

# Beschluss



## des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichtes des IQTIG zur Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2016 zur Veröffentlichung

Vom 7. November 2018

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 7. November 2018 die Freigabe des Abschlussberichtes des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2016 gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG ([www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)) beschlossen.

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

Berlin, den 7. November 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unterausschuss Qualitätssicherung  
gemäß § 91 SGB V  
Die Vorsitzende

Prof. Dr. Pott



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Bericht zur Datenvalidierung 2017 (nach QSKH-RL)**

Erfassungsjahr 2016

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 12. Juli 2018

---

# Impressum

**Thema:**

Bericht zur Datenvalidierung 2017 (nach QSKH-RL). Erfassungsjahr 2016

**Ansprechpartnerin:**

Dr. J. Ostermann

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

12. Juli 2018, geänderte Fassung vom 9. Oktober 2018

**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.....	6
Abbildungsverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Zusammenfassung .....	9
1 Einleitung.....	16
2 Methodik .....	17
2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	18
2.1.1 Durchführung .....	19
2.1.2 Bewertung.....	20
2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	21
3 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich.....	25
3.1 Knieendoprothesenversorgung .....	25
3.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung .....	25
3.1.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren .....	26
3.1.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich.....	29
3.2 Ambulant erworbene Pneumonie.....	30
3.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung .....	30
3.2.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren .....	31
3.3 Nierenlebendspende.....	34
3.3.1 Umfang der Stichprobenprüfung .....	34
3.3.2 Ergebnisse des Datenabgleichs und Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren .....	34
3.3.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich.....	37
4 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	38
4.1 Herzchirurgie .....	40
4.1.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch) .....	40
4.1.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt) .....	40
4.1.3 Koronarchirurgie, isoliert .....	41
4.1.4 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie .....	43

4.2	Transplantationen .....	44
4.2.1	Herztransplantation .....	44
4.2.2	Leberlebendspende.....	44
4.2.3	Lebertransplantation.....	45
4.2.4	Lungen- und Herz-Lungentransplantation .....	46
4.2.5	Nierenlebendspende .....	47
4.2.6	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten .....	48
4.3	Herzschrittmacher und Defibrillatoren.....	48
4.3.1	Herzschrittmacher-Implantation.....	48
4.3.2	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation .....	50
4.3.3	Herzschrittmacher – Aggregatwechsel .....	50
4.3.4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation .....	51
4.4	Karotis-Revaskularisation.....	52
4.5	Orthopädie und Unfallchirurgie .....	53
4.5.1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung.....	53
4.5.2	Hüftendoprothesenversorgung.....	54
4.5.3	Knieendoprothesenversorgung.....	54
4.6	Geburtshilfe.....	56
4.7	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) .....	57
4.8	Mammachirurgie.....	58
4.9	Pflege: Dekubitusprophylaxe .....	60
4.10	Ambulant erworbene Pneumonie.....	61
5	Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit .....	63
5.1	Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation.....	66
5.2	Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation .....	67
5.3	Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz .....	69
5.4	Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen.....	71
5.5	Direkte QS-Verfahren.....	73
5.5.1	Herzchirurgie .....	73
5.5.2	Transplantationen .....	74
5.6	Erkenntnisse zu Gründen der Unter- und Überdokumentation .....	78
6	Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren .....	80

7	Fazit und Ausblick.....	83
	Glossar.....	85

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenverfahren mit Datenabgleich – EJ 2016 .....	9
Tabelle 2: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich – EJ 2016.....	10
Tabelle 3: AKs zur Plausibilität und Vollzähligkeit.....	11
Tabelle 4 AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	12
Tabelle 5: AKs zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren .....	12
Tabelle 6: Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität .....	20
Tabelle 7: Knieendoprothesenversorgung: Stichprobenumfang.....	26
Tabelle 8: Knieendoprothesenversorgung: Ergebnisse .....	26
Tabelle 9: Ambulant erworbene Pneumonie: Stichprobenumfang für den Datenabgleich .....	31
Tabelle 10: Ambulant erworbene Pneumonie: Ergebnisse .....	32
Tabelle 11: Nierenlebendspende: Ergebnisse.....	35
Tabelle 12: Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch): AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	40
Tabelle 13: Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt): AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	40
Tabelle 14: Koronarchirurgie, isoliert: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	41
Tabelle 15: Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	43
Tabelle 16: Herztransplantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	44
Tabelle 17: Leberlebendspende: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	44
Tabelle 18: Lebertransplantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	45
Tabelle 19: Lungen- und Herz-Lungentransplantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	46
Tabelle 20: Nierenlebendspende: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	47
Tabelle 21: Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	48
Tabelle 22: Herzschrittmacher-Implantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	48
Tabelle 23: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	50
Tabelle 24: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	50
Tabelle 25: Implantierbare Defibrillatoren – Implantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	51
Tabelle 26: Karotis-Revaskularisation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	52
Tabelle 27: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	53
Tabelle 28: Hüftendoprothesenversorgung: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	54
Tabelle 29: Knieendoprothesenversorgung: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	54
Tabelle 30: Geburtshilfe: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	56

Tabelle 31: Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	57
Tabelle 32: Mammachirurgie: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	58
Tabelle 33: Pflege: Dekubitusprophylaxe: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	60
Tabelle 34: Ambulant erworbene Pneumonie: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	61
Tabelle 35: Zählleistungsbereiche Unterdokumentation .....	72
Tabelle 36: Zählleistungsbereiche Überdokumentation.....	72
Tabelle 37: Zählleistungsbereiche – Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt: AKs zur Vollzähligkeit .....	73
Tabelle 38: AKs in den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren .....	75
Tabelle 39: Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen – Herztransplantation/Kunsth Herzen .	77
Tabelle 40: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs .....	80
Tabelle 41: Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren .....	82

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl an D50, D51, D99 und U33 Bewertungen.....	14
Abbildung 2: Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL .....	17
Abbildung 3: A40 und A99 Bewertungen in den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	39
Abbildung 4: AKs zur Vollzähligkeit .....	64
Abbildung 5: AK Minimaldatensatz.....	65
Abbildung 6: Wiederholte Unterdokumentation.....	66
Abbildung 7: Anzahl an A40 und A99 Bewertungen in den AKs zur Unterdokumentation.....	67
Abbildung 8: Wiederholte Überdokumentation .....	68
Abbildung 9: Anzahl an A40 und A99 Bewertungen in den AKs zur Überdokumentation .....	69
Abbildung 10: Wiederholte Auffälligkeit Minimaldatensatz .....	70
Abbildung 11: Anzahl an A40 und A99 Bewertungen in den AKs zum Minimaldatensatz .....	71

## 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>KIS</b>	Krankenhausinformationssystem
<b>LQS</b>	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
<b>MDS</b>	Minimaldatensatz
<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 2017 durchgeführten Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2016 für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung dargestellt. Im Rahmen des ersten Teils der Datenvalidierung, der Statistischen Basisprüfung, wurde die Validität der übermittelten QS-Daten statistisch und bei Auffälligkeiten 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 des zweiten Teils, der Stichprobenprüfung mit Datenabgleich, wurde in den drei ausgewählten QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*, *Ambulant erworbene Pneumonie* und *Nierenlebendspende* bei einer zufälligen Stichprobe von Krankenhausstandorten und Fällen die Übereinstimmung der übermittelten QS-Daten mit den Angaben in den Patientenakten vor Ort geprüft. Für das Erfassungsjahr 2016 wurden erstmals für die Berechnung der Übereinstimmungsraten zwei Modelle verwendet. Zum einen wurden – wie in den Jahren zuvor – bei der Berechnung der Übereinstimmungsraten Fälle, bei denen die Information aus der QS-Dokumentation nicht in der Patientenakte gefunden wurde („nicht ersichtlich aus der Patientenakte“), aus der Grundgesamtheit herausgerechnet („Standard“). Da dieses Vorgehen die Ergebnisse der Übereinstimmungsraten verzerren kann (Krankenhausstandorte, die ein Datenfeld konsequent nicht in der Patientenakte aufführen, würden nicht als Abweichung zählen), wurde beschlossen, die Übereinstimmungsrate auch über alle Krankenhausstandorte zu berechnen („Neu“).

### 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: Stichprobenverfahren mit Datenabgleich – EJ 2016

QS-Verfahren	Anzahl geprüfter Standorte	Anzahl geprüfter Fälle	Geprüfte Datenfelder pro Fall
Knieendoprothesenversorgung	62	1.224	46
Ambulant erworbene Pneumonie	76	1.440	25
Nierenlebendspende	4	47	17

In den geprüften Krankenhäusern konnten Fehldokumentationen sowohl zu Gunsten als auch zuungunsten der Einrichtungen festgestellt werden, welche die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und der Risikoadjustierung zum Teil beeinflussen. 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.

Tabelle 2: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich – EJ 2016

QS-Verfahren	Anteil der Datenfelder mit der niedrigsten Übereinstimmungsrate auf Fallebene (Anzahl/gesamt)	Mittlere Übereinstimmungsrate zwischen QS-Dokumentation und Patientenakte (über alle Datenfelder auf Krankenhausstandortebene) <sup>1</sup>
Knieendoprothesenversorgung	Gehstrecke: Standard: 84,1 % (789/938) Neu: 64,5 % (789/1.224)	Standard: 92,1 % (Min.: 64,5 %; Max.: 100 %)  Neu: 90,4 % (Min.: 64,5 %; Max.: 100 %)
	Sonstige spezifische Komplikationen*: 71,4 % (30/42)	
	Sonstige Komplikationen*: 64,5 % (49/76)	
Ambulant erworbene Pneumonie	Spontane Atemfrequenz (Entlassung): Standard: 78,5 % (899/1.145) Neu: 72,4 % (899/1.241)	Standard: 93,1 % (Min.: 71,4 %; Max.: 100 %)  Neu: 91,4 % (Min.: 67,9 %; Max.: 100 %)
	Spontane Atemfrequenz (Aufnahme): Standard: 81,0 % (1.107/1.366) Neu: 77,6 % (1.107/1.427)	
	Datum des Eintrags in der Patientenakte: Standard: 71,4 % (110/154) Neu: 67,9 % (110/162)	
Nierenlebendspende	Albumin i. U.*: 86,7 % (39/45)	97,5 % (Min.: 86,7 %; Max.: 100 %)
	Körpergewicht bei Aufnahme (in kg)*: 87,2 % (41/47)	

Min. = Minimum; Max. = Maximum

<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.

\* Bei diesem Datenfeld gab es keine Fälle, bei denen „nicht ersichtlich aus der Patientenakte“ kodiert wurde. Somit wurde nicht zwischen „Standard“ und „Neu“ unterschieden.

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

Im Erfassungsjahr 2016 wiesen die 1.887 datenliefernden Krankenhausstandorte zusammen 2.571 rechnerische Auffälligkeiten bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollständigkeit auf (Tabelle 3). Bei 832 rechnerischen Auffälligkeiten (32,4 %) wurden keine Stellungnahmeverfahren durchgeführt, sondern lediglich Hinweise verschickt, so dass letztlich nicht beurteilt werden kann, ob Fehldokumentationen vorlagen oder nicht vorlagen.

Tabelle 3: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – alle QS-Verfahren: Ergebnisse des EJ 2016

	Anzahl	Anteil
Indikatorergebnisse	80.097	-
Rechnerische Auffälligkeiten	2.571	100 %
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen	29	1,1 %
Hinweise	832	32,4 %
Stellungnahmen	1.710	66,5 %
Sonstiges	0	0 %
<b>Weiterführende Maßnahmen (aufgrund von Stellungnahmen)</b>		
Besprechungen	6	0,2 %
Begehungen	2	0,1 %
Zielvereinbarungen	41	1,6 %
<b>Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde</b>		
Korrekte Dokumentation bestätigt (U30)	287	11,2 %
Qualitativ unauffällig: Sonstiger Kommentar (U99)	49	1,9 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40)	1.153	44,8 %
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	27	1,1 %
Qualitativ auffällig: Sonstiger Kommentar (A99)	86	3,3 %
Sonstiges (S91, S99)	108	4,2 %

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

Im Erfassungsjahr 2016 gab es bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit insgesamt 1.406 rechnerische Auffälligkeiten (Tabelle 4). In knapp einem Drittel der rechnerischen Auffälligkeiten wurden Hinweise verschickt, so dass nicht beurteilt werden kann, ob es sich hierbei um Dokumentationsfehler handelte.

Tabelle 4 AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – alle QS-Verfahren: Ergebnisse des EJ 2016

	Anzahl	Anteil
Indikatorergebnisse	32.200	-
Rechnerische Auffälligkeiten	1.406	100 %
<b>Maßnahmen</b>		
Keine Maßnahmen	5	0,4 %
Hinweise	406	28,9 %
Stellungnahmen	995	70,8 %
Sonstiges	0	0 %
<b>Weiterführende Maßnahmen (aufgrund von Stellungnahmen)</b>		
Besprechungen	2	0,1 %
Begehungen	1	0,1 %
Zielvereinbarungen	31	2,2 %
<b>Einstufungen der rechnerischen Auffälligkeiten, zu denen eine Stellungnahme angefordert wurde</b>		
Korrekte Dokumentation bestätigt (U30)	234	23,5 %
Qualitativ unauffällig: Sonstiger Kommentar (U99)	35	3,5 %
Fehlerhafte Dokumentation bestätigt (A40)	616	61,9 %
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	9	0,9 %
Qualitativ auffällig: Sonstiger Kommentar (A99)	61	6,1 %
Sonstiges (S91, S99)	40	4,0 %

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

Der Anteil der bestätigten unvollzähligen Dokumentation (A40/A99) an den rechnerischen Auffälligkeiten lag zwischen 20,9 % (19/91) im AK Minimaldatensatz und 55,8 % (173/210) im AK Unterdokumentation. In durchschnittlich 36,7 % der rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs zur Vollzähligkeit wurden keine Stellungnahmeverfahren eingeleitet, sondern Hinweise verschickt, sodass nicht beurteilt werden kann, ob hier tatsächlich unvollzählige Dokumentationen vorlagen (Tabelle 5).

Tabelle 5: AKs zur Vollzähligkeit – alle QS-Verfahren: Ergebnisse des EJ 2016. Die Prozentzahlen der Tabelle beziehen sich auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten

	AK Unterdokumentation	AK Überdokumentation	AK Minimaldatensatz
Rechnerische Auffälligkeiten	310	120	91
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen	2 (0,6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Angeforderte Stellungnahmen	204 (65,8 %)	79 (65,8 %)	46 (50,5 %)
Hinweise	104 (33,5 %)	41 (34,2 %)	45 (49,5 %)

	AK Unterdokumentation	AK Überdokumentation	AK Minimaldatensatz
Sonstiges	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechungen	2 (0,6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Begehungen	0 (0 %)	1 (0,8 %)	0 (0 %)
Zielvereinbarungen	2 (0,6 %)	2 (1,7 %)	0 (0 %)
<b>Einstufungen der Stellungnahmen</b>			
Unvollständige Dokumentation bestätigt (A40, A99)	173 (55,8 %)	61 (50,8 %)	19 (20,9 %)
Keine erklärenden Gründe genannt (A42)	5 (1,6 %)	2 (1,7 %)	0 (0 %)
Vollständige Dokumentation bestätigt (U30, U99)	11 (3,5 %)	9 (7,5 %)	25 (27,5 %)
Sonstiges (S99, S91)	15 (4,8 %)	7 (5,8 %)	2 (2,2 %)

### Ergebnisse zu den Dokumentationsproblemen bei den Qualitätsindikatoren

Im Erfassungsjahr 2016 gab es über alle Versorgungsbereiche insgesamt 12.683 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren. Zu diesen rechnerischen Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren wurden 7.607 Stellungnahmen (60,0 %) angefordert. Rechnerische Auffälligkeiten können nur mit einer Ergebniseinstufung belegt werden, wenn eine Stellungnahme des Krankenhausstandortes vorliegt. Für die Datenvalidierung sind die Ergebniseinstufungen der QI-Ergebnisse D50, D51, D99 und U33 interessant. Insgesamt 961 rechnerische Auffälligkeiten (7,6 %) wurden eingestuft mit „Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation“ (D50, D51 oder D99). Der Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten bei den QI-Ergebnissen, die als qualitativ unauffällig bezüglich der Versorgungsqualität bei vereinzelt Dokumentationsproblemen (U33) bewertet wurden, liegt bei 7,6 % (962 von insgesamt 12.683 rechnerischen Auffälligkeiten; Abbildung 1). Nimmt man beide Werte zusammen, so wurde im Stellungnahmeverfahren bei 15,2 % der QI-Auffälligkeiten eine auffällige Dokumentation konstatiert, grob gerundet also bei jeder siebten.

