erfassungsjahr 2016 werden die entsprechenden Risikofaktoren bei der Angabe „unbekannt“ als nicht vorhanden gewertet. Das Auffälligkeitskriterium ist somit obsolet und wird ab dem Erfassungsjahr 2016 nicht mehr angewandt.

**AK-ID 850288: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**

Insgesamt 4 Krankenhausstandorte zeigten Abweichungen vom Referenzbereich bei diesem AK (4,6 % der betrachteten Standorte). 2 Krankenhausstandorte waren bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig. 3 Standorte bestätigten eine fehlerhafte Dokumentation. Ein Standort gab an, dass die Dokumentation den Eintragungen in den Patientenakten entspricht. Ein Krankenhausstandort wies 2 Jahre in Folge eine fehlerhafte Dokumentation auf. Bei diesem AK wurden die Rechenregeln (Regressionskoeffizienten Risikoadjustierung) von EJ 2014 zum EJ 2015 geändert, sodass die Ergebnisse nur „eingeschränkt vergleichbar“ sind. Dieses Auffälligkeitskriterium wird analog zu dem gleichen AK im QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert* (konventionell chirurgisch) in modifizierter Form im EJ 2016 weitergeführt.

**AK-ID 850323: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen**

3 rechnerisch auffällige Krankenhausstandorte wurden gebeten, die Korrektheit ihrer Dokumentation zu überprüfen und ihre Maßnahmen, die zu diesem guten Ergebnis geführt haben, zu erläutern (2,9 % der betrachteten Standorte). 2 Häuser bestätigten eine korrekte Dokumentation. Sie führten das gute Ergebnis auf eine gute Organisationsstruktur bzw. etabliertes Qualitätsmanagement zurück. Ein Standort hatte abweichend von der Angabe in der QS-Dokumentation Todesfälle zu verzeichnen. Da bei diesen verstorbenen Patienten ausnahmslos „sonstige Operation“ dokumentiert wurde, wurden sie nicht zu den isolierten kathetergestützten Operationen gezählt und tauchten in der Auswertung des AK nicht auf. Das Ergebnis wurde mit fehlerhafter Dokumentation bewertet, da sich die Angabe „sonstige Operation“ als falsch herausstellte. Da bezüglich dieses Auffälligkeitskriteriums in den vergangenen Jahren keine Fehldokumentationen festgestellt wurden, wird dieses ab dem Erfassungsjahr 2016 nicht mehr angewandt.

**AK-ID 850353: Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten**

Bei diesem AK ist eine rechnerische Auffälligkeit bei dem im bereits vorangehenden Abschnitt (AK 850323) erörterten Krankenhausstandort registriert worden (3,6 % der betrachteten Standorte). Die krankenhausinterne Überprüfung ergab eine fehlerhafte Dokumentation in Bezug auf das Datenfeld „sonstige Operation“. Die Neuberechnung des risikoadjustierten Mortalitätsindikators „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen“ (QI-ID 12168), nun unter Berücksichtigung der verstorbenen Patienten, ergab keine Abweichung vom bundesweiten Referenzbereich, sodass in diesem Fall neben der Bewertung „A40: fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt“ auf weitere Maßnahmen verzichtet wurde. Das AK ist neu zum EJ 2015, zuvor wurde es gemeinsam mit den konventionell chirurgischen Eingriffen an der Aortenklappe in einem AK ausgewertet. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse nicht vergleichbar zum Vorjahr. Das AK wird mit einer Titeländerung in „Todesfälle mit Angabe sonstige Operation“ im EJ 2016 weitergeführt.

Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte in den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit im QS-Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert* (kathetergestützt) insgesamt ist vom EJ 2014 (n = 22) zum EJ 2015 (n = 26) gestiegen. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen an den angeforderten Stellungnahmen hat ebenfalls vom EJ 2014 (63,6 %) auf das EJ 2015 (80,8 %) zugenommen, wobei zu jeder rechnerischen Auffälligkeit eine Stellungnahme angefordert wurde.

**4.1.3 Koronarchirurgie, isoliert**

Tabelle 14: Ergebnisse der AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Koronarchirurgie, isoliert

	AK-ID 813165	AK-ID 815002
Anzahl der betrachteten Standorte	45	82
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	5



	AK-ID 813165	AK-ID 815002
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	1	3
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	2	5
<b>Bewertungen</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	1	1
Sonstiges [S99, S91]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	0

Anmerkungen:

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

AK-ID 815002: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Bei AK-ID 850324 („Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen“) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurde dieses Auffälligkeitskriterium im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

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

Bei diesem AK sind 2 rechnerische Auffälligkeiten registriert worden (4,4 % der betrachteten Standorte). Bei dem einen Standort handelte es sich um wiederholte Abweichungen vom bundesweit eingesetzten Referenzbereich. Nach Überprüfung der eingereichten Stellungnahmen zeigte sich, dass die Angabe „sonstige Operation“ nicht in allen Fällen gerechtfertigt war, sodass dieser Krankenhausstandort mit „fehlerhafte Dokumentation“ bewertet wurde. Der andere Krankenhausstandort hatte in den entsprechenden Fällen tatsächlich zusätzliche Operationen durchgeführt, die unter die Kategorie „sonstige Operationen“, wie im Ausfüllhinweis spezifiziert, fallen. Das AK wird mit einer Titeländerung in „Todesfälle mit Angabe sonstige Operation“ im EJ 2016 weitergeführt.

#### **AK-ID 815002: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**

Bei insgesamt 5 Krankenhausstandorten wurden Abweichungen vom Referenzbereich dieses AK festgestellt (6,1 % der betrachteten Standorte). 4 Standorte teilten mit, dass die Dokumentation der Eintragungen in den Patientenakten entspricht. Ein Standort gab eine Fehldokumentation an. Bei diesem AK wurden die Rechenregeln (Regressionskoeffizienten Risikoadjustierung) von EJ 2014 zum EJ 2015 geändert, sodass die Ergebnisse nur „eingeschränkt vergleichbar“ sind. Dieses Auffälligkeitskriterium wird analog zu dem gleichen AK im Verfahren *Aortenklappenchirurgie, isoliert* (konventionell chirurgisch) in modifizierter Form im EJ 2016 weitergeführt.

**AK-ID 850324: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen**

In diesem Auffälligkeitskriterium gab es im EJ 2015 keine rechnerischen Auffälligkeiten. Da auch in den vergangenen Jahren keine Fehldokumentationen festgestellt wurden, wird das AK ab dem Erfassungsjahr 2016 nicht mehr angewandt.

Die Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte in den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit im QS-Verfahren *Koronarchirurgie, isoliert* insgesamt ist vom EJ 2014 (n = 8) zum EJ 2015 (n = 7) marginal gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen an den angeforderten Stellungnahmen hat vom EJ 2014 (60 %) auf das EJ 2015 (28,6 %) abgenommen, wobei zu jeder rechnerischen Auffälligkeit eine Stellungnahme angefordert wurde.

**4.1.4 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie**

Zum Erfassungsjahr 2015 wurden drei neue Auffälligkeitskriterien zu Plausibilität und Vollständigkeit eingeführt und erstmalig angewendet (AK-IDs 850354, 850355, 850356).

Tabelle 15: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit - Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

	<b>AK-ID 850354</b>	<b>AK-ID 850355</b>	<b>AK-ID 850356</b>	<b>AK-ID 850325</b>
Referenzbereiche	≤ 2 (90.Perzentil)	< 3,00 %	≤ 3,05 (95.Perzentil)	< 100,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	43	83	75	83
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	10	5	2
Davon wiederholt rechnerisch auffällig	_*	_*	_*	0
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	0	0	0	0
Stellungnahmen	2	10	5	2
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechungen	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0
<b>Bewertungen</b>				
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	3	4	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	2	7	1	0
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	0	0	0	0
Sonstiges [S99, S91]	0	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>				
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	_*	_*	_*	0

\* es ist keine wiederholte rechnerische Auffälligkeit bzw. keine wiederholte Fehldokumentation möglich, da das AK erst zum EJ 2015 eingeführt wurde.

Anmerkungen:

AK-ID 850354: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“

AK-ID 850355: Risikoadjustierung nach dem KBA-Score vermehrt nicht möglich

AK-ID 850356: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

AK-ID 850325: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen

**AK-ID 850354: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“**

Bei diesem AK wurden zwei rechnerische Auffälligkeiten ermittelt (4,7 % der betrachteten Standorte). Von den betroffenen Krankenhausstandorten wurde jeweils eine Stellungnahme erbeten. Die krankenhauserne Überprüfung ergab bei beiden Standorten eine fehlerhafte Dokumentation. Die Zurechnung der Fälle zum risikoadjustierten Mortalitätsindikator ergab jedoch keinen Einfluss auf das Ergebnis. Das AK wird in der bestehenden Form weitergeführt.

**AK-ID 850355: Risikoadjustierung nach dem KBA-Score vermehrt nicht möglich**

Bei diesem Auffälligkeitskriterium wurden für 10 Krankenhausstandorte rechnerische Auffälligkeiten ermittelt (12 % der betrachteten Standorte). Von den betroffenen Krankenhausstandorten wurde jeweils eine Stellungnahme erbeten. 3 Standorte bestätigten eine korrekte Dokumentation. Die krankenhauserne Überprüfung ergab bei den übrigen 7 Standorten eine fehlerhafte Dokumentation. In den meisten Fällen führten vereinzelte Angaben „unbekannt“ bei den Datenfeldern, die zur Ermittlung des für die Risikoadjustierung genutzten KBA-Scores benötigt werden (z. B. Größe und Gewicht), zur Auffälligkeit. Nach einer Diskussion mit der Bundesfachgruppe Herzchirurgie und Abwägung der Vor- und Nachteile wird die Risikoadjustierung in den herzchirurgischen Verfahren zum Erfassungsjahr 2016 modifiziert: die Risikofaktoren mit der Angabe „unbekannt“ werden im Risikoadjustierungsmodell als nicht vorhanden gewertet. Das Auffälligkeitskriterium ist somit obsolet und die Streichung des AK zum Erfassungsjahr 2016 wurde vom IQTIG empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen.

**AK-ID 850356: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**

Insgesamt 5 Krankenhausstandorte mit Abweichungen vom Referenzbereich wurden bei diesem AK ermittelt (6,7 % der betrachteten Standorte). 4 Standorte bestätigten eine korrekte Dokumentation. Ein Standort gab eine Fehldokumentation an. Zur Erhöhung der Verständlichkeit des AK wurde eine Modifikation der Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2016 vom IQTIG empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen.

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

2 Krankenhausstandorte waren rechnerisch auffällig in diesem AK und wurden gebeten, die Korrektheit ihrer Dokumentation zu überprüfen und ihre Maßnahmen, die zu diesem guten Ergebnis geführt haben, zu erläutern (2,4 % der betrachteten Standorte). Beide Häuser bestätigten eine korrekte Dokumentation. Sie führten das gute Ergebnis auf eine gute Organisationsstruktur bzw. etabliertes Qualitätsmanagement zurück. Da in diesem Auffälligkeitskriterium in den vergangenen Jahren keine Fehldokumentationen festgestellt wurden, wurde es vom IQTIG zur Streichung zum Erfassungsjahr 2016 empfohlen und auch so vom UA QS des G-BA beschlossen.

## 4.2 Transplantationen

### Nierentransplantation

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

Mit diesem Auffälligkeitskriterium soll eine Aussage über die Zahl der Abstoßungen innerhalb des 1. Jahres nach der Nierentransplantation getroffen werden. Aufgrund von Einschränkungen in der technischen Umsetzung werden bislang bei der Auffälligkeitsberechnung jedoch nur die Abstoßungen während des stationären Aufenthaltes gezählt, da derzeit im Follow-up-Bogen nicht eindeutig ausgewiesen werden kann, wann eine Abstoßung im Follow-up-Zeitraum stattgefunden hat. Die Bundesfachgruppe empfiehlt daher, das Auffälligkeitskriterium als solches zu streichen. Das IQTIG hat dem Unterausschuss Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss die Streichung des Auffälligkeitskriteriums empfohlen. Der Erhebung einer akuten behandlungsbedürftigen Abstoßung der Niere misst die Bundesfachgruppe jedoch weiterhin Bedeutung zu und empfiehlt daher die Einführung eines Datumsfeldes im Follow-up-Bogen (Datum der akuten behandlungsbedürftigen Abstoßung der Niere). Ziel ist die Erfassung des Abstandes zwischen der Transplantation der Niere und einer eventuellen Abstoßung im Follow-up-Zeitraum (in Tagen) für eine zukünftige Verwendung in den Follow-up-Indikatoren. Nach Einführung des Datenfeldes mit der Spezifikation 2018 sollen entsprechende Indikatoren zur Abbildung einer behandlungsbedürftigen Abstoßung nach Nierentransplantation entwickelt werden.

Aufgrund der Einschränkung in der technischen Umsetzung erhielten alle 15 rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte einen Hinweis, dass das Auffälligkeitskriterium derzeit nur eingeschränkt valide ausgewertet werden kann und daher die Krankenhausstandorte die Einstufung H99 erhielten.

## 4.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren

### 4.3.1 Herzschrittmacher-Implantation

Tabelle 16: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Herzschrittmacher-Implantation

	AK-ID 813070	AK-ID 813071
Anzahl der betrachteten Standorte	1.123	1.123
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	43	46
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	7	12
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	17	18
Stellungnahmen	26	28

	AK-ID 813070	AK-ID 813071
<b>Bewertungen</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	5	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	16	25
Sonstiges [S91, S99]	0	1
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	3	5

Anmerkungen:

AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom 'sonstiges'

AK-ID 813071: Häufig führende Indikation 'sonstiges'

#### **AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom ‚sonstiges‘**

3,8 % der datenliefernden Standorte (n = 43) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 26 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 61,5 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit 2 Krankenhäusern wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen.

#### **AK-ID 813071: Häufig führende Indikation ‚sonstiges‘**

4,1 % der datenliefernden Standorte (n = 46) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 28 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 89,3 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen.

Die Anzahl der angeforderten Stellungnahmen für die beiden AKs ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 (n = 66 Stellungnahmen) – bei gleicher Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten – gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 71,2 % und ist vergleichbar mit dem Ergebnis aus dem EJ 2015.

Die AKs „häufig führendes Symptom sonstiges“ und „häufig führende Indikation sonstiges“ wurden vom IQTIG zur Weiterführung im Erfassungsjahr 2016 empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen.

### 4.3.2 Herzschrittmarker-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 17: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Herzschrittmarker-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

	AK-ID 850339	AK-ID 850337	AK-ID 850338
Anzahl der betrachteten Standorte	881	859	878
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	18	12	11
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	3	3	2
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	8	4	3
Stellungnahmen	10	8	8
<b>Bewertungen</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	8	7	7
Sonstiges [S91, S99]	0	0	1
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	1	2	1

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

1,4 % der datenliefernden Standorte (n = 12) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 8 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 87,5 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

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

1,3 % der datenliefernden Standorte (n = 11) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 8 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 87,5 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

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

2,0 % der datenliefernden Standorte (n = 18) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 10 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 80,0 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Bei einem Krankenhaus wurde als weiterführende Maßnahme im Strukturierten Dialog eine Begehung durchgeführt.

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen für die drei AKs ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 (n = 55 Stellungnahmen) gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 85,5 % und ist vergleichbar mit dem Ergebnis aus dem EJ 2015.

Das AK „Häufige Angabe ‚kein Eingriff an der Sonde‘ oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen“ wurde vom IQTIG zur Weiterführung im Erfassungsjahr 2016 empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen. Die AKs „Häufige Angabe von nicht bekanntem Implantationsjahr beim Schrittmacher-Aggregat“ und „Häufige Angabe von ‚unbekannt‘ beim Zeitabstand zur Implantation der Sonde“ wurden vom IQTIG zur Streichung zum Erfassungsjahr 2016 empfohlen, da die damit zu validierenden Datenfelder nicht mehr länger QI-relevant sind und mit der Spezifikation zum EJ 2018 entfallen. Der UA QS des G-BA ist dieser Empfehlung gefolgt.

**4.3.3 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation**

*Tabelle 18: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation*

	<b>AK-ID 850313</b>	<b>AK-ID 850315</b>	<b>AK-ID 850316</b>	<b>AK-ID 850317</b>	<b>AK-ID 850314</b>
Anzahl der betrachteten Standorte	751	751	751	751	750
<b>Ergebnisse</b>					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	27	17	51	16	7
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	7	4	10	1	1
<b>Maßnahmen</b>					



	AK-ID 850313	AK-ID 850315	AK-ID 850316	AK-ID 850317	AK-ID 850314
Hinweise	6	6	26	4	0
Stellungnahmen	21	11	25	12	7
<b>Bewertungen</b>					
Korrekte Dokumenta- tion [U30, U99]	3	0	14	4	1
Fehlerhafte Doku- mentation [A40, A99]	14	8	8	7	5
Sonstiges [S91, S99]	1	1	0	0	1
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>					
Davon bereits im Vor- jahr fehlerhafte Doku- mentation [A40, A99]	3	1	0	0	0

## 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 505316: Häufige Angabe von ASA 4

AK-ID 850317: Angabe von ASA 5

**AK-ID 850313: Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis ,sonstige‘**

3,6 % der datenliefernden Standorte (n = 27) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 21 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 66,7 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen.

**AK-ID 850314: Häufig ICD-System ,sonstiges‘**

0,9 % der datenliefernden Standorte (n = 7) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. Alle Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 71,4 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

**AK-ID 850315: Häufige Angabe von LVEF ,nicht bekannt‘**

2,3 % der datenliefernden Standorte (n = 17) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 11 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 72,7 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. In einem Krankenhaus wurde eine Begehung als weiterführende Maßnahme des Strukturierten Dialogs durchgeführt.

**AK-ID 505316: Häufige Angabe von ASA 4**

6,8 % der datenliefernden Standorte (n = 51) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 25 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 32,0 % der Stellungnahmen

wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. In einem Krankenhaus wurde eine Begehung durchgeführt und eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen.

#### **AK-ID 850317: Angabe von ASA 5**

2,1 % der datenliefernden Standorte (n = 16) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 12 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 58,3 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

Die Anzahl der angeforderten Stellungnahmen für die fünf AKs ist – bei konstanter Zahl an rechnerischen Auffälligkeiten – im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 (n = 87 Stellungnahmen) gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 62,0 % und ist damit leicht höher als das Ergebnis aus dem EJ 2015 (55,3 %).

Die AKs „Häufig indikationsbegründendes klinisches Ereignis ‚sonstige‘“, „Häufig ICD-System ‚sonstiges‘“, „Häufige Angabe von LVEF ‚nicht bekannt‘“ und „Angabe von ASA 5“ wurden vom IQTIG zur Weiterführung im Erfassungsjahr 2016 empfohlen. Zudem wurde die Streichung des AK „Häufige Angabe von ASA 4“ empfohlen. Der UA QS des G-BA ist den Empfehlungen des IQTIG gefolgt.

## **4.4 Karotis-Revaskularisation**

Tabelle 19: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Karotis-Revaskularisation

	<b>AK-ID 850334</b>	<b>AK-ID 850332</b>
Anzahl der betrachteten Standorte	584	646
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	21	20
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	4	4
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	8	6
Stellungnahmen	13	14
<b>Bewertungen</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	7	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	5	9
Sonstiges [S91, S99]	1	1
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	0

Anmerkungen:

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)

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

3,1 % der datenliefernden Standorte (n = 20) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 14 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 64,3 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen.

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

3,6 % der datenliefernden Standorte (n = 21) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 13 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 38,5 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen.

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen für die zwei AKs ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 (n = 32 Stellungnahmen) leicht gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 37,5 % und ist damit deutlich niedriger als das Ergebnis aus dem EJ 2015 (51,9 %).

Das AK „Häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten“ wurde vom IQTIG zur Weiterführung im Erfassungsjahr 2016 empfohlen. Das IQTIG hat des Weiteren empfohlen, das AK „Häufige Angabe von Indikationsgruppe-C-Kriterien bei asymptomatischen Patienten (offen-chirurgisch)“ zu streichen, da sich dieses nicht bewähren konnte. Der UA QS des G-BA hat die Empfehlungen entsprechend den Vorschlägen des IQTIG empfohlen.

## **4.5 Orthopädie und Unfallchirurgie**

### **Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung**

*Tabelle 20: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*

	<b>AK-ID 850350</b>
Anzahl der betrachteten Standorte	816
<b>Ergebnisse</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	20
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	_*
<b>Maßnahmen</b>	
Hinweise	12

	AK-ID 850350
Stellungnahmen	8
<b>Bewertungen</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	6
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	2
Sonstiges [S91, S99]	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>	
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	-*

\* es ist keine wiederholte rechnerische Auffälligkeit bzw. keine wiederholte Fehldokumentation möglich, da das AK erst zum EJ 2015 eingeführt wurde.

Anmerkungen:

AK-ID 850350: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

#### **AK-ID 850350: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer**

2,5 % der datenliefernden Standorte (n = 20) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 8 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 25,0 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit einem Krankenhaus wurde eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen. Da das QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur* durch den Ausschluss endoprothetisch versorgter Frakturen zum EJ 2015 ein neues QS-Verfahren darstellt, sind die Ergebnisse des AK nicht vergleichbar zum Vorjahr.

Das AK „Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer“ ist aufgrund der Umstrukturierung der orthopädischen/unfallchirurgischen QS-Verfahren zum EJ 2015 nicht vergleichbar mit dem gleichlautenden AK aus dem „alten“ QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur*, das sowohl die osteosynthetische als auch die endoprothetische Versorgung umfasste. Das AK wurde vom IQTIG zur Weiterführung im Erfassungsjahr 2016 empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen.

## 4.6 Perinatalmedizin

### Geburtshilfe

Tabelle 21: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Geburtshilfe

	AK-ID 850318	AK-ID 850319	AK-ID 850320
Anzahl der betrachteten Standorte	703	747	443
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	53	42	19
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	9	2	1
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	25	19	13
Stellungnahmen	28	23	6
<b>Bewertungen</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	9	6	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	19	11	2
Sonstiges [S91, S99]	0	1	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	4	0	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

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

7,5 % der datenliefernden Standorte (n = 53) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 28 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 67,9 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

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

5,6 % der datenliefernden Standorte (n = 42) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 23 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 47,8 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

**AK-ID 850320: Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht**

4,3 % der datenliefernden Standorte (n = 19) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 6 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 33,3 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

Die Anzahl der angeforderten Stellungnahmen für die drei AKs ist im Vergleich zum vorangehenden EJ 2014 (n = 67 Stellungnahmen) – bei gleichzeitig höherer Anzahl an rechnerischen Auffälligkeiten im EJ 2015 – gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 49,3 % und ist damit leicht niedriger als das Ergebnis aus dem EJ 2015 (56,1%). Beim AK 850319 wurden die Rechenregeln von EJ 2014 zum EJ 2015 geändert, sodass die Ergebnisse hier nur „eingeschränkt vergleichbar“ sind.

Die AKs „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ und „Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess“ wurden zur Weiterführung zum EJ 2016 durch das IQTIG empfohlen. Für letzteres AK wurde eine Modifikation der Rechenregeln und des AK-Titels vorgenommen, um das AK inhaltlich umfassender zu gestalten. Zur Streichung empfohlen wurde das AK „Keine Angabe von höhergradigem Dammriss (Grad III oder IV) bei spontanen Einlingsgeburten mit medianer Episiotomie bei Kindern mit hohem Geburtsgewicht“, da es sich im Strukturierten Dialog nicht als geeignet herausstellte. Der UA QS des G-BA ist den Empfehlungen des IQTIG in seinem Beschluss gefolgt.

**4.7 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)**

Tabelle 22: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

	AK-ID 850312	AK-ID 811823
Anzahl der betrachteten Standorte	782	816
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	6	13
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	3
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	5
Stellungnahmen	6	8
<b>Bewertungen</b>		

	AK-ID 850312	AK-ID 811823
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	3
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	3	5
Sonstiges [S91, S99]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	2

Anmerkungen:

AK-ID 811823: Alle Krankenhäuser mit Patientinnen  $\geq 60$  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

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

1,6 % der datenliefernden Standorte ( $n = 13$ ) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 8 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 62,5 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

**AK-ID 850312: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer**

0,8 % der datenliefernden Standorte ( $n = 6$ ) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. Alle Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 50,0 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet.

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen für die zwei AKs ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 ( $n = 40$  Stellungnahmen) deutlich gesunken. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 37,5 % und ist damit deutlich niedriger als das Ergebnis aus dem EJ 2015 (57,1 %). Beim AK 850312 wurden die Rechenregeln von EJ 2014 zum EJ 2015 geändert, sodass die Ergebnisse hier nur „eingeschränkt vergleichbar“ sind.

Das AK „Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer“ wurde vom IQTIG zur Weiterführung im Erfassungsjahr 2016 empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen. Das AK „alle Krankenhäuser mit Patientinnen  $\geq 60$  Jahren mit isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder Adnexe und führendem histologischen Befund Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste“ wurde vom IQTIG zur Streichung zum Erfassungsjahr 2016 empfohlen, da es sich im Strukturierten Dialog nicht bewähren konnte. Auch hier ist der UA QS der Empfehlung des IQTIG gefolgt.

## 4.8 Mammachirurgie

Zum Erfassungsjahr 2015 wurden 5 neue Auffälligkeitskriterien zu Plausibilität und Vollständigkeit eingeführt und erstmalig angewendet (AK-IDs 850363, 850364, 850365, 850366, 850367). Insgesamt wurden keine weiterführenden Maßnahmen des Strukturierten Dialogs eingeleitet (kollegiales Gespräch, Begehung, Zielvereinbarung).

Tabelle 23: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Mammachirurgie

	AK-ID 850363	AK-ID 850364	AK-ID 850365	AK-ID 850366	AK-ID 850367	AK-ID 813068
Referenzbereiche	≤ 4,30 % (95. Perzentil)	≤ 2,78 % (95. Perzentil)	≤ 14,55 % (95. Perzentil)	= 0	≤ 1	≤ 4
Anzahl der betrachteten Standorte	791	798	917	917	761	774
<b>Ergebnisse</b>						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	28	17	38	3	89	37
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	_*	_*	_*	_*	_*	16
<b>Maßnahmen</b>						
Hinweise	5	3	17	2	31	6
Stellungnahmen	23	14	21	1	58	31
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>						
Besprechungen	0	0	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0	0	5
<b>Bewertungen</b>						
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	5	1	8	0	21	5
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	16	13	12	1	34	21
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	0	0	0	0	0	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	2	0	1	0	0	1
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>						
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	_*	_*	_*	_*	_*	5

\* es ist keine wiederholte rechnerische Auffälligkeit bzw. keine wiederholte Fehldokumentation möglich, da das AK erst zum EJ 2015 eingeführt wurde.



Anmerkungen:

AK-ID 850363: Häufige Angabe „HER-2/neu-Status = unbekannt“

AK-ID 850364: Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“

AK-ID 850365: Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust

AK-ID 850366: Angabe von ASA 5

AK-ID 850367: Häufige Angabe „(y)pNX“

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

#### **AK-ID 850363: Häufige Angabe „HER-2/neu-Status = unbekannt“**

3,5 % der datenliefernden Standorte (n = 28) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium auf. Davon wurden 23 Krankenhausstandorte zur Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 69,6 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Einrichtungen zurückgemeldet. Anhand der Kommentare der LQS zeigt sich, dass 3 der mit U99 bewerteten Krankenhausstandorte eigentlich mit A40 hätten bewertet werden müssen, da im Kommentar Fehldokumentationen beschrieben werden. Somit ist der Anteil fehlerhafter Dokumentation nochmals höher.

Aus einer LQS wurden Dokumentationsunsicherheiten bei borderline-HER2-Befunden gemeldet und angeregt, die Ausfüllhinweise diesbezüglich ausführlicher zu fassen. Bei nicht eindeutigen Ergebnissen zum HER2-Status mit einem Verfahren (z. B. Immunhistochemie: Score 2+, d. h. IHC 2+) sollte komplementär ein anderes Verfahren (z. B. FISH/CISH) zum Einsatz kommen, um den HER2-Status zu klären. Liegt nur ein grenzwertiger Test (z. B. FISH Borderline oder Immunhistochemie 2+) vor, und der zweite Test wurde nicht durchgeführt bzw. das Ergebnis blieb grenzwertig, gilt das derzeit als Status unbekannt (vgl. Ausfüllhinweise). Zur Spezifikation 2017 wurde das Datenfeld „HER-2/neu-Status“ ergänzt um Erklärungen zu „negativ“ und „positiv“ (0 = negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ); 1 = positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)).

#### **AK-ID 850364: Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“**

2,1 % der datenliefernden Standorte (n = 17) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium auf. Davon wurden 14 Krankenhausstandorte zur Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 92,9 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Einrichtungen zurückgemeldet. Anhand der Kommentare der LQS zeigt sich, dass einer der mit U99 bewerteten Krankenhausstandorte eigentlich mit A40 hätten bewertet werden müssen, da im Kommentar Fehldokumentationen beschrieben werden. Somit ist der Anteil fehlerhafter Dokumentation nochmals höher.

#### **AK-ID 850365: Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust**

4,1 % der datenliefernden Standorte (n = 38) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium auf. Davon wurden 21 Krankenhausstandorte zur Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 57,1 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Einrichtungen zurückgemeldet.

**AK-ID 850366: Angabe von ASA 5**

0,3 % der datenliefernden Standorte (n = 3) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium auf. Davon wurde ein Krankenhausstandort zur Abgabe einer Stellungnahme gebeten, der die fehlerhafte Dokumentation bestätigte.

**AK-ID 850367: Häufige Angabe „(y)pNX“**

11,7 % der datenliefernden Standorte (n = 89) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium auf. Davon wurden 58 Krankenhausstandorte zur Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 58,6 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Einrichtungen zurückgemeldet. Anhand der Kommentare der LQS zeigt sich, dass einer der mit U99 bewerteten Krankenhausstandorte eigentlich mit A40 hätten bewertet werden müssen, da im Kommentar Fehldokumentationen beschrieben werden. Somit ist der Anteil fehlerhafter Dokumentation nochmals höher.

Für das QS-Verfahren *Mammachirurgie* bewährten sich vier der originär fünf neu eingeführten Auffälligkeitskriterien. Zur Streichung empfohlen wurde das AK „Angabe von ASA 5“, da die Erhebung des Datenfelds mit der Spezifikation für das EJ 2017 entfällt. Die Empfehlungen des IQTIG wurden vom UA QS des G-BA beschlossen.

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

4,7 % der datenliefernden Standorte (n = 37) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem AK auf. 31 Standorte wurden um eine Stellungnahme gebeten. In 67,7 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Krankenhäusern zurückgemeldet. Mit 5 Krankenhäusern wurden Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität geschlossen.

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten und angeforderten Stellungnahmen ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 relativ konstant. Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen lag im Vorjahr bei 63,3 %, ist also leicht angestiegen im EJ 2015.

Das AK wurde dem G-BA vom IQTIG zur Weiterführung im EJ 2016 empfohlen. Dieser Empfehlung ist der UA QS gefolgt.

**4.9 Pflege: Dekubitusprophylaxe**

Zum Erfassungsjahr 2015 wurden 6 neue Auffälligkeitskriterien zu Plausibilität und Vollständigkeit eingeführt und erstmalig angewendet. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sind in Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24: Ergebnisse zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Pflege: Dekubitusprophylaxe

	AK-ID 850357	AK-ID 850358	AK-ID 850359	AK-ID 850360	AK-ID 850361	AK-ID 850362
Referenzbereiche	> 0	= 0	≤ 5,43 % (95. Perzentil)	< 100,00 %	≤ 10,38 % (95. Perzentil)	≤ 4
Anzahl der betrachteten Standorte	1.727	1.820	1.797	1.797	1.797	699
<b>Ergebnisse</b>						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	10	136	69	42	72	39
<b>Maßnahmen</b>						
Hinweise	4	4	11	9	12	10
Stellungnahmen	6	130	58	33	60	29
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>						
Besprechungen	0	3	3	1	0	3
Begehungen	0	0	1	0	0	1
Zielvereinbarungen	0	9	12	0	12	1
<b>Bewertungen</b>						
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	26	3	21	2	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	6	72	43	11	47	25
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	0	6	0	1	0	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	27	11	0	10	2

## Anmerkungen:

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

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

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

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

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

AK-ID 813062: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4

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

In diesem AK waren 10 Krankenhausstandorte (0,6 % der datenliefernden Standorte) rechnerisch auffällig, da sie keine Fälle zur QS-Dokumentation des QS-Verfahrens *Pflege: Dekubitusprophylaxe* übermittelt hatten, obwohl eine Risikostatistik übermittelt wurde. In allen angefragten Krankenhausstandorten konnten Dokumentationsfehler bestätigt werden. Da in 40 % der rechnerischen Auffälligkeiten (n = 4) lediglich ein Hinweis versendet wurde, kann hier nicht bewertet werden, ob eine fehlerhafte Dokumentation vorlag oder nicht.

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

Das QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* ist ein langes Überliegerverfahren. Dies bedeutet, dass in die QS-Dokumentation zum EJ 2015 die Patienten, die 2015 aufgenommen und entlassen wurden und die Überlieger aus dem Jahr 2014 (Aufnahme 2014, Entlassung 2015) einfließen. Dies gilt ebenfalls für die Risikostatistik, die basierend auf den im KIS befindlichen Routinedaten des Krankenhauses erstellt wird. Somit sollten sich keine Differenzen zwischen QS-Dokumentation und Risikostatistik ergeben.

7,5 % der datenliefernden Standorte (n = 136) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit in diesem Auffälligkeitskriterium auf. Davon wurden 130 Krankenhausstandorte zur Abgabe einer Stellungnahme gebeten. In 55,4 % der Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation von den Einrichtungen zurückgemeldet. 6 Krankenhausstandorte gaben keine (ausreichend) erklärenden Gründe an. 20,8 % (n = 27) der Stellungnahmen wurden mit „Sonstiges“ bewertet. 10 der mit „Sonstiges“ eingestuften Krankenhausstandorte hatten laut den Kommentaren der LQS jedoch Dokumentationsprobleme, sodass diese Fälle als Fehldokumentationen gezählt werden sollten. Als weiterführende Maßnahmen des Strukturierten Dialogs wurden zu diesem AK 3 Besprechungen mit auffälligen Krankenhausstandorten geführt und 9 Zielvereinbarungen geschlossen.

Von den LQS wurde berichtet, dass die Differenzen zum Teil auf Softwarefehler in der Risikostatistik bzw. durch eine fehlerhafte Programmierung der Risikostatistik bedingt waren. Weitere Ursachen waren vergessene Fallzusammenführungen und Schnittstellenprobleme zwischen der Pflege und den Ärzten bzw. zwischen der QS-Dokumentation und der Kodierung.

Nach Angaben der LQS war aufgrund des fehlenden Fallbezugs der Risikostatistik das Nachvollziehen und Prüfen der Differenzen für die Krankenhäuser schwierig. Die LQS meldeten weiter aus dem Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern zurück, dass zum Teil durch späte Updates der Softwareanbieter kein unterjähriger Abgleich zwischen QS-Dokumentation und Risikostatistik durch die Krankenhäuser – und somit keine Korrektur – möglich gewesen wäre.

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

3,8 % der datenliefernden Standorte (n = 69) lagen nicht im Referenzbereich des Auffälligkeitskriteriums. 58 Krankenhausstandorte wurden angeschrieben mit der Bitte um Stellungnahme. In 74,1 % der angeforderten Stellungnahmen wurde eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt; die Angabe POA stellte sich anhand des Abgleichs mit den Angaben aus den Patientenakten nicht als unbekannt heraus. In 3 Krankenhausstandorten konnte die korrekte Dokumentation bestätigt werden. Anhand der Kommentare der LQS zeigt sich, dass 12 der mit U99 und S99 bewerteten Krankenhausstandorte eigentlich mit A40 hätten bewertet werden müssen, da im Kommentar Fehldokumentationen beschrieben werden. Somit ist der Anteil fehlerhafter Dokumentation nochmals höher. Als weiterführende Maßnahmen des Strukturierten Dialogs wurden zu diesem AK 3 Besprechungen mit auffälligen Krankenhausstandorten geführt, eine Begehung durchgeführt und 12 Zielvereinbarungen geschlossen.

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

2,3 % der datenliefernden Standorte (n = 42) lagen nicht im Referenzbereich des Auffälligkeitskriteriums. 33 Krankenhausstandorte wurden angeschrieben mit der Bitte um Stellungnahme. In 33,3 % der Stellungnahmen konnte eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt werden. Als weiterführende Maßnahme wurde eine Besprechung mit einem Krankenhausstandort durchgeführt.

**AK-ID 850361: Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“**

4,0 % der datenliefernden Standorte (n = 72) wiesen eine rechnerische Auffälligkeit auf. 60 Krankenhausstandorte wurden zur Stellungnahme aufgefordert. 78,3 % der angefragten Krankenhausstandorte bestätigten Fehldokumentationen. Die Kommentare der LQS zu den Bewertungen zeigen, dass die restlichen 12 mit U99 und S99 bewerteten Krankenhausstandorte eigentlich mit A40 hätten bewertet werden müssen, da im Kommentar Fehldokumentationen beschrieben sind. Somit ließen sich für alle angeschriebenen Krankenhausstandorte Dokumentationsfehler bestätigen. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden insgesamt 12 Zielvereinbarungen geschlossen.

**AK-ID 813062: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4**

5,6 % der datenliefernden Standorte zu diesem Auffälligkeitskriterium hatten eine rechnerische Auffälligkeit (n = 39). Bei 29 Krankenhausstandorten wurden Stellungnahmen von den LQS angefordert. Bei 86,2 % der angefragten Krankenhausstandorte zeigte sich nach interner Prüfung, dass tatsächlich eine fehlerhafte Dokumentation vorlag. Mit 3 Krankenhäusern wurde ein kollegiales Gespräch geführt, mit einem eine Begehung durchgeführt und mit einer Klinik eine Zielvereinbarung abgeschlossen.

Im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* stellten sich nach der erstmaligen Anwendung im Strukturierten Dialog 3 der ursprünglich 6 neu eingesetzten Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit als geeignet zur Weiterführung heraus. Zur Weiterführung empfohlen werden konnten die folgenden 3 AKs:

- Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)
- Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“
- Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 (mit Zusatz: *und kein Dekubitus bei Aufnahme oder Entlassung*)

Die AKs zur Prüfung von Abweichungen in der Anzahl der Dekubitusfälle zwischen QS-Dokumentation und Risikostatistik (AKs 850357 und 850358) haben sich im Strukturierten Dialog nicht als praktikabel erwiesen. Aus diesem Grund wurden sie zur Aussetzung zum Erfassungsjahr 2016 empfohlen, um Modifikationen zu prüfen, welche die AKs zielführender und praktikabler machen. Das AK „Immer Angabe, POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)“ hat sich ebenfalls im Strukturierten Dialog mit den Leistungserbringern nicht bewährt, und wurde vom IQTIG daher zur Streichung empfohlen.