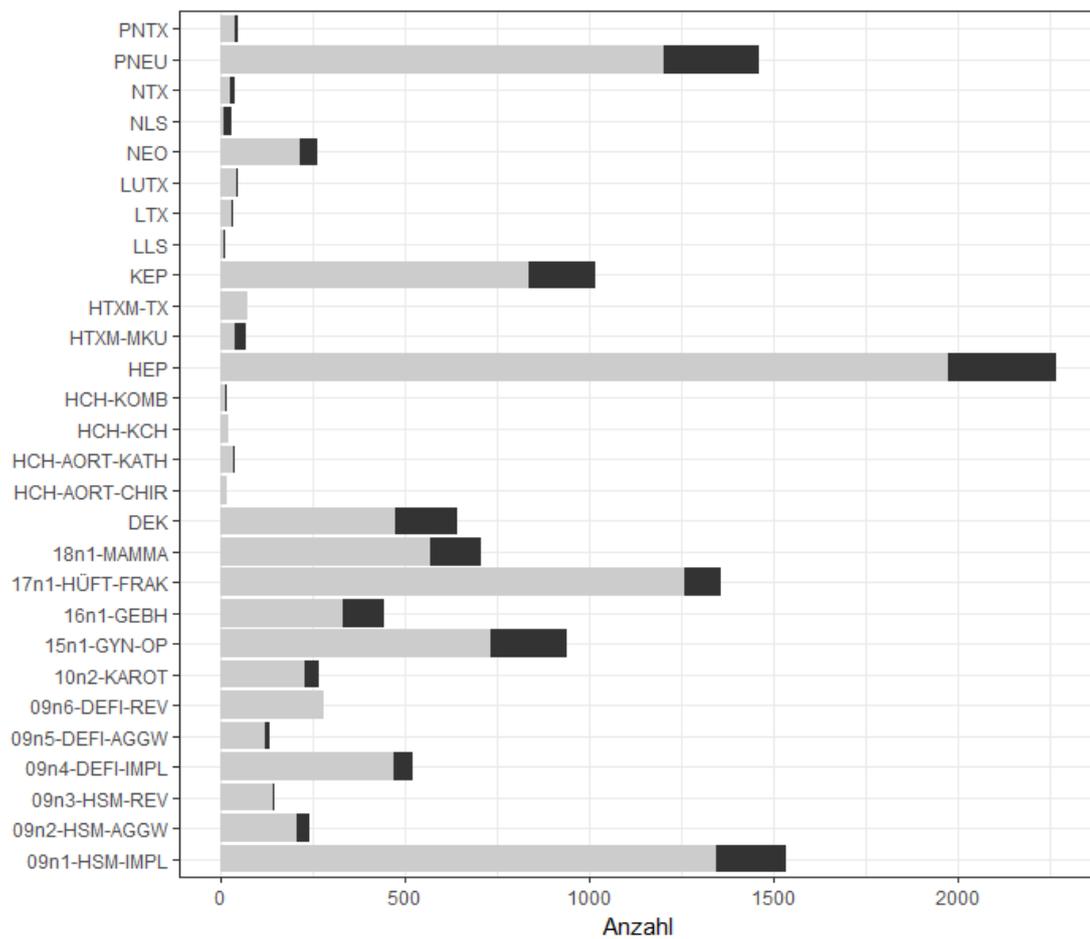


Abbildung 1: Anzahl an D50, D51, D99 und U33 Bewertungen (schwarz) bezogen auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten (grau und schwarz) je QS-Verfahren (EJ 2016)

### Fazit und Ausblick

Fehler in der QS-Dokumentation werden primär über Auffälligkeitskriterien der Dokumentationsqualität identifiziert und ggf. im Strukturierten Dialog analysiert. Aber auch im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren können Dokumentationsmängel identifiziert werden.

Im Hinblick auf die Maßnahmen und Bewertungen im Strukturierten Dialog zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit schwankt beispielsweise der Anteil angeforderter Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten zwischen minimal 37,5 % und maximal 100,0 %. Bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit liegt die Spanne zwischen 11,8 % und 100,0 %. Die Anzahl bestätigter Fehldokumentationen bei den Auffälligkeitskriterien und die Anzahl nicht in Bezug auf die Versorgungsqualität bewertbarer rechnerischer Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren zeigen, dass weiterhin eine kritische Validierung der Daten der externen stationären Qualitätssicherung erforderlich ist und diese zukünftig umfassender, gezielter und konsequenter durchgeführt werden sollte. Aktuell wird vom IQTIG im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein Konzept zur Weiterentwicklung des Datenvalidierungsverfahrens nach QSKH-RL erarbeitet. Zudem wird zurzeit für die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der

Qualitätssicherung (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, Qesü-RL) ein Datenvalidierungsverfahren entwickelt. Dieses Datenvalidierungsverfahren soll neben der fallbezogenen QS-Dokumentation insbesondere auch für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sowie für die Sozialdaten bei den Krankenkassen angewendet werden können.

# 1 Einleitung

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 2016. Die Strukturierten Dialoge mit den Krankenhausstandorten und das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich dazu fanden im Jahr 2017 statt.

Die Datenvalidierung ist als Verfahren zur Überprüfung der Datenvalidität seit 2006 in der externen stationären Qualitätssicherung etabliert (vgl. § 9 QSKH-RL). Die QS-Daten wurden auf Plausibilität und Vollständigkeit in allen QS-Verfahren überprüft, in denen dazu Auffälligkeitskriterien definiert sind. Die gelieferten Datensätze aller QS-Verfahren wurden des Weiteren im Hinblick auf ihre Vollzähligkeit überprüft. Im vorliegenden Bericht wird die Entwicklung der rechnerischen Auffälligkeiten bei den Auffälligkeitskriterien und bestätigten Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität im Längsschnitt über drei Jahre ausgewertet. Dabei wird insbesondere betrachtet, welche Krankenhausstandorte wiederholt rechnerisch auffällig waren und/oder wiederholt Fehldokumentationen im Strukturierten Dialog bestätigten.

Im Jahr 2017 fand eine umfassende Datenvalidierung in den QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*, *Ambulant erworbene Pneumonie* und *Nierenlebendspende* 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. Bei der Auswahl der Datenfelder gilt, dass mindestens alle Datenfelder abzugleichen sind, die in die Berechnung der Qualitätsindikatoren des jeweiligen Verfahrens eingehen (§ 9 Abs. 4 Satz 4 QSKH-RL).

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

## 2 Methodik

Das jährlich stattfindende Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL dient dazu, die Validität der QS-Daten einzuschätzen, die Krankenhausstandorte 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 Krankenhausstandorten 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.

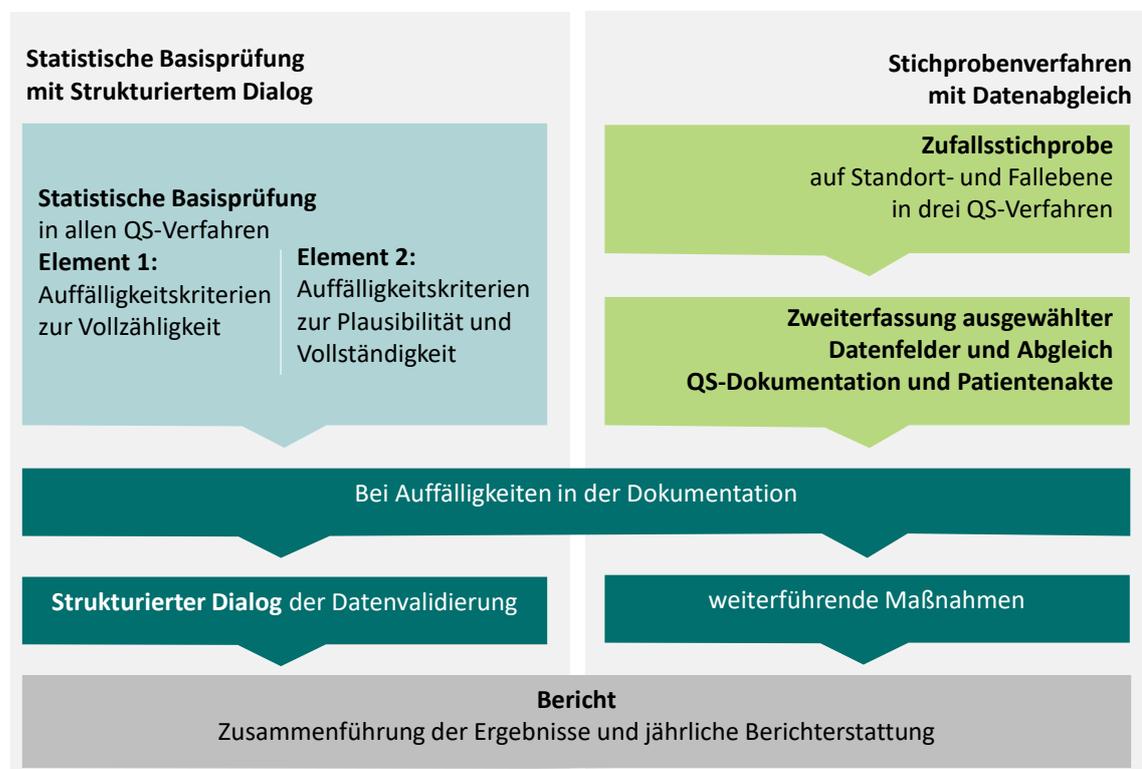


Abbildung 2: Datenvalidierungsverfahren nach § 9 QSKH-RL (Stand EJ 2016)

### 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 muss entsprechend der Spezifikationsvorgaben so konfiguriert sein, dass fehlende Werte bei verpflichtend auszufüllenden Datenfeldern (Muss-Feld) bei der Dateneingabe vor Ort beim Leistungserbringer nicht akzeptiert werden. Ein Datensatz kann erst bei Vollstän-

digkeit 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 sehr viel späteren Zeitpunkt als die Datenprüfungen bei Datenerfassung und -annahme statt. Es prüft die Daten retrospektiv.

## 2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

Die Methodik des Strukturierten Dialogs ist ausführlich im aktuellen „Bericht zum Strukturierten Dialog“ beschrieben.<sup>1</sup> 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: Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit. Bei der Neuentwicklung und Evaluation von Auffälligkeitskriterien durch das IQTIG werden externe Expertinnen und 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 werden soll (bislang geschieht dies erst bei einer Dokumentationsrate von unter  $95\%$ ), wie es im Versorgungsbereich Transplantationsmedizin bereits der Fall ist. Der G-BA hat daher in § 24 QSKH-RL Regelungen zum Umgang mit Unterdokumentation festgelegt, die ab dem Erfassungsjahr 2018 für die Krankenhäuser unmittelbar verpflichtend sind. 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 Erfassungsjahr (EJ) 2016 gibt es auch im Versorgungs-

<sup>1</sup> <https://iqtig.org/berichte/strukturierter-dialog/>

bereich Orthopädie und Unfallchirurgie Auffälligkeitskriterien zum Minimaldatensatz. Ein Minimaldatensatz kann im Ausnahmefall angelegt werden, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig ausgelöst 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 (Grundgesamtheit) und Zähler (Auffälligkeitsmerkmal) 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 unvollzählige Dokumentation vermutet. Für diese Leistungserbringer wird ein Strukturierter Dialog eingeleitet, um zu prüfen, ob tatsächlich Dokumentationsprobleme vorliegen. Dazu bestehen die folgenden Möglichkeiten:

1. Einholen einer Stellungnahme vom jeweiligen Leistungserbringer, in der die Gründe für die rechnerische Auffälligkeit genannt werden sollen (fehlerhafte/unvollzählige oder korrekte/vollzählige Dokumentation) und in der dieser darlegen soll, welche Optimierungsmaßnahmen ggf. eingeleitet wurden bzw. noch 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, ohne eine Erläuterung anzufordern (vgl. § 11 QSKH-RL). Daher ist in solchen Fällen dann keine Bewertung der Auffälligkeit mehr möglich, die rechnerisch auffällige Sachlage bleibt ungeklärt.
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 sollte bei einer rechnerischen Auffälligkeit in Bezug auf die Dokumentationsqualität eine schriftliche Stellungnahme von dem betreffenden Leistungserbringer angefordert werden. 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 im derzeitigen Verfahren 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)

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Beschreibung
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
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

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 Dokumentationsqualität innerhalb eines QS-Verfahrens bewerten. Dazu werden verschiedene Datenfelder der QS-Dokumentation ausgewählt, für die anhand der Patientenakte eine Zweiterfassung mit anschließendem 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 bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres gezeigt hat, ob ein QS-Verfahren noch nie umfassend validiert wurde oder ob eines der QS-Verfahren Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf aufweist. Stehen größere Umstrukturierungen in einem QS-Verfahren an, so ist eine umfassende Datenvalidierung 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 Expertinnen und Experten in einer Projektgruppe Datenvalidierung beratend hinzugezogen. Die Projektgruppe Datenvalidierung setzt sich aus Expertinnen und Experten aus dem Bereich Dokumentationsqualität der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der

Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern zusammen.

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 direkten 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der LQS bzw. des IQTIG durchgeführt. Künftig soll bei Krankenhausstandorten, bei denen keine Direkteinsicht in die Patientenakten zur Datenvalidierung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LQS bzw. des IQTIG möglich ist, der MDK beauftragt werden. 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. noch vor Ort 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 Dokumentationsqualität der Angaben in einzelnen Datenfeldern zu bewerten und vergleichbar zu machen, können unterschiedliche Kennzahlen herangezogen werden. Dabei wird die Patientenakte als Referenzquelle verwendet. Diese medizinische Primärdokumentation

stellt somit den „Goldstandard“ dar, d. h. es wird davon ausgegangen, dass die dort enthaltenen Informationen die tatsächliche Versorgungsrealität widerspiegeln.

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, wobei diese nur für binäre Merkmale/Datenfelder berechnet werden.

**Sensitivität:** Anteil der Fälle, bei denen sowohl in der QS-Dokumentation als auch in der Patientenakte eine bestimmte Information dokumentiert wurde (Zähler) an allen Fällen, bei denen in den Patientenakten diese Information dokumentiert wurde (Nenner), in Prozent. Die Sensitivität gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) in der QS dokumentiert wurde, gegeben dass diese Information in der Patientenakte dokumentiert wurde (Maß für die Unterdokumentation in der QS-Dokumentation).

**Spezifität:** Anteil der Fälle, bei denen weder in der QS-Dokumentation noch in der Patientenakte eine bestimmte Information dokumentiert wurde (Zähler) an allen Fällen, bei denen in den Patientenakten diese Information nicht dokumentiert wurde (Nenner), in Prozent. Die Spezifität gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) nicht in der QS dokumentiert wurde, gegeben dass diese Information nicht in der Patientenakte dokumentiert wurde (Maß für die Überdokumentation in der QS-Dokumentation).

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 zwischen Dokumentation und Patientenakte 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 Erfassungsbogens) 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 (sofern dies zu beurteilen ist)

## 3 Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Für das Erfassungsjahr 2016 hat der G-BA eine umfassende Datenvalidierung der QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung*, *Ambulant erworbene Pneumonie* und *Nierenlebendspende* mit Durchführung eines Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich beschlossen. Erstmals wurden dieses Jahr für die Berechnung der Übereinstimmungsraten zwei Modelle gerechnet. Zum einen wurden – wie in den Jahren zuvor – bei der Berechnung der Übereinstimmungsraten Fälle, bei denen „nicht ersichtlich aus der Patientenakte“ angegeben wurde aus der Grundgesamtheit herausgerechnet („Standard“). Da dieses Vorgehen die Ergebnisse der Übereinstimmungsraten verzerren kann (Krankenhausstandorte, die ein Datenfeld konsequent nicht in der Patientenakte aufführen, würden nicht als Abweichung zählen) wurde beschlossen, die Übereinstimmungsrate auch über alle Krankenhausstandorte zu berechnen („Neu“). Da die Grundgesamtheit im neuen Modell durch nicht ersichtliche Fälle in Bezug auf das Standard Modell erhöht sein kann, kann in diesem Fall die Übereinstimmungsrate im Modell „Neu“ geringer ausfallen. Die Ergebnisse sind im Folgenden für die drei QS-Verfahren separat dargestellt.

### 3.1 Knieendoprothesenversorgung

Die Ziehung der Zufallsstichprobe der Krankenhausstandorte und Fälle für den Datenabgleich zu den Daten des Erfassungsjahres 2016 erfolgte durch das IQTIG. Dazu wurden pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zum QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung* QS-Daten für das Erfassungsjahr 2016 geliefert haben, als geschichtete Stichprobe zufällig ausgewählt. 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. Es wurden insgesamt 46 Datenfelder des Erhebungsbogens Knieendoprothesenversorgung im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich geprüft.

#### 3.1.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 62 Krankenhausstandorte ausgewählt, für die bundesweit 1.224 Fallakten durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LQS überprüft wurden. Es musste bundesweit nur auf einen einzigen Reservefall 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: Knieendoprothesenversorgung: Stichprobenumfang für den Datenabgleich

Bundesland	besuchte Krankenhausstandorte	geprüfte Fälle
Baden-Württemberg	7	140
Bayern	10	200
Berlin	1	20
Brandenburg	2	40
Bremen	1	20
Hamburg	1	20
Hessen	5	84
Mecklenburg-Vorpommern	2	40
Niedersachsen	6	120
Nordrhein-Westfalen	13	260
Rheinland-Pfalz	4	80
Saarland	1	20
Sachsen-Anhalt	3	60
Sachsen	2	40
Schleswig-Holstein	2	40
Thüringen	2	40
<b>Gesamt</b>	<b>62</b>	<b>1.224</b>

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

Die mittlere Übereinstimmungsrate über alle geprüften Datenfelder lag bei 92,1 % (Neu: 90,4 %) (Tabelle 8).

Tabelle 8: Knieendoprothesenversorgung: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 11) Geschlecht	Standard: 100 % (1224/1224) Neu: 100 % (1224/1224)
(DF 12) Gehstrecke	Standard: 84,1 % (789/938) Neu: 64,5 % (789/1224)

<b>Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)</b>	<b>Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)</b>
(DF 13) Gehhilfen	Standard: 86,4 % (898/1039) Neu: 73,4 % (898/1224)
(DF 15) zu operierende Seite **	98,9 % (1210/1224)
(DF 18) Einstufung nach ASA-Klassifikation	Standard: 84,6 % (1024/1210) Neu: 83,7 % (1024/1224)
(DF 19) Wundkontaminationsklassen	Standard: 96,9 % (1179/1217) Neu: 96,3 % (1179/1224)
(DF 20) Art des Eingriffs **	98,3 % (1203/1224)
(DF 27) Schmerzen (Erstimplantation)	Standard: 79,2 % (561/708) Neu: 73,0 % (561/768)
(DF 34) Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des betroffenen Gelenks vor?	Standard: 98,0 % (746/761) Neu: 97,1 % (746/768)
(DF 37) Schmerzen (Wechsel)	Standard: 82,1 % (354/431) Neu: 77,6 % (354/456)
(DF 38) positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	Standard: 90,5 % (409/452) Neu: 89,7 % (409/456)
(DF 39) mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation	Standard: 79,7 % (353/443) Neu: 77,4 % (353/456)
(DF 41) Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?	Standard: 92,0 % (414/450) Neu: 90,8 % (414/456)
(DF 60) Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?	Standard: 98,3 % (1202/1223) Neu: 98,2 % (1202/1224)
(DF 61) primäre Implantatfehlage*/**	100 % (42/42)
(DF 62) sekundäre Implantatdislokation*/**	100 % (42/42)
(DF 63) postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes*/**	100 % (42/42)
(DF 64) Patellafehlstellung*/**	97,6 % (41/42)
(DF 65) OP- oder interventionsbedürftige/s Wundhämatom/Nachblutung*/**	81,0 % (34/42)
(DF 66) OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion*/**	100 % (42/42)
(DF 67) bei Entlassung persistierender, motorischer Nerven-schaden*/**	100 % (42/42)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 68) periprothetische Fraktur*/**	95,2 % (40/42)
(DF 69) postoperative Wundinfektion (nach CDC-Definition)*/**	100 % (42/42)
(DF 70) reoperationspflichtige Wunddehiszenz*/**	97,6 % (41/42)
(DF 71) reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder*/**	97,6 % (41/42)
(DF 72) postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes*/**	97,6 % (41/42)
(DF 73) Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae*/**	100 % (42/42)
(DF 75) sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen*/**	71,4 % (30/42)
(DF 76) ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen*/**	88,1 % (37/42)
(DF 78) Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?/**	Standard: 95,1 % (1164/1224) Neu: 95,1 % (1164/1224)
(DF 79) Pneumonie*/**	Standard: 89,5 % (68/76) Neu: 89,5 % (68/76)
(DF 80) behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen*/**	86,8 % (66/76)
(DF 81) tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose*/**	93,4 % (71/76)
(DF 82) Lungenembolie*/**	97,4 % (74/76)
(DF 83) postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion*/**	92,1 % (70/76)
(DF 84) sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen*/**	64,5 % (49/76)
(DF 85) Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt	Standard: 96,8 % (1158/1196) Neu: 94,6 % (1158/1224)
(DF 87) Extension/Flexion 2 bei Entlassung*	Standard: 94,5 % (1077/1140) Neu: 89,9 % (1077/1199)
(DF 88) Extension/Flexion 3 bei Entlassung*	Standard: 76,3 % (883/1157) Neu: 73,6 % (883/1199)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 89) Gehstrecke bei Entlassung	Standard: 77,1 % (895/1161) Neu: 73,5 % (895/1218)
(DF 90) Gehhilfen bei Entlassung	Standard: 95,6 % (1121/1172) Neu: 92,0 % (1121/1218)
(DF 92) Entlassungsgrund **	100 % (1224/1224)

\* 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.

\*\* Bei diesem Datenfeld gab es keine Fälle, bei denen „nicht ersichtlich aus der Patientenakte“ kodiert wurde. Somit wurde nicht zwischen „Standard“ und „Neu“ unterschieden.

Die folgenden Datenfelder wiesen sowohl nach der Standardberechnung als auch nach der neuen Berechnung eine Übereinstimmungsrate von < 80 % auf:

- Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen
- Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen
- Gehstrecke bei Entlassung
- Extension/Flexion 3 bei Entlassung
- Schmerzen (Erstimplantation)
- Mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation

Die folgenden Datenfelder wiesen nach der neuen Berechnung eine Übereinstimmungsrate von < 80 % auf:

- Gehstrecke (präoperativ) (nur nach dem neuen Modell)
- Gehhilfen (präoperativ) (nur nach dem neuen Modell)
- Schmerzen (Wechsel)

### 3.1.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich

In den Krankenhausstandorten mit Abweichungen wurden gezielt Hinweise zur Verbesserung der Dokumentation unter Hinzuziehung der zu beachtenden Ausfüllhinweise gegeben.

Eine LQS berichtete, dass bei dem Datenfeld ‚Gehstrecke‘ im Rahmen der Zweiterhebung die Angabe „unbegrenzt“ dokumentiert wurde, wenn in dem Anamnesebogen eine Gehstrecke von über 500 Meter angegeben wurde. Diese vorgegebene Auswahl der „unbegrenzten“ Gehstrecke im QS-Bogen sei jedoch irreführend, da niemand unbegrenzt gehen kann, sodass diese Auswahl nicht verwendet wurde. Vonseiten der Beteiligten wurde daher angeregt, das Datenfeld anzupassen, indem z. B. nach der Gehstrecke am Stück über 500 Meter gefragt wird. Für die Spezifikation 2018 wurde das Datenfeld diesbezüglich bereits angepasst.

## **3.2 Ambulant erworbene Pneumonie**

Die Ziehung der Zufallsstichprobe der Krankenhausstandorte und der Fälle für den Datenabgleich der Daten des Erfassungsjahres 2016 erfolgte durch das IQTIG. Dazu wurden unter Anwendung einer geschichteten Stichprobe pro Bundesland 5 % der Krankenhausstandorte, die zum QS-Verfahren *Ambulant erworbene Pneumonie* QS-Daten für das Erfassungsjahr 2016 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.

Es wurden insgesamt 25 Datenfelder des Erhebungsbogens „Ambulant erworbene Pneumonie“ im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich geprüft.

### **3.2.1 Umfang der Stichprobenprüfung**

Mittels der Zufallsstichprobe wurden insgesamt 76 Krankenhausstandorte ausgewählt, für die bundesweit 1.440 Fallakten durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LQS überprüft wurden (Tabelle 9). Es musste bundesweit auf 34 Reservefälle für den Datenabgleich zurückgegriffen werden.

Tabelle 9: Ambulant erworbene Pneumonie: Stichprobenumfang für den Datenabgleich

Bundesland	besuchte Krankenhausstandorte	geprüfte Fälle
Baden-Württemberg	8	160
Bayern	11	208
Berlin	3	48
Brandenburg	3	60
Bremen	1	20
Hamburg	2	40
Hessen	5	98
Mecklenburg-Vorpommern	2	40
Niedersachsen	7	115
Nordrhein-Westfalen	17	311
Rheinland-Pfalz	4	80
Saarland	2	40
Sachsen-Anhalt	3	60
Sachsen	4	80
Schleswig-Holstein	2	40
Thüringen	2	40
<b>Gesamt</b>	<b>76</b>	<b>1.440</b>

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

Die mittlere Übereinstimmungsrate über alle geprüften Datenfelder lag bei 93,1 % (Neu 91,4 %) (Tabelle 10).

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: Ambulant erworbene Pneumonie: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

<b>Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)</b>	<b>Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)</b>
(DF 7) Geschlecht	Standard: 99,9 % (1433/1434) Neu: 99,5 % (1433/1440)
(DF 9) Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	Standard: 96,0 % (1374/1431) Neu: 95,4 % (1374/1440)
(DF 10) Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	Standard: 98,4 % (1410/1433) Neu: 97,9 % (1410/1440)
(DF 11) chronische Bettlägerigkeit	Standard: 94,9 % (1349/1422) Neu: 93,7 % (1349/1440)
(DF 12) bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung	Standard: 99,5 % (1427/1434) Neu: 99,1 % (1427/1440)
(DF 13) Desorientierung*	Standard: 92,0 % (1294/1406) Neu: 90,7 % (1294/1427)
(DF 15) spontane Atemfrequenz nicht bestimmt*	Standard: 89,7 % (1274/1420) Neu: 89,3 % (1274/1427)
(DF 22) Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	Standard: 96,7 % (1376/1423) Neu: 95,6 % (1376/1440)
(DF 23) initiale antimikrobielle Therapie	Standard: 83,9 % (1185/1412) Neu: 82,3 % (1185/1440)
(DF 24) Beginn der Mobilisation	Standard: 85,1 % (1181/1387) Neu: 82,0 % (1181/1440)
(DF 28) maschinelle Beatmung	Standard: 97,9 % (1404/1434) Neu: 97,5 % (1404/1440)
(DF 29) Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	Standard: 96,5 % (1383/1433) Neu: 96,0 % (1383/1440)
(DF 33) Entlassungsgrund	Standard: 100 % (1434/1434) Neu: 99,6 % (1434/1440)
(DF 34) Desorientierung* (Entlassung)	Standard: 93,8 % (1144/1220) Neu: 92,2 % (1144/1241)
(DF 35) stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme* (Entlassung)	Standard: 95,8 % (1170/1221) Neu: 94,4 % (1170/1240)

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 36) spontane Atemfrequenz* (Entlassung)	Standard: 78,5 % (899/1145) Neu: 72,4 % (899/1241)
(DF 37) Herzfrequenz*	Standard: 97,7 % (1203/1231) Neu: 97,0 % (1203/1240)
(DF 38) Temperatur*	Standard: 95,7 % (1178/1231) Neu: 94,9 % (1178/1241)
(DF 39) Sauerstoffsättigung*	Standard: 88,6 % (1060/1196) Neu: 85,5 % (1060/1240)
(DF 40) Blutdruck systolisch*	Standard: 97,0 % (1196/1233) Neu: 96,4 % (1196/1241)
Geburtsjahr	Standard: 99,9 % (1433/1434) Neu: 99,5 % (1433/1440)
Aufnahmequartal	Standard: 99,7 % (1428/1433) Neu: 99,2 % (1428/1440)
(DF 14) spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme)	Standard: 81,0 % (1107/1366) Neu: 77,6 % (1107/1427)
(DF 30) Datum des Eintrags in der Patientenakte*	Standard: 71,4 % (110/154) Neu: 67,9 % (110/162)
Entlassquartal	Standard: 99,5 % (1427/1434) Neu: 99,1 % (1427/1440)

\* 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.

Die folgenden Datenfelder wiesen sowohl nach der Standard als auch nach der neuen Berechnung eine Übereinstimmungsrate von < 80 % auf:

- Spontane Atemfrequenz (Entlassung)
- Spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme)
- Datum des Eintrags in der Patientenakte

### 3.3 Nierenlebenspende

#### 3.3.1 Umfang der Stichprobenprüfung

Da es sich beim QS-Verfahren *Nierenlebenspende* 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 Nierenlebenspende im Erfassungsjahr 2016 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG durchgeführt.

Es erfolgte eine Zweiterfassung von 47 Fällen aus dem Erfassungsjahr 2016, wobei die zu validierende Fallzahl pro Krankenhausstandort 6, 7, 14 und 20 betrug. Die Daten der externen Qualitätssicherung wurden mit den Daten aus der Patientenakte abgeglichen und die Übereinstimmungen wurden noch vor Ort ausgewertet. Pro Fall wurden 17 Datenfelder anhand der Angaben aus der Patientenakte zweiterfasst und mit den Angaben aus der QS-Dokumentation abgeglichen.

Die Patientenakten lagen in einem Krankenhausstandort digital vor, in einem Krankenhausstandort in Papierform und in zwei Standorten lag eine Mischform aus digitaler sowie Papierakte vor. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG hatten in einem Krankenhausstandort direkte Einsicht in die Patientenakte, in den drei anderen Krankenhausstandorten konnten die Angaben aus der QS-Dokumentation nur indirekt über Auskünfte der Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter abgeglichen werden. Bei allen Fällen waren alle Informationen zu den zu überprüfenden Datenfeldern jeweils aus der Patientenakte ersichtlich.

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

Bei dem QS-Verfahren *Nierenlebenspende* gab es keine Datenfelder, bei denen „nicht ersichtlich aus der Patientenakte“ kodiert wurde. Somit wurde bei der Berechnung der Übereinstimmungsrate nicht zwischen „Standard“ und „Neu“ unterschieden. Die mittlere Übereinstimmungsrate über alle geprüften Datenfelder lag bei 97,5 %. Bei 6 Kann-Feldern gab es sowohl laut QS-Dokumentation als auch laut Patientenakten keine Fälle, die die Bedingungen zum Ausfüllen dieser Datenfelder erfüllten. Bei diesen Datenfeldern betrug die Übereinstimmungsrate somit jeweils 100 %. Bei den verbliebenen 9 von insgesamt 17 Datenfeldern gab es zwei mit einer Übereinstimmungsrate zwischen 90 % und 95 %, eins mit einer Übereinstimmungsrate zwischen 95 % und 100 % und bei 6 Datenfeldern stimmten QS-Dokumentation und Patientenakte zu 100 % überein.

Bezogen auf die Krankenhausstandorte gab es bei einem Krankenhausstandort 2 Abweichungen in einem Datenfeld, bei einem anderen Standort gab es insgesamt 3 Abweichungen bei 2 Datenfeldern und bei den weiteren 2 Standorten gab es insgesamt 6 bzw. 9 Abweichungen in 3 Datenfeldern.

Im Folgenden werden die Felder mit einer Übereinstimmungsrate von unter 100 % hinsichtlich des Ausmaßes und der Gründe der Abweichungen sowie deren Einfluss auf die Berechnung der Qualitätsindikatoren bzw. Risikoadjustierung diskutiert (Tabelle 11).