Die Empfehlungen des IQTIG wurden vom UA QS des G-BA entsprechend beschlossen.

## 5 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Durch die Aufnahme der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es seit dem Erfassungsjahr 2011 möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Leistungserbringern zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Es lassen sich drei Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit unterscheiden:

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

Die Auffälligkeitskriterien zu Unter- und Überdokumentation werden in allen QS-Verfahren geprüft. Die Referenzbereiche für die AKs liegen bei  $\geq 95,00\%$  (Unterdokumentation) und  $\leq 110,00\%$  (Überdokumentation). In den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren liegt der Referenzbereich für das AK zur Unterdokumentation bei  $\geq 100,00\%$ . Im Erfassungsjahr 2015 wurde das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz in allen QS-Verfahren mit Ausnahme der Neonatologie und der transplantationsmedizinischen QS-Verfahren angewandt. Der Referenzbereich des AK zum Minimaldatensatz liegt bei  $\leq 5,00\%$ , sodass bei Überschreitung eines Anteils von 5,00 % Minimaldatensätzen an den für ein QS-Verfahren gelieferten Datensätzen ein Krankenhausstandort rechnerisch auffällig wird.

Auffälligkeitskriterien, die keine rechnerisch auffälligen Ergebnisse im EJ 2014 und EJ 2015 generiert haben, werden im Folgenden nicht dargestellt. Eine ausführliche Darstellung der Maßnahmen und Bewertungen im Strukturierten Dialog zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit – auch differenziert nach Bundesländern für die indirekten QS-Verfahren – ist dem Anhang zu diesem Bericht zu entnehmen.

### Anteil rechnerisch auffälliger Standorte unter den datenliefernden Standorten

In Abbildung 4, Abbildung 5 und Abbildung 6 sind die Anteile rechnerisch auffälliger Standorte in den AKs zur Vollzähligkeit an den datenliefernden Standorten differenziert nach QS-Verfahren für das EJ 2015 dargestellt. Für das AK Unterdokumentation zeigt sich der höchste Anteil im QS-Verfahren *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme* mit 18,0 % ( $n = 9$  Standorte). Den niedrigsten Anteil an unterdokumentierenden Standorten weisen die QS-Verfahren *Nierenlebenspende* und *Leberlebenspende* mit 0 % auf (vgl. Abbildung 4). Beim AK zur Überdokumentation steht hingegen das QS-Verfahren *Nierenlebenspende* an erster Stelle mit einem Anteil rechnerisch auffälliger Standorte in Höhe von 2,6 % ( $n = 1$  Standort). An letzter Stelle stehen die restlichen direkten QS-Verfahren mit jeweils 0 % (vgl. Abbildung 5). Für das AK zum Minimaldatensatz (MDS) zeigt Abbildung 6, dass das QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* mit 1,6 % ( $n = 24$  Standorte) den höchsten Anteil rechnerisch auffälliger Standorte aufweist. Keine rechnerisch auffälligen Standorte bzgl. des AK zum MDS weisen hingegen die QS-Verfahren des

Versorgungsbereichs *Herzchirurgie*, die QS-Verfahren *Geburtshilfe* und *Implantierbare Defibrilatoren* – Aggregatwechsel auf.

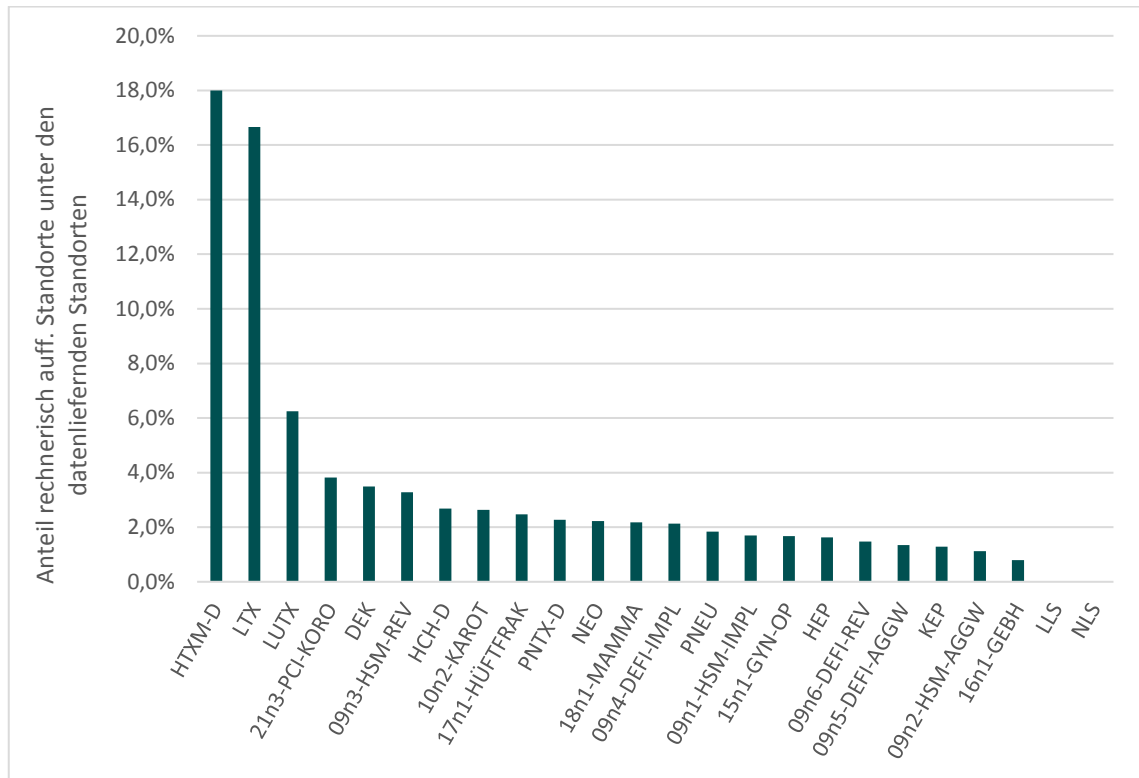


Abbildung 4: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im AK Unterdokumentation unter den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2015)



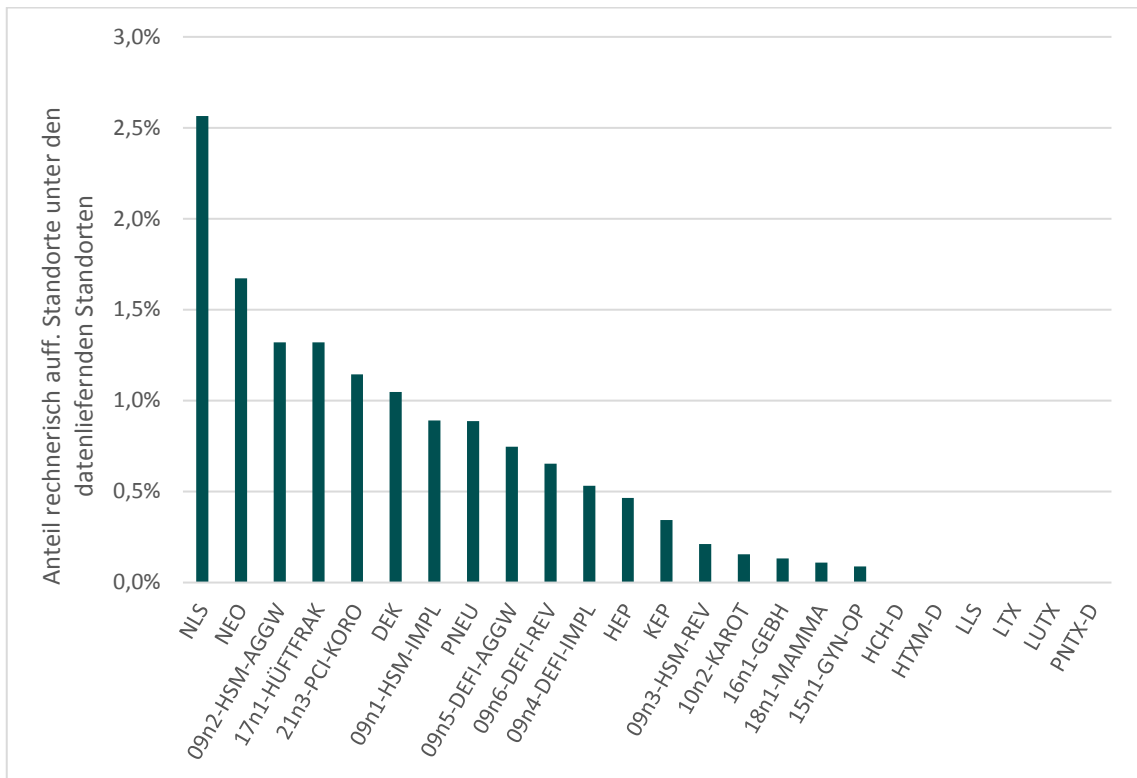


Abbildung 5: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im AK Überdokumentation unter den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2015)

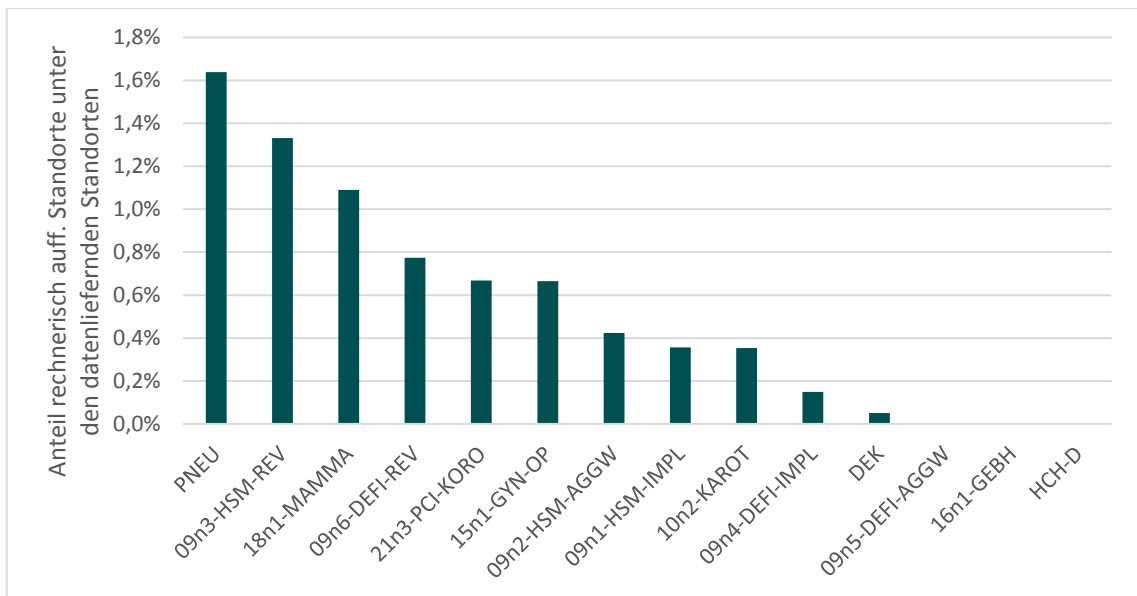


Abbildung 6: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte im AK Minimaldatensatz unter den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2015)

## Entwicklung zum Vorjahr

Die rechnerischen Auffälligkeiten in den AKs zur Unterdokumentation über alle QS-Verfahren (EJ 2015: n = 390) sind im Vergleich zum EJ 2014 (n = 469) insgesamt zurückgegangen. Die bestätigten Unterdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) sind über alle QS-Verfahren hinweg ebenfalls leicht gesunken (EJ 2014: 83 %; EJ 2015: 77,8 %).

Auch bei den AKs zur Überdokumentation zeigt sich ein leichter Rückgang der rechnerischen Auffälligkeiten (EJ 2014: n = 144; EJ 2015: n = 124). Die bestätigten Überdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) sind über alle QS-Verfahren hinweg im Vergleich zum Vorjahr jedoch angestiegen (EJ 2014: 79,8 %; EJ 2015: 92,0 %).

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs zum Minimaldatensatz ist minimal angestiegen (EJ 2014: n = 70; EJ 2015: n = 75). Die bestätigten Fehldokumentationen beim AK zum MDS (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) sind über alle QS-Verfahren hinweg im Vergleich zum Vorjahr angestiegen (EJ 2014: 23,8 %; EJ 2015: 42,5 %).

## Wiederholte Auffälligkeiten

Im Mittel waren pro QS-Verfahren 1,6 Standorte sowohl im EJ 2014 als auch im EJ 2015 rechnerisch auffällig im AK zur Unterdokumentation. Das Maximum wiederholt rechnerisch auffälliger Standorte liegt bei 10 im QS-Verfahren *Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention*.

Im AK zur Überdokumentation waren im Durchschnitt pro QS-Verfahren 0,4 Standorte sowohl im EJ 2014 als auch im EJ 2015 rechnerisch auffällig. Das Maximum wiederholt rechnerisch auffälliger Standorte liegt bei 3 im QS-Verfahren *Neonatalogie*.

Pro QS-Verfahren waren im AK zum Minimaldatensatz durchschnittlich 1,4 Standorte sowohl im EJ 2014 als auch im EJ 2015 rechnerisch auffällig. Das Maximum wiederholt auffälliger Standorte liegt bei 13 im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*.

## 5.1 Indirekte QS-Verfahren

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Auffälligkeitskriterien der Vollzähligkeit in den indirekten QS-Verfahren beschrieben.

### 5.1.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

Durchschnittlich wurden über die indirekten QS-Verfahren 43,7 % Hinweise an die Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit bzgl. Unterdokumentation verschickt. In diesen Fällen ist eine Bewertung, ob tatsächlich eine Unterdokumentation vorlag, nicht möglich.

Im QS-Verfahren *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention* wurden 2 Zielvereinbarungen mit Krankenhäusern zur Erhöhung der Dokumentationsrate geschlossen. In den QS-

Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV) und *Implantierbare Defibrillatoren – Implantation* wurden ebenfalls 2 bzw. eine Zielvereinbarung geschlossen, um die vollzählige Dokumentation zu verbessern. Es wurde auch jeweils eine Begehung durchgeführt. In den anderen indirekten QS-Verfahren fanden keine weiterführenden Maßnahmen des Strukturierten Dialogs zum AK Unterdokumentation Anwendung.

**Rechnerisch auffällige Standorte**

In Abbildung 7 sind die rechnerisch auffälligen Standorte zum AK Unterdokumentation nach QS-Verfahren für das EJ 2014 und 2015 gegenübergestellt. Für die im EJ 2015 neu eingeführten orthopädischen/unfallchirurgischen QS-Verfahren (*Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*, *Hüftendoprothesenversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung*) ist kein Vergleich zum Vorjahr möglich. Ein Rückgang in der Zahl rechnerisch auffälliger Krankenhausstandorte im AK Unterdokumentation ist in den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule 09n1-HSM-IMPL, 09n2-HSM-AGGW, 09n3-HSM-REV), *Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*, *Karotis-Revaskularisation*, *Mammachirurgie*, *Koronarangiographie* und *Perkutane Koronarintervention* und *Ambulant erworbene Pneumonie* zu verzeichnen. In den QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren-Implantation*, *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)* und *Pflege: Dekubitusprophylaxe* ist die Zahl rechnerisch auffälliger Standorte hingegen im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Etwa konstant geblieben ist die Zahl rechnerisch auffälliger Standorte in den QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel*, *Geburtshilfe* und *Neonatologie*.

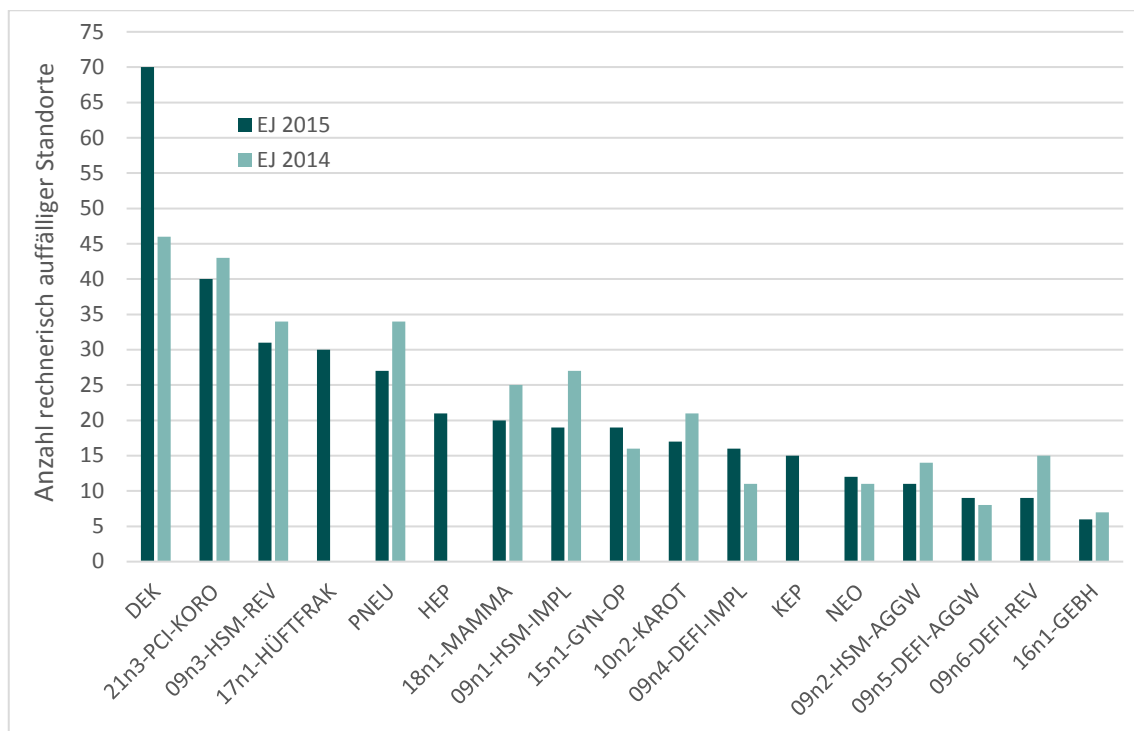


Abbildung 7: Rechnerische Auffälligkeiten AK Unterdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2014 und 2015)

### Bestätigte Unterdokumentationen

In Abbildung 8 sind die tatsächlichen/bestätigten Unterdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) differenziert nach QS-Verfahren für das EJ 2015 dargestellt. In den QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel* und *Neonatologie* ist der Anteil bestätigter Unterdokumentationen mit 100 % am höchsten. Am niedrigsten fällt er im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW) aus. Über alle indirekten Verfahren liegt der mittlere Anteil bestätigter Unterdokumentationen bei 77,1 %.

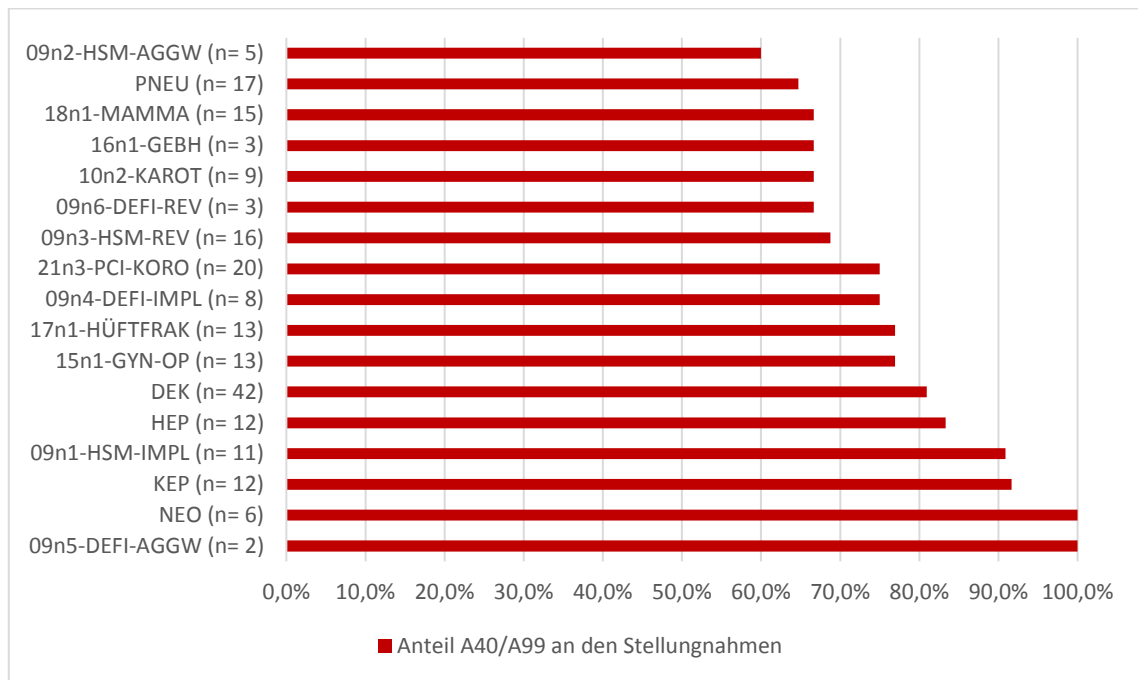


Abbildung 8: Bestätigte Unterdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015)

n = Anzahl Stellungnahmen

### Wiederholte Auffälligkeiten

Die höchste Zahl wiederholter rechnerischer Auffälligkeiten im AK zur Unterdokumentation zeigt sich im QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe*. An erster Stelle der meisten wiederholt bestätigten Unterdokumentationen im Strukturierten Dialog (A40 oder A99) stehen die QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* und *Ambulant erworbene Pneumonie* (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Wiederholte Auffälligkeiten im AK Unterdokumentation (EJ 2014 und 2015)

Modul	Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte	Standorte mit wiederholt bestätigter Unterdokumentation (A40, A99)
09n1-HSM-IMPL	3	1
09n2-HSM-AGGW	1	0
09n3-HSM-REV	7	2

Modul	Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte	Standorte mit wiederholt bestätigter Unterdokumentation (A40, A99)
09n4-DEFI-IMPL	2	1
09n5-DEFI-AGGW	1	0
09n6-DEFI-REV	1	0
10n2-KAROT	4	3
15n1-GYN-OP	0	0
16n1-GEBH	0	0
18n1-MAMMA	0	0
21n3-PCI-KORO	3	2
DEK	10	3
NEO	0	0
PNEU	5	2

### 5.1.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation

Durchschnittlich wurden über die indirekten QS-Verfahren 38,5 % Hinweise an die Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit bzgl. Überdokumentation verschickt. In diesen Fällen ist eine Bewertung, ob tatsächlich eine Überdokumentation vorlag, nicht möglich.

Im QS-Verfahren *Neonatologie* wurde eine Zielvereinbarung mit einem Krankenhaus zur Verringerung der Überdokumentation geschlossen. In den anderen indirekten QS-Verfahren fanden keine weiterführenden Maßnahmen des Strukturierten Dialogs zum AK Überdokumentation Anwendung.

#### Rechnerisch auffällige Standorte

In Abbildung 9 sind die rechnerisch auffälligen Standorte zum AK Überdokumentation nach QS-Verfahren für das EJ 2014 und 2015 gegenübergestellt. Für die im EJ 2015 neu eingeführten orthopädischen/unfallchirurgischen QS-Verfahren (*Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung, Hüftendoprothesenversorgung und Knieendoprothesenversorgung*) ist kein Vergleich zum Vorjahr möglich. Ein Rückgang in der Zahl rechnerisch auffälliger Krankenhausstandorte im AK Überdokumentation ist in den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n3-HSM-REV), *Karotis-Revaskularisation*, *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*, *Geburtshilfe*, *Mammachirurgie* und *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention* zu verzeichnen. In den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule 09n1-HSM-IMPL, 09n2-HSM-AGGW), *Implantierbare Defibrillatoren-Implantation*, *Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel*, *Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*, *Pflege: Dekubitusprophylaxe* und *Neonatologie* ist die Zahl rech-

nerisch auffälliger Standorte hingegen im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Konstant geblieben ist die Zahl rechnerisch auffälliger Standorte im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie*.

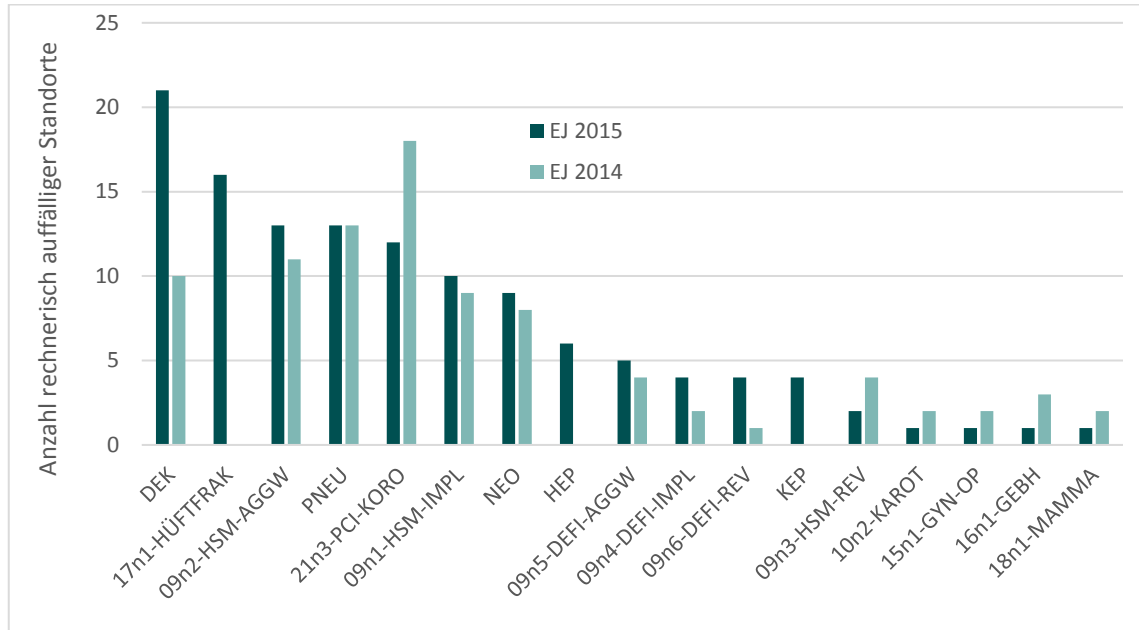


Abbildung 9: Rechnerische Auffälligkeiten AK Überdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2014 und 2015)

### Bestätigte Überdokumentationen

In Abbildung 10 sind die tatsächlichen/bestätigten Überdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) differenziert nach QS-Verfahren für das EJ 2015 dargestellt. In allen QS-Verfahren mit Ausnahme von *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW), *Neonatalogie* und *Ambulant erworbene Pneumonie* ist der Anteil bestätigter Überdokumentationen bei 100 %. Am niedrigsten fällt er im QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09m2-HSM-AGGW) mit 57,1 % aus. Über alle indirekten Verfahren liegt der mittlere Anteil bestätigter Überdokumentationen bei 95,1 %.

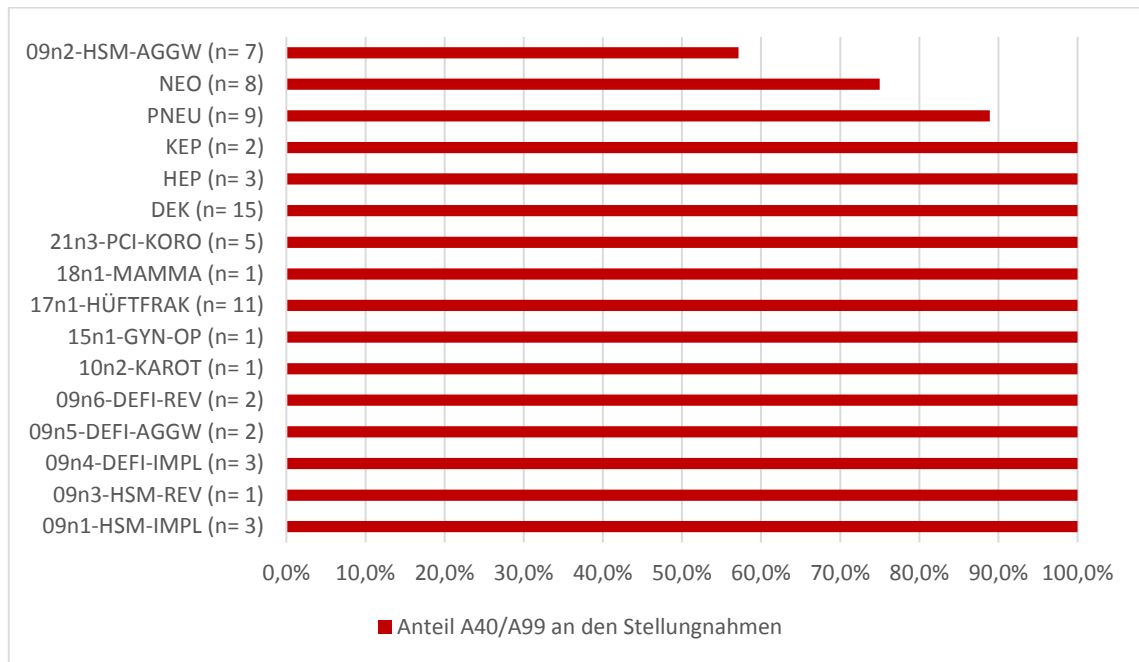


Abbildung 10: Bestätigte Überdokumentation nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2015)

n = Anzahl Stellungnahmen

**Wiederholte Auffälligkeiten**

Die größte Anzahl an Krankenhausstandorten, die wiederholt im AK zur Überdokumentation rechnerisch auffällig sind, weist das QS-Verfahren *Neonatologie* mit drei Standorten auf. Die meisten sowohl im EJ 2014 als auch EJ 2015 bestätigten Überdokumentationen weisen mit jeweils einem Standort die QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW), *Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel* und *Pflege: Dekubitusprophylaxe* auf (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Wiederholte Auffälligkeiten im AK Überdokumentation (EJ 2014 und 2015)

Modul	Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte	Standorte mit wiederholt bestätigter Überdokumentation (A40, A99)
09n1-HSM-IMPL	0	0
09n2-HSM-AGGW	2	1
09n3-HSM-REV	0	0
09n4-DEFI-IMPL	0	0
09n5-DEFI-AGGW	1	1
09n6-DEFI-REV	0	0
10n2-KAROT	0	0
15n1-GYN-OP	0	0
16n1-GEBH	0	0

Modul	Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte	Standorte mit wiederholt bestätigter Überdokumentation (A40, A99)
18n1-MAMMA	0	0
21n3-PCI-KORO	0	0
DEK	2	1
NEO	3	0
PNEU	0	0

### 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 vielen 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.

Durchschnittlich wurden über die indirekten QS-Verfahren 39,5 % Hinweise an die Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit bzgl. des AK zum MDS verschickt. In diesen Fällen ist eine Bewertung, ob der Minimaldatensatz berechtigterweise angelegt wurde, nicht möglich.

Im QS-Verfahren *Mammachirurgie* wurde eine Zielvereinbarung mit einem Krankenhaus geschlossen. In den anderen indirekten QS-Verfahren fanden keine weiterführenden Maßnahmen des Strukturierten Dialogs zum AK MDS Anwendung.

#### Rechnerisch auffällige Standorte

In Abbildung 11 sind die rechnerisch auffälligen Standorte zum AK Minimaldatensatz nach QS-Verfahren für das EJ 2014 und 2015 gegenübergestellt. Ein Rückgang in der Zahl rechnerisch auffälliger Krankenhausstandorte im AK MDS ist in den QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren-Implantation*, *Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel*, *Karotis-Revaskularisation* und *Mammachirurgie* zu verzeichnen. In den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n2-HSM-AGGW), *Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation*, *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*, *Koronarangiographie* und *Perkutane Koronarintervention*, *Pflege: Dekubitusprophylaxe* und *Ambulant erworbene Pneumonie* ist die Zahl rechnerisch auffälliger Standorte hingegen im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Konstant geblieben ist die Zahl rechnerisch auffälliger Standorte in den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodul 09n1-HSM-IMPL, 09n3-HSM-REV) und *Geburtshilfe*.



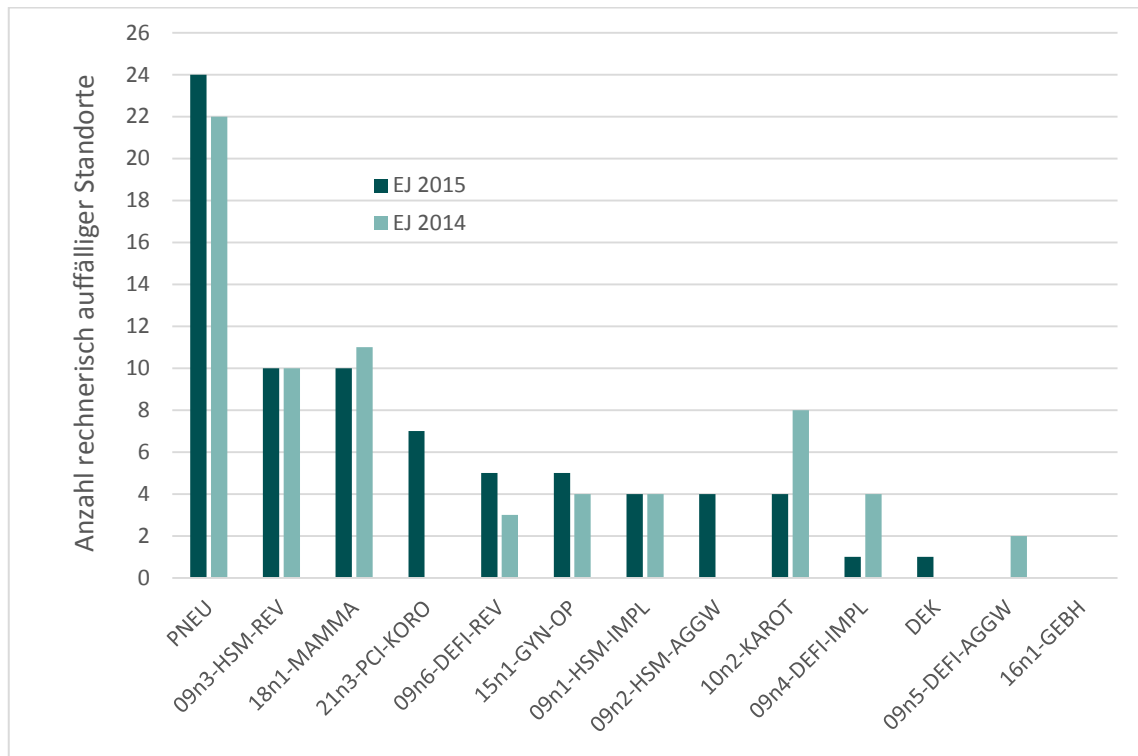


Abbildung 11: Rechnerische Auffälligkeiten AK Minimaldatensatz nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2014 und 2015)

**Bestätigte Fehldokumentationen Minimaldatensatz**

In Abbildung 12 sind die tatsächlichen/bestätigten Fehldokumentationen beim AK zum Minimaldatensatz (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) differenziert nach QS-Verfahren für das EJ 2015 dargestellt. In den QS-Verfahren *Herzschrittmacherversorgung* (Auswertungsmodule 09n2-HSM-AGGW, 09n3-HSM-REV) und *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention* liegt der Anteil bestätigter Fehldokumentationen bei 100 %. Am niedrigsten fällt er in den QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren-Implantation* und *Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation* mit jeweils 0 % aus. Über alle indirekten Verfahren liegt der mittlere Anteil bestätigter Fehldokumentationen bei 48,7 %.

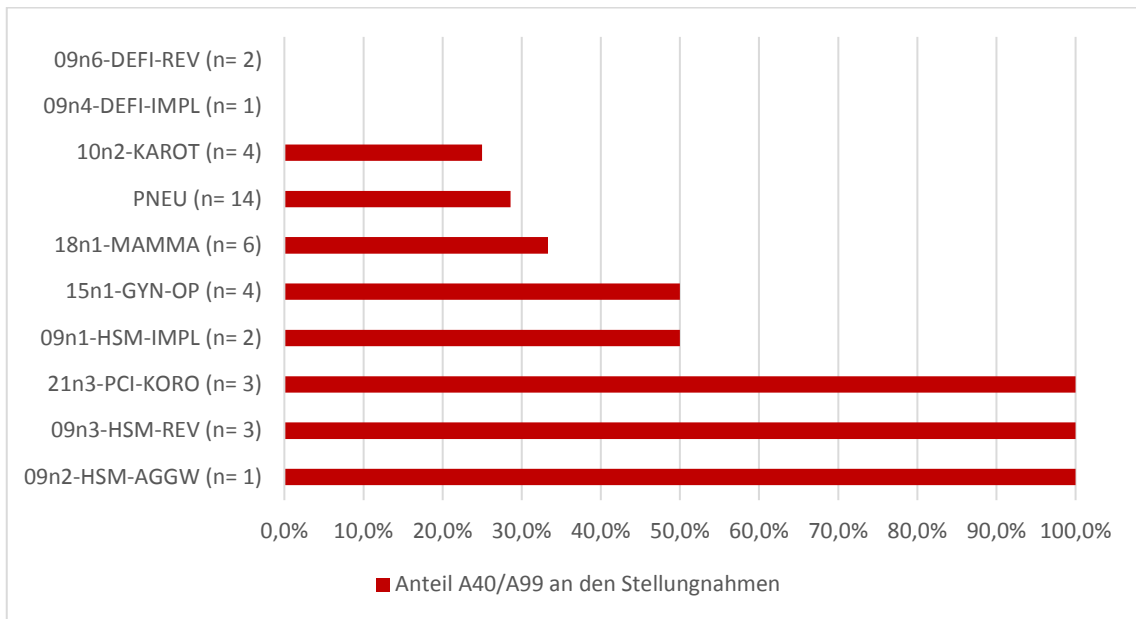


Abbildung 12: Bestätigte Fehldokumentationen Minimaldatensatz nach QS-Verfahren/Auswertungsmulen (EJ 2015)

n = Anzahl Stellungnahmen

**Wiederholte Auffälligkeiten**

Im QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* sind mit 13 Krankenhausstandorten die meisten wiederholt rechnerisch auffälligen Standorte im AK zum Minimaldatensatz unter den QS-Verfahren zu finden. Kein Standort bestätigte jedoch wiederholt eine fehlerhafte Dokumentation zwei Jahre in Folge (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27: Wiederholte Auffälligkeiten im AK Minimaldatensatz (EJ 2014 und 2015)

Modul	Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte	Standorte mit wiederholt bestätigter Fehldokumentation (A40, A99)
09n1-HSM-IMPL	0	0
09n2-HSM-AGGW	0	0
09n3-HSM-REV	1	0
09n4-DEFI-IMPL	0	0
09n5-DEFI-AGGW	0	0
09n6-DEFI-REV	1	0
10n2-KAROT	0	0
15n1-GYN-OP	2	0
16n1-GEBH	0	0

Modul	Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte	Standorte mit wiederholt bestätigter Fehldokumentation (A40, A99)
18n1-MAMMA	2	0
21n3-PCI-KORO	0	0
DEK	0	0
PNEU	13	0

#### 5.1.4 Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen – Orthopädie/Unfallchirurgie

Ab dem Erfassungsjahr 2015 wird die Vollzähligkeit der QS-Dokumentation in den QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung* nicht mehr nur fallbezogen, sondern auch prozedurenbezogen ermittelt und im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog über Auffälligkeitskriterien geprüft. Die prozedurbezogenen „Zählleistungsbereiche“ erfassen beispielsweise, wie viele Patienten eine Erstimplantation und einen Wechsel während eines Aufenthalts hatten.

Es kam bundesweit zu rechnerischen Auffälligkeiten, insbesondere zu Unterdokumentationen bei Wechseleingriffen im QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* (vgl. Tabelle 28). Zur Unterdokumentation der Wechseleingriffe bei HEP (HEP\_WE) wurde als weiterführende Maßnahme im Strukturierten Dialog mit einem Krankenhaus ein kollegiales Gespräch geführt und eine Zielvereinbarung geschlossen.

Insgesamt wurden an die rechnerisch auffälligen Krankenhausstandorte viele Hinweise versendet (z. B. AKs zur Unterdokumentation: 84 % bei KEP\_WE; 82 % bei HEP\_WE), sodass für die nicht zur Stellungnahme aufgeforderten Standorte keine Bewertung der rechnerischen Auffälligkeit möglich war.

Insgesamt zeigt sich bei den AKs zur Unterdokumentation und Überdokumentation in den Zählleistungsbereichen der Orthopädie/Unfallchirurgie, dass pro AK etwa 50 % und mehr der angeschriebenen Krankenhausstandorte mit „fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation“ nach Abschluss des Strukturierten Dialogs bewertet wurden (vgl. Tabelle 28 und Tabelle 29).

Als Gründe für die Unterdokumentationen wurde in den Kommentaren der LQS insbesondere angegeben, dass die Prozedurbögen nicht automatisch ausgelöst würden, sodass diese von den Dokumentierenden händisch angelegt werden müssen. Zudem wurde auf Startschwierigkeiten der neuen Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung* verwiesen.

Aus den Kommentaren der LQS zu den mit U99 oder S99 bewerteten Krankenhausstandorten ist zum Teil nicht ersichtlich, ob tatsächlich eine korrekte/vollzählige Dokumentation vorlag bzw. keine Bewertung der Auffälligkeit möglich war.

Tabelle 28: Ergebnisse der AKs zur Unterdokumentation in den Zählleistungsbereichen HEP und KEP

ZLB	AK-ID	betrachtete Standorte	rechnerisch auffällige Standorte	angeforderte Stellungnahmen	fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	korrekte Dokumentation bestätigt (U30, U99)	Sonstiges (S99, S91)
HEP_IMPL	850274	1.290	37	6	4	0	2
HEP_WE	850276	1.290	385	68	27	5	33
KEP_IMPL	850344	1.164	41	14	7	3	4
KEP_WE	850346	1.164	187	30	17	5	6

Tabelle 29: Ergebnisse der AKs zur Überdokumentation in den Zählleistungsbereichen HEP und KEP

ZLB	AK-ID	betrachtete Standorte	rechnerisch auffällig	Angeforderte Stellungnahmen	fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40, A99)	korrekte Dokumentation bestätigt (U30, U99)	Sonstiges (S99, S91)
HEP_IMPL	850275	1.290	22	0	-	-	-
HEP_WE	850277	1.290	50	4	2	0	2
KEP_IMPL	850345	1.164	6	1	1	0	0
KEP_WE	850347	1.164	43	12	6	1	4

Durch das IQTIG wurden die folgenden Maßnahmen zur Unterstützung einer vollzähligen Dokumentation durch die Leistungserbringer ergriffen:

- Thematisierung des Problems auf Softwareanbietertreffen, Verfahrensteilnehmertreffen, LQS-Treffen und im Fachausschuss QS-IT des G-BA
- Informationsschreiben an die Krankenhäuser (Hinweise für die Dokumentierenden und Informationen zur Spezifikation)
- Einführung von Plausibilitätsregeln in der Spezifikation 2017 zur Kreuzvalidierung der Datenfelder „Art des Eingriffs“ und „Prozedur(en)“ (= OPS-Kodes)
- Prüfung der technischen Umsetzbarkeit einer automatisierten Auslösung von Prozedurbögen durch den QS-Filter
- Prüfung von Möglichkeiten zur Optimierung der Ausfüllhinweise und Erläuterungen zum Minimaldatensatz

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in Folge der aufgetretenen Problematik der Unterdokumentation in den Zählleistungsbereichen der Orthopädie/Unfallchirurgie die diesbezügliche Sanktionsreglung nach § 24 QSKH-RL für die Erfassungsjahre 2015 und 2016 ausgesetzt.

## 5.2 Direkte QS-Verfahren

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien der Vollzähligkeit in den herzchirurgischen und transplantationsmedizinischen QS-Verfahren beschrieben.

### 5.2.1 Herzchirurgie

Die drei herzchirurgischen QS-Verfahren (*Koronarchirurgie, isoliert; Aortenklappenchirurgie, isoliert; Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie*) werden über einen gemeinsamen herzchirurgischen Datensatz erfasst; daher wird die Vollzähligkeit für alle gemeinsam überprüft.

Insgesamt 3 Standorte waren im EJ 2015 rechnerisch auffällig in Bezug auf Unterdokumentation (2,7 % der datenliefernden Standorte) und wurden gebeten, diese zu erklären. Einer der drei Standorte war bereits im Vorjahr diesbezüglich rechnerisch auffällig und bestätigte auch wiederholt die unvollzählige Dokumentation im Strukturierten Dialog.

Ein Krankenhausstandort hat auf eine Fehlermeldung nach der Datenlieferung nicht reagiert und versäumt, das Datenpaket erneut zu senden. Ein Krankenhausstandort konnte nach einem externen digitalen Angriff auf das Datensystem keinerlei Daten exportieren. Da der Standort lediglich im Bereich der kathetergestützten Aortenklappen-Implantationen tätig war, wurde um Übermittlung der intern geführten Mortalitätsstatistik gebeten. Das Ergebnis lag innerhalb des bundesweiten Referenzbereichs. Ein drittes Krankenhaus mit 2 Standorten hatte Probleme, die Patienten den Standorten korrekt zuzuordnen. Inzwischen sind die beiden Standorte zusammengeführt worden, sodass das Problem nicht mehr auftreten kann. Alle Ergebnisse wurden als „unvollzählige Dokumentation“ (A40) gewertet.

Rechnerische Auffälligkeiten zur Überdokumentation und zum Minimaldatensatz sind im EJ 2015 in der Herzchirurgie nicht aufgetreten. Im EJ 2014 gab es ebenfalls keine rechnerischen Auffälligkeiten bezüglich Überdokumentation, jedoch einen rechnerisch auffälligen Standort bzgl. des AK zum Minimaldatensatz.

### **Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen – Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)**

Neben der Prüfung der fallbezogenen Vollzähligkeit für die herzchirurgischen QS-Verfahren wird auch die prozedurenbezogene Vollzähligkeit (Unter- und Überdokumentation) in den Zählleistungsbereichen *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (endovaskulär)* und *Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (transapikal)* überprüft (vgl. Tabelle 30). Im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2014) ist die Anzahl der Krankenhäuser mit rechnerisch auffälligem Ergebnis gestiegen (EJ 2014: n = 4; EJ 2015: n = 14). Beim Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal) war ein Standort mit rechnerischer Auffälligkeit bereits im Vorjahr auffällig und ein Standort bestätigte über zwei Jahre (EJ 2014 und 2015) eine unvollzählige Dokumentation. Es gab keine Krankenhausstandorte, die eine rechnerische Auffälligkeit aufgrund von Überdokumentation aufwiesen.

Tabelle 30: Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen - Aortenklappenchirurgie, isoliert - kathetertgestützt

	AK-ID 850289	AK-ID 850291
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	106	77
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	6	8
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	1
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	6	8
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechungen	0	0
Begehungen	0	0
Zielvereinbarungen	0	0
<b>Bewertungen</b>		
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	4
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	6	4
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon bereits im Vorjahr unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	1

**Anmerkungen:**

AK-ID 850289: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)

AK-ID 850291: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)

**5.2.2 Transplantationen**

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 1, 2 und 3 Jahren dokumentiert werden, werden diese auch bei der Überprüfung der Vollzähligkeit berücksichtigt. Seit dem Erfassungsjahr 2011 wird außerdem in allen Transplantationsverfahren die Häufigkeit der Angabe „Überlebensstatus unbekannt“ überprüft.

Für jedes QS-Verfahren der Transplantationsmedizin (ausgenommen der Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen) werden 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 unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
- Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
- Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

Tabelle 31: Ergebnisse zur Vollzähligkeit und Vollständigkeit in den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren

Auffälligkeitskriterium	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnahmen	Fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation (A40, A99)
Unterdokumentation	15	15	13
Überdokumentation	1	1	1
Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up	18	5	2
Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up	14	5	3
Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up	17	9	4
Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up	1	1	0
Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up	1	1	1
Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up	1	1	0

Bei den Dokumentationsraten im Follow-up wurden lediglich Hinweise an die rechnerisch auffälligen Standorte versendet, wenn diese gleichzeitig rechnerische Auffälligkeiten in den Worst-Case-Indikatoren aufwiesen. Bei Letzteren wird eine fehlende Dokumentation im Follow-up so interpretiert, dass es keinen Hinweis gibt, dass der Patient komplikationsfrei überlebt hat, weshalb eine schwere Komplikation bzw. der Tod des Patienten angenommen wird (Worst Case). Fehlende Dokumentationen führen daher zu gleichzeitigen Auffälligkeiten in den Worst-Case-Indikatoren und werden daher auf der Dokumentationsseite nur mit Hinweisen adressiert. Der Strukturierte Dialog wird zu den Worst-Case-Indikatoren geführt.

**Unterdokumentation**

Eine rechnerische Auffälligkeit aufgrund von Unterdokumentation wiesen insgesamt 15 Standorte aus den QS-Verfahren *Lebertransplantation, Lungen- und Herz-Lungentransplantation, Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme* und *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* auf. In 86,7 % der angeforderten Stellungnahmen wurde die unvollständige Dokumentation bestätigt. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte bezüglich Unterdokumentation ist im Vergleich zum EJ 2014 (n = 5) gestiegen.

**Überdokumentation**

Eine rechnerische Überdokumentation wies lediglich ein Krankenhausstandort im QS-Verfahren *Nierenlebenspende* auf, der diese im Strukturierten Dialog bestätigte. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist verglichen mit dem Vorjahr konstant.

**Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up**

Es traten rechnerische Auffälligkeiten bei Krankenhausstandorten in den QS-Verfahren *Herztransplantation, Lebertransplantation, Nierenlebenspende* und *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* auf. In 40,0 % der angeforderten Stellungnahmen bestätigten die Leistungserbringer die unvollständige Dokumentation. Es wurde mit einem Krankenhausstandort im Auswertungsmodul Herztransplantation eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsrate geschlossen. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist im Vergleich zum EJ 2014 (n = 6) gestiegen.

**Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up**

Es traten rechnerische Auffälligkeiten bei Krankenhausstandorten in den QS-Verfahren *Leberlebenspende, Lebertransplantation, Nierenlebenspende* und *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* auf. In 60,0 % der angeforderten Stellungnahmen bestätigten die Leistungserbringer die unvollständige Dokumentation. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist verglichen mit dem Vorjahr leicht gestiegen (EJ 2014: n = 12).

**Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up**

Es traten rechnerische Auffälligkeiten bei Krankenhausstandorten in den QS-Verfahren *Leberlebenspende, Lungen- und Herz-Lungentransplantation, Lebertransplantation, Nierenlebenspende* und *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* auf. In 44,4 % der angeforderten Stellungnahmen bestätigten die Leistungserbringer die unvollständige Dokumentation. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist verglichen mit dem Vorjahr leicht gestiegen (EJ 2014: n = 13).

**Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus**

Im 1-Jahres-Follow-up war ein Standort aus dem QS-Verfahren *Lebertransplantation* rechnerisch auffällig aufgrund der häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus. Im Strukturierten Dialog stellte sich heraus, dass die Dokumentation korrekt war (U30). Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist verglichen mit dem Vorjahr konstant.

Im 2-Jahres-Follow-up war ein Standort aus dem QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* rechnerisch auffällig aufgrund der häufigen Angabe eines unbekanntes Überle-



bensstatus. Im Strukturierten Dialog stellte sich heraus, dass die Dokumentation tatsächlich fehlerhaft war (A40). Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist verglichen mit dem Vorjahr konstant.

Bezüglich des AK zum unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up zeigte ein Krankenhausstandort eine rechnerische Auffälligkeit im QS-Verfahren *Lebertransplantation*, die sich nach Abschluss des Strukturierten Dialogs jedoch nicht bestätigen ließ. Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte ist verglichen mit dem Vorjahr leicht gesunken (EJ 2014: n = 4).

Beim QS-Verfahren *Lebertransplantation* zeigten sich wiederholte rechnerische Auffälligkeiten in den Dokumentationsraten zum Follow-up. Ein Standort bestätigte 2 Jahre in Folge die unvollständige Dokumentation bei der Dokumentationsrate im 3-Jahres-Follow-up. Beim QS-Verfahren *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* zeigten sich ebenfalls bei den Dokumentationsraten im Follow-up wiederholte rechnerische Auffälligkeiten. 2 Standorte bestätigten wiederholt die unvollständige Dokumentation.

### **Ergebnisse zur Vollständigkeit in den Zählleistungsbereichen – Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme**

Die Zählleistungsbereiche Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen werden über einen gemeinsamen Datensatz/Bogen erfasst; daher wird die Vollständigkeit für das QS-Verfahren *Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme* sowie für die beiden Zählleistungsbereiche überprüft.

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten und bestätigten Fehldokumentationen in den AKs zur Unter- und Überdokumentation bei den Herztransplantationen ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 konstant geblieben. Kein Krankenhausstandort war wiederholt rechnerisch auffällig oder bestätigte zweimal in Folge (EJ 2014 und 2015) eine unvollständige Dokumentation.

Das erstmalig im EJ 2015 eingesetzte AK zur Unterdokumentation bei den Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen löste bei 16 % der datenliefernden Standorte eine rechnerische Auffälligkeit aus. In 75 % der dazu angeforderten Stellungnahmen wurde die unvollständige Dokumentation von den betroffenen Krankenhausstandorten bestätigt. Zum Teil resultierten die fehlenden Datensätze auf einer softwarebedingten falschen Zuordnung der Zählleistungsbereiche bei erstmaliger Anwendung des Moduls Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen. Im EJ 2015 gab es keine Krankenhausstandorte, die eine rechnerische Auffälligkeit im AK zur Überdokumentation bei den Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen aufwiesen.

Tabelle 32: Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen - Herztransplantation/Kunstherzen

	AK-ID 850239	AK-ID 850240	AK-ID 850249
Referenzbereiche	≥ 100,00 %	≤ 110,00 %	≥ 100,00
Anzahl der betrachteten Standorte	22	22	50
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	2	8
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	0	—*
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	3	2	8
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechungen	0	0	0
Begehungen	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0
<b>Bewertungen</b>			
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	1	2	2
unvollständige Dokumentation [A40, A42, A99]	2	0	6
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Davon bereits im Vorjahr unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	—*

\*Da in diesem Jahr erstmalig Daten für dieses QS-Verfahren erhoben wurden, ist eine wiederholte Auffälligkeit nicht möglich.

**Anmerkungen:**

AK-ID: 850239: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (HTXM-TX)

AK-ID: 850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (HTXM-TX)

AK-ID: 850249: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (HTXM-MKU)

### 5.3 Erkenntnisse zu Gründen der Unter- und Überdokumentation

Als konkrete Gründe für Underdokumentation wurden folgende Punkte im Strukturierten Dialog 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 Verbringungs-fällen
  - Daten wurden dokumentiert, aber nicht exportiert (Schnittstellenproblem zwischen Ärzten und EDV)
  - unterbliebene Nachbearbeitung von Datensätzen, die von der Datenannahmestelle zurück-gewiesen wurden
  - Abteilung wurde geschlossen und die Datensätze konnten nicht mehr erhoben werden
  - Prozessfehler durch Umstrukturierungen (z. B. Fusionierung von Standorten und/oder Ab-teilungen)
- Softwareprobleme
  - Fehlerhafte Sollstatistik z. B. durch unterjährigen Software-/KIS-Wechsel oder Fehleinstel-lung des QS- Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationser-klärung
  - 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

Als Gründe für Überdokumentationen wurden folgende Punkte identifiziert:

- Mängel in der Struktur- und Prozessqualität
  - unterbliebene Stornierung bereits angelegter Datensätze bei Übermittlung von neu ange-legten 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 Fehleinstel-lung des QS-Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationser-klärung

- nicht optimales Zusammenspiel zwischen QS-Filter und Erfassungssoftware (Berücksichtigung von nicht QS-pflichtige Fällen)
- fehlerhafte Dokumentation

Für die LQS und das IQTIG ist es zum Teil schwer 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 Vollzähligkeitskontrolle 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 auch Verständnisschwierigkeiten bei diesen nicht auf die Qualität der medizinischen Leistungserbringung gerichteten Fragestellungen. Die Einbeziehung von Mitarbeitern aus Controlling und Qualitätsmanagement ist hierbei zu empfehlen.

## 6 Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren

Im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 wurden zeitgleich zur Datenvalidierung über alle QS-Verfahren hinweg 15.858 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren bearbeitet. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sind in Tabelle 33 dargestellt. Der prozentuale Anteil bei den Maßnahmen des Strukturierten Dialogs bezieht sich auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten. Der prozentuale Anteil bei den Einstufungen im Strukturierten Dialog bezieht sich auf die Anzahl angeforderter Stellungnahmen. Bei der Versendung von Hinweisen ist eine Klärung der Ursachen der rechnerischen Auffälligkeiten und somit eine Einstufung der Ergebnisse nicht möglich. Da in 37,6 % (EJ 2015) der rechnerischen Auffälligkeiten Hinweise versendet wurden, kann der tatsächliche Anteil an Dokumentationsproblemen (gemessen am Anteil der Einstufungen D50, D51, D99, U33 an den angeforderten Stellungnahmen) nicht vollständig beurteilt werden.

Tabelle 33: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren (alle QS-Verfahren): Dokumentationsprobleme im EJ 2014 und 2015.

	EJ 2015		EJ 2014	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	15.858	100,0 %	16.428	100,0 %
<b>Maßnahmen</b>				
Keine Maßnahmen	94	0,6 %	132	0,8 %
Hinweise	5.965	37,6 %	6.691	40,7 %
Stellungnahmen	9.797	61,8 %	9.600	58,4 %
Sonstiges	3	0,0 %	5	0,0 %
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechungen	282	1,8 %	282	1,7 %
Begehungen	19	0,1 %	60	0,4 %
Zielvereinbarungen	1.121	7,1 %	794	4,8 %
<b>Einstufungen</b>				
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	6.021	61,5 %	6.291	65,5 %
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.761	18,0 %	1.687	17,6 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	1.655	16,9 %	1.434	14,9 %
Sonstiges [S90/S91/S99]	482	4,9 %	356	3,7 %
<b>Einstufungen detailliert (Auswahl)</b>				
Qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) [U33]	1.178	12,0 %	1.160	12,1 %

	EJ 2015		EJ 2014	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation [D50]	1.537	15,7 %	1.313	13,7 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Bedingt durch Softwareprobleme [D51]	56	0,6 %	55	0,6 %
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Sonstiger Kommentar [D99]	62	0,6 %	66	0,7 %

Bei der Betrachtung der Ergebnisse zeigt sich, dass die absolute Anzahl der mit D50, D51 und D99 bewerteten Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren über alle QS-Verfahren hinweg vom EJ 2014 zum EJ 2015 um 221 (+ 15,4 %) gestiegen ist. Der Anstieg ist hauptsächlich der Bewertungskategorie "D50: „Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation zuzuschreiben“. Der Anteil der Bewertungen D50, D51, D99 an den Stellungnahmen ist im Vergleich zum Vorjahr EJ 2014 leicht angestiegen. Der Anteil der Bewertungskategorie U33 ist relativ konstant zum Vorjahresergebnis. Die absolute Anzahl der angeforderten Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren ist um 197 im Vergleich zum Vorjahr gestiegen – bei gesunkener Zahl rechnerischer Auffälligkeiten (- 570), wodurch sich möglicherweise ein gewisser Teil des Anstiegs der Bewertungen mit D50, D51, D99 erklären lässt. Beim Vergleich mit den Vorjahreszahlen ist zu berücksichtigen, dass durch die Aussetzung und Neueinführung von QS-Verfahren sowie das Streichen und Neueinführen von Qualitätsindikatoren die Zahl der QIs im EJ 2014 und 2015 nicht deckungsgleich ist (EJ 2014 n = 393 QIs; EJ 2015 n = 351 QIs). Im EJ 2014 wurden durch 253 Qualitätsindikatoren rechnerische Auffälligkeiten ausgelöst, während es im EJ 2015 198 Qualitätsindikatoren waren, die zu rechnerischen Auffälligkeiten führten.

### Qualitätsindikatoren mit den meisten Dokumentationsproblemen

In Tabelle 34 sind die 15 Qualitätsindikatoren (über alle QS-Verfahren) aufgeführt, bei denen auf Basis der Bewertungen im Strukturierten Dialog zum EJ 2015 am häufigsten Dokumentationsprobleme (Anteil D50, D51, D99, U33 an den Stellungnahmen) aufgetreten sind. Über alle Qualitätsindikatoren hinweg liegt der durchschnittliche Anteil an Bewertungen mit D50, D51, D99 an den Stellungnahmen pro QI bei 14,0 %. Dies bedeutet, dass bei durchschnittlich 14,0 % der rechnerischen Auffälligkeiten mit angeforderter Stellungnahme zu einem Qualitätsindikator keine Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität möglich war. In Tabelle 35 sind die 15 Qualitätsindikatoren mit der höchsten absoluten Anzahl an Bewertungen D50, D51, D99 oder U33 aufgelistet. Insbesondere in den im EJ 2015 neu eingeführten QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung* zeigen sich hier Dokumentationsmängel bei den Qualitätsindikatoren.

Tabelle 34: Qualitätsindikatoren mit den meisten Dokumentationsproblemen (EJ 2015) (Anteil der Bewertungen an den Stellungnahmen)

	Modul	QI-ID: QI-Bezeichnung	Einstufungen (absolut)					Anteil gesamt an den Stellungnahmen
			D50	D51	D99	U33	gesamt	
1	KEP	54023: perioperative Antibiotokaprophylaxe	3	-	-	1	4	100,0 %
2	LLS	12609: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (1 Jahr nach Leberlebenspende)	-	-	-	1	1	100,0 %
3	LLS	12617: Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (3 Jahre nach Leberlebenspende)	-	-	-	1	1	100,0 %
4	21n3-PCI-KORO	12773: Dosisflächenprodukt	22	6	2	26	56	80,0 %
5	10n2-KAROT	604: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	1	-	-	11	12	80,0 %
6	16n1-GEBH	330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	27	-	-	28	55	77,5 %
7	NLS	51568: Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	-	-	-	10	10	76,9 %
8	LLS	51604: Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	-	-	-	3	3	75,0 %
9	KEP	54020: Indikation zur Knie-Totalendoprothese	44	-	-	15	59	74,7 %
10	HEP	54001: Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	80	1	-	39	120	74,5 %
11	HEP	54004: Sturzprophylaxe	142	2	19	19	182	70,5 %
12	10n2-KAROT	603: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch	5	-	-	27	32	69,6 %
13	21n3-PCI-KORO	2311: Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz	12	1	1	3	17	68,0 %
14	NEO	51845: Aufnahmetemperatur nicht angegeben	21	1	-	17	39	67,2 %
15	NTX	51562: 3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	-	-	-	2	2	66,7 %

Tabelle 35: Qualitätsindikatoren mit den meisten Dokumentationsproblemen (EJ 2015) (absolute Zahl der Bewertungen)

	Modul	QI-ID: QI-Bezeichnung	Einstufungen (absolute Anzahl)				
			D50	D51	D99	U33	gesamt
1	DEK	52010: Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	101	2	11	89	203
2	KEP	54022: Indikation zum Knie-Endoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel	120	1	-	68	189
3	HEP	54004: Sturzprophylaxe	142	2	19	19	182
4	HEP	54001: Indikation zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	80	1	-	39	120
5	HEP	54002: Indikation zum Hüft-Endoprothesen-Wechsel	65	-	-	42	107
6	KEP	54021: Indikation zur Schlittenprothese	58	1		38	97
7	PNEU	50722: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	58	3	1	34	96
8	HEP	54010: Beweglichkeit bei Entlassung	62	-	-	20	82
9	PNEU	2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	47	3	2	26	78
10	18n1-MAMMA	52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	42	-	-	35	77
11	KEP	54020: Indikation zur Knie-Totalendoprothese	44	-	-	15	59
12	21n3-PCI-KORO	12773: Dosisflächenprodukt	22	6	2	26	56
13	PNEU	2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	36	2	-	18	56
14	16n1-GEBH	318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	24	-	-	32	56
15	16n1-GEBH	330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	27	-	-	28	55

### Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren nach Versorgungsbereichen

In Tabelle 36 sind Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren je Versorgungsbereich dargestellt. Bei der Bewertung der wiederholten Dokumentationsprobleme (wiederholte Einstufung D50, D51, D99, U33) ist darauf hinzuweisen, dass hier die wiederholte Einstufung in einem der Qualitätsindikatoren des Versorgungsbereichs – jedoch nicht zwingend in ein und demselben Qualitätsindikator – gezählt wurde. Beim Vergleich der Standorte mit wiederholten Auffälligkeiten (Bewertung D50, D51, D99 oder U33) zwischen den Versorgungsbereichen ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der datenliefernden Standorte und Qualitätsindikatoren zwi-



schen den Versorgungsbereichen variiert. Die Wahrscheinlichkeit einer wiederholten Bewertung mit D50, D51, D99 oder U33 hängt zum Teil auch von der Anzahl der QIs eines Versorgungsbereichs ab.

Mit 38,1 % Bewertungen D50, D51, D99 und U33 an den Stellungnahmen weist der Versorgungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie den höchsten Anteil an Dokumentationsproblemen im EJ 2015 auf. Den geringsten Anteil weisen die transplantationsmedizinischen Verfahren mit 11,4 % auf. In den meisten Versorgungsbereichen sind die Anteile vom EJ 2014 zum EJ 2015 gesunken. In den Versorgungsbereichen *Ambulant erworbene Pneumonie*, *Herzchirurgie* und *Mammachirurgie* sind sie hingegen gestiegen (vgl. Tabelle 36).

Im Durchschnitt wurden pro Versorgungsbereich 43,3 Standorte wiederholt (EJ 2014 und 2015) mit D50, D51, D99 oder U33 bewertet. Die höchste Anzahl wiederholter Dokumentationsprobleme zeigt sich mit 114 Standorten bei der *Ambulant erworbenen Pneumonie*. Die geringste Anzahl an Standorten mit wiederholter Bewertung D50, D51, D99 oder U33 ist mit drei Standorten in der *Herzchirurgie* zu verzeichnen.

Tabelle 36: Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren - nach Versorgungsbereichen

Versorgungsbereich	EJ 2015		EJ 2014		Standorte mit wiederholter Bewertung D50, D51, D99 oder U33
	Standorte mit mindestens einer Bewertung D50, D51, D99 oder U33	Anteil D50, D51, D99, U33 an den Stellungnahmen	Standorte mit mindestens einer Bewertung D50, D51, D99 oder U33	Anteil D50, D51, D99, U33 an den Stellungnahmen	
<b>Herzschrittmacher und Defibrillatoren</b> (09n1-HSM-IMPL, 09n2-HSM-AGGW, 09n3-HSM-REV, 09n4-DEFI-IMPL, 09n5-DEFI-AGGW, 09n6-DEFI-REV)	197	17,8 %	197	19,5 %	56
<b>Kardiologie (21n3-PCI-KORO)</b>	126	28,8 %	132	34,5 %	40
<b>Orthopädie und Unfallchirurgie (HEP, KEP, 17n1-HÜFT-FRAK)</b>	581	28,9 %	_*	_*	_*
<b>Perinatalmedizin (16n1-GEBH, NEO)</b>	189	36,7 %	194	41,9 %	63
<b>Mammachirurgie (18n1-MAMMA)</b>	128	25,6 %	72	23,6 %	16
<b>Gynäkologische Operationen (15n1-GYN-OP)</b>	161	32,3 %	124	34,6 %	41
<b>Pflege (DEK)</b>	221	38,1 %	277	50,0 %	76
<b>Gefäßchirurgie (10n2-KAROT)</b>	64	30,4 %	34	25,5 %	7
<b>Pneumonie (PNEU)</b>	272	36,8 %	341	37,6 %	114
<b>Herzchirurgie (HCH-KCH, HCH-AORT-CHIR, HCH-AORT-KATH, HCH-KOMB)</b>	12	11,4 %	12	8,6 %	3
<b>Transplantationen (LTX, LUTX, PNTX, NTX, HTXM-TX, HTXM-MKU, NLS, LLS)</b>	25	19,7 %	27	23,5 %	18

\* Da die QS-Verfahren 17n1-HÜFTFRAK, HEP und KEP erst zum EJ 2015 eingeführt wurden, ist kein Vergleich zum Vorjahr möglich.

## 7 Fazit und Ausblick

### Vorgehen im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität

Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten mit versendeten Hinweisen bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit liegt bei 28,1 % (EJ 2015). Bei den AKs zur Vollzähligkeit liegt er im Mittel bei 40,6 %. Für die davon betroffenen Krankenhausstandorte kann somit keine Bewertung abgegeben werden, ob tatsächlich eine unvollzählige/fehlerhafte Dokumentation vorlag. Für die Bewertungskategorie S99 („Sonstiges“), welche ebenso keinen Schluss auf das Vorliegen einer fehlerhaften oder korrekten Dokumentation erlaubt, zeigt sich, dass der Anteil von S99 an den Stellungnahmen insbesondere beim AK zur Unterdokumentation (EJ 2015: 11,6 %) und beim AK zum Minimaldatensatz (EJ 2015: 7,5 %) sehr hoch ausfällt.

Im Vergleich zu den Qualitätsindikatoren ist der Anteil der eingesetzten weiterführenden Maßnahmen bezüglich der festgestellten rechnerischen Auffälligkeiten bei den Auffälligkeitskriterien eher gering. Bei den Qualitätsindikatoren wurden im EJ 2015 in 9,0 % der rechnerischen Auffälligkeiten weiterführende Maßnahmen des Strukturierten Dialogs eingeleitet (Besprechung, Begehung, Zielvereinbarung). Bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit waren es hingegen lediglich 2,0 %; bei den AKs zur Plausibilität lag der Anteil bei 1,3 %. Beim Vergleich des Anteils weiterführender Maßnahmen bezüglich der festgestellten qualitativen anstatt rechnerischen Auffälligkeiten wird die Diskrepanz zwischen Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien ebenfalls deutlich: Bei den Qualitätsindikatoren wurden in 29,5 % der qualitativen Auffälligkeiten (A41, A42, A99) Zielvereinbarungen geschlossen. Bei den wegen fehlerhafter Dokumentation nicht bewertbaren Qualitätsindikatoren (D50, D51, D99) wurden in 32,9 % Zielvereinbarungen abgeschlossen. Bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sind es hingegen lediglich 9,2 % Zielvereinbarungen bezogen auf die bestätigten Fehldokumentationen.

Im Hinblick auf das Vorgehen im Strukturierten Dialog (Maßnahmen) zeigen sich ferner deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Der Anteil angeforderter Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit schwankt beispielsweise zwischen minimal 13,6 % und maximal 100,0 % zwischen den Bundesländern. Beim Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation liegt die Spanne zwischen 9,6 % und 100,0 %.

### Erkenntnisse der Datenvalidierung

Durch die im Rahmen der Datenvalidierung gewonnenen Erkenntnisse können im Rahmen der Verfahrenspflege Verbesserung an den Erfassungsbögen und Ausfüllhinweisen vorgenommen werden. Zudem werden die Krankenhausstandorte mit Dokumentationsproblemen sensibilisiert für die Notwendigkeit einer korrekten und vollzähligen Dokumentation.

Der Anteil bestätigter Fehldokumentationen bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (EJ 2015: 63,2 %; EJ 2014: 50,0 %). Auch bei den Qualitätsindikatoren ist der Anteil der Bewertungen mit D50, D51 oder D99 an den Stellungnahmen gestiegen (EJ 2015: 16,9 %; EJ 2014: 14,9 %). In Bezug auf die AKs zur Vollzähligkeit zeigt sich eine

Abnahme bestätigter Fehldokumentationen beim AK zur Unterdokumentation (EJ 2015: 77,8 %; EJ 2014: 83,0 %). Jedoch ist der Anteil bei den AKs zur Überdokumentation (EJ 2015: 92,0 %; EJ 2014: 79,8 %) und zum Minimaldatensatz (EJ 2015: 42,5 %; EJ 2014: 23,8 %) angestiegen.

Sowohl bei den Auffälligkeitskriterien als auch den Qualitätsindikatoren gibt es Standorte, die zwei Jahre in Folge (EJ 2014 und 2015) Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog bestätigten: Zum Beispiel wurden im Durchschnitt pro Versorgungsbereich 43,3 Standorte wiederholt (EJ 2014 und 2015) mit D50, D51, D99 oder U33 in den Qualitätsindikatoren bewertet. Durchschnittlich bestätigten pro AK zur Plausibilität und Vollständigkeit 0,7 Krankenhausstandorte zwei Jahre in Folge eine fehlerhafte Dokumentation im SD. Pro AK hatten maximal bis zu 5 Standorte eine wiederholt bestätigte Fehldokumentation.

Die Anzahl wiederholt bestätigter Fehldokumentationen bei den AKs und QIs sowie die zum Teil angestiegenen Anteile an Fehldokumentationen zeigen, dass weiterhin eine Validierung der Daten der externen stationären Qualitätssicherung erforderlich ist und diese zukünftig umfassender, gezielter und konsequenter durchgeführt werden sollte. Dies setzt eine Weiterentwicklung des Datenvalidierungsverfahrens voraus, die aktuell vom IQTIG geplant wird. Insbesondere durch die (zukünftige) Einführung regulativer Verfahren (planungsrelevante Qualitätsindikatoren und qualitätsorientierte Vergütung), welche auf die Daten der externen stationären Qualitätssicherung zurückgreifen, hat die Datenvalidierung an Bedeutung gewonnen.

### Zukünftige Änderungen

- In den Tragenden Gründen zur QSKH-RL 2016 wurde § 9 (Datenvalidierung) Abs. 2 (Statistische Basisprüfung) präzisiert: Ab dem Erfassungsjahr 2016 können auch in QS-Verfahren, die nicht im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (§ 9 Abs. 3) und somit nicht in der „umfassenden DV“ sind, Auffälligkeitskriterien neu eingeführt werden. Bislang konnten Auffälligkeitskriterien in QS-Verfahren außerhalb der „umfassenden DV“ lediglich modifiziert, ausgesetzt oder gestrichen werden.

Zitat aus den tragenden Gründen zur QSKH-RL 2016:

*[...] Darüber hinaus wird ausdrücklich klargestellt, dass in die Statistische Basisprüfung alle dokumentationspflichtigen Leistungsbereiche einbezogen werden, für die Auffälligkeitskriterien festgelegt wurden. Hierfür werden ausgewählte Auffälligkeitskriterien aus den Vorjahren weitergeführt, gegebenenfalls auch weiterentwickelt oder neue festgelegt.*

Vor dem Hintergrund dieser Änderung wurden für das Erfassungsjahr 2016 neue Auffälligkeitskriterien außerhalb der QS-Verfahren in der „umfassenden DV“ vom IQTIG empfohlen und vom UA QS des G-BA beschlossen. Es werden in drei QS-Verfahren (*Hüftendoprothesenversorgung, Herzschrittmacherversorgung, Mammachirurgie*) neue AKs eingesetzt.

- In den QS-Verfahren der Orthopädie und Unfallchirurgie (*Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung, Knieendoprothesenversorgung, Hüftendoprothesenversorgung*) wird ab dem Erfassungsjahr 2016 jeweils erstmals ein Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz angewandt werden.

- Für die umfassende Datenvalidierung 2017 (Erfassungsjahr 2016) wurden vom UA QS des G-BA auf Empfehlung des IQTIG zwei indirekte sowie ein direktes QS-Verfahren ausgewählt: Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wird in den QS-Verfahren *Nierenlebenspende*, *Knieendoprothesenversorgung* und *Ambulant erworbene Pneumonie* stattfinden. Neue Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität für die drei QS-Verfahren hat der UA QS ebenfalls bereits auf Empfehlung des IQTIG beschlossen.
- Das QS-Verfahren *Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention* ist ab dem Erfassungsjahr 2016 nicht mehr länger Gegenstand der QSKH-RL, sondern ein sektorenübergreifendes Verfahren nach der Qesü-RL, sodass hier die Datenvalidierung nach der QSKH-RL ab dem EJ 2016 entfällt.

## Glossar

Begriff	Erläuterung
<b>Auffälligkeit, qualitative</b>	Teilmenge der rechnerischen Auffälligkeiten, die in einem qualitativen Beurteilungsprozess (z. B. Strukturierter Dialog) als Qualitätsproblem einer Einrichtung klassifiziert wurden.
<b>Auffälligkeit, rechnerische</b>	Das gemessene Ergebnis eines Indikators liegt außerhalb eines vorher festgelegten Referenzbereichs und/oder weicht im Verhältnis zu den gemessenen Ergebnissen anderer Einrichtungen signifikant ab.
<b>Bundesdatenpool</b>	Zusammenführung aller bundesweit dokumentierten QS-Daten.
<b>Bundesfachgruppen</b>	Beratende Expertengruppen für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.
<b>Datenfeld</b>	Kleinste Einheit eines Datensatzes (z. B. Angabe des Geschlechts im Dokumentationsbogen).
<b>Datensatz</b>	Eine zusammenhängende Menge von QS-Daten, die einem Fall (beispielsweise einem Patienten) zugeordnet wird.
<b>Dokumentationsqualität</b>	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.
<b>Dokumentationsrate</b>	Das Verhältnis dokumentierter Fälle im Verhältnis zu allen dokumentationspflichtigen Fällen. Siehe auch: Vollzähligkeit.
<b>Erfassungsjahr</b>	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.
<b>Fallzahl</b>	Anzahl durchgeführter Behandlungen, z. B. in einem bestimmten medizinischen Leistungsbereich eines Krankenhauses.
<b>Follow-up</b>	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.
<b>Klumpenstichprobe</b>	auch: Clusterstichprobe. Besondere Form der Zufallsauswahl. Anders als in der einfachen Zufallsauswahl werden hier nicht einzelne Merkmalsträger ausgewählt, sondern ganze Gruppen („Klumpen“).
<b>Leistungserbringer</b>	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.