Tabelle 11: Nierenlebendspende: Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich

Datenfeld (Nummer und Bezeichnung gemäß Spezifikation EJ 2016)	Übereinstimmungsrate (QS-Dokumentation und Patientenakte)
(DF 7) Geburtsdatum	100 % (47/47)
(DF 8) Geschlecht	100 % (47/47)
(DF 9) Körpergröße (in cm)	93,6 % (44/47)
(DF 10) Körpergewicht bei Aufnahme (in kg)	87,2 % (41/47)
(DF 12) Kreatininwert i.S. in mg/dl*	91,5 % (43/47)
(DF 13) Kreatininwert i.S. in µmol/l*	100 % (0/0)
(DF 14) OP-Datum	100 % (47/47)
(DF 17) behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)	100 % (47/47)
(DF 18) Blutung*	100 % (0/0)
(DF 19) Reoperation erforderlich*	100 % (0/0)
(DF 20) sonstige Komplikationen*	100 % (0/0)
(DF 21) Spender bei Entlassung dialysepflichtig?	100 % (47/47)
(DF 22) Kreatininwert i.S. in mg/dl*	97,9 % (46/47)
(DF 23) Kreatininwert i.S. in µmol/l*	100 % (0/0)
(DF 24) Albumin i. U.*	86,7 % (39/45)
(DF 25) Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.*	100 % (0/0)
(DF 29) Entlassungsgrund	100 % (47/47)

\* 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.

#### Datenfelder Körpergröße und Körpergewicht

Abweichungen zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Patientenakte gab es in 2 der 4 besuchten Standorte. Beim Körpergewicht lagen in 6 Fällen Abweichungen vor. Jedoch

gab es bei 4 Fällen nur sehr geringfügige Abweichungen von 1 kg. Bei einem Fall wurde in der Patientenakte ein um 5 kg höheres Gewicht als in der QS-Dokumentation dokumentiert. Bei einem Fall wurden Größe und Gewicht vertauscht, was zu einem unplausibel hohen BMI führte. Die Datenfelder Körpergröße und Körpergewicht haben jedoch aktuell keine Relevanz für die Berechnung der Qualitätsindikatoren zum Indexeingriff. Es kann diskutiert werden, ob Abweichungen erst ab einem bestimmten Wert als Abweichung gezählt werden, da gerade das Körpergewicht tagesabhängig schwanken kann und es auch bei der Körpergröße leicht zu kleinen Messfehlern kommen kann.

#### **Datenfeld Kreatinin (präoperativ)**

Bei dem Datenfeld präoperativer Kreatininwert wurden in 2 Standorten bei jeweils 2 Fällen Abweichungen dokumentiert. Bei einem Fall gab es eine Abweichung von 0,4 mg/dl. Dies führte dazu, dass in der QS-Dokumentation der Kreatinin-Normwert überschritten wurde, der Kreatininwert in der Patientenakte jedoch im Normbereich lag. Bei 3 der insgesamt 4 Fälle gab es Abweichungen von 0,1 mg/dl. Diese Abweichungen wurden von den Krankenhausstandorten auf nicht korrektes Runden zurückgeführt. In der QS-Dokumentation ist der Kreatininwert mit einer Nachkommastelle anzugeben, von den Laboren wird er oft mit zwei Nachkommastellen geliefert. Es ist zu diskutieren, ob genauere Hinweise zum Runden in die Ausfüllhinweise aufgenommen werden sollten, und/oder eine Abweichung bei einem Kreatininwert von 0,1 mg/dl als Mess- oder Rundungsfehler nicht als Abweichung gezählt werden sollte. Der präoperative Kreatininwert geht als Variable in die Risikoadjustierung ein.

#### **Datenfeld Kreatinin (postoperativ)**

Bei dem Datenfeld postoperativer Kreatininwert gab es bei einem Krankenhausstandort in einem Fall eine Abweichung von 0,1 mg/dl. Diese hatte keine Auswirkungen im Sinne einer Unter- oder Überschreitung des Normbereichs für den Kreatininwert. Der postoperative Kreatininwert fließt als Variable in die Risikoadjustierung ein.

#### **Datenfeld Albumin (postoperativ)**

Der Albuminwert geht nur in die Berechnung der Follow-up-Qualitätsindikatoren zum Vorhandensein einer Albuminurie der Spenderin oder des Spenders ein; bei den hier zweiterfassten Basisbögen zum Indexeingriff besteht keine QI-Relevanz. Es wurden bei 2 Standorten in insgesamt 6 Fällen Abweichungen beim Albuminwert festgestellt. Bei einem Fall in einem Standort wurde eine Abweichung von 89 mg/l festgestellt. In 5 Fällen des anderen Standorts wurden in der QS-Dokumentation zwar Werte eingetragen, in den Patientenakten konnten jedoch keine Werte gefunden werden. In Gesprächen mit den Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern zeigte sich, dass vom Labor kein spezifischer Wert übermittelt wurde, sondern nur ein Schnelltest auf Albuminurie durchgeführt wurde; bei negativem Befund wurde „30“ in der QS-Dokumentation eingetragen. Zudem wurde von zwei Laboren kein spezifischer Albuminwert an die Krankenhäuser gemeldet, sondern es wurde nur unterschieden, ob eine Albuminurie vorlag oder nicht. Die Labore hatten individuelle Schwellenwerte (10 mg/l bzw. 11 mg/l) festgelegt und lediglich an die Krankenhäuser zurückgemeldet, ob der Wert einer Patientin oder eines Patienten unter- oder oberhalb dieses Wertes lag anstatt den exakten Wert anzugeben. Zum Teil wurden die Schwellenwerte von einem zum anderen Jahr von den Laboren geändert. Im Anschluss

an die Auswertung der Zweiterfassung wurde das Datenfeld in der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2019 geändert. Nur bei Vorliegen einer Albuminurie, d. h. bei Überschreiten des Grenzwerts für eine Albuminurie muss in der QS-Dokumentation ein genauer Wert eingegeben werden. Als Grenzwert für eine Albuminurie wurde der von den Krankenhäusern dokumentierte maximal untere Grenzwert von 30mg/l festgelegt.

### **3.3.3 Maßnahmen infolge der Zweiterfassung mit Datenabgleich**

Die Ergebnisse der Zweiterfassung mit Datenabgleich wurden noch vor Ort ausgewertet und mit den zuständigen Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern 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 konsekutive Analyse des Prozesses den jeweiligen Krankenhausstandorten in schriftlicher Form zurückgespiegelt.

## 4 Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Für das Erfassungsjahr 2016 wurden in 21 der 25 QS-Verfahren jeweils zwischen 1 und 6 (verstetigte und neue) Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit angewendet (insgesamt n = 60 Auffälligkeitskriterien). Auf Basis der Daten des Erfassungsjahres 2016 wurden anhand der festgelegten Auffälligkeitskriterien insgesamt 1.406 rechnerische Auffälligkeiten ermittelt.

### Entwicklung zum Vorjahr

Die Zahl der rechnerischen Auffälligkeiten ist im Vergleich zum Vorjahr (n = 1.099) 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 (2015: 788; 2016: 955). Der Anteil der von den Leistungserbringern bestätigten Fehldokumentationen (A40, A99) über alle QS-Verfahren hinweg ist hingegen gestiegen (EJ 2016: 68,0 %; 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 rechnerischen Auffälligkeiten

Der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen (Bewertung mit A40 oder A99) an den rechnerischen Auffälligkeiten zu den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit schwankt je nach QS-Verfahren (Abbildung 3).

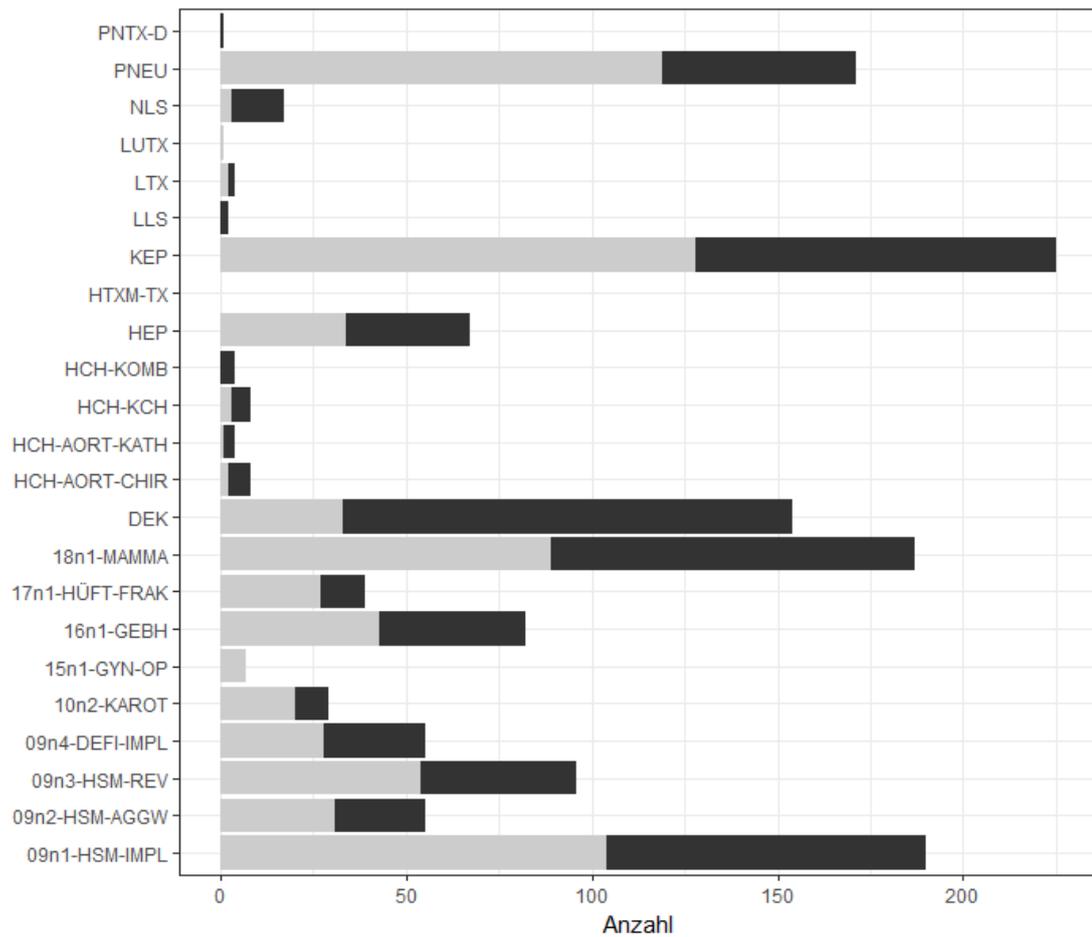


Abbildung 3: A40 und A99 Bewertungen in den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit (schwarz) bezogen auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten (grau und schwarz) nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2016)

### Wiederholte Auffälligkeiten

Über alle AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit waren von den Standorten, die die 1.406 rechnerischen Auffälligkeiten des EJ 2016 aufwiesen, 142 schon im EJ 2015 und 16 bereits sowohl im EJ 2015 als auch im EJ 2014 rechnerisch auffällig.

## 4.1 Herzchirurgie

### 4.1.1 Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)

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

	AK-ID 811809	AK-ID 850371
Indikatorergebnisse	56	86
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	4	4
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	2	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	-
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	4	4
<b>Bewertungen</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	2	4
Sonstiges [S91, S99]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	-

Anmerkungen:

AK-ID 811809: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“

AK-ID 850371: Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

### 4.1.2 Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)

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

	AK-ID 850283	AK-ID 850353
Indikatorergebnisse	97	31
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	3	1

	AK-ID 850283	AK-ID 850353
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	-	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	-	0
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	3	1
<b>Bewertungen</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	2	1
Sonstiges [S99, S91]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	-	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	-	0

Anmerkungen:

AK-ID 850283: Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

AK-ID 850353: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“

#### 4.1.3 Koronarchirurgie, isoliert

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

	AK-ID 813165	AK-ID 850373
Indikatorergebnisse	48	88
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	6
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	-
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	2	6
<b>Bewertungen</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	1

	<b>AK-ID 813165</b>	<b>AK-ID 850373</b>
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	1	4
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	0	1
Sonstiges [S99, S91]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	-

Anmerkungen:

AK-ID 813165: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“

AK-ID 850373: Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

#### 4.1.4 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Tabelle 15: Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850354	AK-ID 850374
Referenzbereiche	≤ 1,00 (90.Perzentil)	≤ 7,90 % (97. Perzentil)
Indikatorergebnisse	45	83
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	2
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	1	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	-
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	2	2
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechungen	0	0
Begehungen	0	0
Zielvereinbarungen	0	0
<b>Bewertungen</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	2	2
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	0	0
Sonstiges [S99, S91]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	-

Anmerkungen:

AK-ID 850354: Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“

AK-ID 850374: Ungewöhnlich hohes Risikoprofil

## 4.2 Transplantationen

### 4.2.1 Herztransplantation

Tabelle 16: Herztransplantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850293	AK-ID 850294	AK-ID 850295
Indikatorergebnisse	22	21	22
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	0	0	0
<b>Bewertungen</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850293: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850294: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850295: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

### 4.2.2 Leberlebendspende

Tabelle 17: Leberlebendspende: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850260	AK-ID 850261	AK-ID 850262
Indikatorergebnisse	11	8	10
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	0	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0

	AK-ID 850260	AK-ID 850261	AK-ID 850262
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	2	0	0
<b>Bewertungen</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	2	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850260: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850261: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850262: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

#### 4.2.3 Lebertransplantation

Tabelle 18: Lebertransplantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850299	AK-ID 850300	AK-ID 850301
Indikatorergebnisse	24	23	24
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	2	2
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	0	2	2
<b>Bewertungen</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	1	1

	AK-ID 850299	AK-ID 850300	AK-ID 850301
Sonstiges [S91, S99]	0	1	1
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850299: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850300: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850301: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

#### 4.2.4 Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Tabelle 19: Lungen- und Herz-Lungentransplantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850302	AK-ID 850303	AK-ID 850304
Indikatorergebnisse	16	16	16
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	1
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	0	0	1
<b>Bewertungen</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	0	0
Sonstiges [S91, S99]	0	0	1
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850302: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850303: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850304: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

**4.2.5 Nierenlebenspende**

Tabelle 20: Nierenlebenspende: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850232
Indikatorergebnisse	38
<b>Ergebnisse</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	17
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	-
<b>Maßnahmen</b>	
Hinweise	0
Stellungnahmen	17
<b>Bewertungen</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	14
Sonstiges [S91, S99]	1
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>	
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	-

Anmerkungen:

AK-ID 850232: Häufig weder Albumin- noch Kreatininwert angegeben bzw. plausibel

In den Strukturierten Dialogen zu den Qualitätsindikatoren zeigte sich, dass bei den Qualitätsindikatoren zu Tod oder unbekanntem Überlebensstatus nach 1, 2 oder 3 Jahren bei 18 von insgesamt 23 rechnerischen Auffälligkeiten eine Bewertung der Qualität nicht möglich war, da eine fehlerhafte Dokumentation als Ursache der rechnerischen Auffälligkeit festgestellt wurde (78,3 %). Bei einigen Standorten scheint für eine Verbesserung einer korrekten Dokumentation eine Schulung der Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter und bei anderen Standorten eine Etablierung von Prozessen für die Sicherstellung einer vollzähligen und validen Dokumentation notwendig zu sein.

#### 4.2.6 Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten

Tabelle 21: Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850308	AK-ID 850309	AK-ID 850310
Indikatorergebnisse	37	39	38
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	0	0	1
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	0	0	1
<b>Bewertungen</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0	0	1
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850308: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850309: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850310: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

#### 4.3 Herzschrittmacher und Defibrillatoren

##### 4.3.1 Herzschrittmacher-Implantation

Tabelle 22: Herzschrittmacher-Implantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 813070	AK-ID 813071	AK-ID 813072
Indikatorergebnisse	831	819	986
<b>Ergebnisse</b>			

	<b>AK-ID 813070</b>	<b>AK-ID 813071</b>	<b>AK-ID 813072</b>
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	37	49	104
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	6	8	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	2	2	-
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	14	20	54
Stellungnahmen	23	29	49
Keine Maßnahme	0	0	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechung	0	1	0
Zielvereinbarung	1	4	0
<b>Bewertungen</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	4	4	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	16	22	48
Sonstiges [S91, S99]	3	3	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	-

Anmerkungen:

AK-ID 813070: Häufig führendes Symptom ‚sonstiges‘

AK-ID 813071: Häufig führende Indikation ‚sonstiges‘

AK-ID 813072: Unterdokumentation von GKV-Versicherten

#### 4.3.2 Herzschrittmarker-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Tabelle 23: Herzschrittmarker-Revision/-Systemwechsel/-Explantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850339	AK-ID 813074
Indikatorergebnisse	636	805
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	11	85
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	-
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	4	45
Stellungnahmen	7	39
Keine Maßnahme	0	1
<b>Bewertungen</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	5	38
Sonstiges [S91, S99]	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	-

Anmerkungen:

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

AK-ID 813074: Unterdokumentation von GKV-Versicherten

#### 4.3.3 Herzschrittmarker – Aggregatwechsel

Tabelle 24: Herzschrittmarker-Aggregatwechsel: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 813073
Indikatorergebnisse	842
<b>Ergebnisse</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	55
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	-

AK-ID 813073	
<b>Maßnahmen</b>	
Hinweise	30
Stellungnahmen	24
Keine Maßnahme	1
<b>Weiterführende Maßnahme</b>	
Zielvereinbarung	0
<b>Bewertungen</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	24
Sonstiges [S91, S99]	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>	
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	-

Anmerkung:

AK-ID 813073: Unterdokumentation von GKV-Versicherten

#### 4.3.4 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Tabelle 25: Implantierbare Defibrillatoren – Implantation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850313	AK-ID 850314	AK-ID 850315	AK-ID 850317
Indikatorergebnisse	574	562	568	731
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	25	5	18	7
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	6	0	2	2
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	2	0	0	1
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	10	1	8	1
Stellungnahmen	15	4	10	5
Keine Maßnahme	0	0	0	1
<b>Weiterführende Maßnahme</b>				
Zielvereinbarung	0	0	1	0
<b>Bewertungen</b>				

	AK-ID 850313	AK-ID 850314	AK-ID 850315	AK-ID 850317
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	1	3	2
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	14	3	7	3
Sonstiges [S91, S99]	0	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>				
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	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 850317: Angabe von ASA 5

#### 4.4 Karotis-Revaskularisation

Tabelle 26: Karotis-Revaskularisation: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850332
Indikatorergebnisse	337
<b>Ergebnisse</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	29
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	5
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	1
<b>Maßnahmen</b>	
Hinweise	5
Stellungnahmen	24
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>	
Zielvereinbarung	1
<b>Bewertungen</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	15
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	9
Sonstiges [S91, S99]	0

	AK-ID 850332
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>	
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0

Anmerkungen:

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

## 4.5 Orthopädie und Unfallchirurgie

### 4.5.1 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Tabelle 27: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850350
Indikatorergebnisse	564
<b>Ergebnisse</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	39
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	1
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0
<b>Maßnahmen</b>	
Hinweise	14
Stellungnahmen	25
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>	
Zielvereinbarungen	2
<b>Bewertungen</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	11
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	12
Sonstiges [S91, S99]	2
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>	
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0

Anmerkungen:

AK-ID 850350: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

#### 4.5.2 Hüftendoprothesenversorgung

Tabelle 28: Hüftendoprothesenversorgung: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850376
Indikatorergebnisse	1101
<b>Ergebnisse</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	67
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	-
<b>Maßnahmen</b>	
Hinweise	31
Stellungnahmen	36
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>	
Zielvereinbarungen	0
<b>Bewertungen</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	33
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	2
Sonstiges [S91, S99]	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>	
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	-

Anmerkungen:

AK-ID 850376: Unterdokumentation von GKV-Versicherten

#### 4.5.3 Knieendoprothesenversorgung

Tabelle 29: Knieendoprothesenversorgung: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850305	AK-ID 850306	AK-ID 850307	AK-ID 850311	AK-ID 850336	AK-ID 850375
Indikatorergebnisse	1100	865	938	799	1099	1023
<b>Ergebnisse</b>						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	15	24	13	118	18	37
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	-	-	-	-	-	-

	AK-ID 850305	AK-ID 850306	AK-ID 850307	AK-ID 850311	AK-ID 850336	AK-ID 850375
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	-	-	-	-	-	-
<b>Maßnahmen</b>						
Hinweise	0	1	2	55	3	8
Stellungnahmen	15	23	11	63	15	29
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>						
Zielvereinbarungen	0	3	0	0	0	0
<b>Bewertungen</b>						
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	2	7	2	39	2	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	12	16	8	23	13	25
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	1	0	0	0	0	2
Sonstiges [S91, S99]	0	0	1	1	0	1
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>						
Davon fehlerhafte Dokumenta- tion [A40, A99] im EJ 2015	-	-	-	-	-	-
Davon fehlerhafte Dokumenta- tion [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	-	-	-	-	-	-

Anmerkungen:

AK-ID 850305: Angabe von ASA 5

AK-ID 850306: Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen

AK-ID 850307: Häufige Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

AK-ID 850311: Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer

AK-ID 850336: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur

AK-ID 850375: Unterdokumentation von GKV-Versicherten

## 4.6 Geburtshilfe

Tabelle 30: Geburtshilfe: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850318	AK-ID 850224
Indikatorergebnisse	678	706
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	49	33
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	13	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	1	-
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	6	11
Stellungnahmen	43	21
<b>Bewertungen</b>		
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	22	1
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	20	19
Sonstiges [S91, S99]	1	1
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	-

Anmerkungen:

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

AK-ID 850224: Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess

In den Strukturierten Dialogen zu den Qualitätsindikatoren zeigte sich, dass bei dem Indikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (QI-ID 330) 35,4 % der rechnerischen Auffälligkeiten (n = 65) aufgrund von Dokumentationsproblemen (n = 45) nicht bewertet werden konnten. Bei dem Indikator „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (QI-ID 50045) konnten 3 der 7 rechnerisch auffälligen Ergebnisse aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht bewertet werden (42,9 %). Die hohe Rate an Dokumentationsfehlern im Indikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ kann auf der Grundlage der Länderberichte zum Strukturierten Dialog 2016 durch eine nicht durchgeführte Dokumentation der erfolgten Kortikosteroidtherapie erklärt werden. Zudem handelte es sich in einigen Fällen nicht um Frühgeburten, obwohl diese als Frühgeburten dokumentiert wurden.

**4.7 Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)**

Tabelle 31: Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850312
Indikatorergebnisse	527
<b>Ergebnisse</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	7
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0
<b>Maßnahmen</b>	
Hinweise	3
Stellungnahmen	4
<b>Bewertungen</b>	
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	4
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	0
Sonstiges [S91, S99]	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>	
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0

Anmerkungen:

AK-ID 850312: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

## 4.8 Mammachirurgie

Tabelle 32: Mammachirurgie: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850363	AK-ID 850364	AK-ID 813068	AK-ID 850367	AK-ID 850365	AK-ID 850372
Referenzbereiche	≤ 3,30 % (95. Perzentil)	≤ 2,19 % (95. Perzentil)	≤ 4 % (95. Perzentil)	≤ 1	≤ 12,91 (95. Perzentil)	≤ 2,60 (95. Perzentil)
Indikatorergebnisse	616	603	729	736	773	600
<b>Ergebnisse</b>						
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	25	16	44	50	31	21
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	5	2	13	20	8	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	5	0	0	-
<b>Maßnahmen</b>						
Hinweise	2	3	1	13	9	0
Stellungnahmen	23	13	43	37	22	21
<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]	7	1	11	16	15	6
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	15	12	31	20	7	15
Keine ausreichend erklärenden Gründe genannt [A42]	0	0	0	0	1	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	1	0	1	1	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>						
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0	0	0	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0	0	-

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

AK-ID 850367: Häufige Angabe „(y)pNX“

AK-ID 850365: Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust

AK-ID 850372: Häufige Angabe „immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

## 4.9 Pflege: Dekubitusprophylaxe

Tabelle 33: Pflege: Dekubitusprophylaxe: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 850359	AK-ID 850361	AK-ID 850362
Referenzbereiche	≤ 4,30 % (95. Perzentil)	≤ 8,82 % (95. Perzentil)	≤ 4
Indikatorergebnisse	1.438	1.403	626
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	76	64	14
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	20	22	5
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	1	0
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	12	0	4
Stellungnahmen	64	64	10
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechungen	0	0	0
Begehungen	0	0	0
Zielvereinbarungen	2	4	0
<b>Bewertungen</b>			
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	1	4	0
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	59	52	10
Sonstiges [S99, S90, S91]	4	8	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850359: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)

AK-ID 850361: Häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“

AK-ID 850362: Kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme oder Entlassung

Bei den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren zeigt sich, dass bei dem Qualitätsindikator „Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (QI-ID 52009) von den insgesamt 332 rechnerischen Auffälligkeiten

261 aufgrund von fehlerhafter Dokumentation nicht bewertet werden konnten (78,6 %). Bei dem Qualitätsindikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (QI-ID 52010) konnten 22 der insgesamt 39 rechnerischen Auffälligkeiten aufgrund von fehlerhafter Dokumentation nicht bewertet werden (56,4 %). Als mögliche Gründe einer Fehldokumentation wurde genannt, dass der Schweregrad eines Dekubitalulcus innerhalb unterschiedlicher Klassifikationssysteme (DIMDI und EPUAP) anders eingeteilt wird und somit vor Ort zu Verwechslungen führte. Weiter werden in den Berichten der Länder Unsicherheiten bezüglich der Einstufung des Risikos und der Abgrenzung eines Dekubitus zu anderen Hautläsionen beschrieben. Dementsprechend sind weitere Schulungsmaßnahmen dringend zu empfehlen, wozu die Krankenhäuser im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Teil auch hingewiesen wurden. Des Weiteren ist den Berichten der Bundesländer 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.

#### 4.10 Ambulant erworbene Pneumonie

Tabelle 34: Ambulant erworbene Pneumonie: AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit – Ergebnisse

	AK-ID 811821	AK-ID 811822	AK-ID 811825	AK-ID 811826	AK-ID 811827
Referenzbereiche	≤ 30,00 %	≤ 22,36 % (95. Perzentil)	≤ 38,95 % (97. Perzentil)	≤ 27,85 % (97. Perzentil)	≤ 10,00 %
Indikatorergebnisse	1365	1343	1321	1312	1345
<b>Ergebnisse</b>					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	19	65	42	37	8
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	-	-	-	-	-
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	-	-	-	-	-
<b>Maßnahmen</b>					
Hinweise	1	9	21	2	3
Stellungnahmen	18	56	21	35	5
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>					
Besprechungen	0	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	2	0	3	0
<b>Bewertungen</b>					
Korrekte Dokumentation [U30, U99]	12	37	6	20	0

	AK-ID 811821	AK-ID 811822	AK-ID 811825	AK-ID 811826	AK-ID 811827
Fehlerhafte Dokumentation [A40, A99]	5	17	13	14	3
Sonstiges [S99, S90, S91]	1	2	2	1	2
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>					
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	-	-	-	-	-
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	-	-	-	-	-

## Anmerkungen:

AK-ID 811821: Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde

AK-ID 811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit

AK-ID 811825: Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

AK-ID 811826: Häufige Angabe von  $\geq 30$  Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

AK-ID 811827: Häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

Im Strukturierten Dialog zu den Qualitätsindikatoren zeigte sich, dass im Erfassungsjahr 2016 bei 142 Fällen (9,7 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse) aufgrund von Dokumentationsproblemen keine Bewertung möglich war. Im Erfassungsjahr 2015 lag diese Zahl bei 192 Fällen (11,9 %). Somit konnten im Vergleich zum Vorjahr etwas weniger Fälle aufgrund von Dokumentationsproblemen nicht bewertet werden.

## 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 aktuell bei  $\geq 95,00\%$  (Unterdokumentation) und  $\leq 110,00\%$  (Überdokumentation). In den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren liegt der Referenzbereich für das AK zur Unterdokumentation bei  $\geq 100\%$ , d. h. es wird eine vollständige Dokumentation erwartet. Im Erfassungsjahr 2016 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  $5,00\%$  Minimaldatensätze an den für ein QS-Verfahren gelieferten Datensätzen ein Krankenhausstandort rechnerisch auffällig wird.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit über alle QS-Verfahren – ausgenommen den Zählleistungsbereichen – dargestellt. Die Zählleistungsbereiche werden gesondert dargestellt. Die Transplantationsbereiche werden ausführlicher in Abschnitt 5.5 behandelt. Eine ausführliche Darstellung der Maßnahmen und Bewertungen im Strukturierten Dialog zu den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit – auch differenziert nach Bundesländern – ist dem Anhang zu diesem Bericht zu entnehmen.

### **Anteil rechnerisch auffälliger Standorte unter den datenliefernden Standorten**

Der Anteil rechnerisch auffälliger Standorte an den datenliefernden Standorten lag bei den AKs zur Unter- und Überdokumentation bei max. knapp  $15\%$  (Unterdokumentation) und max.  $6\%$  (Überdokumentation) (Abbildung 4). Bei dem AK zum Minimaldatensatz fiel der Anteil an rechnerisch auffälligen Standorten an den datenliefernden Standorten mit max. knapp  $3\%$  noch geringer aus (Abbildung 5).

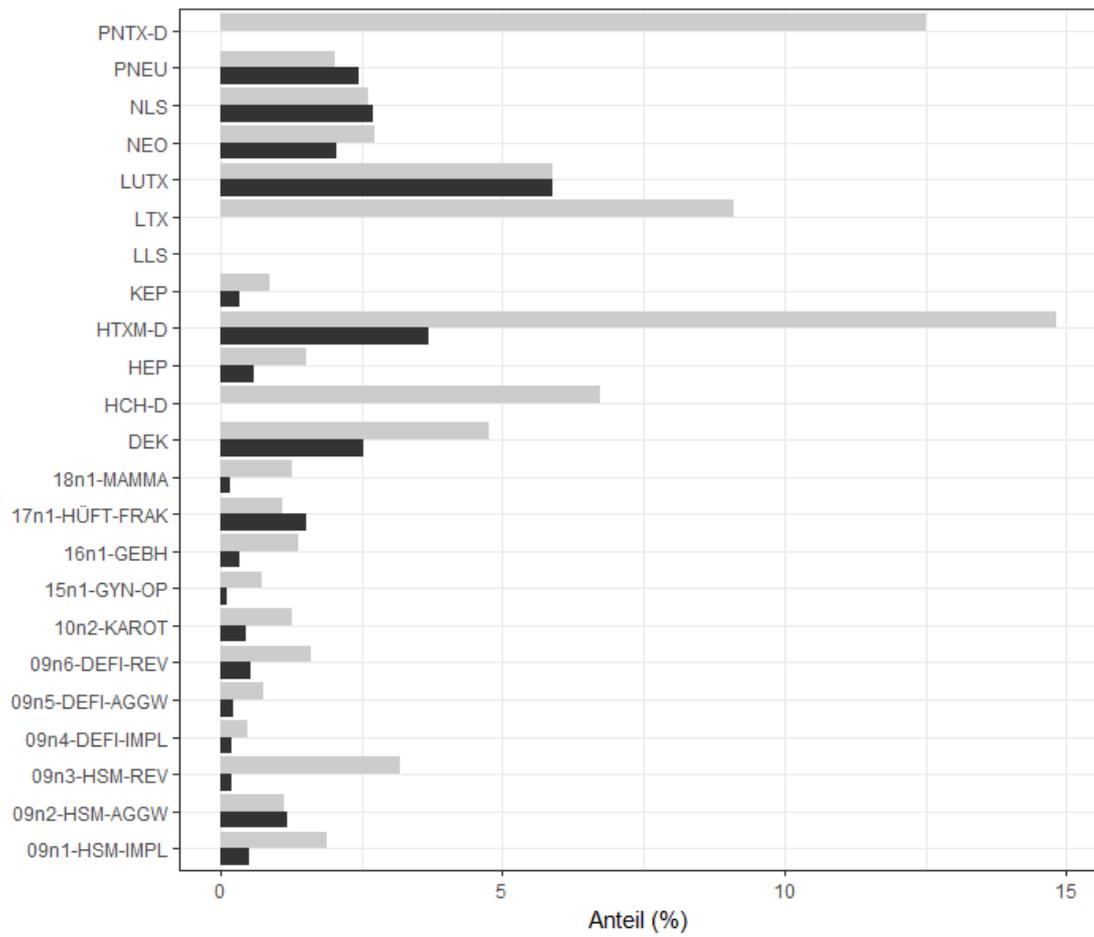


Abbildung 4: AKs zur Vollständigkeit: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte in den AKs zur Unterdokumentation (grau) und Überdokumentation (schwarz) an den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2016)