Begriff	Erläuterung
<b>Minimaldatensatz</b>	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.
<b>QS-Verfahren</b>	Vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten, sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
<b>QS-Daten</b>	Sammelbegriff für alle Daten, die im Zuge eines QS-Verfahrens erhoben und ausgewertet werden.
<b>QS-Dokumentation</b>	Gesonderte Erhebungen der Leistungserbringer zu Diagnose- und Behandlungsdaten der Patienten für die Qualitätssicherung.
<b>QS-Filter</b>	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.
<b>Rechenregeln</b>	hier: Regeln zur Berechnung von Qualitätsindikatoren oder Auffälligkeitskriterien
<b>Referenzbereich</b>	Gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise Qualitätssicherungsmaßnahmen nach sich.
<b>Risikoadjustierung</b>	Methode zur Ermittlung und Gewichtung wesentlicher Einflussfaktoren (individueller Risiken) auf die Ausprägung einer Messgröße. Um einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen zu erhalten, werden Merkmale der behandelten Patientinnen und Patienten bei der Berechnung berücksichtigt.
<b>Sentinel-Event</b>	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.
<b>Sollstatistik</b>	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.

Begriff	Erläuterung
<b>Spezifikation</b>	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.
<b>Strukturierter Dialog</b>	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).
<b>Verweildauer</b>	Dauer des stationären Aufenthalts eines Patienten, Abstand zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum.
<b>Vollständigkeit</b>	Erfassung aller zu einem einzelnen Behandlungsfall erforderlichen Angaben (Daten).
<b>Vollzähligkeit</b>	Erfassung aller dokumentationspflichtigen Behandlungsfälle zu einer bestimmten Versorgungsleistung.
<b>Vollzähligkeitsprüfung</b>	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

# Bericht zur Datenvalidierung 2016

Erfassungsjahr 2015. Anhang

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Mai 2017

---

# Impressum

**Thema:**

Bericht zur Datenvalidierung 2016. Erfassungsjahr 2015. Anhang

**Autorinnen und Autoren:**

Laura Nölke, Rainer Vogler, Axel Mertens

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

15. Mai 2017

**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](mailto:info@iqtig.org)

<http://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Lesehilfen zu den Tabellen und Abbildungen .....	8
Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog .....	8
Stichprobenverfahren mit Datenabgleich .....	8
Übersicht der QS-Verfahren (EJ 2015) .....	13
1    Umfassende Datenvalidierung: Pflege: Dekubitusprophylaxe.....	16
1.1    Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	16
1.1.1    Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	16
1.1.2    Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium .....	19
1.1.3    Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	20
1.1.4    Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium .....	21
1.1.5    Einstufungen pro Bundesland .....	22
1.2    Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	23
1.2.1    Datenfeld 6: Geburtsdatum (Geburtsjahr).....	23
1.2.2    Datenfeld 11: Entlassungsgrund .....	23
1.2.3    Datenfeld 13: Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus.....	25
1.2.4    Datenfeld 14: Seitenlokalisierung .....	26
1.2.5    Datenfeld 15: War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? („Present on Admission“).....	28
1.2.6    War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? („Present on Discharge“) .....	30
1.2.7    Datenfeld 17: Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2.....	32
1.2.8    Datenfeld 18: Nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus.....	35
1.2.9    Datenfeld 19: Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie....	38
1.2.10    Datenfeld 21: Beatmungsstunden $\geq$ 1 Stunde .....	41
2    Umfassende Datenvalidierung: Mammachirurgie .....	45
2.1    Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	45
2.1.1    Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	45
2.1.2    Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium .....	47
2.1.3    Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	48

2.1.4	Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium .....	49
2.1.5	Einstufungen pro Bundesland .....	50
2.2	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	51
2.2.1	Datenfeld 6: Geburtsdatum (Geburtsjahr).....	51
2.2.2	Datenfeld 12: Erkrankung an dieser Brust .....	52
2.2.3	Datenfeld 13: Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung.....	53
2.2.4	Datenfeld 18: Mammographie-Screening-Programm .....	57
2.2.5	Datenfeld 22: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie .....	60
2.2.6	Datenfeld 23: Histologie.....	63
2.2.7	Datenfeld 24: maligne Neoplasie .....	65
2.2.8	Datenfeld 25: Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes .....	66
2.2.9	Datenfeld 28: präoperative tumorspezifische Therapie .....	67
2.2.10	Datenfeld 35: präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren .....	71
2.2.11	Datenfeld 36: intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie ...	72
2.2.12	Datenfeld 46: Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde .....	74
2.2.13	Datenfeld 47: maligne Neoplasie .....	76
2.2.14	Datenfeld 48: primär-operative Therapie abgeschlossen.....	77
2.2.15	Datenfeld 50: pT.....	80
2.2.16	Datenfeld 51: pN .....	81
2.2.17	Datenfeld 56: Grading (WHO) .....	82
2.2.18	Datenfeld 58: HER-2/neu-Status .....	84
2.2.19	Datenfeld 60: R0-Resektion .....	86
2.2.20	Datenfeld 63: brusterhaltende Therapie (BET) .....	88
2.2.21	Datenfeld 64: axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt .....	90
2.2.22	Datenfeld 65: Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt.....	92
2.2.23	Datenfeld 75: Entlassungsgrund .....	96
3	Umfassende Datenvalidierung: Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie .....	98
3.1	Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog .....	98

3.1.1	Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	98
3.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium .....	100
3.1.3	Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium .....	100
3.2	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	101
3.2.1	Datenfeld 2: entlassender Standort .....	101
3.2.2	Datenfeld 7: Geburtsdatum (Geburtsjahr).....	102
3.2.3	Datenfeld 9: Körpergröße .....	102
3.2.4	Datenfeld 11: Körpergewicht bei Aufnahme .....	104
3.2.5	Datenfeld 13: klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) .....	105
3.2.6	Datenfeld 15: Infarkt(e).....	106
3.2.7	Datenfeld 16: kardiogener Schock/ Dekompensation .....	109
3.2.8	Datenfeld 17: Reanimation .....	110
3.2.9	Datenfeld 18: Patient wird beatmet .....	112
3.2.10	Datenfeld 20: Herzrhythmus bei Aufnahme .....	114
3.2.11	Datenfeld 22: Einstufung nach ASA- Klassifikation .....	115
3.2.12	Datenfeld 23: LVEF .....	117
3.2.13	Datenfeld 28: akute Infektion(en).....	119
3.2.14	Datenfeld 29: Diabetes mellitus.....	121
3.2.15	Datenfeld 30: arterielle Gefäßerkrankung .....	124
3.2.16	Datenfeld 35: Lungenerkrankung(en) .....	125
3.2.17	Datenfeld 36: neurologische Erkrankung(en) .....	127
3.2.18	Datenfeld 37: Schweregrad der Behinderung.....	129
3.2.19	Datenfeld 38: präoperative Nierenersatztherapie.....	131
3.2.20	Datenfeld 44: Koronarchirurgie .....	133
3.2.21	Datenfeld 45: Aortenklappenchirurgie .....	134
3.2.22	Datenfeld 46: sonstige OP .....	135
3.2.23	Datenfeld 48: Dringlichkeit .....	136
3.2.24	Datenfeld 51: Inotrope (präoperativ).....	138
3.2.25	Datenfeld 52: (präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung.....	140
3.2.26	Datenfeld 56: OP-Zeit.....	141
3.2.27	Datenfeld 103: Mediastinitis.....	142

3.2.28	Datenfeld 105: Myokardinfarkt.....	144
3.2.29	Datenfeld 108: Zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung .....	147
3.2.30	Datenfeld 109: Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses.....	148
3.2.31	Datenfeld 110: Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung .....	149
3.2.32	Datenfeld 122: Entlassungsgrund .....	151
4	Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (ohne HCH-KOMB, DEK, 18n1-MAMMA) .....	154
4.1	Beschreibung der Auffälligkeitskriterien.....	154
4.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium .....	156
4.3	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	160
4.4	Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium.....	161
4.5	Einstufungen pro Bundesland .....	163
5	Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	164
5.1	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation .....	164
5.1.1	Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	164
5.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	167
5.1.3	Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	168
5.1.4	Einstufungen pro Bundesland .....	170
5.2	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	171
5.2.1	Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	171
5.2.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	174
5.2.3	Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	175
5.2.4	Einstufungen pro Bundesland .....	177
5.3	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz.....	178
5.3.1	Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	178
5.3.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	180
5.3.3	Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	181
5.3.4	Einstufungen pro Bundesland .....	182
5.4	Dokumentationsraten im Follow-up und unbekannter Überlebensstatus.....	183
5.4.1	Herztransplantation und Lungen- und Herz-Lungentransplantation.....	183
5.4.2	Lebertransplantation.....	184

5.4.3	Leberlebenspende.....	185
5.4.4	Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation.....	186
5.4.5	Nierenlebenspende.....	187
5.5	Dokumentationsraten in den Zählleistungsbereichen.....	187
5.5.1	Hüftendoprothesenversorgung.....	187
5.5.2	Knieendoprothesenversorgung.....	188
5.5.3	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme .....	189
5.5.4	Isolierte Aortenklappenchirurgie (kathetergestützt) .....	190

## Lesehilfen zu den Tabellen und Abbildungen

Die detaillierte Darstellung der Ergebnisse zur Datenvalidierung erfolgt in tabellarischer und grafischer Form. Um die Verständlichkeit der Tabellen und Grafiken zu erhöhen, wird im Folgenden erläutert, welche Informationen ihnen jeweils zu entnehmen sind.

### Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Maßnahmen und Ergebnisse der Statistischen Basisprüfung werden in Form von vier Tabellen dargestellt:

- Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium
- Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland
- Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium/QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul
- Einstufungen pro Bundesland

In den Tabellen zu den durchgeführten Maßnahmen im Strukturierten Dialog 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. In den Spalten „Weiterführende Maßnahmen“ sind die Maßnahmen dargestellt, die zusätzlich zur Anforderung einer Stellungnahme eingeleitet wurden.

In den Tabellen zu den Ergebnissen der Bewertung nach dem Strukturierten Dialog sind ebenfalls für jede Bewertungskategorie/Einstufung 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-Daten verglichen. Um die Ergebnisse des Datenabgleichs zu veranschaulichen, wird zur Darstellung in der Regel eine Kreuztabelle (Kontingenztafel, Vierfeldertafel) verwendet (vgl. Tabelle 1). Zur Verbesserung der Lesbarkeit werden bei Bedarf mehrere Antwortmöglichkeiten (Schlüsselcodes) zu medizinisch relevanten Kategorien zusammengefasst. Diese Zusammenfassungen entsprechen der Verwendung in den Qualitätsindikatoren.



Tabelle 1: Beispiel-Kontingenztafel zur Darstellung der Übereinstimmung der Angaben aus der QS-Dokumentation und der Patientenakte (Datenfeld „Geschlecht“)

		Angaben in der Patientenakte			Gesamt
		weiblich	männlich	aus PA nicht ersichtlich	
Angaben in der QS-Dokumentation	weiblich	47 6,8 %	28 4,0 %	4 0,6 %	79 11,4 %
	männlich	10 1,4 %	595 85,5 %	12 1,7 %	617 88,6 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
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. Ebenfalls als eigene Auswertungskategorie wird die Zeile „nicht in QS-Dokumentation“ bei abhängigen Datenfeldern (Kann-Feldern) angegeben, da es Fälle geben kann, in denen das Datenfeld in der QS-Dokumentation leer/unausgefüllt ist, sich aber in der Patientenakte eine Angabe dazu findet, die eigentlich hätte dokumentiert werden müssen.

Da es die Datensatzspezifikationen vorsehen, dass einige Datenfelder nur für eine eingeschränkte Gruppe an Patienten auszufüllen ist (Kann-Felder), 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.

Bei allen Datenfeldern wird die Übereinstimmungs- und Abweichungsrate angegeben.

<b>Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation</b>	Anteil an Fällen, bei denen die QS-Dokumentation mit den Angaben in der Patientenakte übereinstimmt (Übereinstimmungsrate).
<b>Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation</b>	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 Antwortkategorien/Ausprägungen dargestellt, so werden zusätzlich zu der Übereinstimmungs- und Abweichungsrate auch die folgenden vier Kennzahlen angegeben:

<b>Sensitivität</b>	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. <i>(Maß für die Unterdokumentation in der QS-Dokumentation)</i>
<b>Spezifität</b>	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. <i>(Maß für die Überdokumentation in der QS-Dokumentation)</i>
<b>positiv prädiktiver Wert (PPW)</b>	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.
<b>negativ prädiktiver Wert (NPW)</b>	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.

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.

Zusätzlich zu den beschriebenen Kennzahlen wird für jedes untersuchte Datenfeld angegeben, bei wie vielen Krankenhausstandorten Abweichungen, sowie bei wie vielen Krankenhausstandorten keine Abweichungen ermittelt wurden.

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.

Zur Darstellung der Varianz der standortbezogenen Ergebnisse des Datenabgleichs wird je Datenfeld ein Boxplot der Übereinstimmungsraten der einzelnen Standorte verwendet (vgl. Beispiel in Abbildung 1). Anhand der Boxplots sind die minimale, maximale und mittlere Übereinstimmungsrate sowie das 5., 25., 50., 75. und 95. Perzentil der Übereinstimmungsraten abzulesen.

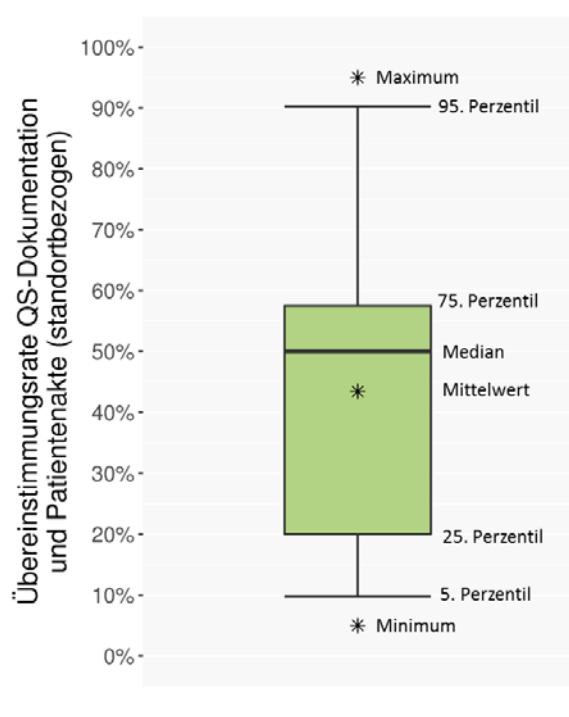


Abbildung 1: Beispiel-Darstellung der Varianz der standortbezogenen Übereinstimmungsraten pro Datenfeld

Bei dichotom skalierten Datenfeldern sind zusätzlich Boxplots für die Sensitivität und Spezifität dargestellt. Anhand dieser Boxplots können die minimale, maximale und mittlere standortbezogene Überdokumentation und Underdokumentation sowie das 5., 25., 50., 75. und 95. Perzentil der standortbezogenen Unter- und Überdokumentation abgelesen werden. Somit wird die Varianz und Richtung der Abweichungen deutlich. Eine mittlere Sensitivität von 70 % zu einem Datenfeld (z.B. Komplikationen) bedeutet bspw., dass über die besuchten Krankenhausstandorte hinweg die Wahrscheinlichkeit der Underdokumentation für das betroffene Datenfeld in der QS-

Dokumentation bei durchschnittlich 30 % liegt. Eine mittlere Spezifität von 70 % zu einem Datenfeld bedeutet hingegen, dass über die besuchten Krankenhausstandorte hinweg die Wahrscheinlichkeit der Überdokumentation für das betroffene Datenfeld in der QS-Dokumentation bei durchschnittlich 30 % liegt.

## Übersicht der QS-Verfahren (EJ 2015)

Kürzel des Auswertungsmoduls	QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	Beschreibung
<b>Indirekte QS-Verfahren</b>		
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Operationen in der Frauenheilkunde
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Die Geburtshilfe umfasst den Bereich kurz vor und nach der Entbindung
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erst-Implantationen und Wechseleingriffe an der Hüfte
KEP	Knieendoprothesenversorgung	Erst-Implantationen und Wechseleingriffe an den Knien
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust

Kürzel des Auswertungsmoduls	QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	Beschreibung
21n3-PCI-KORO	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
<b>Direkte QS-Verfahren</b>		
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)
HTXM-TX	Herztransplantation	Transplantation eines Herzens von einem Organspender zu einem Empfänger
HTXM-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunsth Herzen	Transplantation eines Kunstherzens/Herzunterstützungssystems
LLS	Leberlebenspende	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

<b>Kürzel des Auswertungsmoduls</b>	<b>QS-Verfahren/ Auswertungsmodul</b>	<b>Beschreibung</b>
NLS	Nierenlebenspende	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: Pflege: Dekubitusprophylaxe

## 1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

### 1.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

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

<b>Zähler</b>	Anzahl der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation.
<b>Nenner</b>	Anzahl der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnet in der Risikostatistik (mindestens 1 Fall)
<b>Referenzbereich</b>	> 0
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

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

<b>Zähler</b>	Angabe, ob QS-Dokumentation und Risikostatistik in mehr als 10 Fällen in mindestens einer Kategorie der Dekubitusgradeinteilung voneinander abweichen.
<b>Nenner</b>	Die Betrachtung des Nenners ist für die Auswertung des AK nicht relevant. Der Nenner kann auf 1 gesetzt werden.
<b>Referenzbereich</b>	= 0
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-



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

<b>Zähler</b>	Patienten mit mindestens einer Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ in der QS-Dokumentation.
<b>Nenner</b>	Alle Patienten ab 20 Jahren.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 5,43 % (95. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	2
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

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

<b>Zähler</b>	Patienten mit der Angabe „POA = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden“ bei allen dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/Kategorie in der QS-Dokumentation.
<b>Nenner</b>	Alle Patienten ab 20 Jahren
<b>Referenzbereich</b>	< 100,00 %
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	10
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

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

<b>Zähler</b>	Patienten mit mindestens einer Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ in der QS-Dokumentation
<b>Nenner</b>	Alle Patienten ab 20 Jahren
<b>Referenzbereich</b>	≤ 10,38 % (95. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	5
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

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

<b>Zähler</b>	Patienten mit einer Verweildauer unter 20 Tagen.
<b>Nenner</b>	Alle Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem dokumentierten Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 in der QS-Dokumentation, der weder bei Aufnahme noch bei Entlassung vorlag.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 4
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

## 1.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850358	1.820	136	37	1	0,7	4	2,9	130	95,6	1	0,7	3	2,2	0	0,0	9	6,6
850359	1.797	69	18,8	0	0,0	11	15,9	58	84,1	0	0,0	3	4,3	1	1,4	12	17,4
850361	1.797	72	19,6	0	0,0	12	16,7	60	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	16,7
850360	1.797	42	11,4	0	0,0	9	21,4	33	78,6	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0
850362	699	39	10,6	0	0,0	10	25,6	29	74,4	0	0,0	3	7,7	1	2,6	1	2,6
850357	1.727	10	2,7	0	0,0	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	<b>368</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>50</b>	<b>13,6</b>	<b>316</b>	<b>85,9</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>10</b>	<b>2,7</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>34</b>	<b>9,2</b>

## 1.1.3 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	102	27,7	0	0,0	23	22,5	79	77,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	30	8,2	0	0,0	0	0,0	29	96,7	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	24	6,5	0	0,0	0	0,0	24	100,0	0	0,0	5	20,8	2	8,3	1	4,2
Brandenburg	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	8	2,2	0	0,0	2	25,0	6	75,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
Hessen	25	6,8	0	0,0	1	4,0	24	96,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	7	1,9	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	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	102	27,7	1	1,0	19	18,6	82	80,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	28,4
Rheinland-Pfalz	9	2,4	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	3	0,8	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	18	4,9	0	0,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	4	22,2	0	0,0	4	22,2
Sachsen-Anhalt	11	3,0	0	0,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	20	5,4	0	0,0	5	25,0	15	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	7	1,9	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>368</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>50</b>	<b>13,6</b>	<b>316</b>	<b>85,9</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>10</b>	<b>2,7</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>34</b>	<b>9,2</b>

## 1.1.4 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Angeforderte Stellungnah- men	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850358	130	24	18,5	2	1,5	64	49,2	6	4,6	8	6,2	0	0,0	26	20,0
850359	58	1	1,8	2	3,5	41	71,9	0	0,0	2	3,5	0	0,0	11	19,3
850361	60	1	1,7	1	1,7	45	76,3	0	0,0	2	3,4	0	0,0	10	16,9
850360	33	21	63,6	0	0,0	9	27,3	1	3,0	2	6,1	0	0,0	0	0,0
850362	29	0	0,0	0	0,0	23	82,1	1	3,6	2	7,1	0	0,0	2	7,1
850357	6	0	0,0	0	0,0	5	83,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>316</b>	<b>47</b>	<b>14,9</b>	<b>5</b>	<b>1,6</b>	<b>187</b>	<b>59,2</b>	<b>8</b>	<b>2,5</b>	<b>17</b>	<b>5,4</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>49</b>	<b>15,5</b>

## 1.1.5 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	79	6	7,6	0	0,0	68	86,1	5	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	29	1	3,4	0	0,0	28	96,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	24	13	54,2	0	0,0	2	8,3	0	0,0	9	37,5	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
Bremen	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	6	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	24	7	29,2	0	0,0	17	70,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	7	0	0,0	0	0,0	2	28,6	0	0,0	5	71,4	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	82	5	6,1	3	3,7	30	36,6	3	3,7	3	3,7	0	0,0	38	46,3
Rheinland-Pfalz	9	0	0,0	0	0,0	7	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	22,2
Saarland	3	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
Sachsen	18	0	0,0	0	0,0	15	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	16,7
Sachsen-Anhalt	11	1	9,1	2	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	36,4
Schleswig-Holstein	15	2	13,3	0	0,0	13	86,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	7	4	57,1	0	0,0	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>316</b>	<b>47</b>	<b>14,9</b>	<b>5</b>	<b>1,6</b>	<b>187</b>	<b>59,2</b>	<b>8</b>	<b>2,5</b>	<b>17</b>	<b>5,4</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>48</b>	<b>15,2</b>

## 1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

### 1.2.1 Datenfeld 6: Geburtsdatum (Geburtsjahr)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	1.691	100,0 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0,0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	1.691	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	1.688	99,8 %

\* 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
Standorte mit Abweichungen	2,3 %	2
Standorte ohne Abweichungen	97,7 %	87

In den beiden Krankenhausstandorten mit Abweichungen betragen die Übereinstimmungsraten 95,0 % und 88,9 %. Es wird auf eine weitere Darstellung der standortbezogenen Ergebnisse verzichtet.

### 1.2.2 Datenfeld 11: Entlassungsgrund

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.689	99,9 %

		Angaben in der Patientenakte			
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1.411	0	2	1.413
		83,3 %	0,0 %	0,1 %	83,6 %
	1	2	276	0	278
		0,1 %	16,3 %	0 %	16,4 %
<b>Gesamt</b>	1.413	278	2	1.691	
	83,4 %	16,4 %	0,1 %	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 = lebend

1 = tot

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.687/1.689	99,99 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/1.689	0,001 %
Sensitivität	1.411/1.413	99,9 %
Spezifität	276/278	99,3 %
Positiv prädiktiver Wert	1.411/1.413	99,9 %
Negativ prädiktiver Wert	276/278	99,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	2,3 %	2
Standorte ohne Abweichungen	97,7 %	87



Standorte mit Abweichungen	Übereinstimmungsrate	Sensitivität	Spezifität
Standort 2	95,0 %	100,0 %	85,7 %
Standort 4	94,4 %	100,0 %	75,0 %

### 1.2.3 Datenfeld 13: Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	1.691	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	54	3,2 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	1.637	96,8 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	1.451	88,6 %

\* 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
Standorte mit Abweichungen	59,6 %	53
Standorte ohne Abweichungen	40,4 %	36

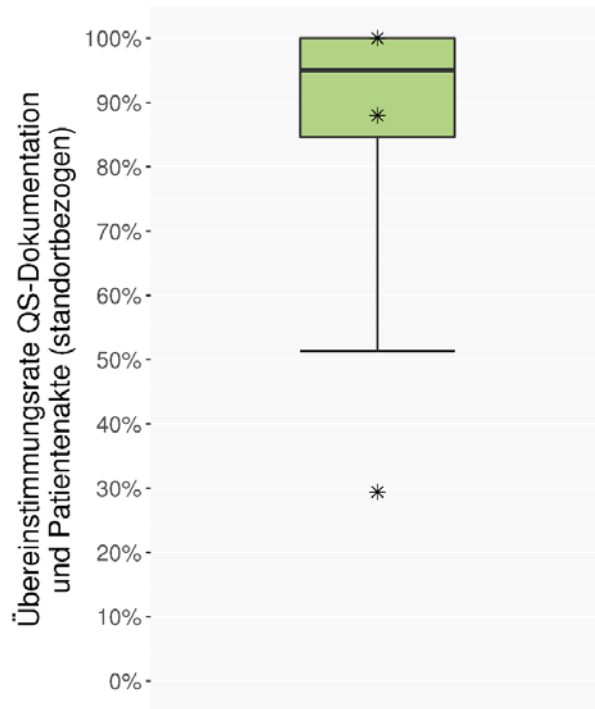


Abbildung 2: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

#### 1.2.4 Datenfeld 14: Seitenlokalisierung

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.651	97,6 %

		Angaben in der Patientenakte					
Angaben in der QS-Dokumentation		B	K	L	R	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	B	150 8,9 %	11 0,7 %	3 0,2 %	6 0,4 %	5 0,3 %	175 10,3 %
	K	33 2 %	841 49,7 %	97 5,7 %	82 4,8 %	26 1,5 %	1.079 63,8 %
	L	3 0,2 %	5 0,3 %	207 12,2 %	3 0,2 %	3 0,2 %	221 13,1 %
	R	0 0 %	3 0,2 %	5 0,3 %	202 11,9 %	6 0,4 %	216 12,8 %
	<b>Gesamt</b>	186 11 %	860 50,9 %	312 18,5 %	293 17,3 %	40 2,4 %	1.691 100 %

\* 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:**

B = beide Seiten

K = keine Seitenlokalisierung angegeben

L = linke Seite

R = rechte Seite

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.400/1.651	84,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	251/1.651	15,2 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	76,4 %	68
Standorte ohne Abweichungen	23,6 %	21

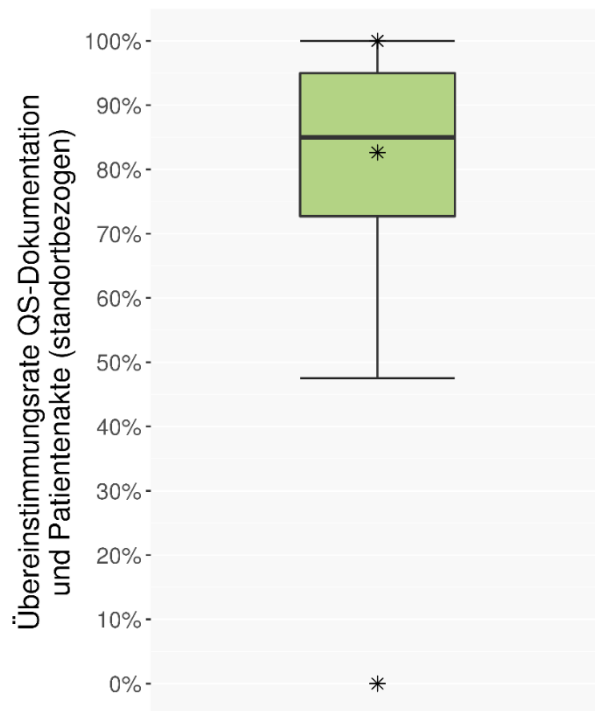


Abbildung 3: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**1.2.5 Datenfeld 15: War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? („Present on Admission“)**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.653	97,8 %

		Angaben in der Patientenakte				
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	306 18,1 %	51 3 %	0 0 %	7 0,4 %	364 21,5 %
	1	82 4,8 %	1.185 70,1 %	5 0,3 %	31 1,8 %	1.303 77,1 %
	9	11 0,7 %	9 0,5 %	4 0,2 %	0 0 %	24 1,4 %
	<b>Gesamt</b>	399 23,6 %	1.245 73,6 %	9 0,5 %	38 2,2 %	1.691 100 %

\* 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 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden

1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden

9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.495/1.653	90,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	158/1.653	9,6 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	64,0 %	57
Standorte ohne Abweichungen	36,0 %	32

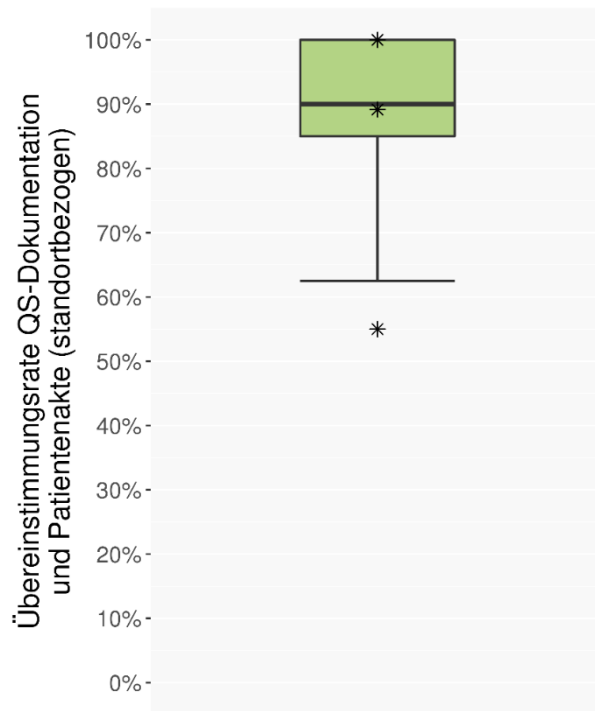


Abbildung 4: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 1.2.6 War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? („Present on Discharge“)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.619	95,7 %

		Angaben in der Patientenakte				
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	181 10,7 %	44 2,6 %	2 0,1 %	13 0,8 %	240 14,2 %
	1	48 2,8 %	1.303 77,1 %	9 0,5 %	55 3,3 %	1.415 83,7 %
	9	3 0,2 %	14 0,8 %	15 0,9 %	4 0,2 %	36 2,1 %
	<b>Gesamt</b>	232 13,7 %	1.361 80,5 %	26 1,5 %	72 4,3 %	1.691 100 %

\* 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 = Nein: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht vorhanden

1 = Ja: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus vorhanden

9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.499/1.619	92,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	120/1.619	7,4 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	65,2 %	58
Standorte ohne Abweichungen	34,8 %	31

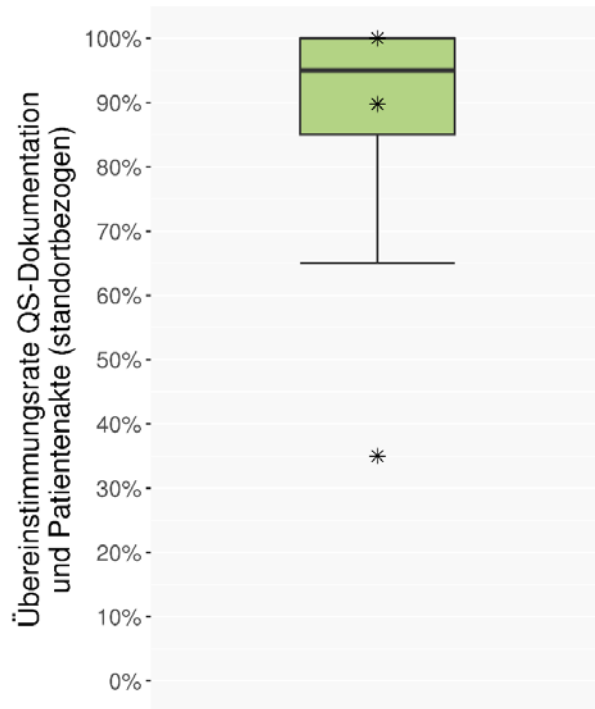


Abbildung 5: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 1.2.7 Datenfeld 17: Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.691	100,0 %



	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	
Angaben in der QS-Dokumentation	0	1.054	43	0	1.097
		62,3 %	2,5 %	0 %	64,9 %
	1	14	580	0	594
		0,8 %	34,3 %	0 %	35,1 %
Gesamt	1.068	623	0	1.691	
	63,2 %	36,8 %	0 %	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 = nein, kein Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 vorhanden

1 = ja, Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 vorhanden

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.634/1.691	96,6 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	57/1.691	3,4 %
Sensitivität	1.054/1.068	98,7 %
Spezifität	580/623	93,1 %
Positiv prädiktiver Wert	1.054/1.097	96,1 %
Negativ prädiktiver Wert	580/594	97,6 %

	%	Anzahl
Anzahl Standorte mit Abweichungen	46,1 %	41
Anzahl Standorte ohne Abweichungen	53,9 %	48

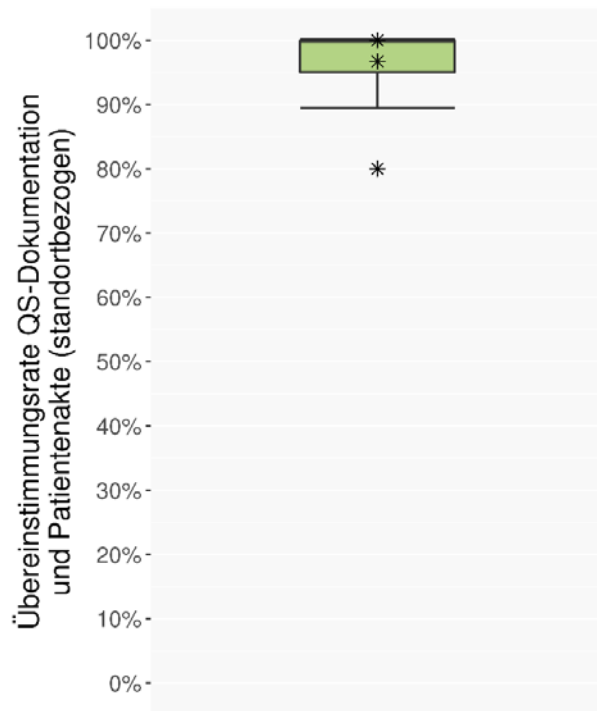


Abbildung 6: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

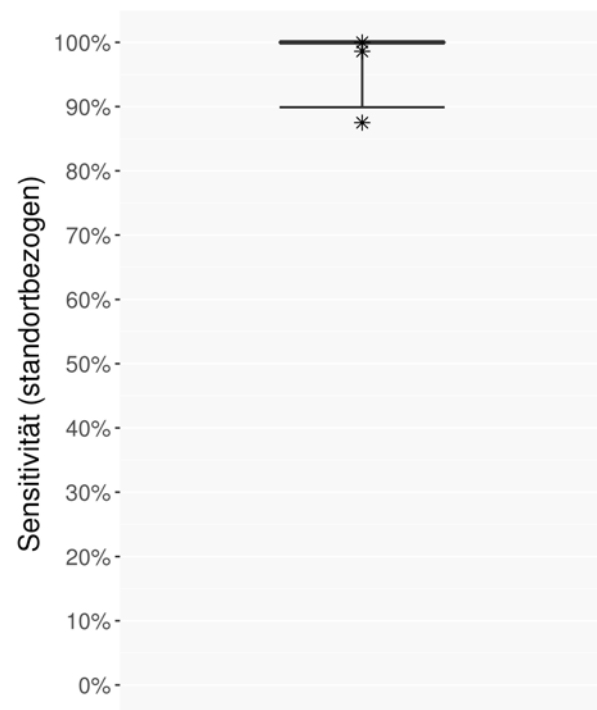


Abbildung 7: Sensitivität (standortbezogen)

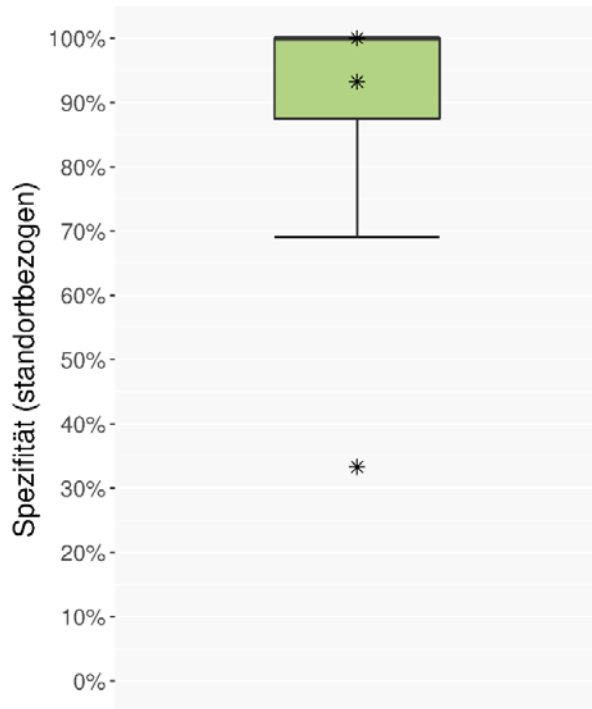


Abbildung 8: Spezifität (standortbezogen)

### 1.2.8 Datenfeld 18: Nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.691	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte				
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	0		1.646	4	0	1.650
			97,3 %	0,2 %	0 %	97,6 %
	1		29	12	0	41
			1,7 %	0,7 %	0 %	2,4 %
Gesamt		1.675	16	0	1.691	
		99,1 %	0,9 %	0 %	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 = nein, kein Diabetes mellitus nicht näher bezeichnet vorhanden

1 = ja, Diabetes mellitus nicht näher bezeichnet vorhanden

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.658/1.691	98,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	33/1.691	2,0 %
Sensitivität	1.646/1.675	98,3 %
Spezifität	12/16	75,0 %
Positiv prädiktiver Wert	1.646/1.650	99,8 %
Negativ prädiktiver Wert	12/41	29,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	21,3 %	19
Standorte ohne Abweichungen	78,7 %	70