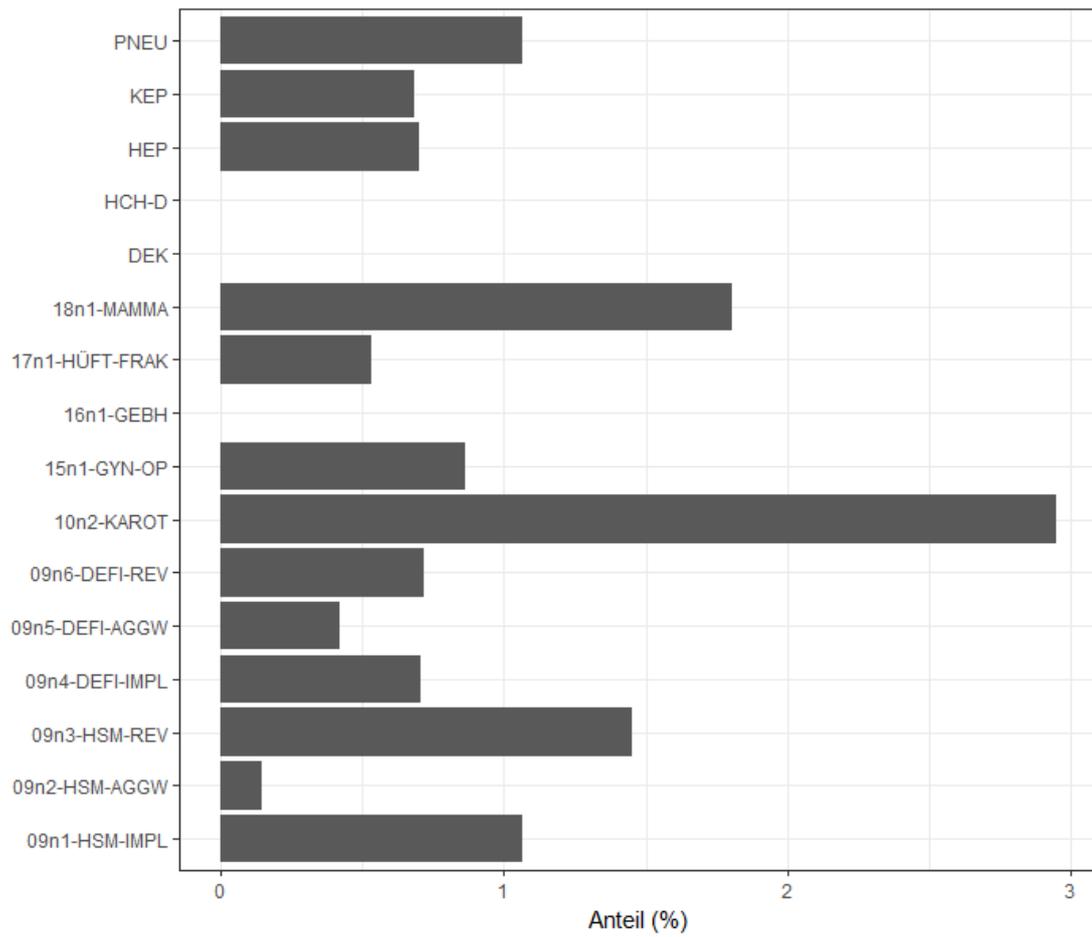


Abbildung 5: AK Minimaldatensatz: Anteil rechnerisch auffälliger Standorte an den datenliefernden Standorten nach QS-Verfahren (EJ 2016)

### Entwicklung zum Vorjahr

Die rechnerischen Auffälligkeiten in den AKs zur Unterdokumentation sind über alle QS-Verfahren gesunken (EJ 2016: n = 310; EJ 2015: n = 390; EJ 2014 n = 469). Die bestätigten Unterdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) sind über alle QS-Verfahren relativ konstant geblieben (EJ 2016: 84,8 %; EJ 2015: 77,8 %; EJ 2014: 83 %).

Auch bei den AKs zur Überdokumentation ist die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten konstant geblieben (EJ 2016: n = 120; EJ 2015: n = 124; EJ 2014: n = 144). Die bestätigten Überdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) sind über alle QS-Verfahren hinweg im Vergleich zum Vorjahr gesunken (EJ 2016: 77,2 %; EJ 2015: 92,0 %; EJ 2014: 79,8 %).

Die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs zum Minimaldatensatz ist im Vergleich zu den Vorjahren angestiegen (EJ 2016: n = 91; EJ 2015: n = 75; EJ 2014: n = 70). 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 konstant geblieben (EJ 2016: 41,3 %; EJ 2015: 42,5 %; EJ 2014: 23,8 %).

## Wiederholte Auffälligkeiten

Über alle AKs zur Vollzähligkeit waren von den Standorten, die 1.194 rechnerische Auffälligkeiten des EJ 2016 aufwiesen, 314 schon im EJ 2015 und 19 auch sowohl im EJ 2015 als auch im EJ 2014 rechnerisch auffällig.

### 5.1 Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation

Durchschnittlich wurden über alle QS-Verfahren 33,5 % Hinweise (n = 104) an die Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit bzgl. Unterdokumentation (n = 310) verschickt. In diesen Fällen ist eine Bewertung, ob tatsächlich eine Unterdokumentation vorlag, nicht möglich.

#### Rechnerisch auffällige Standorte

Wiederholt rechnerisch auffällige Standorte über die EJ 2016, EJ 2015 sowie EJ 2014 gibt es nur in zwei QS-Verfahren (Abbildung 6).

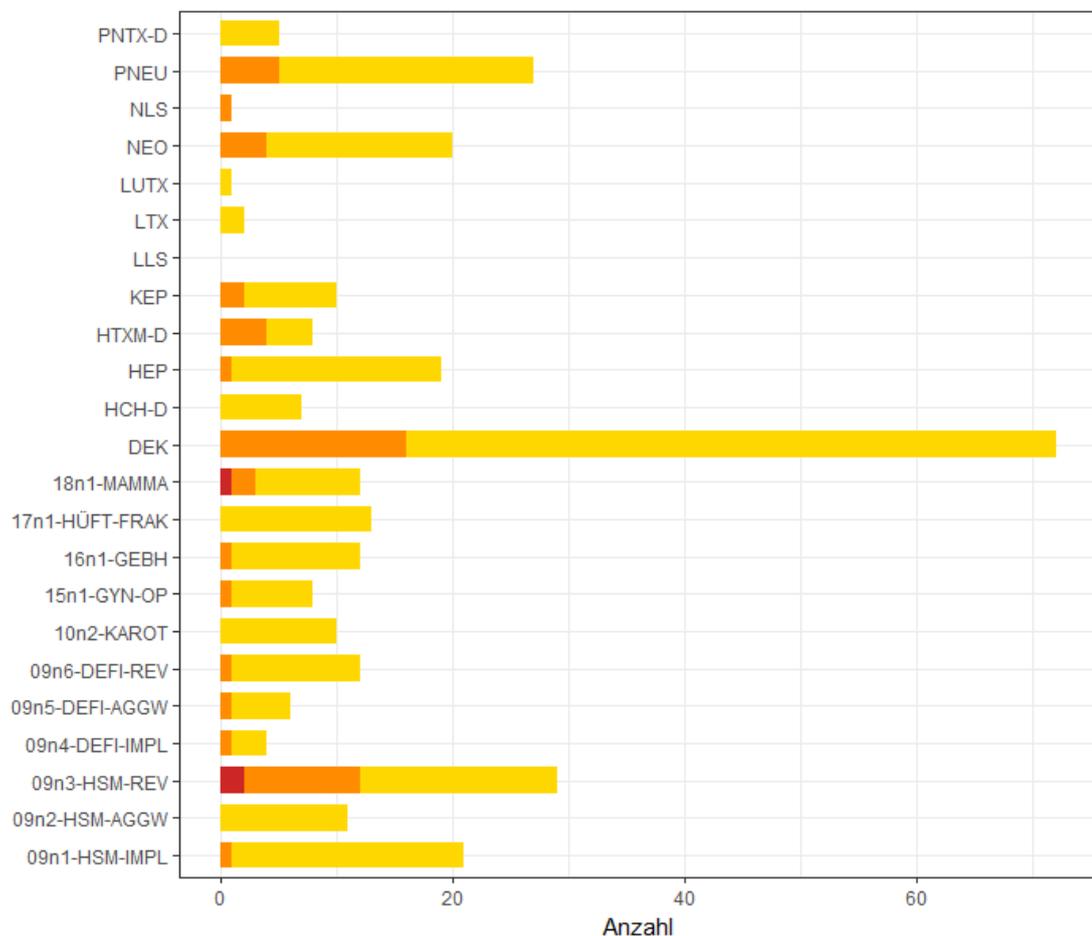


Abbildung 6: Wiederholte Unterdokumentation: Standorte des EJ 2016 (gelb), die auch im EJ 2015 (orange) und EJ 2014 (rot) in dem AK Unterdokumentation rechnerisch auffällig waren.

## Bestätigte Unterdokumentationen

Über alle QS-Verfahren lag der mittlere Anteil bestätigter Unterdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) bei 84,8 % (173 bestätigte Fehldokumentationen bei 204 Stellungnahmen). Gemessen an den rechnerischen Auffälligkeiten lag der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen bei 55,8 % (173 bestätigte Fehldokumentationen bei 310 rechnerischen Auffälligkeiten) (Abbildung 7).

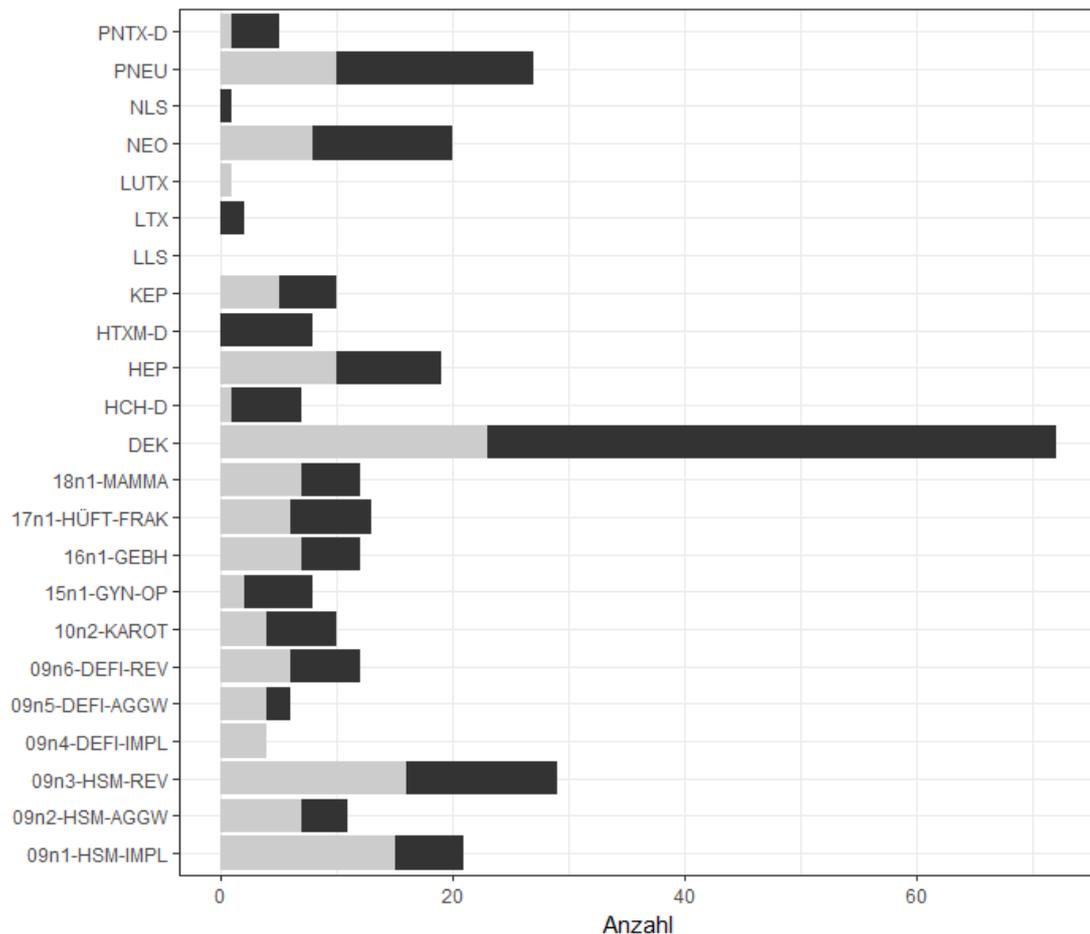


Abbildung 7: Anzahl an A40 und A99 Bewertungen in den AKs zur Unterdokumentation (schwarz) bezogen auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten (grau und schwarz nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2016)).

## 5.2 Auffälligkeitskriterien zur Überdokumentation

Durchschnittlich wurden über alle QS-Verfahren 34,2 % Hinweise (n = 41) an die Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit bzgl. Überdokumentation (n = 120) verschickt. In diesen Fällen ist eine Bewertung, ob tatsächlich eine Überdokumentation vorlag, nicht möglich.

### Rechnerisch auffällige Standorte

In vier QS-Verfahren, gab es Standorte mit wiederholter rechnerischer Auffälligkeit über drei Erfassungsjahre. Dabei ist die Anzahl der Standorte, die wiederholt in den Jahren EJ 2016, EJ 2015 sowie EJ 2014 rechnerisch auffällig waren sehr gering (Abbildung 8).

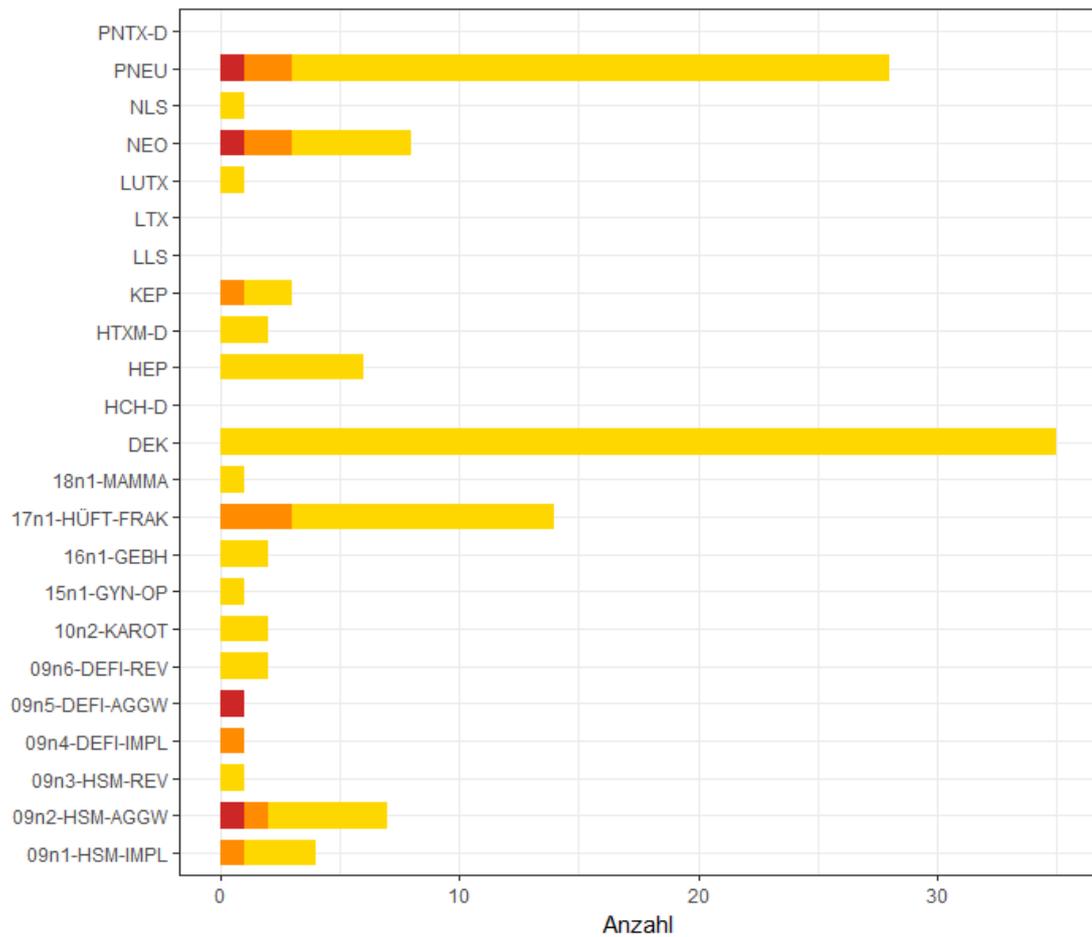


Abbildung 8: Wiederholte Überdokumentation: Standorte des EJ 2016 (gelb), die auch im EJ 2015 (orange) und EJ 2014 (rot) in dem AK Überdokumentation rechnerisch auffällig waren.