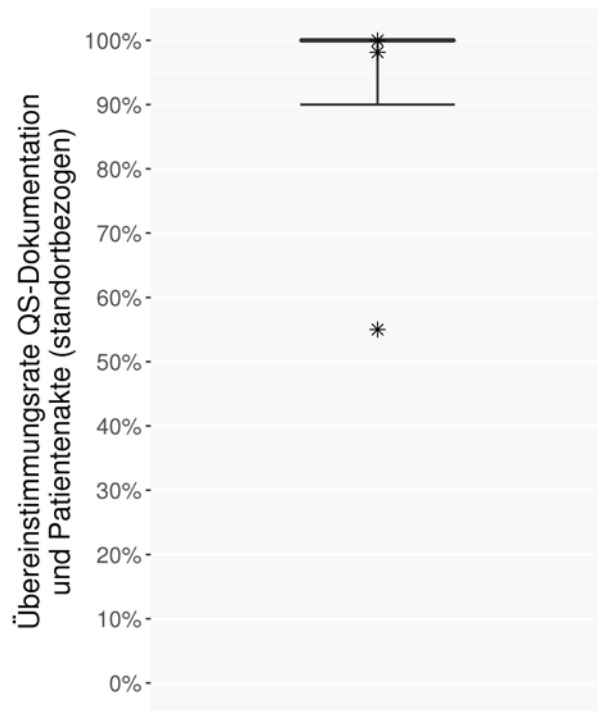


Abbildung 9: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

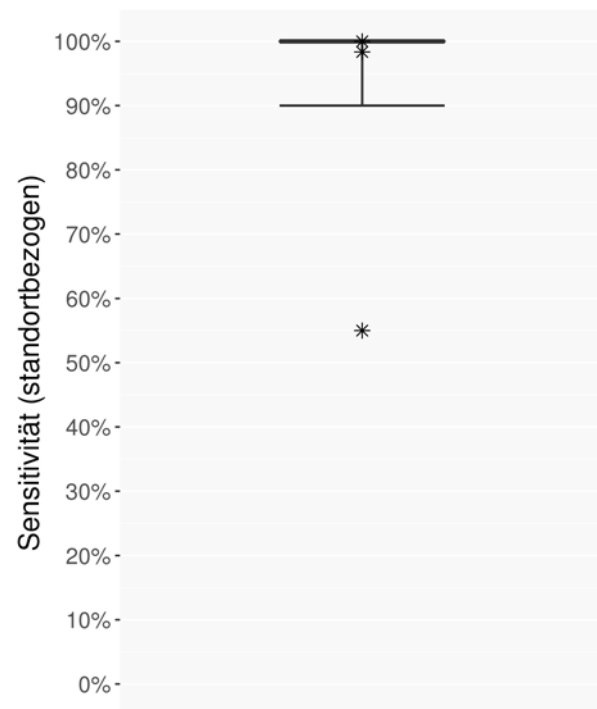


Abbildung 10: Sensitivität (standortbezogen)

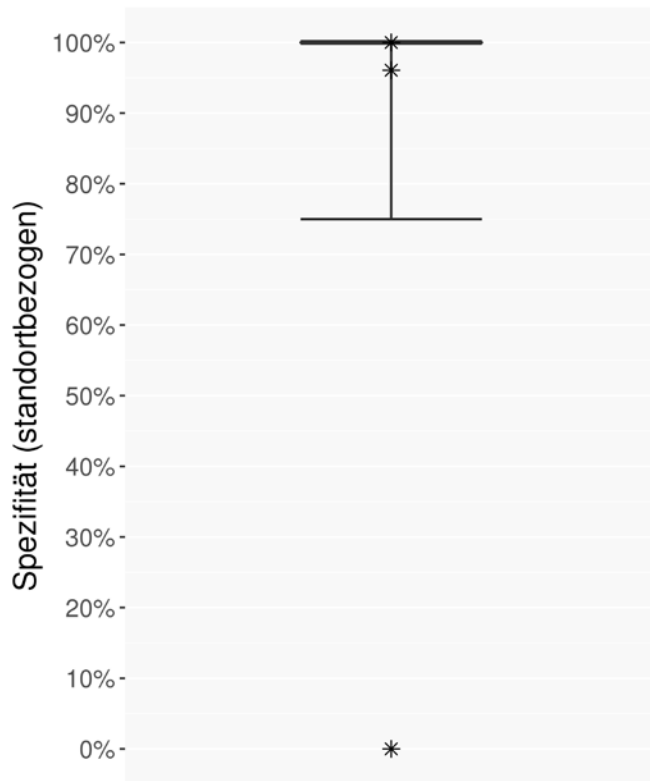


Abbildung 11: Spezifität (standortbezogen)

**1.2.9 Datenfeld 19: Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.691	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte			
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1.535	49	0	1.584
		90,8 %	2,9 %	0 %	93,7 %
	1	19	88	0	107
		1,1 %	5,2 %	0 %	6,3 %
<b>Gesamt</b>	1.554	137	0	1.691	
	91,9 %	8,1 %	0 %	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 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.623/1.691	96,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	68/1.691	4,0 %
Sensitivität	1.535/1.554	98,8 %
Spezifität	88/137	64,2 %
Positiv prädiktiver Wert	1.535/1.584	96,9 %
Negativ prädiktiver Wert	88/107	82,2 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	34,8 %	31
Standorte ohne Abweichungen	65,2 %	58

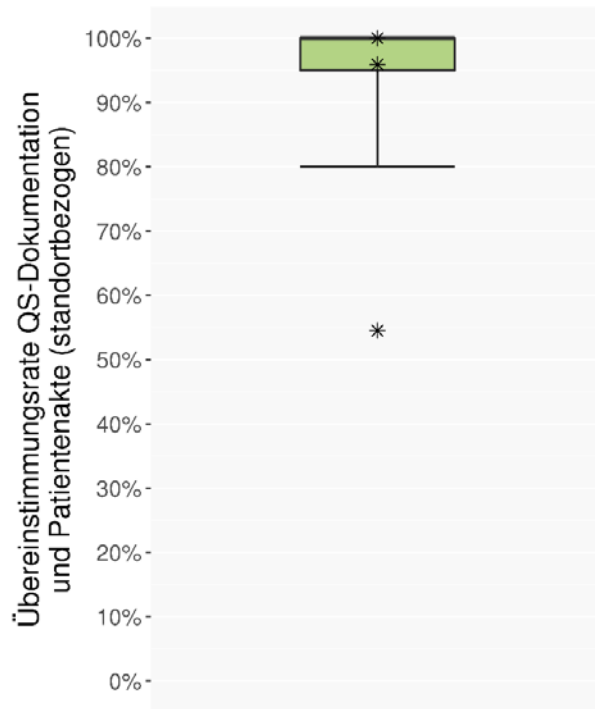


Abbildung 12: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

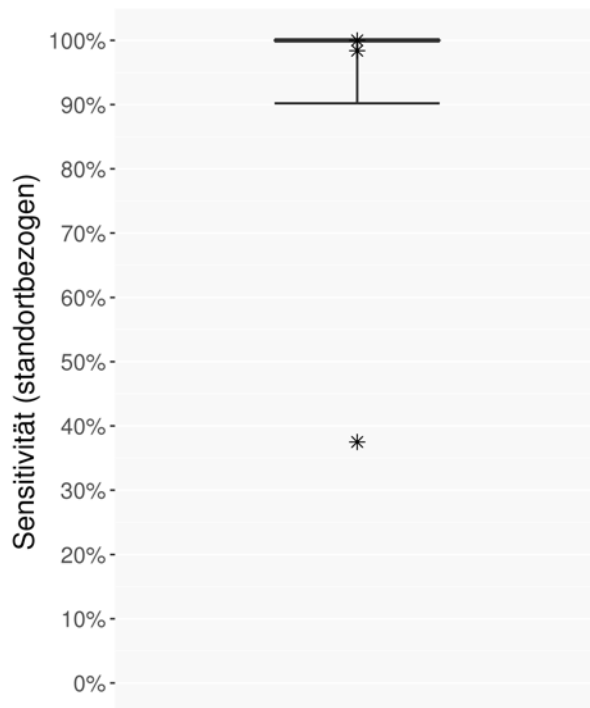


Abbildung 13: Sensitivität (standortbezogen)



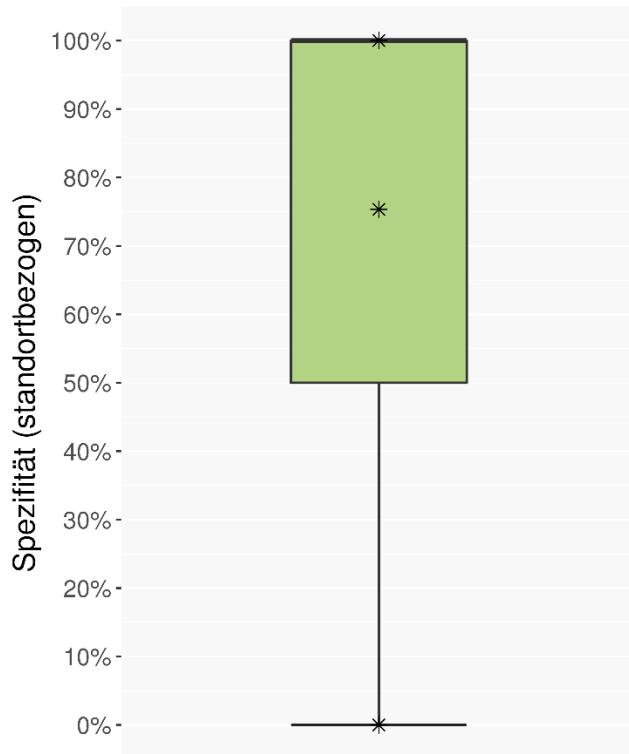


Abbildung 14: Spezifität (standortbezogen)

**1.2.10 Datenfeld 21: Beatmungstunden  $\geq$  1 Stunde**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	1.691	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	1.690	99,9 %

		Angaben in der Patientenakte			
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1.448 85,6 %	12 0,7 %	1 0,1 %	1.461 86,4 %
	1	9 0,5 %	221 13,1 %	0 0 %	230 13,6 %
	Gesamt	1.457 86,2 %	233 13,8 %	1 0,1 %	1.691 100 %

\* 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 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	1.669/1.690	98,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	21/1.690	1,2 %
Sensitivität	1.448/1.457	99,4 %
Spezifität	221/233	94,8 %
Positiv prädiktiver Wert	1.448/1.460	99,2 %
Negativ prädiktiver Wert	221/230	96,1 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	15,7 %	14
Standorte ohne Abweichungen	84,3 %	75

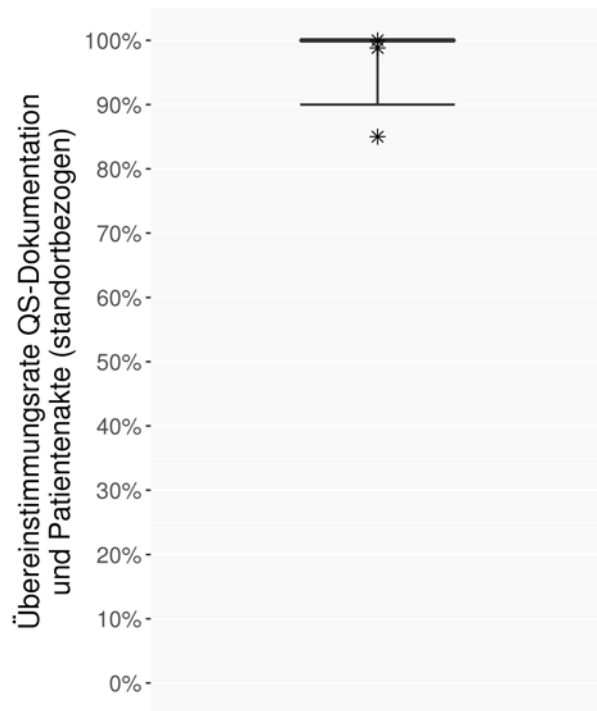


Abbildung 15: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

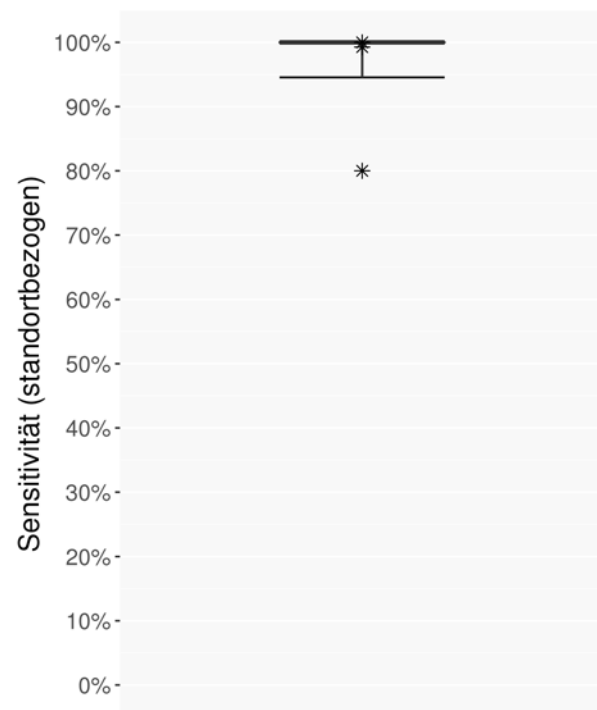


Abbildung 16: Sensitivität (standortbezogen)

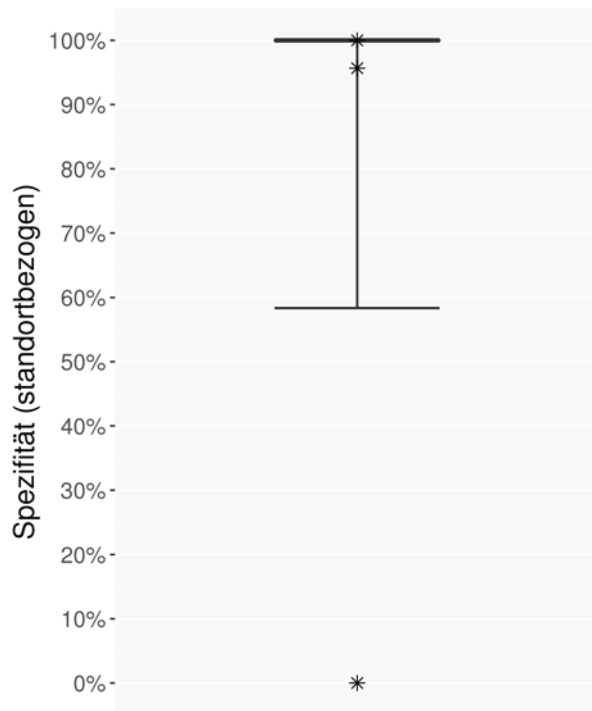


Abbildung 17: Spezifität (standortbezogen)

## 2 Umfassende Datenvalidierung: Mammachirurgie

### 2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

#### 2.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

##### AK 850363: Häufige Angabe „HER-2/neu-Status = unbekannt“

<b>Zähler</b>	Patientinnen mit unbekanntem HER-2/neu-Status.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 4,30 % (95. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	2
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

##### AK 850364: Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“

<b>Zähler</b>	Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen.
<b>Nenner</b>	Alle lebend entlassenen Patientinnen mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives Mammakarzinom oder DCI.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 2,78 % (95. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	2
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

##### AK 850366: Angabe von ASA 5

<b>Zähler</b>	Patientinnen mit ASA 5.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen.
<b>Referenzbereich</b>	= 0
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

**AK 850367: Häufige Angabe „(y)pNX“**

<b>Zähler</b>	Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie DCIS oder invasives Mammakarzinom, bei denen eine axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung (Axilladisektion oder Entfernung einzelner Lymphknoten) oder eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder einem vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt wurde.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 1
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

**AK 850365: Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust**

<b>Zähler</b>	Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde.
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 14,55 % (95. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	20

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

<b>Zähler</b>	Patientinnen ohne postoperative Histologie 'invasives Mammakarzinom'
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie 'invasives Mammakarziom (Primärtumor)'
<b>Referenzbereich</b>	≤ 4
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	5

**2.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium**

AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Bespren- chung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
813068	774	37	17,5	0	0,0	6	16,2	31	83,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,5
850363	791	28	13,2	0	0,0	5	17,9	23	82,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850364	798	17	8	0	0,0	3	17,6	14	82,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850365	917	38	17,9	0	0,0	17	44,7	21	55,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850367	761	89	42	0	0,0	31	34,8	58	65,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850366	917	3	1,4	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>64</b>	<b>30,2</b>	<b>148</b>	<b>69,8</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>2,4</b>

**2.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland**

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Bespprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	30	14,2	0	0,0	9	30,0	21	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	28	13,2	0	0,0	8	28,6	20	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6
Berlin	16	7,5	0	0,0	4	25,0	12	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	7	3,3	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	1,9	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	8	3,8	0	0,0	3	37,5	5	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	19	9,0	0	0,0	0	0,0	19	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	3	1,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	2	0,9	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Nordrhein-Westfalen	47	22,2	0	0,0	34	72,3	13	27,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,4
Rheinland-Pfalz	15	7,1	0	0,0	3	20,0	12	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	3	1,4	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	9	4,2	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	5	2,4	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	12	5,7	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	4	1,9	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>64</b>	<b>30,2</b>	<b>148</b>	<b>69,8</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>2,4</b>



## 2.1.4 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
813068	31	5	16,1	0	0,0	18	58,0	1	3,2	3	9,7	0	0,0	1	3,2
850363	23	3	13,0	2	8,7	15	65,2	0	0,0	1	4,3	0	0,0	2	8,7
850364	14	1	7,1	0	0,0	13	92,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850365	21	8	38,1	0	0,0	11	52,4	0	0,0	1	4,8	0	0,0	1	4,8
850367	58	21	36,2	0	0,0	30	51,7	0	0,0	4	6,9	0	0,0	0	0,0
850366	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>148</b>	<b>38</b>	<b>25,7</b>	<b>2</b>	<b>1,3</b>	<b>87</b>	<b>58,8</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>	<b>10</b>	<b>6,8</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>4</b>	<b>2,7</b>

## 2.1.5 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	Angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	21	4	19,0	0	0,0	17	81,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	20	1	5,0	0	0,0	19	95,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	12	4	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	66,7	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	7	3	42,9	0	0,0	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	4	2	50,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	19	6	31,6	0	0,0	11	57,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5
Mecklenburg-Vorpommern	3	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	13	2	15,4	1	7,7	6	46,2	1	7,7	1	7,7	0	0,0	2	15,4
Rheinland-Pfalz	12	1	8,3	0	0,0	11	91,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	3	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	9	2	22,2	1	11,1	3	33,3	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	12	2	16,7	0	0,0	10	83,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>148</b>	<b>38</b>	<b>25,7</b>	<b>2</b>	<b>1,4</b>	<b>87</b>	<b>58,8</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>	<b>10</b>	<b>6,8</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>4</b>	<b>2,7</b>

## 2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

### 2.2.1 Datenfeld 6: Geburtsdatum (Geburtsjahr)

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	800	100,0 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0,0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	800	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	798	99,8 %

\* 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
Anzahl Standorte mit Abweichungen	2,2 %	1
Anzahl Standorte ohne Abweichungen	97,8 %	44

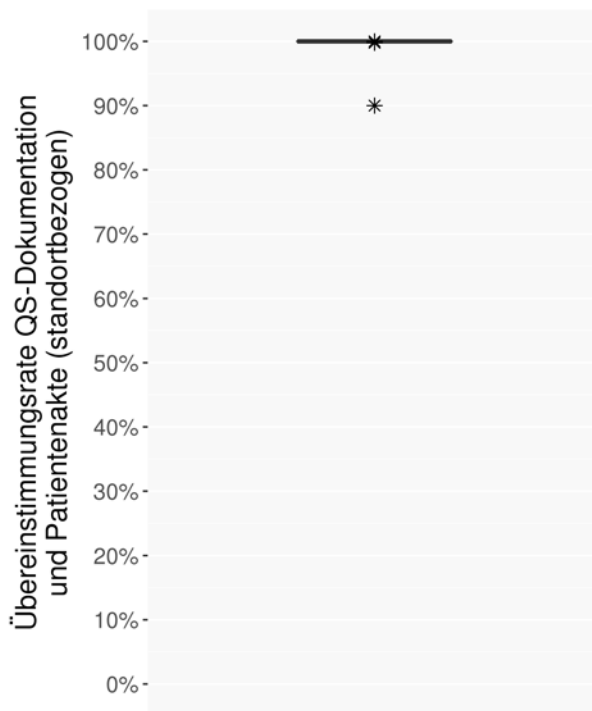


Abbildung 18: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**2.2.2 Datenfeld 12: Erkrankung an dieser Brust**

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	800	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	792	99,0 %

		Angaben in der Patientenakte					
Angaben in der QS-Dokumentation		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	1	740	3	2	7	752	
		92,5 %	0,4 %	0,3 %	0,9 %	94 %	
	2	3	28	0	0	31	
		0,4 %	3,5 %	0 %	0 %	3,9 %	
	3	1	0	15	1	17	
	0,1 %	0 %	1,9 %	0,1 %	2,1 %		
<b>Gesamt</b>	744	31	17	8	800		
	93 %	3,9 %	2,1 %	1 %	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 = Primärerkrankung
- 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET
- 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	783/792	98,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	9/792	1,1 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	17,8 %	8
Standorte ohne Abweichungen	82,2 %	37

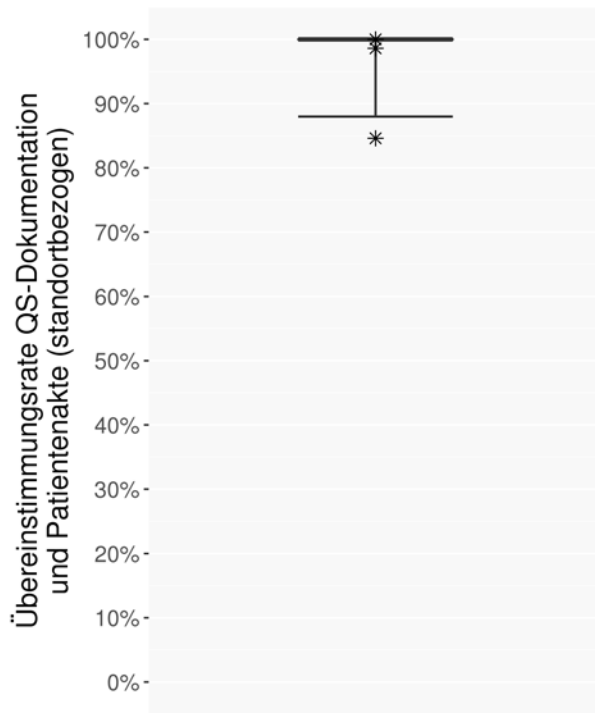


Abbildung 19: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.3 Datenfeld 13: Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen als Erkrankung an dieser Brust „Primärerkrankung“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	756	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	744	98,4 %

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	82 10,8 %	15 2 %	2 0,3 %	99 13,1 %
	1	19 2,5 %	624 82,5 %	10 1,3 %	653 86,4 %
	Nicht in QS-Dokumentation	1 0,1 %	3 0,4 %	0 0 %	4 0,5 %
	Gesamt	102 13,5 %	642 84,9 %	12 1,6 %	756 100 %

\* 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 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	706/744	94,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	38/744	5,1 %
Sensitivität	82/102	80,4 %
Spezifität	624/642	97,2 %
Positiv prädiktiver Wert	82/97	84,5 %
Negativ prädiktiver Wert	624/643	97,0 %

	<b>%</b>	<b>Anzahl</b>
Standorte mit Abweichungen	46,7 %	21
Standorte ohne Abweichungen	53,3 %	24

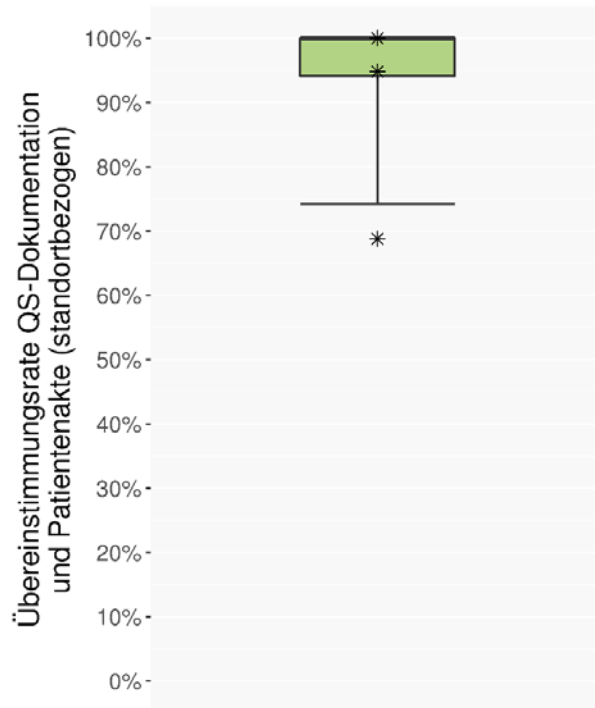


Abbildung 20: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

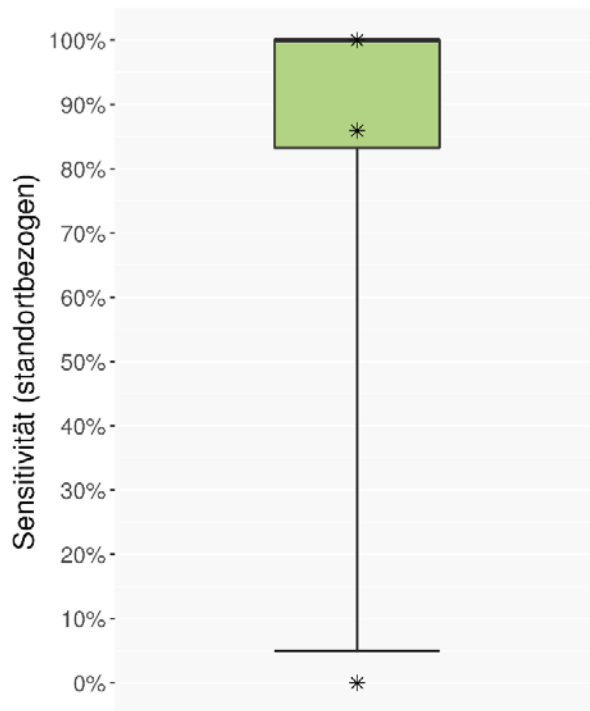


Abbildung 21: Sensitivität (standortbezogen)

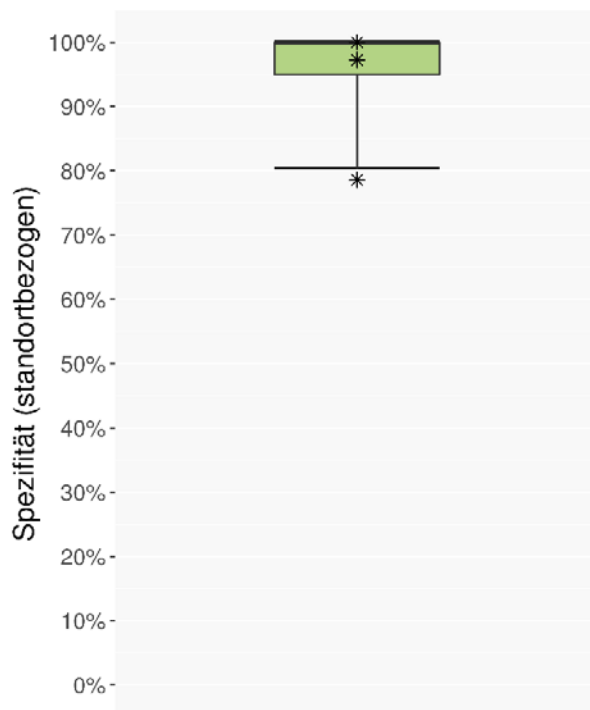


Abbildung 22: Spezifität (standortbezogen)



**2.2.4 Datenfeld 18: Mammographie-Screening-Programm**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen eine Früherkennung in der QS-Dokumentation oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	256	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	226	88,3 %

	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
	0	1	aus PA nicht ersichtlich*		
Angaben in der QS-Dokumentation	0	98 38,3 %	5 2 %	8 3,1 %	111 43,4 %
	1	7 2,7 %	116 45,3 %	22 8,6 %	145 56,6 %
	Nicht in QS-Dokumentation	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	105 41 %	121 47,3 %	30 11,7 %	256 100 %

\* 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 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	214/226	94,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	12/226	5,3 %
Sensitivität	98/105	93,3 %

	Anzahl	%
Spezifität	116/121	95,9 %
Positiv prädiktiver Wert	98/103	95,1 %
Negativ prädiktiver Wert	116/123	94,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	40 %	13
Standorte ohne Abweichungen	60 %	27

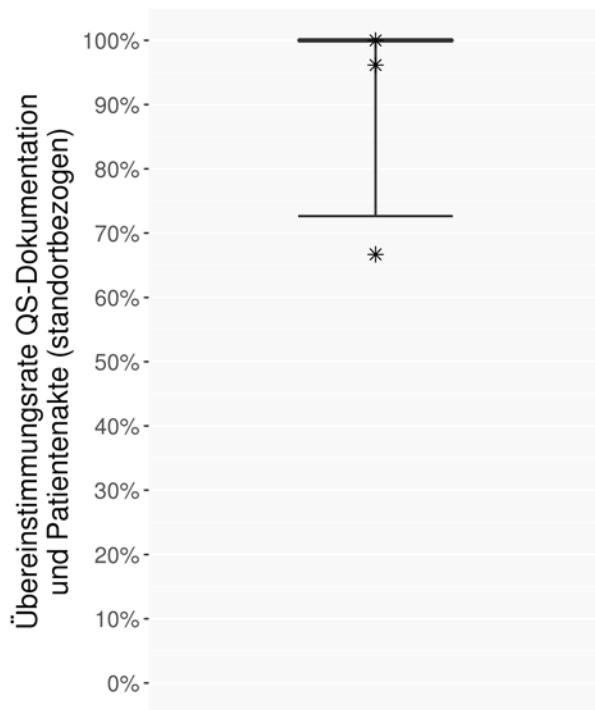


Abbildung 23: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

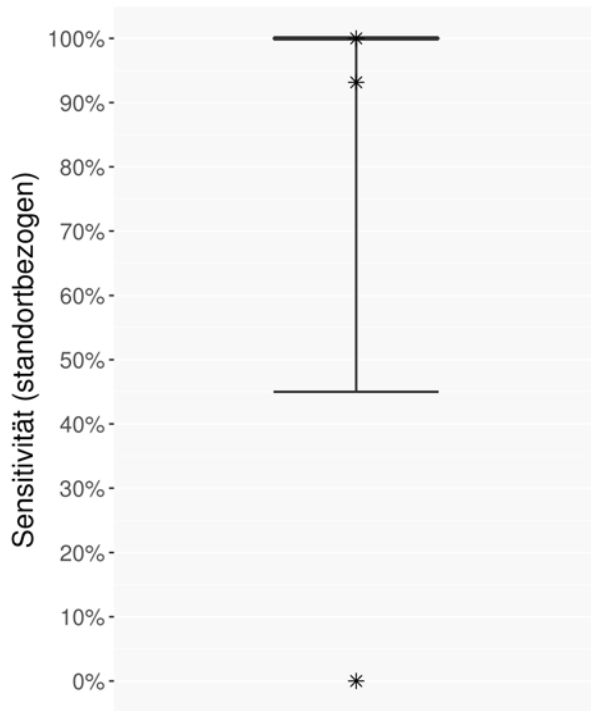


Abbildung 24: Sensitivität (standortbezogen)

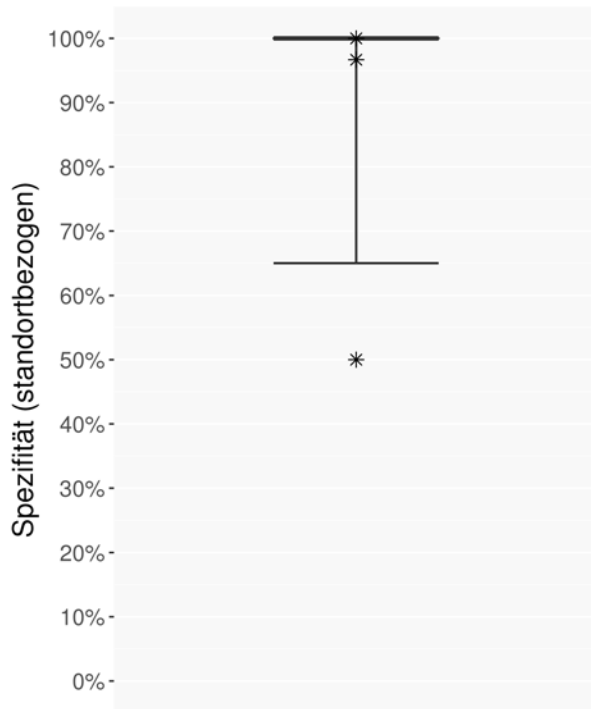


Abbildung 25: Spezifität (standortbezogen)

**2.2.5 Datenfeld 22: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen 1. eine Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung oder 2. als Erkrankung an dieser Brust „lokoregionäres Rezidiv nach BET oder nach Mastektomie“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	717	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	588	82,0 %

	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	
Angaben in der QS-Dokumentation	0	83 11,6 %	9 1,3 %	23 3,2 %	115 16 %
	1	4 0,6 %	481 67,1 %	101 14,1 %	586 81,7 %
	Nicht in QS-Dokumentation	0 0 %	11 1,5 %	5 0,7 %	16 2,2 %
	<b>Gesamt</b>	87 12,1 %	501 69,9 %	129 18 %	717 100 %

\* 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 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	564/588	95,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	24/588	4,1 %
Sensitivität	83/87	95,4 %
Spezifität	481/501	96,0 %
Positiv prädiktiver Wert	83/92	90,2 %
Negativ prädiktiver Wert	481/485	99,2 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	75,6 %	34
Standorte ohne Abweichungen	24,4 %	11

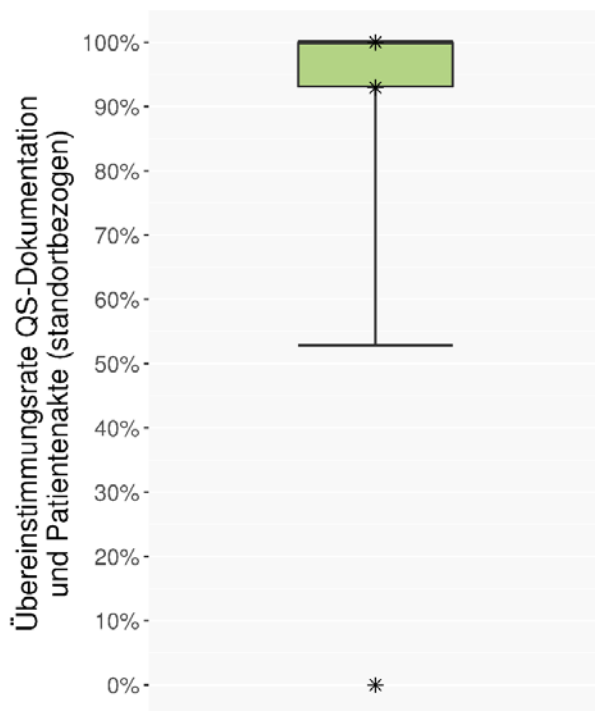


Abbildung 26: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

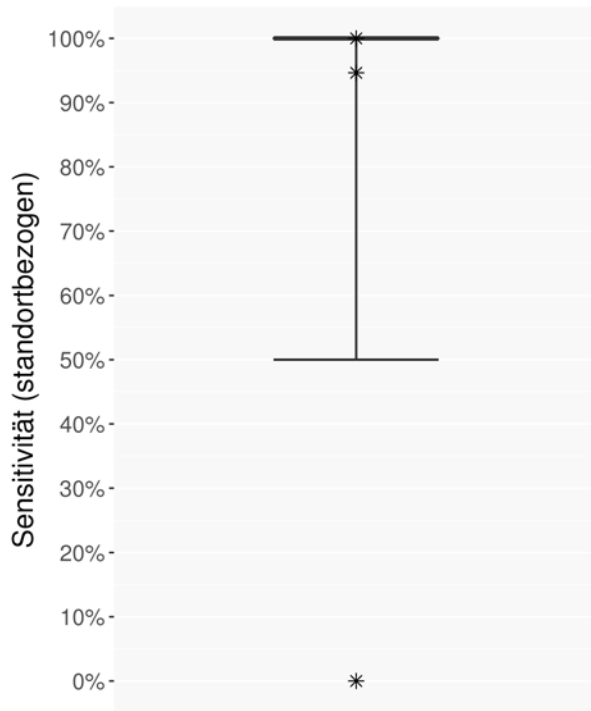


Abbildung 27: Sensitivität (standortbezogen)

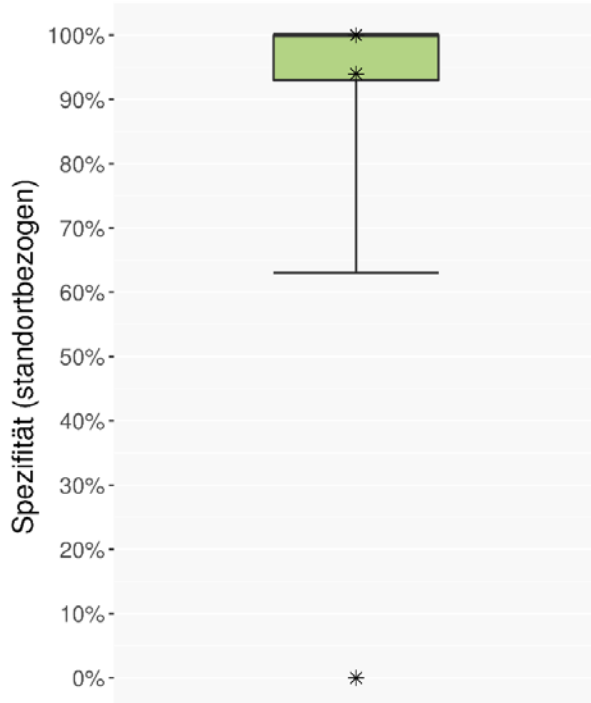


Abbildung 28: Spezifität (standortbezogen)

**2.2.6 Datenfeld 23: Histologie**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen eine prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	606	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	597	98,5 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		1	2	3	4	5	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	1	1 0,2 %	1 0,2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 0,3 %	
	2	0 0 %	33 5,4 %	2 0,3 %	0 0 %	1 0,2 %	3 0,5 %	39 6,4 %	
	3	0 0 %	0 0 %	17 2,8 %	0 0 %	1 0,2 %	0 0 %	18 3 %	
	4	0 0 %	1 0,2 %	0 0 %	7 1,2 %	3 0,5 %	0 0 %	11 1,8 %	
	5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 0,2 %	517 85,3 %	5 0,8 %	523 86,3 %	
	Nicht in QS-Dokumentation	1 0,2 %	4 0,7 %	1 0,2 %	0 0 %	6 1 %	1 0,2 %	13 2,1 %	
	<b>Gesamt</b>	2 0,3 %	39 6,4 %	20 3,3 %	8 1,3 %	528 87,1 %	9 1,5 %	606 100 %	