### Bestätigte Überdokumentationen

Über alle QS-Verfahren liegt der mittlere Anteil bestätigter Überdokumentationen (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) bei 77,2 % (61 bestätigte Fehldokumentationen bei 79 Stellungnahmen). Gemessen an den rechnerischen Auffälligkeiten lag der Anteil der bestätigten Fehldokumentationen bei 50,8 % (61 bestätigte Fehldokumentationen bei 120 rechnerischen Auffälligkeiten) (Abbildung 9).

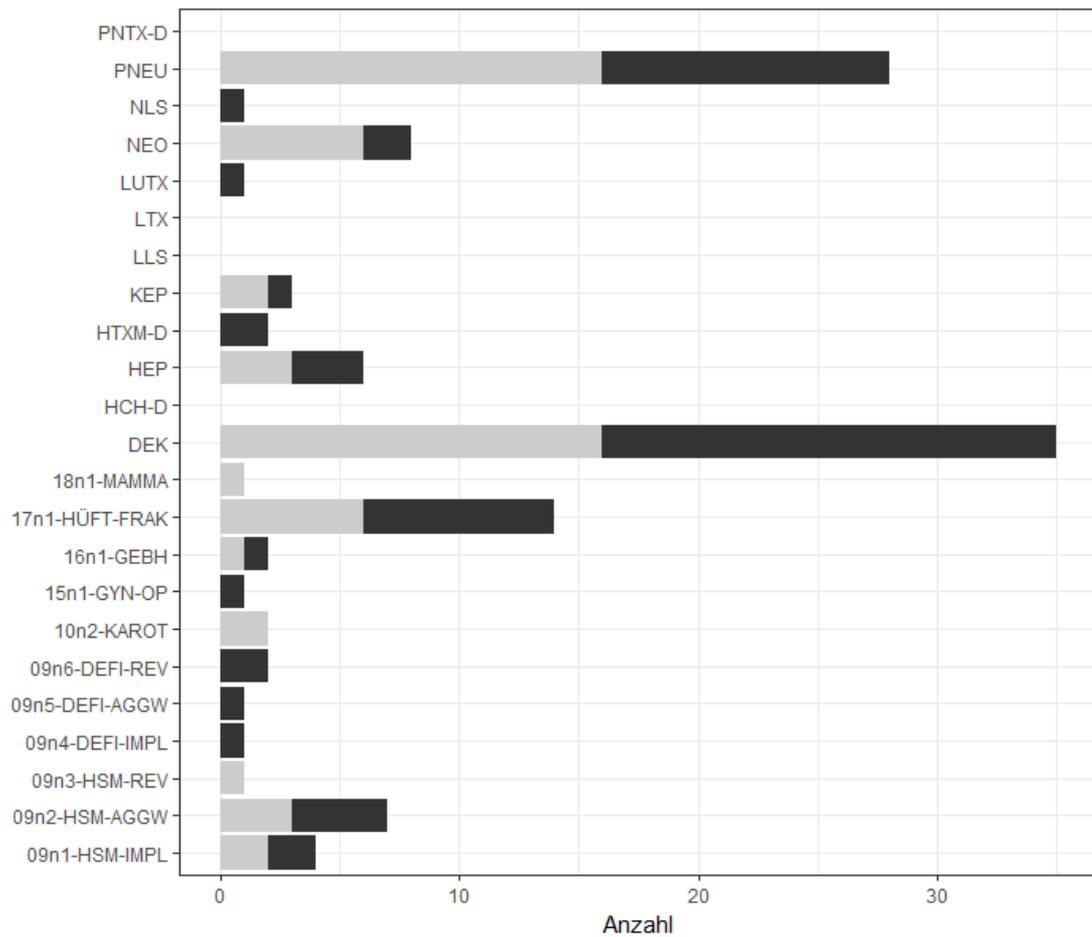


Abbildung 9: Anzahl an A40 und A99 Bewertungen in den AKs zur Überdokumentation (schwarz) bezogen auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten (grau und schwarz) nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2016).

### 5.3 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 49,5 % Hinweise (n = 45) an die Krankenhausstandorte mit rechnerischer Auffälligkeit bzgl. des AK zum MDS (n = 91) verschickt. In diesen Fällen ist eine Bewertung, ob der Minimaldatensatz berechtigterweise angelegt wurde, nicht möglich.

### Rechnerisch auffällige Standorte

In drei von insgesamt 16 QS-Verfahren, bei denen es ein AK zum MDS gibt, gab es Standorte mit wiederholter rechnerischer Auffälligkeit über drei Erfassungsjahre. Die Anzahl der Standorte, die wiederholt in den Jahren EJ 2016, EJ 2015 sowie EJ 2014 rechnerisch auffällig waren, ist sehr gering; in einem QS-Verfahren (*Ambulant erworbene Pneumonie*) ist die Anzahl der wiederholt rechnerisch auffälligen Standorte im Vergleich zu den anderen QS-Verfahren erhöht (Abbildung 10).

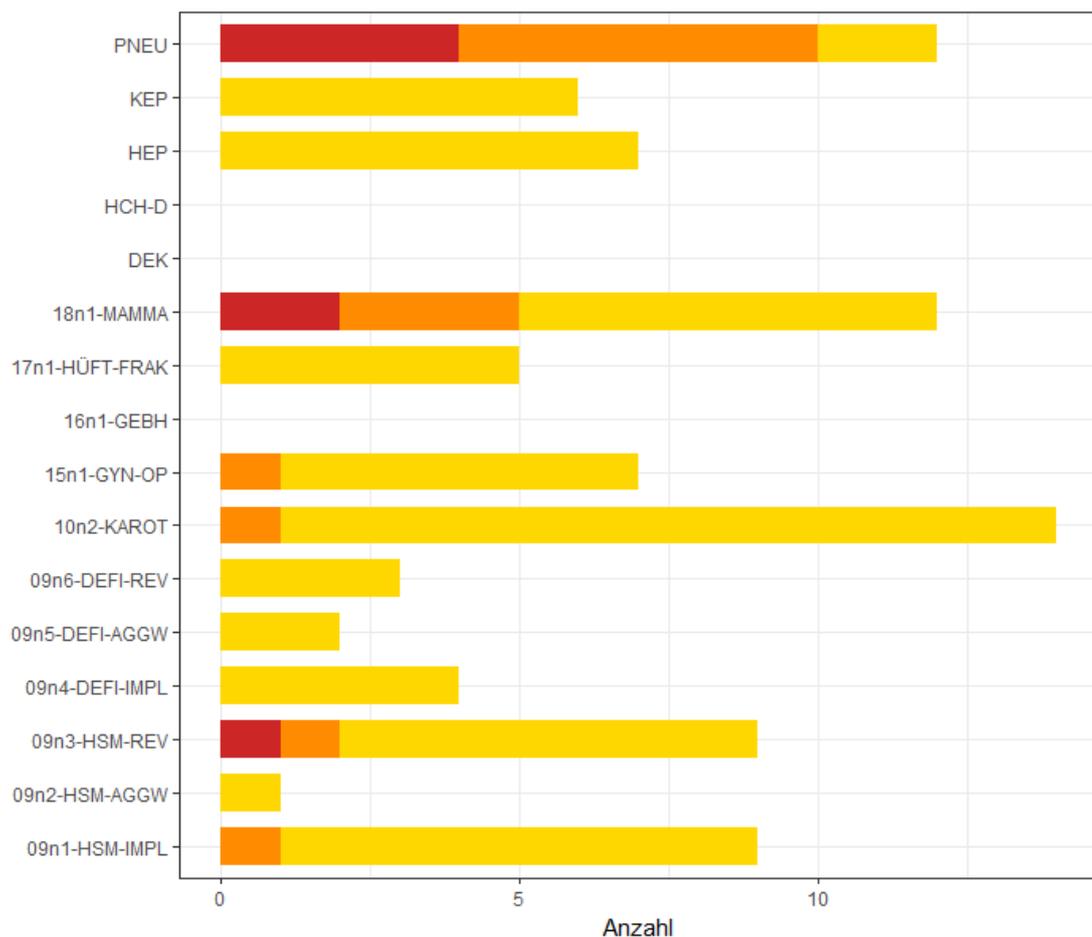


Abbildung 10: Wiederholte Auffälligkeit Minimaldatensatz: Standorte des EJ 2016 (gelb), die auch im EJ 2015 (orange) und EJ 2014 (rot) in dem AK Minimaldatensatz rechnerisch auffällig waren.

### Bestätigte Fehldokumentation Minimaldatensatz

Über alle indirekten Verfahren liegt der mittlere Anteil bestätigter Fehldokumentationen im AK Minimaldatensatz (gemessen am Anteil der Bewertungen A40 und A99 an den Stellungnahmen) bei 41,3 % (19 bestätigte Fehldokumentationen bei 46 Stellungnahmen) (Abbildung 11).

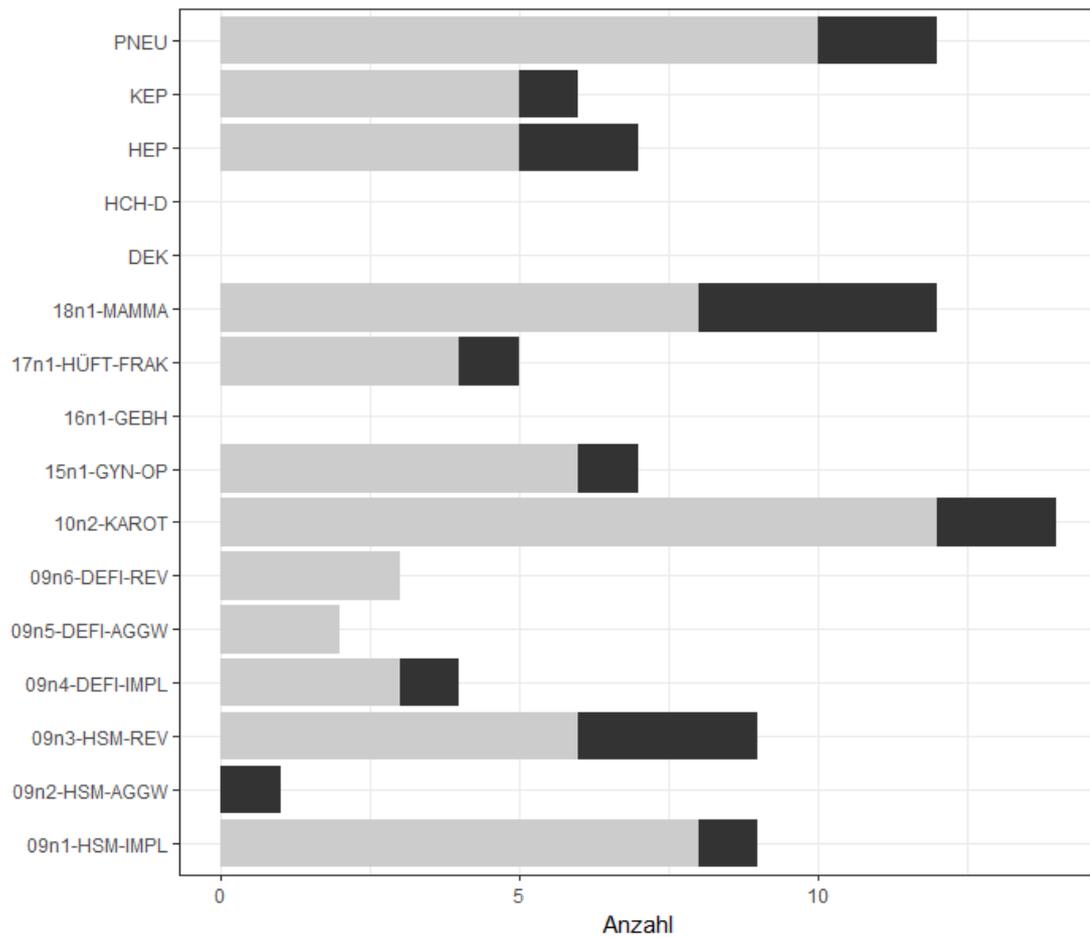


Abbildung 11: Anzahl an A40 und A99 Bewertungen in den AKs zum Minimaldatensatz (schwarz) bezogen auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten (grau und schwarz) nach QS-Verfahren/Auswertungsmodulen (EJ 2016).

#### 5.4 Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen – Orthopädie und Unfallchirurgie

Ab dem Erfassungsjahr 2015 wurde die Vollzähligkeit der QS-Dokumentation in den QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung* nicht mehr nur fallbezogen, sondern auch prozedurbezogen ermittelt und im Rahmen der Statistischen Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog über Auffälligkeitskriterien geprüft. Die prozedurbezogenen „Zählleistungsbereiche“ erfassen beispielsweise, wie viele Patientinnen und Patienten eine Erstimplantation und anschließend einen Wechsel während des gleichen Aufenthalts hatten. Da es im Erfassungsjahr 2015 zu vermehrten Problemen der Dokumentation in den Zählleistungsbereichen der Orthopädie und Unfallchirurgie kam (u. a. Auslösungsprobleme des Dokumentationsbogens) hat der Gemeinsame Bundesausschuss infolge der aufgetretenen Problematik der Unterdokumentation die diesbezügliche Sanktionsreglung nach § 24 QSKH-RL für die Erfassungsjahre 2015 und 2016 ausgesetzt.

Im EJ 2016 kam es bundesweit zu rechnerischen Auffälligkeiten, insbesondere zu Unterdokumentationen bei Wechseleingriffen der QS-Verfahren *Hüftendoprothesenversorgung* und *Knieendoprothesenversorgung* (Tabelle 35 und Tabelle 36). Zur Unterdokumentation der Wechseleingriffe bei HEP (HEP\_WE) wurde als weiterführende Maßnahme im Strukturierten Dialog mit einem Krankenhaus ein kollegiales Gespräch geführt und vier Zielvereinbarungen geschlossen. Als weiterführende Maßnahme bei Unterdokumentationen von Wechseleingriffen bei KEP (KEP\_WE) wurde eine Zielvereinbarung geschlossen.