\* 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 = nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe
- 2 = benigne / entzündliche Veränderung
- 3 = benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial
- 4 = malignitätsverdächtig
- 5 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	575/597	96,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	22/597	3,7 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	37,8 %	17
Standorte ohne Abweichungen	62,2 %	28

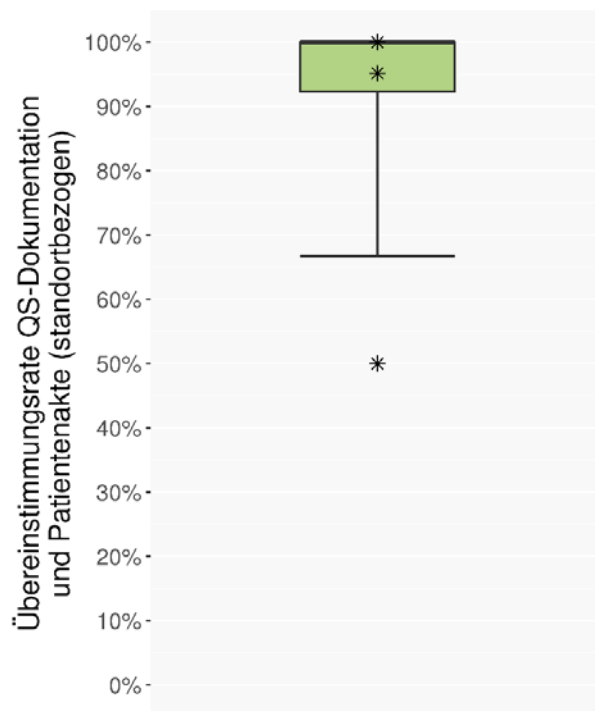


Abbildung 29: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)



**2.2.7 Datenfeld 24: maligne Neoplasie**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen als präoperativer histologischer Befund „maligne Histologie (einschließlich in-situ-Karzinome)“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	574	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	11	1,9 %
Angabe nicht in QS-Dokumentation	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	563	98,1 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	489	86,9 %

\* 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
Standorte mit Abweichungen	64,4 %	29
Standorte ohne Abweichungen	35,6 %	16

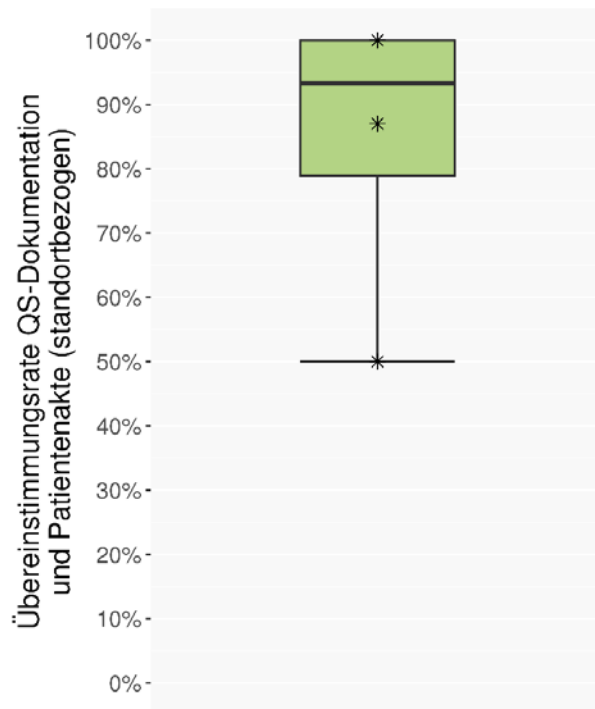


Abbildung 30: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.8 Datenfeld 25: Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen eine prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	606	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	52	8,6 %
Angabe nicht in QS-Dokumentation	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	554	91,4 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	372	67,1 %

\* 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
Standorte mit Abweichungen	73,3 %	33
Standorte ohne Abweichungen	26,7 %	10

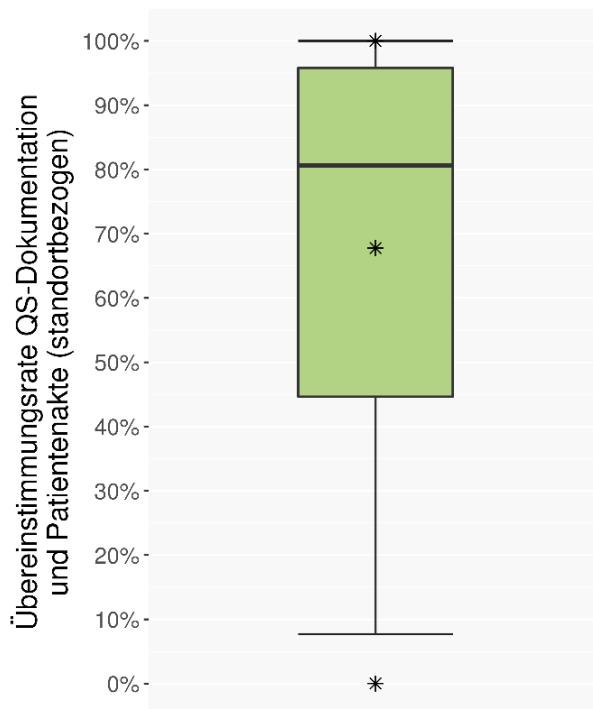


Abbildung 31: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.9 Datenfeld 28: präoperative tumorspezifische Therapie

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen, bei denen als Erkrankung an dieser Brust „Primärerkrankung“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	756	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	743	98,3 %

	Angaben in der Patientenakte				
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	626 82,8 %	7 0,9 %	10 1,3 %	643 85,1 %
	1	10 1,3 %	96 12,7 %	3 0,4 %	109 14,4 %
	Nicht in QS-Dokumentation	3 0,4 %	1 0,1 %	0 0 %	4 0,5 %
	Gesamt	639 84,5 %	104 13,8 %	13 1,7 %	756 100 %

\* 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 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	722/743	97,2 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	21/743	2,8 %
Sensitivität	626/639	98,0 %
Spezifität	96/104	92,3 %
Positiv prädiktiver Wert	626/633	98,9 %
Negativ prädiktiver Wert	96/106	90,6 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	28,9 %	13
Standorte ohne Abweichungen	71,1 %	32

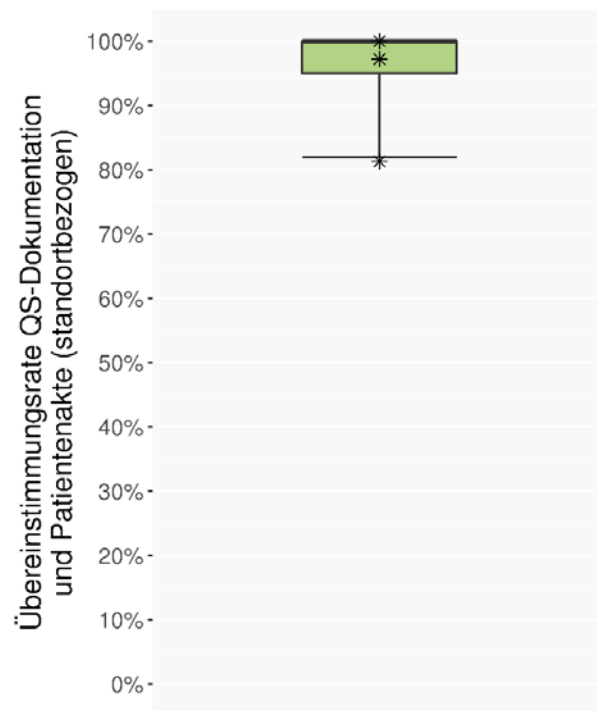


Abbildung 32: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

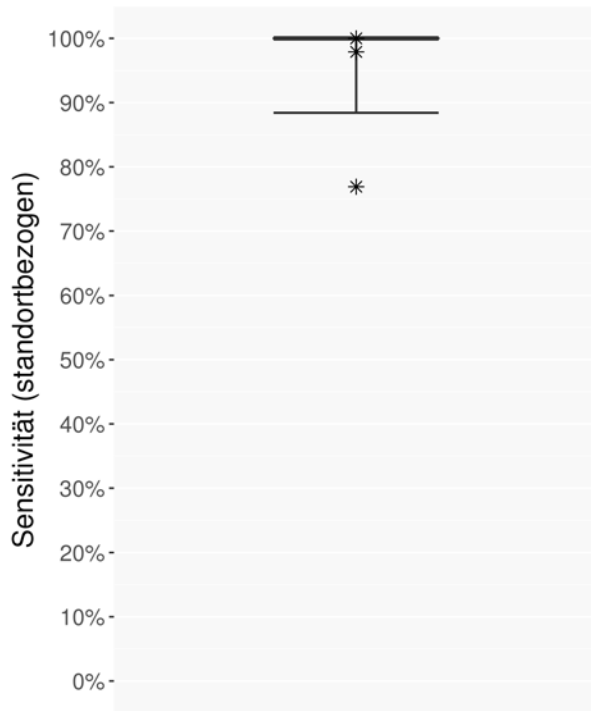


Abbildung 33: Sensitivität (standortbezogen)

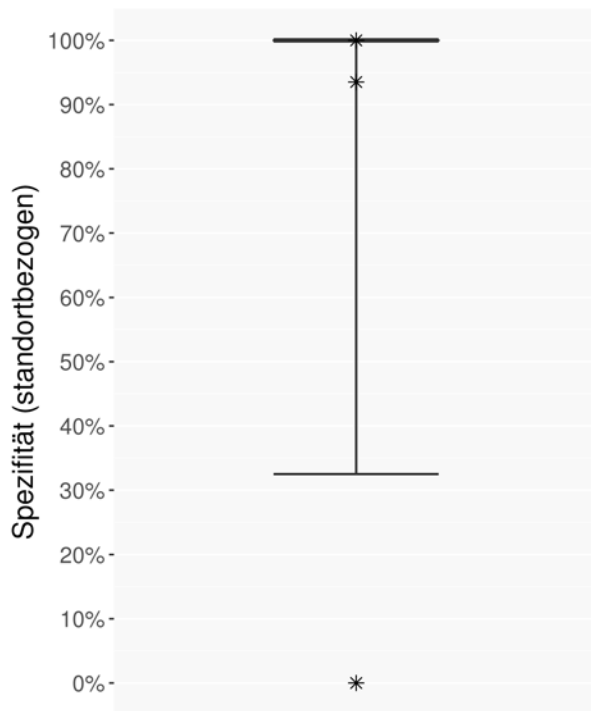


Abbildung 34: Spezifität (standortbezogen)

### 2.2.10 Datenfeld 35: präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	800	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	795	99,4 %

	Angaben in der Patientenakte						
		0	1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	520 65 %	16 2 %	24 3 %	0 0 %	3 0,4 %	563 70,4 %
	1	5 0,6 %	68 8,5 %	18 2,3 %	0 0 %	1 0,1 %	92 11,5 %
	2	30 3,8 %	3 0,4 %	105 13,1 %	0 0 %	1 0,1 %	139 17,4 %
	3	0 0 %	1 0,1 %	0 0 %	5 0,6 %	0 0 %	6 0,8 %
	<b>Gesamt</b>	555 69,4 %	88 11 %	147 18,4 %	5 0,6 %	5 0,6 %	800 100 %

\* 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 = nein

1 = ja, durch Mammographie

2 = ja, durch Sonographie

3 = ja, durch MRT

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	698/795	87,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	97/795	12,2 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	66,7 %	30
Standorte ohne Abweichungen	33,3 %	15

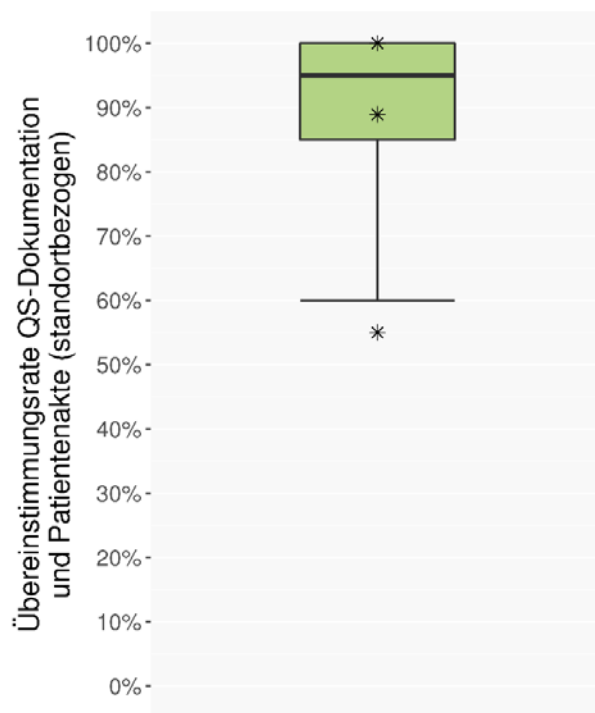


Abbildung 35: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.11 Datenfeld 36: intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen eine präoperative Draht-Markierung gesteuert durch Mammographie, Sonographie oder MRT in der QS-Dokumentation und/oder der Patientenakte dokumentiert wurde



	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	277	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	100	36,1 %

	Angaben in der Patientenakte					
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	18 6,5 %	3 1,1 %	0 0 %	11 4 %	32 11,6 %
	1	2 0,7 %	40 14,4 %	0 0 %	21 7,6 %	63 22,7 %
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	Nicht in QS-Dokumentation	19 6,9 %	18 6,5 %	0 0 %	145 52,3 %	182 65,7 %
	Gesamt	39 14,1 %	61 22 %	0 0 %	177 63,9 %	277 100 %

\* 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 = nein

1 = ja, intraoperative Präparateradiographie

2 = ja, intraoperative Präparatesonographie

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	58/100	58,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	42/100	42,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	63,2 %	24
Standorte ohne Abweichungen	36,8 %	14

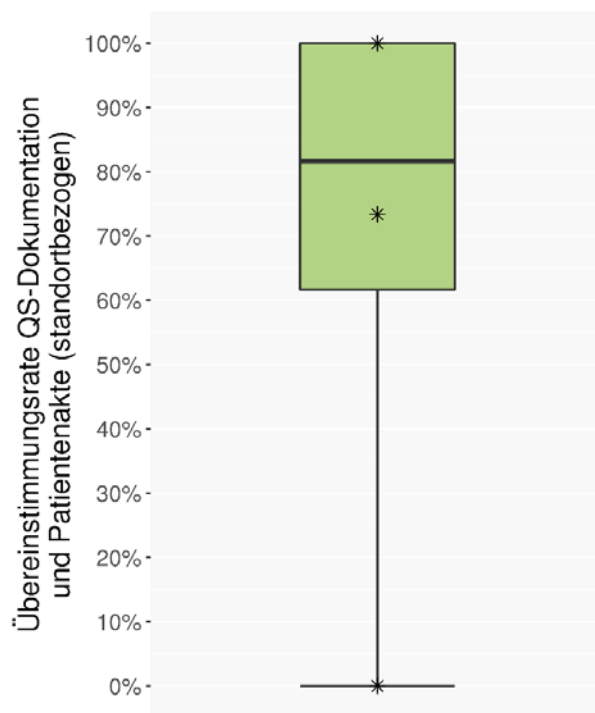


Abbildung 36: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.12 Datenfeld 46: Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	800	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	798	99,8 %

	Angaben in der Patientenakte						
		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	1	13 1,6 %	2 0,3 %	0 0 %	5 0,6 %	0 0 %	20 2,5 %
	2	6 0,8 %	99 12,4 %	0 0 %	5 0,6 %	1 0,1 %	111 13,9 %
	3	1 0,1 %	2 0,3 %	4 0,5 %	2 0,3 %	0 0 %	9 1,1 %
	4	1 0,1 %	1 0,1 %	0 0 %	657 82,1 %	1 0,1 %	660 82,5 %
	<b>Gesamt</b>	21 2,6 %	104 13 %	4 0,5 %	669 83,6 %	2 0,3 %	800 100 %

\* 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 = ausschließlich Normalgewebe
- 2 = benigne / entzündliche Veränderung
- 3 = Risikoläsion
- 4 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	773/798	96,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	25/798	3,1 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	37,8 %	17
Standorte ohne Abweichungen	62,2 %	28

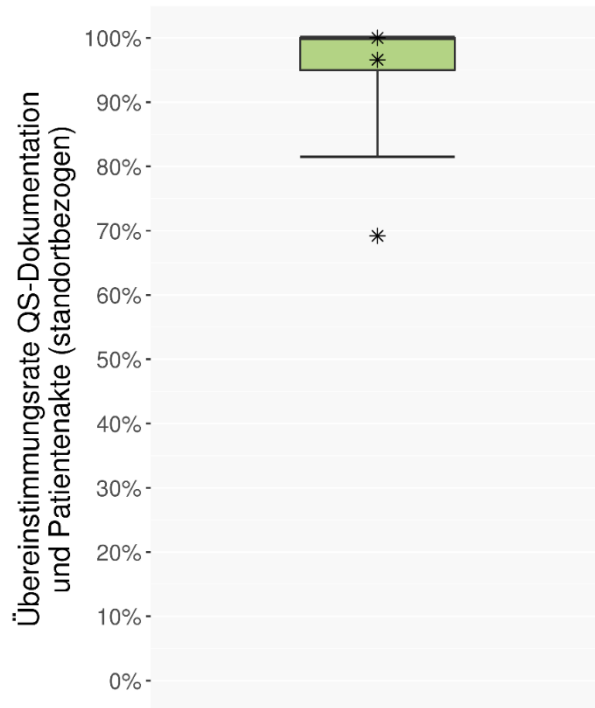


Abbildung 37: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.13 Datenfeld 47: maligne Neoplasie

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen als postoperativer histologischer Befund „maligne Histologie (einschließlich in-situ-Karzinome)“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	672	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	8	1,2 %
Angabe nicht in QS-Dokumentation	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	664	98,8 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	604	91 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	60,0 %	27

	%	Anzahl
Standorte ohne Abweichungen	40,0 %	18

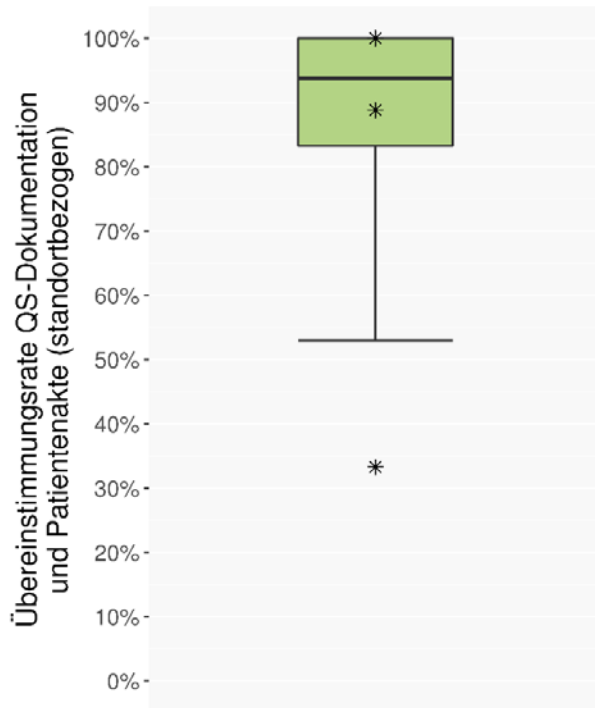


Abbildung 38: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

#### 2.2.14 Datenfeld 48: primär-operative Therapie abgeschlossen

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	800	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	783	97,9 %

	Angaben in der Patientenakte				
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	113 14,1 %	12 1,5 %	0 0 %	125 15,6 %
	1	11 1,4 %	647 80,9 %	17 2,1 %	675 84,4 %
	Gesamt	124 15,5 %	659 82,4 %	17 2,1 %	800 100 %

\* 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 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	760/783	97,1 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	23/783	2,9 %
Sensitivität	113/124	91,1 %
Spezifität	647/659	98,2 %
Positiv prädiktiver Wert	113/125	90,4 %
Negativ prädiktiver Wert	647/658	98,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	28,9 %	13
Standorte ohne Abweichungen	71,1 %	32

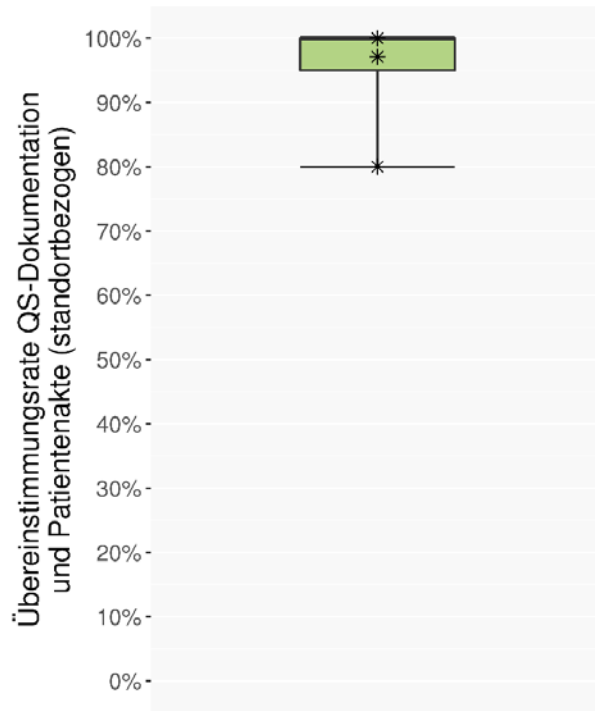


Abbildung 39: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

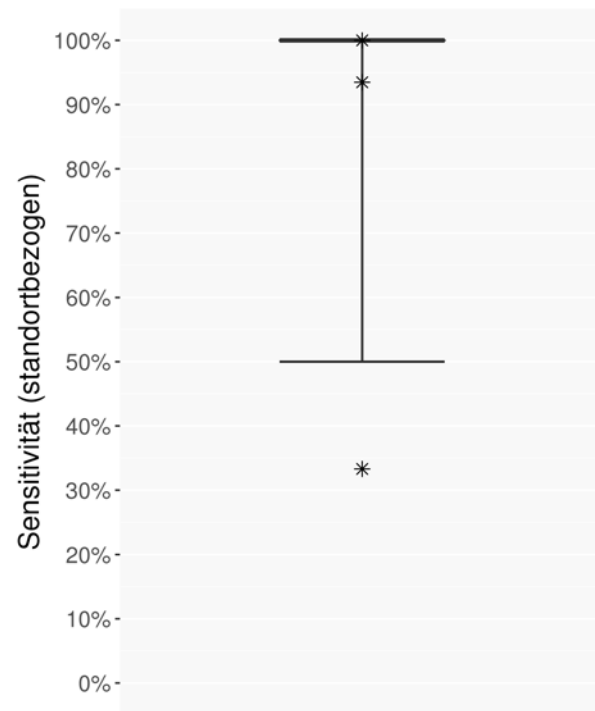


Abbildung 40: Sensitivität (standortbezogen)

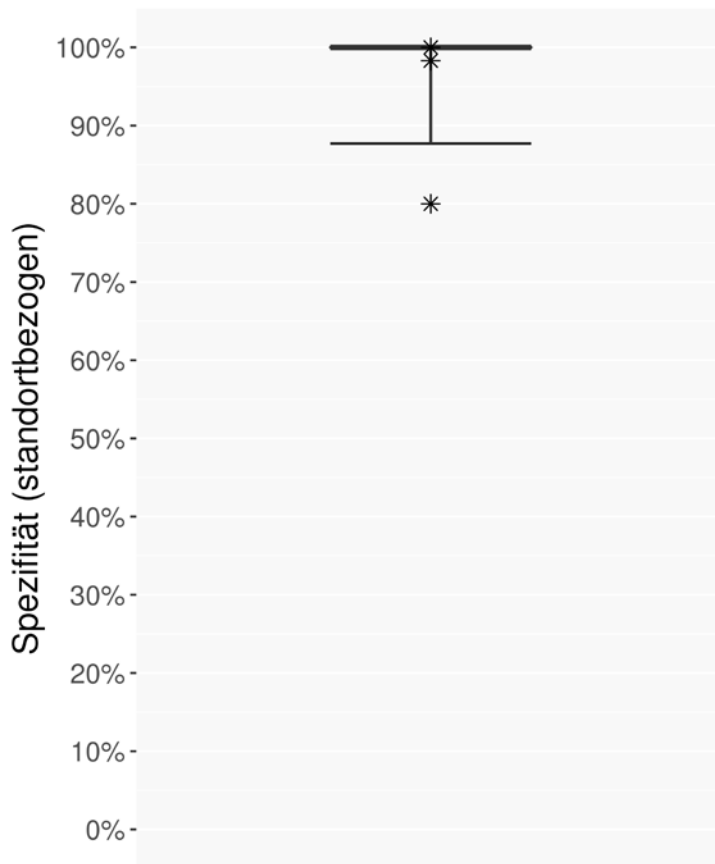


Abbildung 41: Spezifität (standortbezogen)

**2.2.15 Datenfeld 50: pT**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen als Erkrankung an dieser Brust „Primärerkrankung“ und primär-operative Therapie angeschlossen und als maligne Neoplasie invasives Mammakarzinom, Sarkom oder DCIS in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patientinnen)	516	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	21	4,1 %
Angabe nicht in QS-Dokumentation	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	495	95,9 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	458	92,5 %

\* 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
Standorte mit Abweichungen	48,9 %	22
Standorte ohne Abweichungen	51,1 %	23

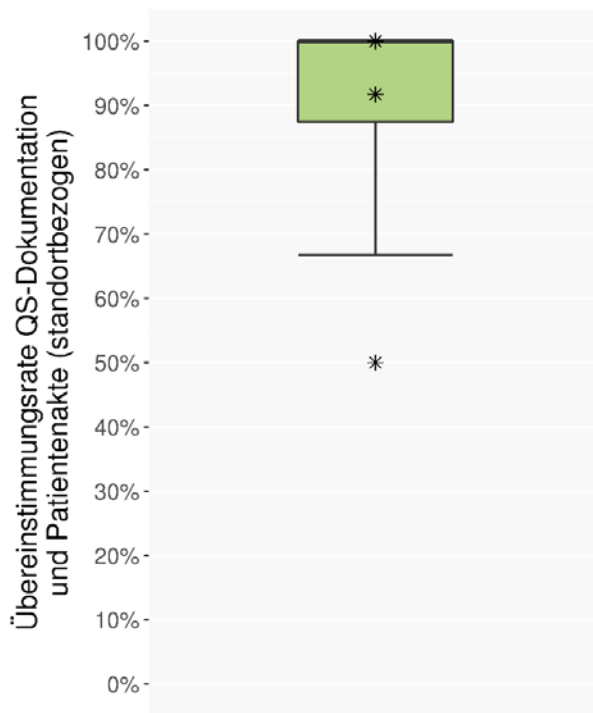


Abbildung 42: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.16 Datenfeld 51: pN

**Grundgesamtheit:** Patientinnen, bei denen als Erkrankung an dieser Brust „Primärerkrankung“ und primär-operative Therapie angeschlossen und als maligne Neoplasie invasives Mammakarzinom oder DCIS in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	515	100 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	22	4,3 %
Angabe nicht in QS-Dokumentation	0	0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	493	95,7 %

	Anzahl	%
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	427	86,6 %

\* 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
Standorte mit Abweichungen	55,6 %	25
Standorte ohne Abweichungen	44,4 %	20

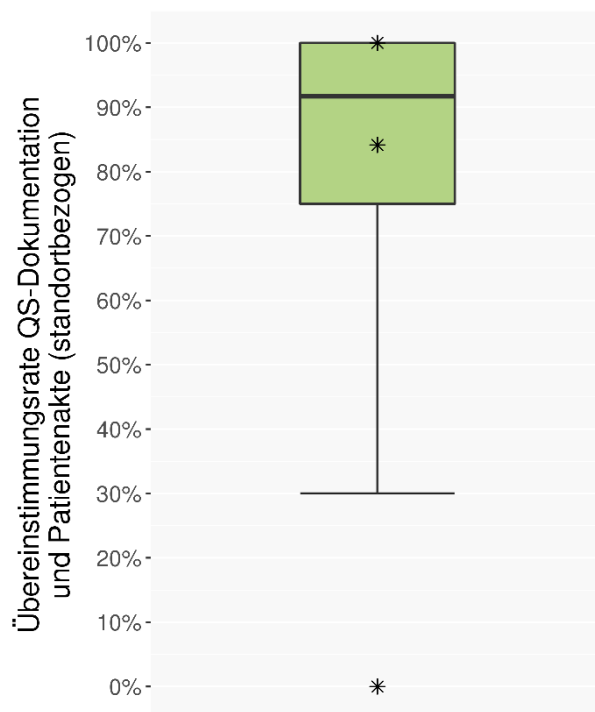


Abbildung 43: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**2.2.17 Datenfeld 56: Grading (WHO)**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie und als maligne Neoplasie Primärtumor invasives Karzinom

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	497	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	478	96,2 %

		Angaben in der Patientenakte						
Angaben in der QS-Dokumentation		1	2	3	X	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	1	88 17,7 %	3 0,6 %	2 0,4 %	0 0 %	1 0,2 %	94 18,9 %	
	2	2 0,4 %	227 45,7 %	5 1 %	0 0 %	7 1,4 %	241 48,5 %	
	3	0 0 %	2 0,4 %	119 23,9 %	1 0,2 %	7 1,4 %	129 26 %	
	X	1 0,2 %	1 0,2 %	0 0 %	10 2 %	0 0 %	12 2,4 %	
	Nicht in QS-Dokumentation	2 0,4 %	10 2 %	5 1 %	0 0 %	4 0,8 %	21 4,2 %	
	<b>Gesamt</b>	93 18,7 %	243 48,9 %	131 26,4 %	11 2,2 %	19 3,8 %	497 100 %	

\* 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 = gut differenziert

2 = mäßig differenziert

3 = schlecht differenziert

X = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	444/478	92,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	34/478	7,1 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	46,7 %	21
Standorte ohne Abweichungen	53,3 %	24

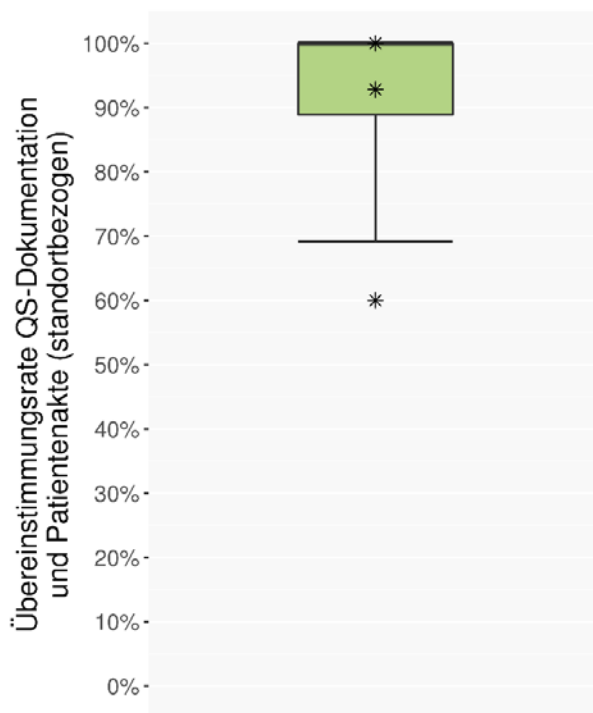


Abbildung 44: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.18 Datenfeld 58: HER-2/neu-Status

**Grundgesamtheit:** Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie und als maligne Neoplasie Primärtumor invasives Karzinom

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	497	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	475	95,6 %

		Angaben in der Patientenakte					
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	0	388 78,1 %	7 1,4 %	0 0 %	14 2,8 %	409 82,3 %	
	1	5 1 %	55 11,1 %	0 0 %	3 0,6 %	63 12,7 %	
	9	1 0,2 %	0 0 %	3 0,6 %	0 0 %	4 0,8 %	
	Nicht in QS-Dokumentation	13 2,6 %	3 0,6 %	0 0 %	5 1 %	21 4,2 %	
		407 81,9 %	65 13,1 %	3 0,6 %	22 4,4 %	497 100 %	
	<b>Gesamt</b>						

\* 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 = negativ

1 = positiv

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	446/475	93,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	29/475	6,1 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	42,2 %	19
Standorte ohne Abweichungen	57,8 %	26

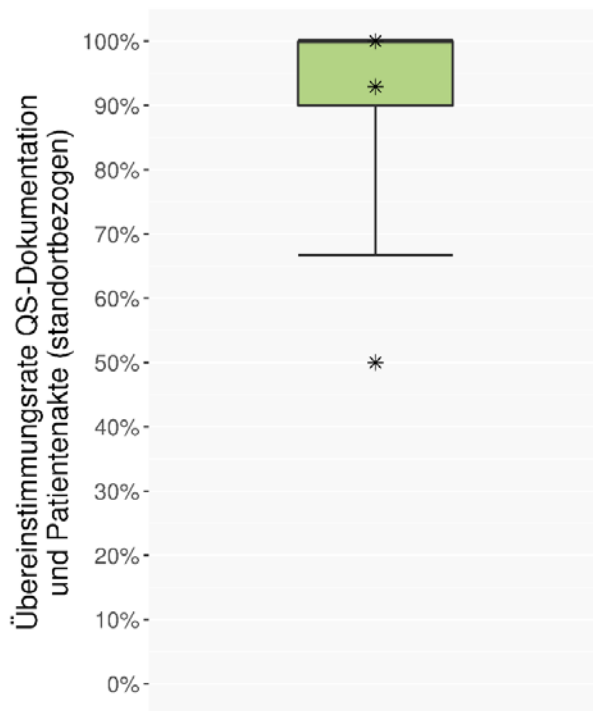


Abbildung 45: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.19 Datenfeld 60: R0-Resektion

**Grundgesamtheit:** Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie und als maligne Neoplasie Primärtumor invasives Karzinom oder DCIS

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	550	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	521	94,7 %

		Angaben in der Patientenakte					
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	8	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	9 1,6 %	13 2,4 %	0 0 %	0 0 %	2 0,4 %	24 4,4 %
	1	7 1,3 %	460 83,6 %	0 0 %	0 0 %	17 3,1 %	484 88 %
	8	1 0,2 %	1 0,2 %	2 0,4 %	0 0 %	0 0 %	4 0,7 %
	9	0 0 %	2 0,4 %	0 0 %	8 1,5 %	0 0 %	10 1,8 %
	Nicht in QS-Dokumentation	3 0,5 %	15 2,7 %	0 0 %	0 0 %	10 1,8 %	28 5,1 %
	Gesamt	20 3,6 %	491 89,3 %	2 0,4 %	8 1,5 %	29 5,3 %	550 100 %

\* 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 = nein

1 = ja

8 = es liegen keine Angaben vor

9 = Vollremission nach neoadjuvanter Therapie

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	479/521	91,9 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	42/521	8,1 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	40,0 %	18
Standorte ohne Abweichungen	60,0 %	27

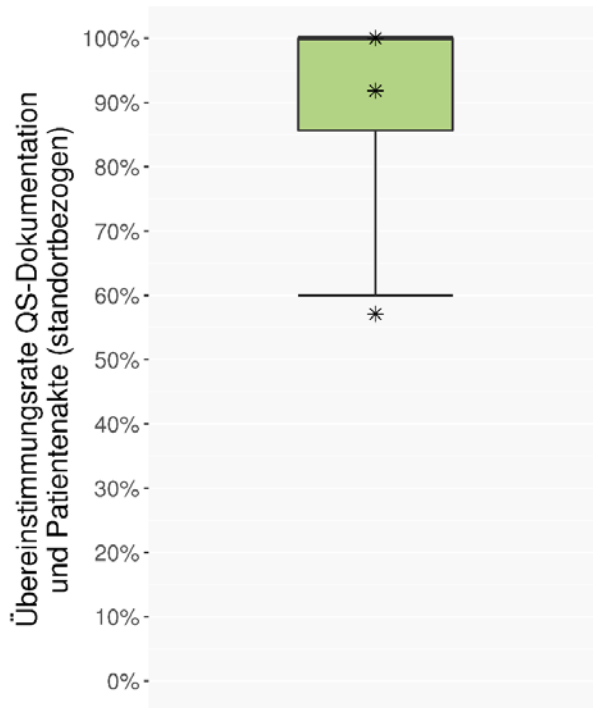


Abbildung 46: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.20 Datenfeld 63: brusterhaltende Therapie (BET)

**Grundgesamtheit:** Patientinnen mit Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv nach BET und abgeschlossener primär-operativer Therapie und maligner Neoplasie invasives Karzinom o-der DCIS

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	538	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	520	96,7 %



		Angaben in der Patientenakte					
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	144 26,8 %	8 1,5 %	2 0,4 %	0 0 %	6 1,1 %	160 29,7 %
	1	1 0,2 %	335 62,3 %	1 0,2 %	0 0 %	8 1,5 %	345 64,1 %
	2	2 0,4 %	0 0 %	8 1,5 %	0 0 %	1 0,2 %	11 2 %
	3	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 0,4 %	0 0 %	2 0,4 %
	Nicht in QS-Dokumentation	6 1,1 %	11 2 %	0 0 %	0 0 %	3 0,6 %	20 3,7 %
	Gesamt	153 28,4 %	354 65,8 %	11 2 %	2 0,4 %	18 3,3 %	538 100 %

\* 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 = nein

1 = ja

2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)

3 = ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	489/520	94,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	31/520	6,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	44,4 %	20
Standorte ohne Abweichungen	55,6 %	25

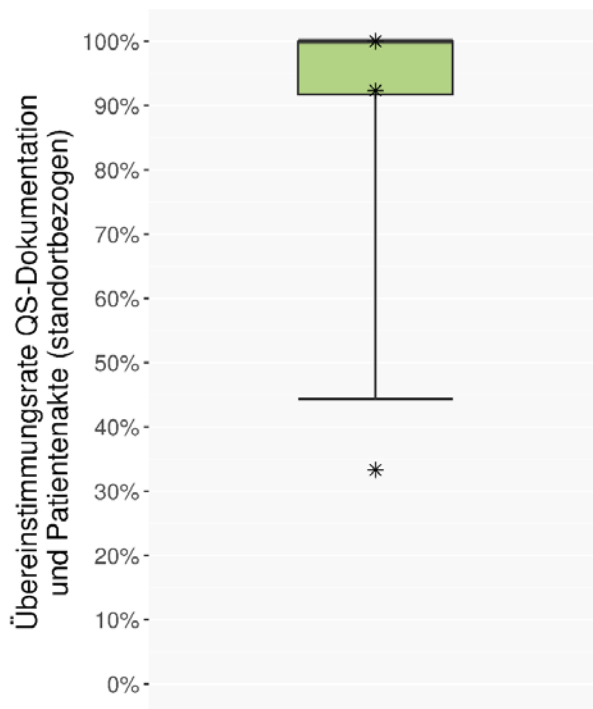


Abbildung 47: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.21 Datenfeld 64: axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt

**Grundgesamtheit:** Patientinnen mit Primärerkrankung und abgeschlossener primär-operativer Therapie und maligner Neoplasie invasives Karzinom oder DCIS

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	515	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	495	96,1 %

		Angaben in der Patientenakte				
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	228 44,3 %	8 1,6 %	3 0,6 %	10 1,9 %	249 48,3 %
	1	44 8,5 %	70 13,6 %	9 1,7 %	2 0,4 %	125 24,3 %
	2	3 0,6 %	4 0,8 %	107 20,8 %	6 1,2 %	120 23,3 %
	Nicht in QS-Dokumentation	13 2,5 %	4 0,8 %	2 0,4 %	2 0,4 %	21 4,1 %
	Gesamt	288 55,9 %	86 16,7 %	121 23,5 %	20 3,9 %	515 100 %

\* 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 = nein

1 = ja, einzelne Lymphknoten

2 = ja, Axilladissektion

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	405/495	81,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	90/495	18,2 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	68,9 %	31
Standorte ohne Abweichungen	31,1 %	14

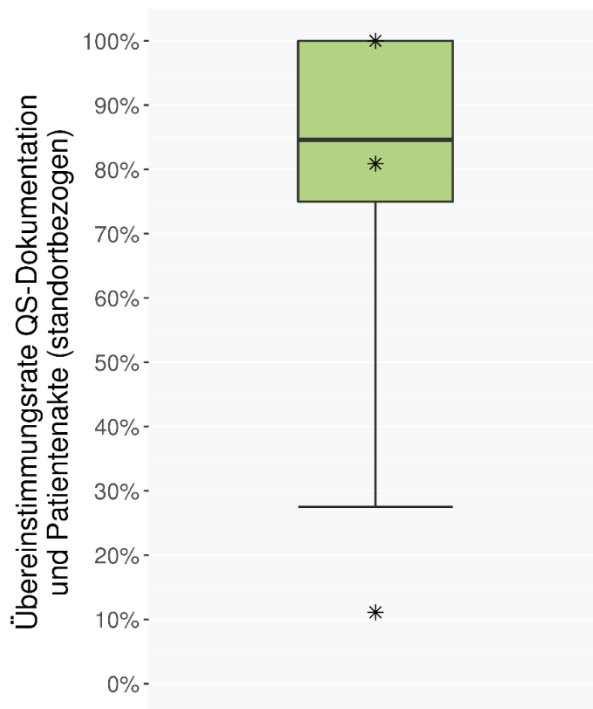


Abbildung 48: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 2.2.22 Datenfeld 65: Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt

**Grundgesamtheit:** Patientinnen mit Primärerkrankung und abgeschlossener primär-operativer Therapie und maligner Neoplasie invasives Karzinom oder DCIS

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	515	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	499	96,9 %

	Angaben in der Patientenakte				
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	143 27,8 %	5 1 %	5 1 %	153 29,7 %
	1	14 2,7 %	318 61,7 %	9 1,7 %	341 66,2 %
	Nicht in QS-Dokumentation	2 0,4 %	17 3,3 %	2 0,4 %	21 4,1 %
	Gesamt	159 30,9 %	340 66 %	16 3,1 %	515 100 %

\* 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 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	461/499	92,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	38/499	7,6 %
Sensitivität	143/159	89,9 %
Spezifität	318/340	93,5 %
Positiv prädiktiver Wert	143/148	96,6 %
Negativ prädiktiver Wert	318/332	95,8 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	55,6 %	25

	%	Anzahl
Standorte ohne Abweichungen	44,4 %	20

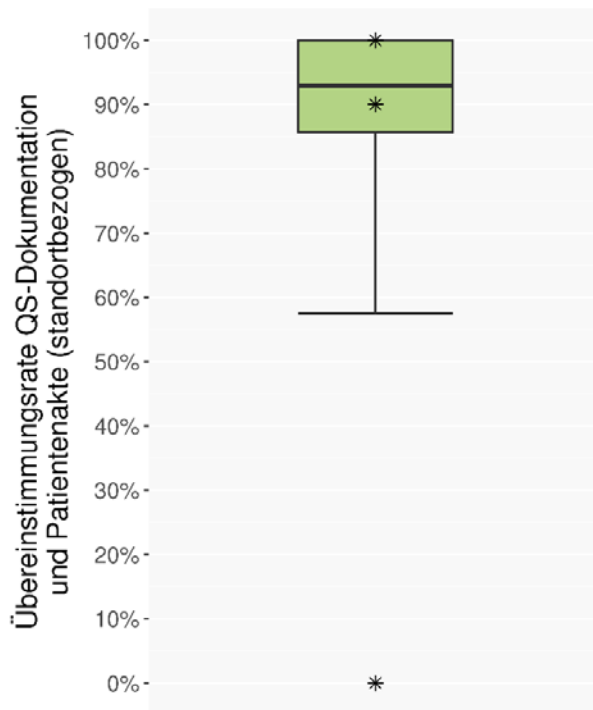


Abbildung 49: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

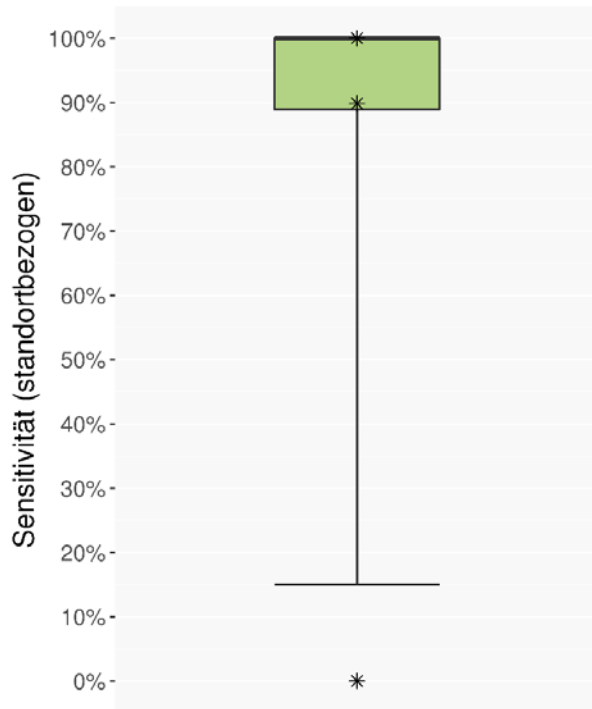


Abbildung 50: Sensitivität (standortbezogen)

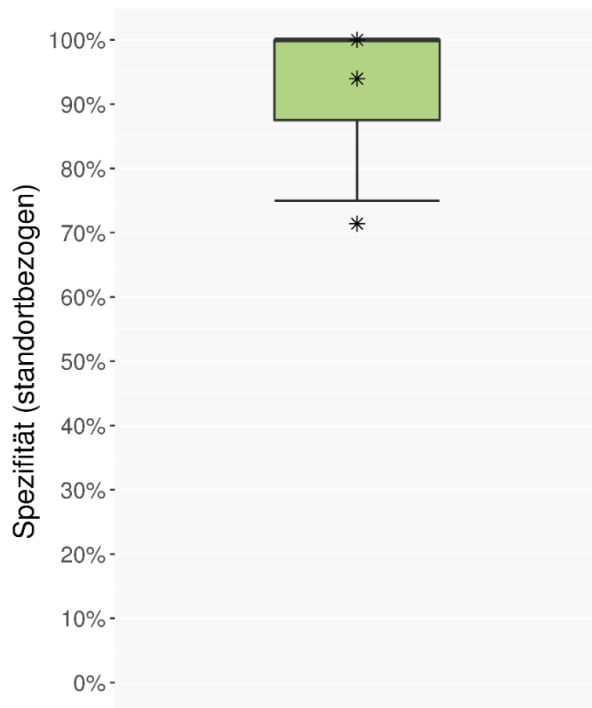


Abbildung 51: Spezifität (standortbezogen)

**2.2.23 Datenfeld 75: Entlassungsgrund**

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	800	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	797	99,6 %

		Angaben in der Patientenakte			
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	797 99,6 %	0 0 %	3 0,4 %	800 100 %
	1	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	Gesamt	797 99,6 %	0 0 %	3 0,4 %	800 100 %

\* 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	797/797	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/797	0,0 %
Sensitivität	797/797	100,0 %
Spezifität	0/0	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	797/797	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	0/0	100,0 %



	<b>%</b>	<b>Anzahl</b>
Standorte mit Abweichungen	0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100 %	45

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3 Umfassende Datenvalidierung: Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

#### 3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

##### 3.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

###### AK 850354: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“

<b>Zähler</b>	Patienten, die im Krankenhaus verstarben.
<b>Nenner</b>	Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden und mit der Angabe einer "sonstigen" Operation.
<b>Referenzbereich</b>	$\leq 2$
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

###### AK 850355: Risikoadjustierung nach dem KBA-Score vermehrt nicht möglich

<b>Zähler</b>	Patienten, bei denen unvollständige Angaben zum KBA-Score vorliegen.
<b>Nenner</b>	Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden.
<b>Referenzbereich</b>	$< 3,00 \%$
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

###### AK 850356: Ungewöhnliches Risikoprofil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

<b>Zähler</b>	O / E unter Berücksichtigung der Variablen Alter und Geschlecht.
<b>Nenner</b>	O / E unter Berücksichtigung aller Risikofaktoren des KBA-Scores.
<b>Referenzbereich</b>	$\leq 3,05$ (95. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

**AK 850325: Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen**

<b>Zähler</b>	Lebend entlassene Patienten
<b>Nenner</b>	Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden
<b>Referenzbereich</b>	< 100,00 %
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	50

### 3.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850354	43	2	10,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850355	83	10	52,6	0	0,0	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850356	75	5	26,3	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850325	83	2	10,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>

### 3.1.3 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850354	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850355	10	3	30,0	0	0,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850356	5	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
850325	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>47,4</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>10</b>	<b>52,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>

### 3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

#### 3.2.1 Datenfeld 2: entlassender Standort

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte			
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	40 50 %	0 0 %	0 0 %	40 50 %
	1	0 0 %	40 50 %	0 0 %	40 50 %
	Gesamt	40 50 %	40 50 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = Standort 00

1 = Standort 01

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3.2.2 Datenfeld 7: Geburtsdatum (Geburtsjahr)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	80	100,0 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0,0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	80	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	80	100,0 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3.2.3 Datenfeld 9: Körpergröße

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	80	100,0 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0,0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	80	100,0 %

	Anzahl	%
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	69	86,3 %

\* 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
Standorte mit Abweichungen	100,0 %	4
Standorte ohne Abweichungen	0,0 %	0

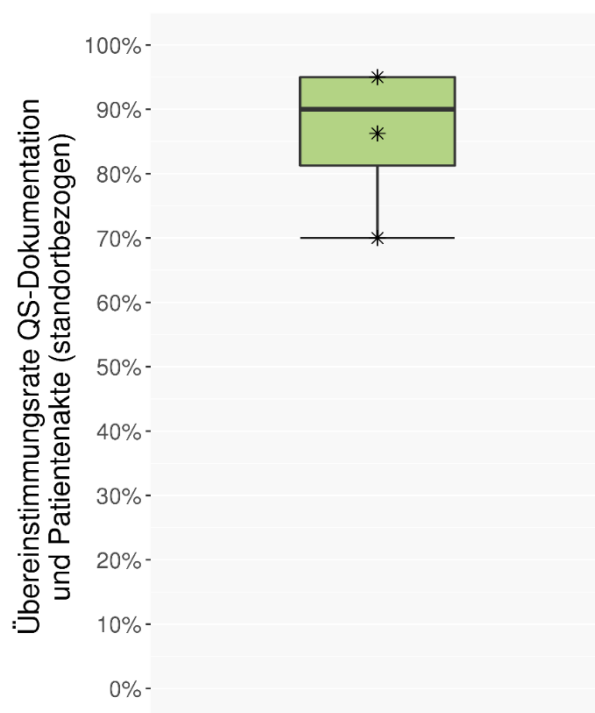


Abbildung 52: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.4 Datenfeld 11: Körpergewicht bei Aufnahme

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	80	100,0 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0,0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	80	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	68	85,0 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	75,0 %	3
Standorte ohne Abweichungen	25,0 %	1

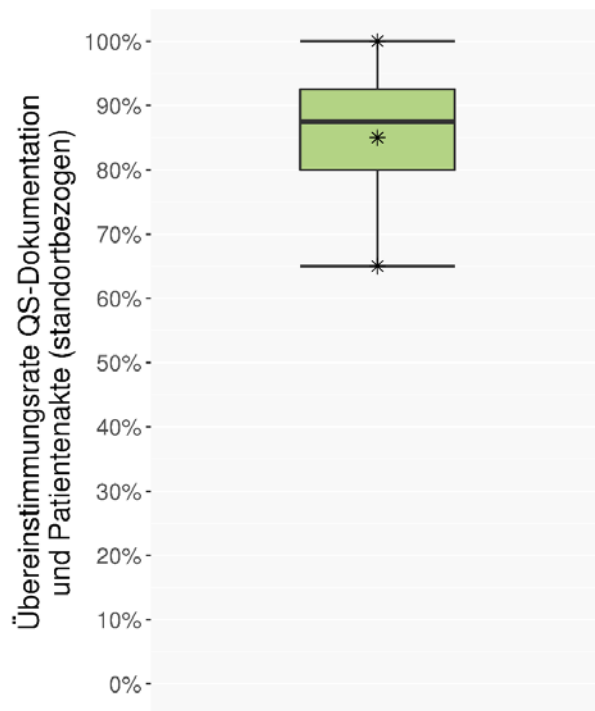


Abbildung 53: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)



**3.2.5 Datenfeld 13: klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	76	95,0 %

		Angaben in der Patientenakte					
		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	1	4 5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	4 5 %
	2	2 2,5 %	13 16,3 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	17 21,3 %
	3	5 6,3 %	3 3,8 %	29 36,3 %	2 2,5 %	2 2,5 %	41 51,3 %
	4	0 0 %	1 1,3 %	9 11,3 %	6 7,5 %	2 2,5 %	18 22,5 %
	Gesamt	11 13,8 %	17 21,3 %	40 50 %	8 10 %	4 5 %	80 100 %

\* 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 = Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit
- 2 = Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung
- 3 = Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung
- 4 = Beschwerden in Ruhe

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	52/76	68,4 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	24/76	31,6 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	75,0 %	3
Standorte ohne Abweichungen	25,0 %	1

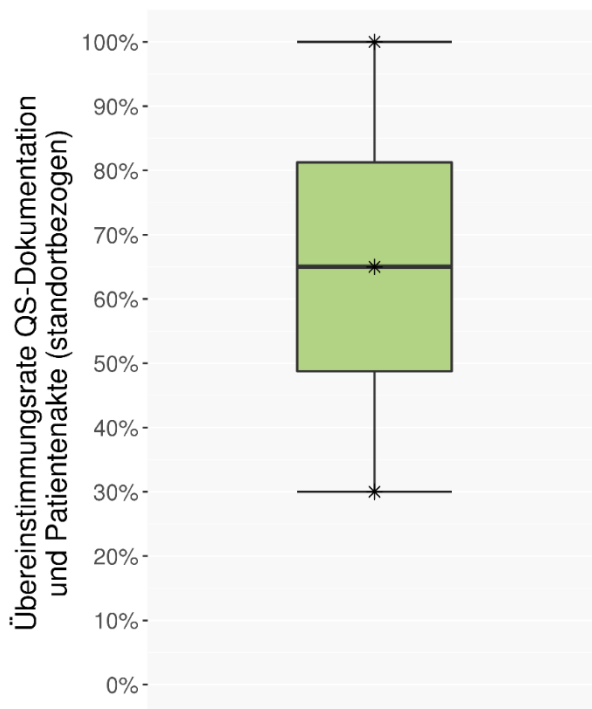


Abbildung 54: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.6 Datenfeld 15: Infarkt(e)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte								
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	8	9	aus PA nicht ersichtlich*	Ge- sammt
	0	60 75 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	61 76,3 %
	1	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %
	2	1 1,3 %	0 0 %	7 8,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	8 10 %
	3	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %
	4	2 2,5 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	3 3,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	6 7,5 %
	8	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Ge- sammt</b>	63 78,8 %	2 2,5 %	9 11,3 %	1 1,3 %	4 5 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = nein

1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden

2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage

3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück

4 = ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück

8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	74/80	92,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/80	7,5 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	50,0 %	2
Standorte ohne Abweichungen	50,0 %	2

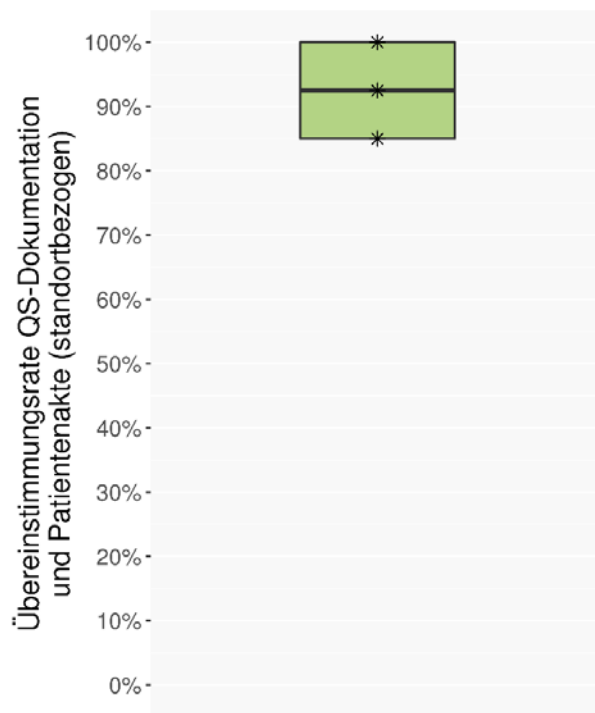


Abbildung 55: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**3.2.7 Datenfeld 16: kardiogener Schock/ Dekompensation**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	8	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	69 86,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	69 86,3 %
	1	0 0 %	3 3,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 3,8 %
	2	0 0 %	0 0 %	5 6,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	5 6,3 %
	3	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 3,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 3,8 %
	8	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 %
	<b>Gesamt</b>	69 86,3 %	3 3,8 %	5 6,3 %	3 3,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = nein

1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunde

2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage

3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage

8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.8 Datenfeld 17: Reanimation****Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	8	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	79 98,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	79 98,8 %
	1	0 0 %	0 0 %	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 %	0 0 %	0 0 %
	3	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %
	8	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 %
	<b>Gesamt</b>	80 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = nein

1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden

2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage

3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tag

8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/80	98,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/80	1,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	25,0 %	1
Standorte ohne Abweichungen	75,0 %	3

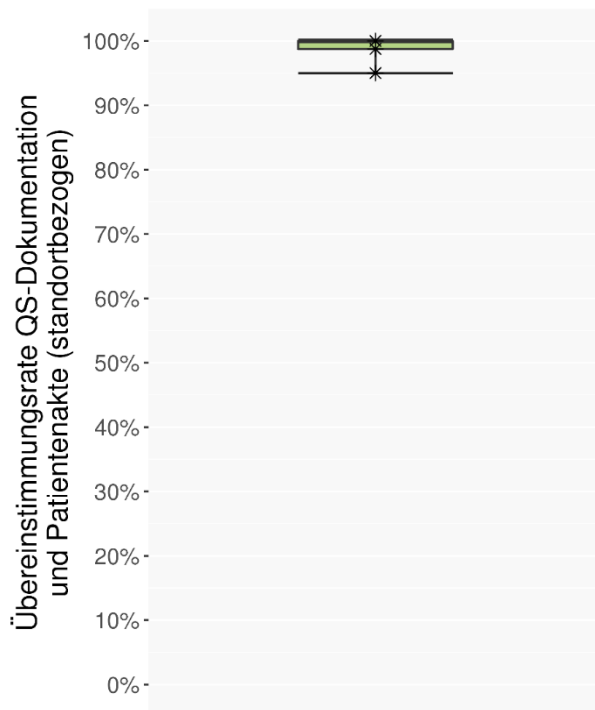


Abbildung 56: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.9 Datenfeld 18: Patient wird beatmet

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %



		Angaben in der Patientenakte			
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	80	0	0	80
		100 %	0 %	0 %	100 %
	1	0	0	0	0
		0 %	0 %	0 %	0 %
<b>Gesamt</b>	80	0	0	80	
	100 %	0 %	0 %	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 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %
Sensitivität	80/80	100,0 %
Spezifität	0/0	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	80/80	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	0/0	100,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.10 Datenfeld 20: Herzrhythmus bei Aufnahme**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte						Gesamt
	0	1	2	9	aus PA nicht ersichtlich*		
Angaben in der QS-Dokumentation	0	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	1	0 0 %	67 83,8 %	2 2,5 %	1 1,3 %	0 0 %	70 87,5 %
	2	0 0 %	4 5 %	5 6,3 %	0 0 %	0 0 %	9 11,3 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	1 1,3 %
	Gesamt	0 0 %	71 88,8 %	7 8,8 %	2 2,5 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = Sinusrhythmus
- 2 = Vorhofflimmern
- 9 = anderer Rhythmus

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	73/80	91,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7/80	8,7 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	100,0 %	4
Standorte ohne Abweichungen	0,0 %	0

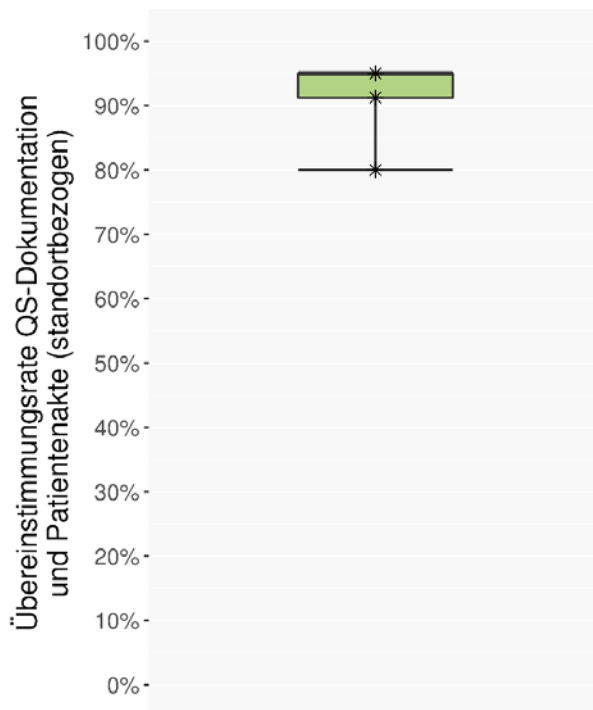


Abbildung 57: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.11 Datenfeld 22: Einstufung nach ASA- Klassifikation

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		1	2	3	4	5	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	1	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	
	3	0 0 %	0 0 %	45 56,3 %	14 17,5 %	0 0 %	0 0 %	59 73,8 %	
	4	0 0 %	0 0 %	3 3,8 %	17 21,3 %	0 0 %	0 0 %	20 25 %	
	5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	
	<b>Gesamt</b>	0 0 %	0 0 %	48 60 %	32 40 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %	

\* 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 = normaler, gesunder Patient

2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung

3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung

4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt

5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	62/80	77,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	18/80	22,5 %

	<b>%</b>	<b>Anzahl</b>
Standorte mit Abweichungen	100,0 %	4
Standorte ohne Abweichungen	0,0 %	0

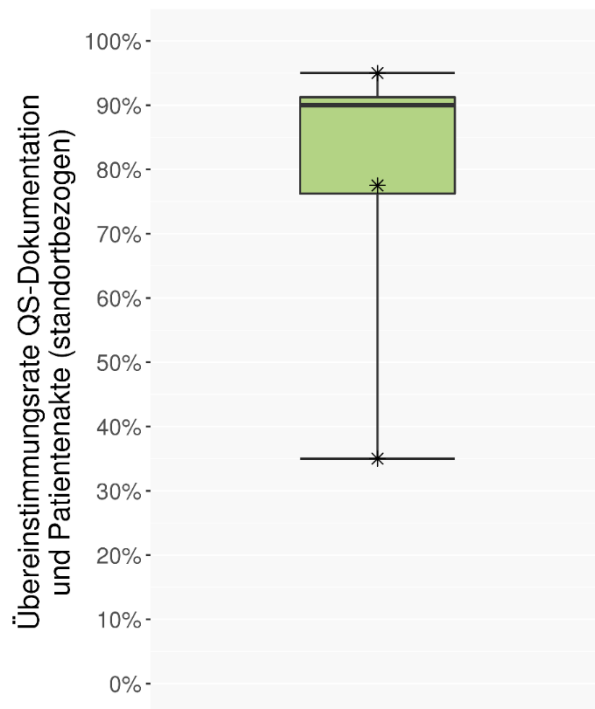


Abbildung 58: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.12 Datenfeld 23: LVEF

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	<b>Anzahl</b>	<b>%</b>
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte						
		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	1	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	2	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %
	3	0 0 %	0 0 %	28 35 %	1 1,3 %	0 0 %	29 36,3 %
	4	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	48 60 %	0 0 %	49 61,3 %
	<b>Gesamt</b>	0 0 %	2 2,5 %	29 36,3 %	49 61,3 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = ≤ 20 %
- 2 = 21 % - 30 %
- 3 = 31 % - 50 %
- 4 = > 50 %

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	78/80	97,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/80	2,5 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	50,0 %	2
Standorte ohne Abweichungen	50,0 %	2

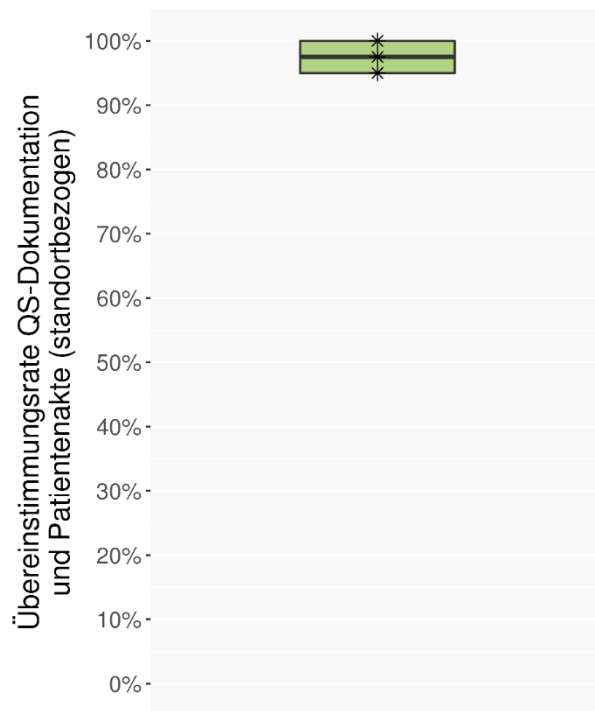


Abbildung 59: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.13 Datenfeld 28: akute Infektion(en)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte						
Angaben in der QS-Dokumentation		0	2	3	5	10	aus PA nicht er-sicht-lich*	Gesamt
	0	74 92,5 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	75 93,8 %
	2	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %
	3	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %
	5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %
	10	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	1 0 %
	<b>Gesamt</b>	74 92,5 %	1 1,3 %	1 1,3 %	3 3,8 %	1 1,3 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = keine
- 2 = Bakteriämie
- 3 = broncho-pulmonale Infektion
- 5 = floride Endokarditis
- 10 = Harnwegsinfektion

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/80	98,8 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/80	1,3 %



	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	25,0 %	1
Standorte ohne Abweichungen	75,0 %	3

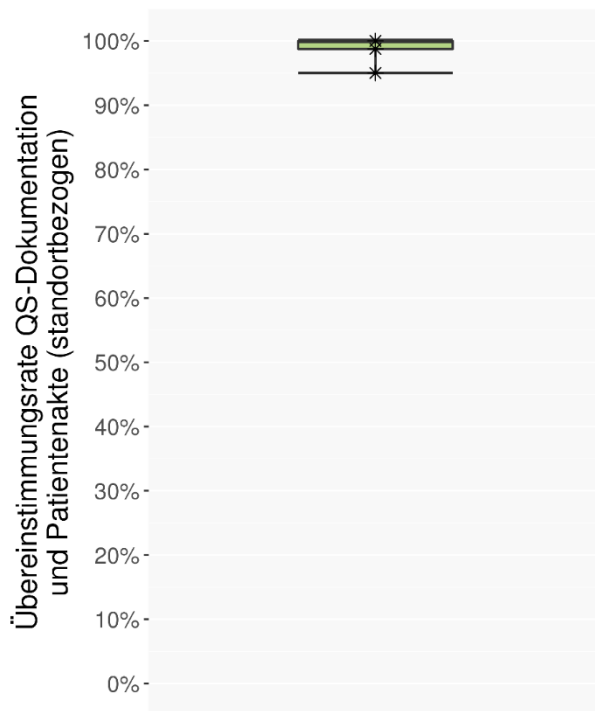


Abbildung 60: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.14 Datenfeld 29: Diabetes mellitus

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	49 61,3 %	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	51 63,8 %
	1	0 0 %	6 7,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	6 7,5 %
	2	1 1,3 %	0 0 %	13 16,3 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	15 18,8 %
	3	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	7 8,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	8 10 %
	4	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 %
	<b>Gesamt</b>	50 62,5 %	6 7,5 %	16 20 %	7 8,8 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = nein

1 = ja, diätetisch behandelt

2 = ja, orale Medikation

3 = ja, mit Insulin behandelt

4 = ja, unbehandelt

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	75/80	93,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5/80	6,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	50,0 %	2
Standorte ohne Abweichungen	50,0 %	2

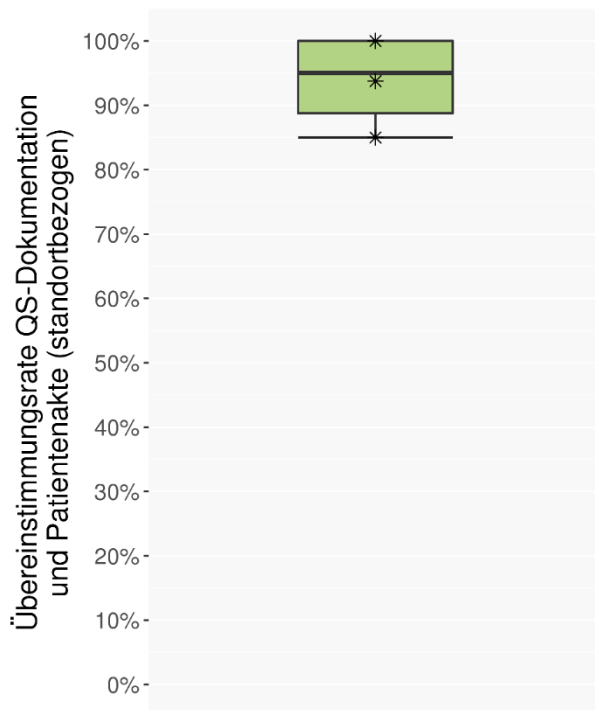


Abbildung 61: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

**3.2.15 Datenfeld 30: arterielle Gefäßerkrankung**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte					
		0	1	9	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	59 73,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	59 73,8 %
	1	8 10 %	13 16,3 %	0 0 %	0 0 %	21 26,3 %
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	67 83,8 %	13 16,3 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = nein

1 = ja

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	72/80	90,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8/80	10,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	75,0 %	3
Standorte ohne Abweichungen	25,0 %	1

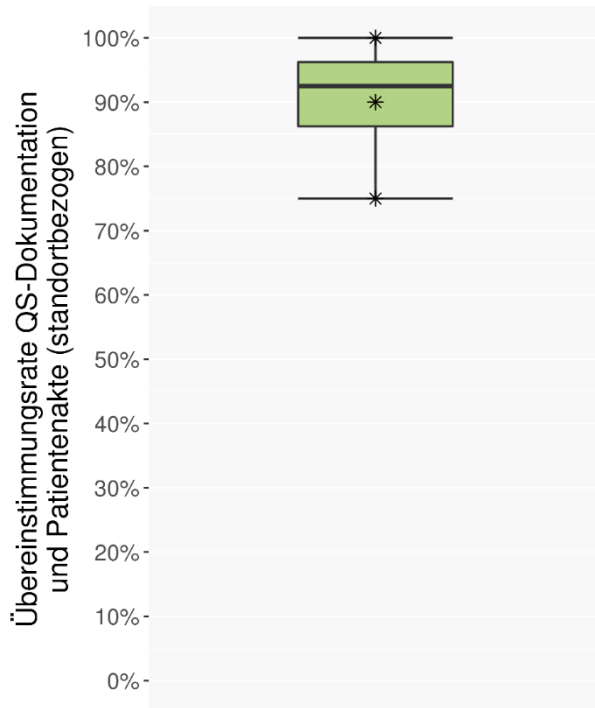


Abbildung 62: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.16 Datenfeld 35: Lungenerkrankung(en)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	8	9	aus PA nicht er-sicht-lich*	Gesamt	
	0	67 83,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	67 83,8 %	
	1	0 0 %	3 3,8 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	5 6,3 %	
	2	0 0 %	1 1,3 %	6 7,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	7 8,8 %	
	8	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	
	9	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	
	<b>Gesamt</b>	67 83,8 %	4 5 %	8 10 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %	

\* 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 = nein

1 = ja, COPD mit Dauermedikation

2 = ja, COPD ohne Dauermedikation

8 = ja, andere Lungenerkrankungen

9 = unbekannt

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	77/80	96,3 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3/80	3,8 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	75,0 %	3
Standorte ohne Abweichungen	25,0 %	1

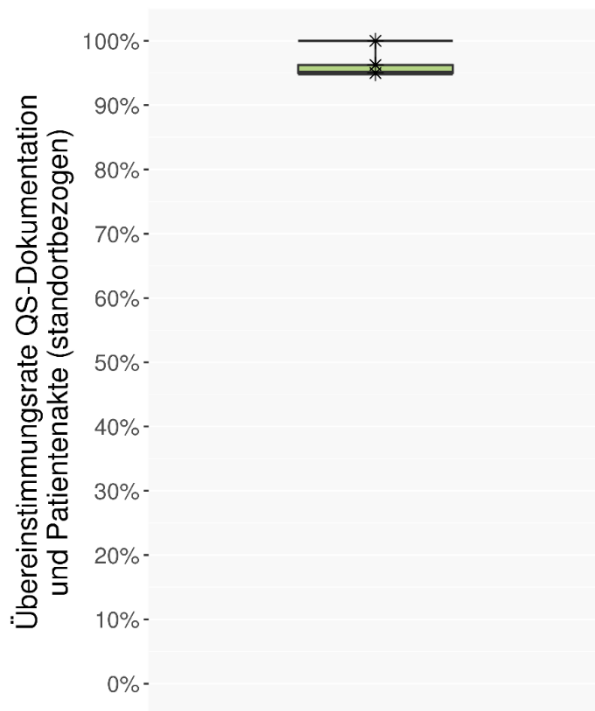


Abbildung 63: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.17 Datenfeld 36: neurologische Erkrankung(en)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	9	aus PA nicht er- sicht- lich*	Gesamt
	0	68 85 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	68 85 %
	1	1 1,3 %	6 7,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	7 8,8 %
	2	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %
	3	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 3,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 3,8 %
	4	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 %
	<b>Gesamt</b>	69 86,3 %	6 7,5 %	2 2,5 %	3 3,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = nein

1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)

2 = ja, ZNS, andere

3 = ja, peripher

4 = ja, Kombination

9 = unbekannt



	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/80	98,7 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1/80	1,3 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	25,0 %	1
Standorte ohne Abweichungen	75,0 %	3

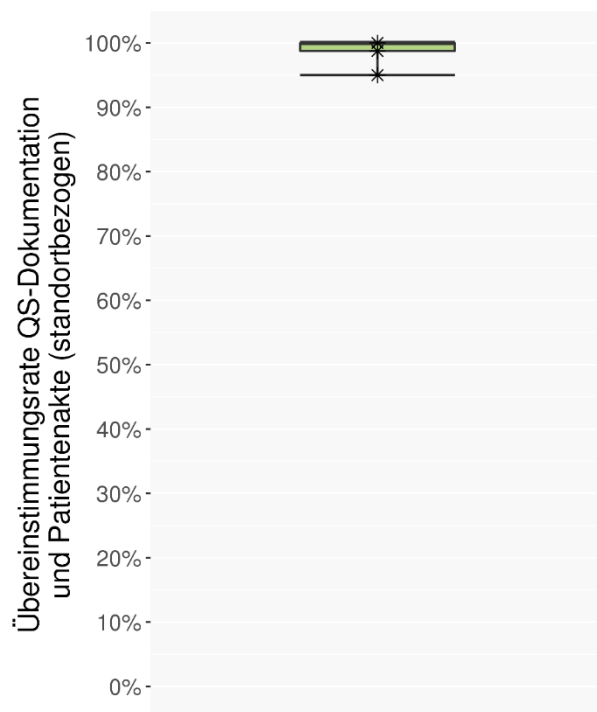


Abbildung 64: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.18 Datenfeld 37: Schweregrad der Behinderung

**Grundgesamtheit:** Patienten, bei denen eine Erkrankung des ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) als neurologische Erkrankung in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentierte wurde

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	6	100,0 %

	Anzahl	%
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	6	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte							
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	5	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	4 66,6 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0,0 %	4 66,6 %
	1	0 0 %	1 16,7 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 16,7 %
	2	0 0 %	0 0 %	1 16,7 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 16,7 %
	3	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	5	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	Nicht in QS-Dokumentation	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	<b>Gesamt</b>	4 66,6 %	1 16,7 %	1 16,7 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0,0 %	6 100 %

\* 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 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar

1 = Rankin 1: Apoplex mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit

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

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

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

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

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	6/6	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/6	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3.2.19 Datenfeld 38: präoperative Nierenersatztherapie

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte					
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	78 97,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	78 97,5 %
	1	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	2	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	2 2,5 %
	<b>Gesamt</b>	78 97,5 %	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = nein

1 = akut

2 = chronisch

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.20 Datenfeld 44: Koronarchirurgie**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
	0	1	aus PA nicht ersichtlich*		
Angaben in der QS-Dokumentation	0	0	0	0	0
		0 %	0 %	0 %	0 %
	1	0	80	0	80
		0 %	100 %	0 %	100 %
Gesamt	0	80	0	80	
	0 %	100 %	0 %	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 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3.2.21 Datenfeld 45: Aortenklappenchirurgie

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte						Gesamt
	0	1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*		
Angaben in der QS-Dokumentation	0	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	1	0 0 %	80 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %
	2	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 %
	Gesamt	0 0 %	80 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = nein

1 = ja, konventionell chirurgisch

2 = ja, kathetergestützt endovaskulär

3 = ja, kathetergestützt transapikal

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.22 Datenfeld 46: sonstige OP**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte			
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	80 100 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %
	1	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	Gesamt	80 100 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.23 Datenfeld 48: Dringlichkeit****Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %



		Angaben in der Patientenakte					
Angaben in der QS-Dokumentation		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	42 52,5 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	43 53,8 %
	2	6 7,5 %	25 31,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	31 38,8 %
	3	1 1,3 %	0 0 %	5 6,3 %	0 0 %	0 0 %	6 7,5 %
	4	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	49 61,3 %	26 32,5 %	5 6,3 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = elektiv
- 2 = dringlich
- 3 = Notfall
- 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	72/80	90,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8/80	10,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	50,0 %	2
Standorte ohne Abweichungen	50,0 %	2

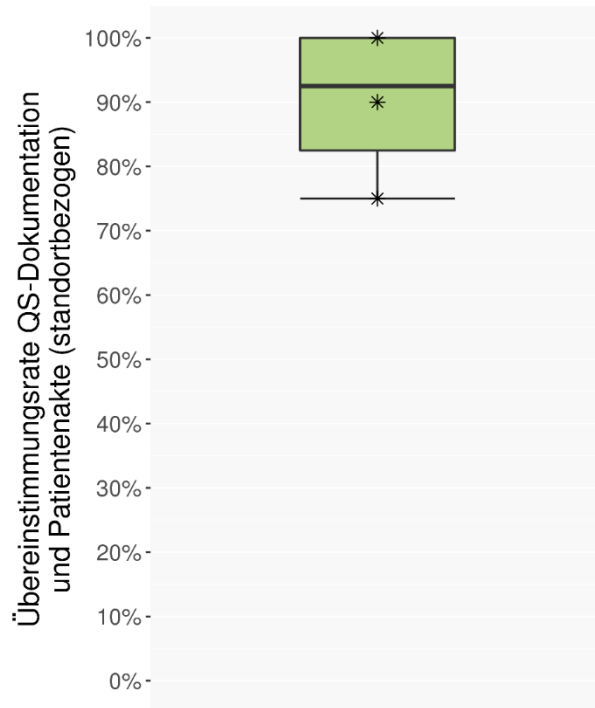


Abbildung 65: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.24 Datenfeld 51: Inotrope (präoperativ)

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte			
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	79 98,8 %	0 0 %	0 0 %	79 98,8 %
	1	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	1 1,3 %
	Gesamt	79 98,8 %	1 1,3 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %
Sensitivität	79/79	100,0 %
Spezifität	1/1	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	79/79	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	1/1	100,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.25 Datenfeld 52: (präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte					
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	79 98,8 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	79 98,8 %
	1	0 0 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	79 98,8 %	1 1,3 %	0 0 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = nein

1 = ja, IABP

2 = ja, andere

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3.2.26 Datenfeld 56: OP-Zeit

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Grundgesamtheit (alle Patienten)	80	100,0 %
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich*	0	0,0 %
Grundgesamtheit Analyse (nur Patienten, bei denen Angabe aus Patientenakte ersichtlich)	80	100,0 %
Übereinstimmung zwischen Angaben in Patientenakte und QS-Dokumentation	76	95,0 %

\* Fälle, bei denen die Angabe zu dem Datenfeld nicht aus der Patientenakte ersichtlich ist, werden bei der Berechnung der Maße zur Bewertung der Dokumentationsqualität ausgeschlossen

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	25,0 %	1
Standorte ohne Abweichungen	75,0 %	3

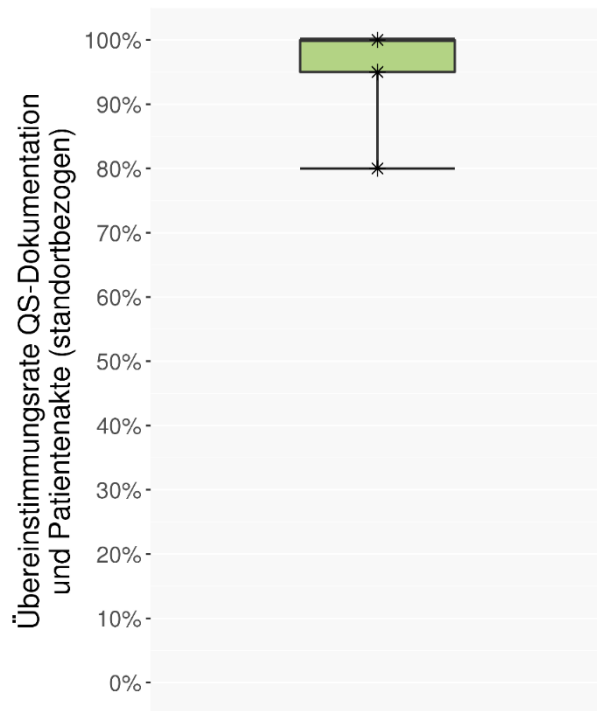


Abbildung 66: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

### 3.2.27 Datenfeld 103: Mediastinitis

Grundgesamtheit: Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	98,8 %

		Angaben in der Patientenakte			
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	78	0	1	79
		97,5 %	0 %	1,3 %	98,8 %
	1	0	1	0	1
		0 %	1,3 %	0 %	1,3 %
Gesamt	78	1	1	80	
	97,5 %	1,3 %	1,3 %	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:**

0 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/79	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0,0 %
Sensitivität	78/78	100,0 %
Spezifität	1/1	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	78/78	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	1/1	100,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.28 Datenfeld 105: Myokardinfarkt**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	98,8 %

	Angaben in der Patientenakte				Gesamt
	0	1	aus PA nicht ersichtlich*		
Angaben in der QS-Dokumentation	0	76 95 %	1 1,3 %	1 1,3 %	78 97,5 %
	1	1 1,3 %	1 1,3 %	0 0 %	2 2,5 %
	<b>Gesamt</b>	77 96,3 %	2 2,5 %	1 1,3 %	80 100 %

\* 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 = nein

1 = ja

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	77/79	97,5 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/79	2,5 %
Sensitivität	76/77	98,7 %



	Anzahl	%
Spezifität	1/2	50,0 %
Positiv prädiktiver Wert	76/77	98,7 %
Negativ prädiktiver Wert	1/2	50,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	25,0 %	1
Standorte ohne Abweichungen	75,0 %	3

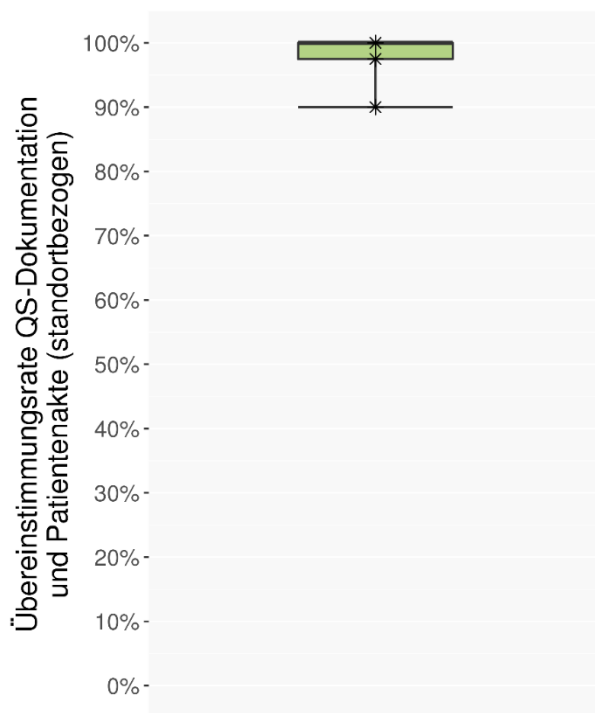


Abbildung 67: Übereinstimmungsrate QS-Dokumentation und Patientenakte (standortbezogen)

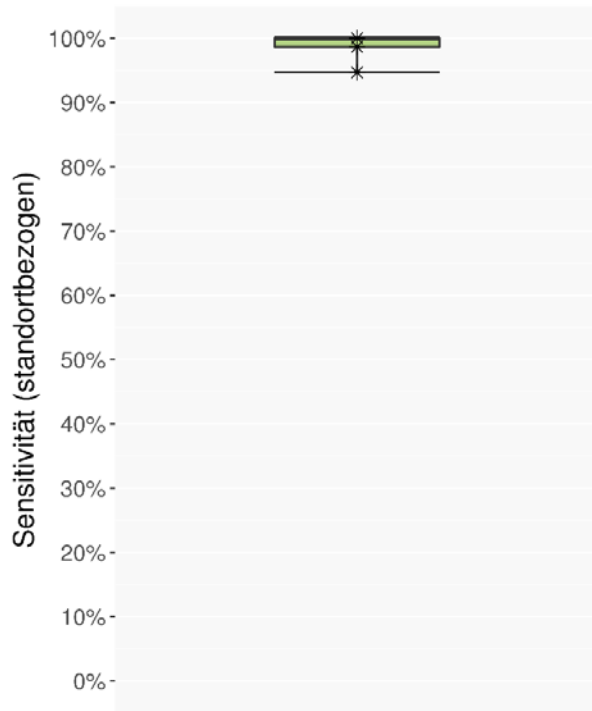


Abbildung 68: Sensitivität (standortbezogen)

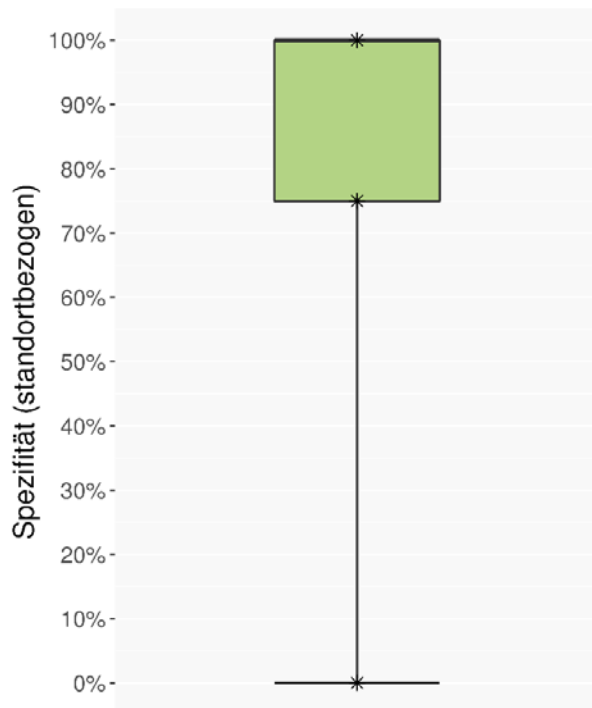


Abbildung 69: Spezifität (standortbezogen)

**3.2.29 Datenfeld 108: Zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung**

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	79	98,8 %

	Angaben in der Patientenakte					
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	0	75 93,8 %	0 0 %	0 0 %	1 1,3 %	76 95 %
	1	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %
	2	0 0 %	0 0 %	2 2,5 %	0 0 %	2 2,5 %
	<b>Gesamt</b>	75 93,8 %	2 2,5 %	2 2,5 %	1 1,3 %	80 100 %

\* 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 = nein

1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)

2 = ja, ZNS, andere

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79/79	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/79	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3.2.30 Datenfeld 109: Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses

**Grundgesamtheit:** Patienten, bei denen als zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung „ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie)“ oder „ZNS, andere“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentierte wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	4	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	4	100,0 %

	Angaben in der Patientenakte					
		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich	Gesamt
Angaben in der QS-Dokumentation	1	2 50 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 50 %
	2	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	3	0 0 %	0 0 %	2 50 %	0 0 %	2 50 %
	Nicht in QS-Dokumentation	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	<b>Gesamt</b>	2 50 %	0 0 %	2 50 %	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.

**Anmerkungen:**

1 = bis einschl. 24 Stunden

2 = mehr als 24 Stunden bis einschl. 72 Stunden

3 = über 72 Stunden

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	4/4	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/4	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

**3.2.31 Datenfeld 110: Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung**

**Grundgesamtheit:** Patienten, bei denen als Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses „mehr als 24 Stunden“ oder „über 72 Stunden“ in der QS-Dokumentation und/oder Patientenakte dokumentiert wurde.

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	2	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	2	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte								
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	5	6	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
	1	0 0%	0 0%	0 0%	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%	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%
	4	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
	5	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 50%	0 0%	0 0%	1 50%
	6	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 50%	0 0%	1 50%
	Nicht in QS-Dokumentation	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
	Gesamt	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 50%	1 50%	0 0%	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.

**Anmerkungen:**

0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar

1 = Rankin 1: Apoplex mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit

2 = Rankin 2: leichter Apoplex mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie  
 3 = Rankin 3: mittelschwerer Apoplex mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie

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

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

6 = Rankin 6: Apoplex mit tödlichem Ausgang

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	2/2	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/2	0,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4

In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

### 3.2.32 Datenfeld 122: Entlassungsgrund

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

	Anzahl	%
Untersuchte Patientenakten	80	100,0 %
Davon Informationen aus Patientenakte ersichtlich	80	100,0 %

		Angaben in der Patientenakte			
Angaben in der QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	73 91,3 %	0 0 %	0 0 %	73 91,3 %
	1	0 0 %	7 8,8 %	0 0 %	7 8,8 %
	Gesamt	73 91,3 %	7 8,8 %	0 0 %	80 100 %

\* 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 = lebend

1 = tot

	Anzahl	%
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	80/80	100,0 %
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0/80	0,0 %
Sensitivität	73/73	100,0 %
Spezifität	7/7	100,0 %
Positiv prädiktiver Wert	73/73	100,0 %
Negativ prädiktiver Wert	7/7	100,0 %

	%	Anzahl
Standorte mit Abweichungen	0,0 %	0
Standorte ohne Abweichungen	100,0 %	4



In jedem der vier besuchten Standorte betrug die Übereinstimmungsrate bei diesem Datenfeld 100 %, sodass hier auf eine Darstellung der standortbezogenen Übereinstimmungsraten verzichtet wird.

## 4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit (ohne HCH-KOMB, DEK, 18n1-MAMMA)

### 4.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

QS-Verfahren/Auswertungsmodul	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	850314	Häufig ICD-System 'sonstiges'
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	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/Auswertungsmodul	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 (mit osteosynthetischer Versorgung)	850350	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
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
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)	850353	Auffallend häufig sonstige Operationen bei verstorbenen Patienten
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850323	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	850325	Keine verstorbenen Patienten bei hohen Fallzahlen
Nierentransplantation	850343	Seltene Angabe einer behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation

## 4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813070	1.123	43	3,9	0	0,0	17	39,5	26	60,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,7
09n1-HSM-IMPL	813071	1.123	46	4,2	0	0,0	18	39,1	28	60,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2
09n3-HSM-REV	850339	881	18	1,6	0	0,0	8	44,4	10	55,6	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850337	859	12	1,1	0	0,0	4	33,3	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850338	878	11	1	0	0,0	3	27,3	8	72,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850313	751	27	2,5	0	0,0	6	22,2	21	77,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,7
09n4-DEFI-IMPL	850315	751	17	1,5	0	0,0	6	35,3	11	64,7	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n4-DEFI-IMPL	850316	751	51	4,6	0	0,0	26	51,0	25	49,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0
09n4-DEFI-IMPL	850314	750	7	0,6	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850317	751	16	1,5	0	0,0	4	25,0	12	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KARO	850334	584	21	1,9	0	0,0	8	38,1	13	61,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8
10n2-KA-ROT	850332	646	20	1,8	0	0,0	6	30,0	14	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
15n1-GYN-OP	850312	782	6	0,5	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	811823	816	13	1,2	0	0,0	5	38,5	8	61,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850318	703	53	4,8	0	0,0	25	47,2	28	52,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850319	747	42	3,8	0	0,0	19	45,2	23	54,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16n1-GEBH	850320	443	19	1,7	0	0,0	13	68,4	6	31,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850350	816	20	1,8	0	0,0	12	60,0	8	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NTX	850343	40	15	1,4	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	811809	58	2	0,2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	815005	70	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	850322	88	5	0,5	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850282	104	18	1,6	0	0,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850288	87	4	0,4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-AORT-KATH	850353	28	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850323	104	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	813165	45	2	0,2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	815002	82	5	0,5	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	-	<b>500</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>195</b>	<b>39,0</b>	<b>305</b>	<b>61,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>7</b>	<b>1,4</b>

### 4.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	59	11,8	0	0,0	36	61,0	23	39,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	42	8,4	0	0,0	17	40,5	25	59,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	38	7,6	0	0,0	2	5,3	36	94,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	12	2,4	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	0,6	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	15	3,0	0	0,0	1	6,7	14	93,3	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0
Hessen	36	7,2	0	0,0	3	8,3	33	91,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	8	1,6	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	46	9,2	0	0,0	0	0,0	46	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,5
Nordrhein-Westfalen	103	20,6	0	0,0	89	86,4	14	13,6	0	0,0	2	1,9	0	0,0	4	3,9
Rheinland-Pfalz	26	5,2	0	0,0	22	84,6	4	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	16	3,2	0	0,0	0	0,0	16	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	14	2,8	0	0,0	5	35,7	9	64,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	9	1,8	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	13	2,6	0	0,0	5	38,5	8	61,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	58	11,6	0	0,0	15	25,9	43	74,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>195</b>	<b>39,0</b>	<b>305</b>	<b>61,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>7</b>	<b>1,4</b>



#### 4.4 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

Modul	AK-ID	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813070	26	5	19,2	0	0,0	11	42,3	2	7,7	5	19,2	0	0,0	1	3,8
09n1-HSM-IMPL	813071	28	3	10,7	0	0,0	17	60,7	0	0,0	8	28,6	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850339	10	2	20,0	0	0,0	8	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850337	8	0	0,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	5	62,5	0	0,0	1	12,5
09n3-HSM-REV	850338	8	0	0,0	0	0,0	5	62,5	0	0,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850314	7	0	0,0	1	14,3	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3
09n4-DEFI-IMPL	850313	21	3	14,3	0	0,0	12	57,1	2	9,5	2	9,5	0	0,0	1	4,8
09n4-DEFI-IMPL	850315	11	0	0,0	0	0,0	6	54,5	1	9,1	2	18,2	0	0,0	1	9,1
09n4-DEFI-IMPL	850316	25	14	56,0	0	0,0	7	28,0	3	12,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850317	12	4	33,3	0	0,0	7	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850334	13	5	38,5	2	15,4	5	38,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7
10n2-KAROT	850332	14	2	14,3	1	7,1	9	64,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1
15n1-GYN-OP	811823	8	3	37,5	0	0,0	4	50,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850312	6	1	16,7	0	0,0	3	50,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850318	28	8	28,6	1	3,6	16	57,1	0	0,0	3	10,7	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850319	23	6	26,1	0	0,0	10	43,5	2	8,7	1	4,3	0	0,0	1	4,3
16n1-GEBH	850320	6	4	66,7	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFTFRAK	850350	8	6	75,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	811809	2	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-CHIR	815005	3	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-AORT-CHIR	850322	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NTX	850343	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850282	18	2	11,1	0	0,0	16	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850288	4	1	25,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850353	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-AORT-KATH	850323	3	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	813165	2	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-KCH	815002	5	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	<b>305</b>	<b>83</b>	<b>27,2</b>	<b>5</b>	<b>1,6</b>	<b>156</b>	<b>51,1</b>	<b>12</b>	<b>3,9</b>	<b>31</b>	<b>10,2</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>8</b>	<b>2,6</b>

## 4.5 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	23	5	21,7	0	0,0	16	69,6	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	25	4	16,0	0	0,0	21	84,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	36	8	22,2	0	0,0	3	8,3	0	0,0	25	69,4	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	12	4	33,3	0	0,0	8	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	3	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hamburg	14	7	50,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	5	35,7	0	0,0	0	0,0
Hessen	33	7	21,2	0	0,0	24	72,7	2	6,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	8	1	12,5	3	37,5	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	46	15	32,6	0	0,0	31	67,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	14	1	7,1	1	7,1	4	28,6	2	14,3	0	0,0	0	0,0	6	42,9
Rheinland-Pfalz	4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	16	2	12,5	1	6,3	5	31,3	4	25,0	1	6,3	0	0,0	1	6,3
Sachsen-Anhalt	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	11,1
Schleswig-Holstein	9	3	33,3	0	0,0	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	8	4	50,0	0	0,0	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	43	17	39,5	0	0,0	26	60,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>305</b>	<b>83</b>	<b>27,2</b>	<b>5</b>	<b>1,6</b>	<b>156</b>	<b>51,1</b>	<b>12</b>	<b>3,9</b>	<b>31</b>	<b>10,2</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>8</b>	<b>2,6</b>

## 5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

### 5.1 Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

#### 5.1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
							Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850097	1.123	19	4,9	2	10,5	6	31,6	11	57,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850164	984	11	2,8	1	9,1	5	45,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850166	945	31	7,9	0	0,0	15	48,4	16	51,6	0	0,0	1	3,2	0	0,0	2	6,5
09n4-DEFI-IMPL	850193	751	16	4,1	0	0,0	8	50,0	8	50,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	1	6,3
09n5-DEFI-AGGW	850196	669	9	2,3	0	0,0	7	77,8	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
							Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n6-DEFI-REV	850197	612	9	2,3	0	0,0	6	66,7	3	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850085	646	17	4,4	0	0,0	8	47,1	9	52,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850099	1.134	19	4,9	0	0,0	6	31,6	13	68,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850081	752	6	1,5	1	16,7	2	33,3	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850351	1.212	30	7,7	1	3,3	16	53,3	13	43,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	850093	917	20	5,1	0	0,0	5	25,0	15	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21n3-PCI-KORO	850087	1.048	40	10,3	1	2,5	19	47,5	20	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,0
DEK	850095	2.003	70	17,9	1	1,4	27	38,6	42	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850272	1.290	21	5,4	0	0,0	9	42,9	12	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
							Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
KEP	850348	1.164	15	3,8	0	0,0	3	20,0	12	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850199	538	12	3,1	0	0,0	6	50,0	6	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850101	1.465	27	6,9	1	3,7	9	33,3	17	63,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850253	112	3	0,8	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850251	50	9	2,3	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850241	14	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	24	4	1	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	850245	16	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	850247	39	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850255	44	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	-	<b>390</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>2,1</b>	<b>157</b>	<b>40,3</b>	<b>225</b>	<b>57,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>1,3</b>

## 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	98	25,1	0	0,0	24	24,5	74	75,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	29	7,4	0	0,0	11	37,9	18	62,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	7	1,8	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	8	2,1	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	2	25,0
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	33	8,5	0	0,0	10	30,3	23	69,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	20	5,1	0	0,0	3	15,0	17	85,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	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	104	26,7	5	4,8	89	85,6	10	9,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,9
Rheinland-Pfalz	24	6,2	0	0,0	10	41,7	14	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	2	0,5	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	19	4,9	0	0,0	0	0,0	19	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	13	3,3	2	15,4	5	38,5	6	46,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	8	2,1	1	12,5	3	37,5	4	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	7	1,8	0	0,0	2	28,6	5	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	18	4,6	0	0,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>390</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>2,1</b>	<b>157</b>	<b>40,3</b>	<b>225</b>	<b>57,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>1,3</b>

## 5.1.3 Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Modul	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	11	0	0,0	0	0,0	10	90,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
09n2-HSM-AGGW	5	0	0,0	1	20,0	2	40,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0
09n3-HSM-REV	16	1	6,3	0	0,0	7	43,8	1	6,3	4	25,0	1	6,3	2	12,5
09n4-DEFI-IMPL	8	0	0,0	0	0,0	5	62,5	1	12,5	1	12,5	0	0,0	1	12,5
09n5-DEFI-AGGW	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	9	0	0,0	0	0,0	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	33,3
15n1-GYN-OP	13	0	0,0	1	7,7	9	69,2	0	0,0	1	7,7	0	0,0	2	15,4
16n1-GEBH	3	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3	0	0,0	1	33,3
17n1-HÜFTFRAK	13	0	0,0	0	0,0	9	69,2	0	0,0	1	7,7	1	7,7	2	15,4
18n1-MAMMA	15	2	13,3	1	6,7	9	60,0	1	6,7	1	6,6	0	0,0	1	6,6
21n3-PCI-KORO	20	0	0,0	0	0,0	14	73,7	1	5,3	1	5,3	0	0,0	3	15,8
DEK	42	1	2,4	0	0,0	32	76,2	2	4,8	2	4,8	1	2,4	4	9,5
HEP	12	0	0,0	0	0,0	9	81,8	0	0,0	1	9,1	0	0,0	1	9,1
KEP	12	0	0,0	0	0,0	9	75,0	1	8,3	2	16,7	0	0,0	0	0,0
NEO	6	0	0,0	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	17	0	0,0	0	0,0	11	73,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	26,7
HCH-D	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	9	0	0,0	0	0,0	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0



Modul	angeforderte Stellungnah- men	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LLS	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	4	1	25,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>225</b>	<b>5</b>	<b>2,2</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>156</b>	<b>69,3</b>	<b>8</b>	<b>3,6</b>	<b>19</b>	<b>8,4</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>26</b>	<b>11,6</b>

## 5.1.4 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	angeforderte Stellungnah- men	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	74	0	0,0	0	0,0	68	91,9	6	8,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	18	0	0,0	0	0,0	17	94,4	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	7	2	28,6	0	0,0	1	14,3	0	0,0	4	57,1	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	8	0	0,0	0	0,0	6	75,0	0	0,0	2	25,0	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
Hamburg	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	23	0	0,0	0	0,0	20	87,0	0	0,0	0	0,0	3	13,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	17	0	0,0	0	0,0	8	47,1	0	0,0	8	47,1	0	0,0	1	5,9
Niedersachsen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	10	0	0,0	0	0,0	2	20,0	0	0,0	4	40,0	0	0,0	4	40,0
Rheinland-Pfalz	14	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	85,7
Saarland	2	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	19	0	0,0	3	15,8	9	47,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	36,8
Sachsen-Anhalt	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7
Schleswig-Holstein	4	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Thüringen	5	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	18	2	11,1	0	0,0	15	83,3	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>225</b>	<b>5</b>	<b>2,2</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>156</b>	<b>69,3</b>	<b>8</b>	<b>3,6</b>	<b>19</b>	<b>8,4</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>26</b>	<b>11,6</b>

## 5.2 Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

### 5.2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850098	1.123	10	8,1	0	0,0	7	70,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850165	984	13	10,5	1	7,7	5	38,5	7	53,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850167	945	2	1,6	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850194	751	4	3,2	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850195	669	5	4	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850198	612	4	3,2	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	850086	646	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15n1-GYN-OP	850100	1.134	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850082	752	1	0,8	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFT-FRAK	850352	1.212	16	12,9	0	0,0	5	31,3	11	68,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMM A	850094	917	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21n3-PCI-KORO	850088	1.048	12	9,7	0	0,0	7	58,3	5	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850096	2.003	21	16,9	0	0,0	6	28,6	15	71,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	850273	1.290	6	4,8	0	0,0	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	850349	1.164	4	3,2	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	850200	538	9	7,3	0	0,0	1	11,1	8	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1
PNEU	850102	1.465	13	10,5	0	0,0	4	30,8	9	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850254	112	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	850252	50	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LLS	850242	14	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	24	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LUTX	850246	16	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	39	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	850256	44	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	-	<b>124</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>	<b>48</b>	<b>38,7</b>	<b>75</b>	<b>60,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>

## 5.2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	24	19,4	0	0,0	0	0,0	24	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	14	11,3	0	0,0	1	4,2	13	54,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	2	1,6	0	0,0	0	0,0	2	8,3	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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hessen	16	12,9	0	0,0	4	16,7	12	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	4	3,2	0	0,0	0	0,0	4	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niedersachsen	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	43	34,7	0	0,0	41	170,8	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
Rheinland-Pfalz	4	3,2	0	0,0	0	0,0	4	16,7	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	0	0,0	7	29,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen-Anhalt	3	2,4	1	4,2	2	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Schleswig-Holstein	4	3,2	0	0,0	0	0,0	4	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thüringen	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>	<b>48</b>	<b>38,7</b>	<b>75</b>	<b>60,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>

## 5.2.3 Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Modul	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	7	0	0,0	1	14,3	4	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6
09n3-HSM-REV	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KAROT	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17n1-HÜFTFRAK	11	0	0,0	0	0,0	11	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21n3-PCI-KORO	5	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	15	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HEP	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
KEP	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NEO	8	0	0,0	1	12,5	5	62,5	0	0,0	1	12,5	0	0,0	1	12,5
PNEU	9	0	0,0	1	11,1	8	88,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HTXM-D	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	angeforderte Stellungnah- men	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LLS	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LTX	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
LUTX	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NLS	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNTX-D	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>75</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>4,0</b>	<b>68</b>	<b>90,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>4,0</b>



## 5.2.4 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	angeforderte Stellungnah- men	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	24	0	0,0	0	0,0	24	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	13	0	0,0	1	7,7	12	92,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	0	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
Hessen	12	0	0,0	0	0,0	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	4	0	0,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Niedersachsen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	2	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Rheinland-Pfalz	4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	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	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
Schleswig-Holstein	4	0	0,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Thüringen	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Institut nach § 137a SGB V	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>75</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>4,0</b>	<b>68</b>	<b>90,7</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>4,0</b>

### 5.3 Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz

#### 5.3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850217	1.123	4	5,3	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	850218	945	4	5,3	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	850219	751	10	13,3	0	0,0	7	70,0	3	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	850220	669	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n5-DEFI-AGGW	850221	612	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	850222	646	5	6,7	0	0,0	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10n2-KA-ROT	850223	1.134	4	5,3	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	850225	752	5	6,7	0	0,0	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16n1-GEBH	850226	945	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Modul	AK-ID	Betrachtete Standorte	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme							
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
18n1-MAMMA	850227	917	10	13,3	0	0,0	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0
21n3-PCI-KORO	850228	1.048	7	9,3	0	0,0	4	57,1	3	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	850230	2.003	1	1,3	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PNEU	850229	1.465	24	32	0	0,0	10	41,7	14	58,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
HCH-D	850281	112	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	-	-	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>35</b>	<b>46,7</b>	<b>40</b>	<b>53,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>

## 5.3.2 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	9	12,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	10	13,3	0	0,0	5	50,0	5	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Berlin	4	5,3	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	2	2,7	0	0,0	0	0,0	2	100,0	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
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	12	16,0	0	0,0	6	50,0	6	50,0	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	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	24	32,0	0	0,0	14	58,3	10	41,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2
Rheinland-Pfalz	1	1,3	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	3	4,0	0	0,0	0	0,0	3	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
Schleswig-Holstein	9	12,0	0	0,0	9	100,0	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
Institut 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
<b>Gesamt</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>35</b>	<b>46,7</b>	<b>40</b>	<b>53,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>

## 5.3.3 Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Modul	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges					
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
09n1-HSM-IMPL	2	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n2-HSM-AGGW	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n3-HSM-REV	3	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n4-DEFI-IMPL	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
09n5-DEFI-AGGW	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
09n6-DEFI-REV	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
10n2-KAROT	4	3	75,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15n1-GYN-OP	4	1	25,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0
16n1-GEBH	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18n1-MAMMA	6	2	33,3	0	0,0	2	33,3	1	16,7	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0
21n3-PCI-KORO	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DEK	0	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	14	7	50,0	0	0,0	4	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	14,3	0	0,0
HCH-D	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>40,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>15</b>	<b>37,5</b>	<b>1</b>	<b>2,5</b>	<b>2</b>	<b>5,0</b>	<b>2</b>	<b>5,0</b>	<b>3</b>	<b>7,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>

## 5.3.4 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	angeforderte Stellungnahmen	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	9	3	0	0	0,0	5	55,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Baden-Württemberg	5	3	60,0	0	0,0	2	40,0	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	2	50,0	0	0,0	0	0,0
Brandenburg	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bremen	0	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
Hessen	6	1	16,7	0	0,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3	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
Niedersachsen	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nordrhein-Westfalen	10	6	60,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	3	30,0
Rheinland-Pfalz	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Saarland	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sachsen	3	1	33,3	0	0,0	2	66,7	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
Schleswig-Holstein	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
Institut 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
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>40,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>15</b>	<b>37,5</b>	<b>1</b>	<b>2,5</b>	<b>2</b>	<b>5,0</b>	<b>2</b>	<b>5,0</b>	<b>3</b>	<b>7,5</b>

## 5.4 Dokumentationsraten im Follow-up und unbekannter Überlebensstatus

### 5.4.1 Herztransplantation und Lungen- und Herz-Lungentransplantation

	AK-ID 850257	AK-ID 850268
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	21	15
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	1
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	0
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	1	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechungen	0	0
Begehungen	0	0
Zielvereinbarungen	1	0
<b>Bewertungen</b>		
Korrekte/vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0
Fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0

Anmerkungen:

AK-ID: 850257: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850268: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

HTXM-TX: Bei AK-ID 850258, 850259 (Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up, Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

LUTX: Bei AK-ID 850266, 850267, 850302, 850303 und 850304 (Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up, Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up, häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up, häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up, häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

**5.4.2 Lebertransplantation**

	AK-ID 850263	AK-ID 850264	AK-ID 850265	AK-ID 850299	AK-ID 850301
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≤ 5,00 %	≤ 5,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	23	24	24	23	23
<b>Ergebnisse</b>					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	3	4	1	1
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	2	1	4	0	0
<b>Maßnahmen</b>					
Hinweise	2*	2*	2*	0	0
Stellungnahmen	1	1	2	1	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>					
Besprechungen	0	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0	0
<b>Bewertungen</b>					
Korrekte/vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0	1	1	1
Fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	1	1	0	0
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>					
Davon bereits im Vorjahr fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	1	0	0

\*Die rechnerische Auffälligkeit wurde im Strukturierten Dialog zu QI-ID 51596, 51599, 51602 berücksichtigt.

Anmerkungen:

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 850299: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850301: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up



Bei den AK-ID 850300 (häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

### 5.4.3 Leberlebenspende

	AK-ID 850261	AK-ID 850262
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	10	12
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	1
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	0
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	1*
Stellungnahmen	1	0
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechungen	0	0
Begehungen	0	0
Zielvereinbarungen	0	0
<b>Bewertungen</b>		
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	0
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon bereits im Vorjahr unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0

\* Die rechnerische Auffälligkeit wurde im Strukturierten Dialog zu QI-ID 51605 berücksichtigt.

Anmerkungen:

AK-ID 850261: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850262: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

Bei AK-ID 850260 (Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

**5.4.4 Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation**

	AK-ID 850278	AK-ID 850279	AK-ID 850280	AK-ID 850309
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≤ 5,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	40	39	40	39
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	6	7	8	1
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	1	1	1	0
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	3*	4**	2***	0
Stellungnahmen	3	3	6	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechungen	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0
<b>Bewertungen</b>				
vollständige Dokumentation [U30, U99]	3	2	4	0
unvollständige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	1	2	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>				
Davon bereits im Vorjahr unvollständige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	1	0	0

\* diese rechnerischen Auffälligkeiten wurden im Strukturierten Dialog zu QI-ID 51560 berücksichtigt.

\*\* diese rechnerischen Auffälligkeiten wurden im Strukturierten Dialog zu QI-ID 51561 berücksichtigt.

\*\*\* diese rechnerischen Auffälligkeiten wurden im Strukturierten Dialog zu QI-ID 51562 berücksichtigt.

Anmerkungen:

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 unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

Bei AK-ID 850308 und 850310 (Häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up und häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

#### 5.4.5 Nierenlebenspende

#### AK-ID 850269, AK-ID 850270 und AK-ID 850271: Dokumentationsrate zum 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up

Alle Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit (8 rechnerisch auffällige Standort und 14 rechnerische Auffälligkeiten) in den Dokumentationsraten im Follow-up wurden auf ihr Ergebnis lediglich hingewiesen, da der Strukturierte Dialog bereits zu den dazugehörigen Worst-Case-Indikatoren (QI-ID 51568, QI-ID 51569, QI-ID 51570) geführt wurde.

### 5.5 Dokumentationsraten in den Zählleistungsbereichen

#### 5.5.1 Hüftendoprothesenversorgung

	AK-ID 850274	AK-ID 850276	AK-ID 850275	AK-ID 850277
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≤ 110,00 %	≤ 110,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	1.290	1.290	1.290	1.290
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	37	385	22	50
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	31	316	22	46
Stellungnahmen	6	68	0	4
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechungen	0	1	-	0
Begehungen	0	0	-	0
Zielvereinbarungen	0	1	-	0
<b>Bewertungen</b>				
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	5	-	0
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	4	31	-	2
Sonstiges [S99, S90, S91]	2	34	-	2

Anmerkungen:

AK-ID 850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

AK-ID 850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

### 5.5.2 Knieendoprothesenversorgung

	AK-ID 850344	AK-ID 850346	AK-ID 850345	AK-ID 850347
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≤ 110,00 %	≤ 110,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	1.164	1.164	1.164	1.164
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	41	187	6	43
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	27	157	5	31
Stellungnahmen	14	30	1	12
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechungen	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0
<b>Bewertungen</b>				
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	3	5	0	1
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	7	19	1	7
Sonstiges [S99, S90, S91]	4	6	0	4

Anmerkungen:

AK-ID 850344: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850346: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

AK-ID 850345: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

AK-ID 850347: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

**5.5.3 Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme**

	AK-ID 850239	AK-ID 850240	AK-ID 850249
Referenzbereiche	≥ 100,00 %	≤ 110,00 %	≥ 100,00
Anzahl der betrachteten Standorte	22	22	50
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	2	8
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	0	—*
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	3	2	8
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechungen	0	0	0
Begehungen	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0
<b>Bewertungen</b>			
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	1	2	2
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	2	0	6
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Davon bereits im Vorjahr unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	—*

\* Da in diesem Jahr erstmalig Daten für dieses QS-Verfahren erhoben wurden, ist eine wiederholte Auffälligkeit nicht möglich.

Anmerkungen:

AK-ID: 850239: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (HTXM-TX)

AK-ID: 850240: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (HTXM-TX)

AK-ID: 850249: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (HTXM-MKU)

Bei AK-ID 850250 (Überdokumentation HTXM-MKU) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

**5.5.4 Isolierte Aortenklappenchirurgie (kathetergestützt)**

	<b>AK-ID 850289</b>	<b>AK-ID 850291</b>
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Anzahl der betrachteten Standorte	106	77
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	6	8
Davon bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig	0	1
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	6	8
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechungen	0	0
Begehungen	0	0
Zielvereinbarungen	0	0
<b>Bewertungen</b>		
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	4
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	6	4
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon bereits im Vorjahr unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	1

Anmerkungen:

AK-ID 850289: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)

AK-ID 850291: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)

Bei AK-ID 850290 und AK-ID 850292 (Überdokumentation endovaskulär/transapikal) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.