Tabelle 35: Zählleistungsbereiche Unterdokumentation – Ergebnisse HEP und KEP

ZLB	AK-ID	Indikator- ergebnisse	rechnerische Auffälligkeiten	angeforderte Stellungnah- men	fehlerhafte Dokumenta- tion bestä- tigt (A40, A99)	korrekte Do- kumenta- tion bestä- tigt (U30, U99)	Sonsti- ges (S99, S91)
HEP_IMPL	850274	1069	31	16 (51,6 %)	12 (38,7 %)	0 (0 %)	3 (9,7 %)
HEP_WE	850276	993	299	191 (63,9 %)	151 (50,5 %)	10 (3,3 %)	25 (8,4 %)
KEP_IMPL	850344	949	29	18 (62,1 %)	14 (48,3 %)	1 (3,4 %)	2 (6,9 %)
KEP_WE	850346	876	121	70 (57,9 %)	55 (45,5 %)	6 (5,0 %)	7 (5,8 %)

Tabelle 36: Zählleistungsbereiche Überdokumentation – Ergebnisse HEP und KEP

ZLB	AK-ID	Indikator-er- gebnisse	rechnerische Auffälligkei- ten	Angeforderte Stellungnah- men	fehlerhafte Dokumenta- tion bestätigt (A40, A99)	korrekte Do- kumentation bestätigt (U30, U99)	Sonsti- ges (S99, S91)
HEP_IMPL	850275	1000	6	6 (100 %)	4 (66,7 %)	0 (0 %)	2 (33,3 %)
HEP_WE	850277	841	43	17 (39,5 %)	13 (30,2 %)	1 (2,3 %)	3 (7,0 %)
KEP_IMPL	850345	863	4	3 (75,0 %)	1 (25,0 %)	1 (25,0 %)	1 (25,0 %)
KEP_WE	850347	745	43	17 (39,5 %)	13 (30,2 %)	1 (2,3 %)	2 (4,7 %)

## 5.5 Direkte QS-Verfahren

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Auffälligkeitskriterien der Vollzähligkeit in den herzchirurgischen und transplantationsmedizinischen QS-Verfahren genauer beschrieben.

### 5.5.1 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.

Im EJ 2016 gab es insgesamt 15 rechnerische Auffälligkeiten der Unterdokumentation von insgesamt 176 Indikatorergebnissen (8,5 %). Zwei Standorte waren auch schon im Vorjahr rechnerisch auffällig bei diesem Auffälligkeitskriterium (Tabelle 37).

#### Ergebnisse zur Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen – Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)

Neben der Prüfung der fallbezogenen Vollzähligkeit für die herzchirurgischen QS-Verfahren wird auch die prozedurbezogene Vollzähligkeit (Unter- und Überdokumentation) in den Zählleistungsbereichen Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (endovaskulär) und Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt (transapikal) überprüft (vgl. Tabelle 37). Beim Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation blieb die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten im Vergleich zu den Vorjahren konstant (EJ 2016: n = 15; EJ 2015: n = 14; EJ 2014: n = 4).

Tabelle 37: Zählleistungsbereiche – Aortenklappenchirurgie, isoliert – kathetergestützt: AKs zur Vollzähligkeit

	AK-ID 850289	AK-ID 850291
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	98	78
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	7	8
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	1	1
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	2	5
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>		
Besprechungen	0	0

	AK-ID 850289	AK-ID 850291
Begehungen	0	0
Zielvereinbarungen	0	0
<b>Bewertungen</b>		
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	2	5
Sonstiges [S99, S90, S91]	5	3
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850289: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (endovaskulär)

AK-ID 850291: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (transapikal)

### 5.5.2 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 Plausibilität und Vollständigkeit berücksichtigt. Seit dem Erfassungsjahr 2011 wird außerdem in allen Transplantationsverfahren die Häufigkeit der Angabe „Überlebensstatus unbekannt“ überprüft (Tabelle 38).

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 38: AKs in den transplantationsmedizinischen QS-Verfahren

Auffälligkeitskriterium	Indikatorer- gebnisse	Rechnerische Auffälligkeiten	angeforder- teStellung- nahmen	Fehlerhafte/ unvollzählige Dokumentation (A40, A99)
Unterdokumentation	181	17	17	15
Überdokumentation	180	4	4	4
Dokumentationsrate 1- Jahres-Follow-up	138	14	14	14
Dokumentationsrate 2- Jahres-Follow-up	138	15	15	13
Dokumentationsrate 3- Jahres-Follow-up	139	12	12	12
Häufige Angabe eines unbekannten Überle- bensstatus im 1-Jahres- Follow-up	99	0	0	0
Häufige Angabe eines unbekannten Überle- bensstatus im 2-Jahres- Follow-up	99	2	2	1
Häufige Angabe eines unbekannten Überle- bensstatus im 3-Jahres- Follow-up	100	4	4	2

Bei den Dokumentationsraten im Follow-up kann es zu Überschneidungen mit rechnerischen Auffälligkeiten in den sogenannten Worst-Case-Indikatoren kommen. Bei Letzteren wird eine fehlende Dokumentation im Follow-up so interpretiert, dass es keinen Hinweis gibt, dass die Patientin oder der Patient komplikationsfrei überlebt hat, weshalb eine schwere Komplikation bzw. der Tod der Patientin oder 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 17 Standorte aus den QS-Verfahren *Lebertransplantation, Lungen- und Herz-Lungentransplantation, Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme* und *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* auf. In 88,2 % der angeforderten Stellungnahmen (n = 17) wurde die unvollzählige

Dokumentation bestätigt (n = 15). Die Zahl der rechnerisch auffälligen Standorte bezüglich Unterdokumentation ist im Vergleich zum EJ 2015 relativ konstant (n = 15) und im Vergleich zum EJ 2014 (n = 5) gestiegen.

### **Überdokumentation**

Eine rechnerische Überdokumentation wiesen vier Krankenhausstandorte auf (EJ 2015: n = 1). In den vier angeforderten Stellungnahmen wurde viermal eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt.

### **Dokumentationsrate 1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up**

In jeweils 10 % der Indikatorergebnisse gab es rechnerische Auffälligkeiten bei den Dokumentationsraten (1-Jahres-Follow-up: n = 14, 2-Jahres-Follow-up: n = 15, 3-Jahres-Follow-up: n = 12). In den angeforderten Stellungnahmen wurde bis auf zwei Fälle, in denen eine korrekte Dokumentation vorlag (U30), eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt (Tabelle 38).

### **Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus**

Im 1-Jahres-Follow-up gab es im EJ 2016 keine rechnerischen Auffälligkeiten bezüglich eines unbekanntes Überlebensstatus.

Beim 2- und 3-Jahres-Follow-up waren 2 von 99 (2 %) bzw. 4 von 100 (4 %) Standorten rechnerisch auffällig aufgrund der häufigen Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus. In den angeforderten Stellungnahmen stellte sich heraus, dass in 50 % der rechnerischen Auffälligkeiten (n = 3) eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt wurde. In den anderen 50 % der rechnerischen Auffälligkeiten konnten diese nicht bewertet werden, da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen war (S91).

### **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 2015 konstant geblieben. Insgesamt drei Krankenhausstandorte waren wiederholt rechnerisch auffällig. Die rechnerischen Auffälligkeiten dieser drei Krankenhausstandorte wurden als Sonstiges (S90, S91 oder S99) bewertet (Tabelle 39).

Tabelle 39: Vollzähligkeit in den Zählleistungsbereichen – Herztransplantation/Kunstherzen

	AK-ID 850239	AK-ID 850240	AK-ID 850249	AK-ID 850250
Referenzbereiche	≥ 100 %	≤ 110 %	≥ 100 %	≤ 110 %
Indikatorergebnisse	23	23	53	53
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	1	7	2
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	1	0	2	0
Davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	0	0	0	0
Stellungnahmen	0	0	0	0
<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]	0	0	0	0
unvollständige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0	0
Sonstiges [S99, S90, S91]	2	1	7	2
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>				
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0	0
Davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0

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)

AK-ID: 850250: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (HTXM-MKU)

## 5.6 Erkenntnisse zu Gründen der Unter- und Überdokumentation

Als konkrete Gründe für **Unterdokumentation** wurden folgende Punkte im Strukturierten Dialog identifiziert:

- Mängel in der Struktur- und Prozessqualität
  - Personelle Umstrukturierungen in den Krankenhausstandorten
  - Personelle Engpässe
  - Prozessprobleme durch mangelhafte Vertretungs-/Einarbeitungsregelung mit der Folge des Überschreitens der Daten-Abgabefrist
  - individuelle Fehlleistungen bei der Erfassung von QS-Daten vor Ort und/oder beim Datenexport
  - Unkenntnis der Verpflichtung zur Teilnahme (Geburtshilfeklinik bzgl. NEO-Datensätzen)
  - Kommunikationsprobleme/Organisationsverschulden zwischen Controlling (Sollstellung) und medizinischer Fachabteilung (Dokumentation)
  - Prozessfehler durch Umstrukturierungen (z. B. Fusionierung von Standorten und/oder Abteilungen)
- Softwareprobleme
  - Allgemeine Softwarefehler
  - Softwarewechsel (z. B. KIS-Wechsel)
  - fehlerhafte Sollstatistik (falsch hohe Zahlen durch z. B. unterjährigen Software-/KIS-Wechsel oder Fehleinstellung des QS-Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konformitätserklärung)
  - Schnittstellenproblem zwischen QS-Filter-Auslösung und Datensatzanlage (technisch oder menschlich bedingt, da keine inhaltlichen Vorgaben für eine Schnittstelle über eine „Bundes“-Spezifikation existieren)
  - Einführung von Zählleistungsbereichen, deren Soll zwar retrospektiv ausgewiesen, deren Dokumentationspflicht dem Dokumentierenden im Krankenhaus jedoch nicht prozessbegleitend angezeigt wurde
  - benutzerunfreundliche Software oder unbefriedigender Support durch den Hersteller
- fehlerhafte Dokumentation

Eine LQS gab an, dass die Krankenhäuser bei deutlicher Unterdokumentation zur Nachlieferung aufgefordert wurden und Sonderauswertungen außerhalb der regulären Verfahrensregelungen durchgeführt wurden.

Als Gründe für **Überdokumentationen** wurden folgende Punkte identifiziert:

- Mängel in der Struktur- und Prozessqualität
  - Umkodierung nach Nichtbestätigung der zur Einweisung führenden Verdachtsdiagnose oder Fehlbelegungsprüfung durch MDK ohne Stornierung der übermittelten Datensätze
- Softwareprobleme

- fehlerhafte Sollstatistik (zu niedrige Zahlen durch z. B. unterjährigen Software-/KIS-Wechsel oder Fehleinstellung des QS-Filters und mangelnde Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konfirmationserklärung)
- bei Fallzusammenführungen wurden übermittelte Datensätze nicht storniert
- fehlerhafte Dokumentation

## 6 Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren

Im Strukturierten Dialog zum EJ 2016 wurden zeitgleich zur Datenvalidierung über alle QS-Verfahren hinweg 12.683 rechnerische Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren bearbeitet (Tabelle 40). Der prozentuale Anteil bezieht sich jeweils auf die Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten. Bei der Versendung von Hinweisen ist eine Klärung der Ursachen der rechnerischen Auffälligkeiten und somit eine Einstufung der Ergebnisse nicht möglich. Da jedes Jahr knapp 40 % Hinweise bei rechnerischen Auffälligkeiten 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 40: Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zu den Qualitätsindikatoren (alle QS-Verfahren): Dokumentationsprobleme im EJ 2014 bis EJ 2016.

	<b>EJ 2016</b>	<b>EJ 2015</b>	<b>EJ 2014</b>
	<b>Anzahl (Anteil)</b>	<b>Anzahl (Anteil)</b>	<b>Anzahl (Anteil)</b>
Rechnerische Auffälligkeiten (gesamt)	12.683 (100 %)	15.858 (100 %)	16.428 (100 %)
<b>Maßnahmen</b>			
Keine Maßnahmen	76 (0,6 %)	94 (0,6 %)	132 (0,8 %)
Hinweise	4.997 (39,4 %)	5.965 (37,6 %)	6.691 (40,7 %)
Stellungnahmen	7.607 (60,0 %)	9.797 (61,8 %)	9.600 (58,4 %)
Sonstiges	3 (0,02 %)	3 (0,02 %)	5 (0,03 %)
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechungen	275 (2,2 %)	282 (1,8 %)	282 (1,7 %)
Begehungen	13 (0,1 %)	19 (0,1 %)	60 (0,4 %)
Zielvereinbarungen	742 (5,9 %)	1.121 (7,1 %)	794 (4,8 %)
<b>Einstufungen</b>			
Qualitativ unauffällig [U31/U32/U33/U99]	4.750 (37,5 %)	6.021 (38 %)	6.291 (38,3 %)
Qualitativ auffällig [A41/A42/A99]	1.611 (12,7 %)	1.761 (11,1 %)	1.687 (10,3 %)
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation [D50/D51/D99]	961 (7,6 %)	1.655 (10,4 %)	1.434 (8,7 %)
Sonstiges [S90/S91/S99]	381 (3,0 %)	482 (3,0 %)	356 (2,2 %)
<b>Detaillierte Einstufungen (Dokumentationsqualität)</b>			

	EJ 2016	EJ 2015	EJ 2014
	Anzahl (Anteil)	Anzahl (Anteil)	Anzahl (Anteil)
Qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel d. med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) [U33]	962 (7,6 %)	1.178 (7,4 %)	1.160 (7,1 %)
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation [D50]	918 (7,2 %)	1.537 (9,7 %)	1.313 (8,0 %)
Bewertung nicht möglich wg. Fehlerhafter Dokumentation: Bedingt durch Softwareprobleme [D51]	12 (0,1 %)	56 (0,4 %)	55 (0,3 %)
Bewertung nicht möglich wg. fehlerhafter Dokumentation: Sonstiger Kommentar [D99]	31 (0,2 %)	62 (0,4 %)	66 (0,4 %)

Bei der Betrachtung der Ergebnisse zeigt sich, dass der Anteil der mit D50, D51 und D99 bewerteten Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren über alle QS-Verfahren hinweg zwischen 7,6 % (EJ 2016) und 10,4 % (EJ 2015) lag. Der Anteil der Bewertungskategorie U33 liegt konstant zwischen 7,1 % und 7,6 %. Der Anteil der angeforderten Stellungnahmen zu den Qualitätsindikatoren lag konstant um die 60 % über die vergangenen drei Jahre (EJ 2016: 60,0 %; EJ 2015: 61,8 %; EJ 2014: 58,4 %). 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 von den Jahren EJ 2014 bis EJ 2016 kontinuierlich abgenommen hat (EJ 2016 n = 219 QIs; EJ 2015 n = 351 QIs; EJ 2014 n = 393 QIs).

### Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren nach Versorgungsbereichen

In fast allen QS-Verfahren ist der Anteil der Bewertungen D50, D51, D99 und U33 an den rechnerischen Auffälligkeiten in den Jahren 2014 bis 2016 gesunken (Tabelle 41). Lag beispielsweise der Anteil der fehlerhaften Dokumentationsbewertungen (D50, D51, D99 oder U33) im QS-Verfahren NEO im Erfassungsjahr 2014 bei 32,2 % (101 von 314 rechnerischen Auffälligkeiten), betrug er im EJ 2015 24,9 % (88/354) und im EJ 2016 nur noch 7,5 % (20/265). In diesem QS-Verfahren sank sowohl die Anzahl der Bewertungen D50, D51, D99 oder U33 als auch die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten. Ein verringerter Anteil an Bewertungen D50, D51, D99 oder U33 könnte sowohl auf eine verbesserte Dokumentation in den Krankenhäusern (ggf. auch bedingt durch eine verbesserte Spezifikation) oder auf eine Verschiebung der Bewertungsschemata im Strukturierten Dialog hinweisen. So könnte z. B. ein bestimmter Sachverhalt im Laufe der Zeit von den bewertenden Stellen milder interpretiert und eingestuft werden.

Tabelle 41: Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren – nach Versorgungsbereichen

Auswertungsmodule	Anteil der Bewertungen D50, D51, D99 und U33 an den rechnerischen Auffälligkeiten (Anzahl/Gesamt)		
	EJ 2016	EJ 2015	EJ 2014
09n1-HSM-IMPL	6,3 % (97/1534)	7,0 % (58/828)	4,9 % (43/872)
09n2-HSM-AGGW	5,8 % (14/240)	15,6 % (81/519)	16,1 % (96/595)
09n3-HSM-REV	0 % (0/146)	5,2 % (23/444)	1,7 % (8/462)
09n4-DEFI-IMPL	3,8 % (20/523)	15,5 % (79/510)	11,5 % (70/608)
09n5-DEFI-AGGW	3,8 % (5/133)	13,8 % (20/145)	15,1 % (28/185)
09n6-DEFI-REV	0 % (0/282)	3,1 % (9/289)	5,4 % (19/355)
HEP	8,1 % (184/2268)	18,5 % (577/3114)	21,8 % (239/1097)
KEP	9,3 % (95/1019)	28,6 % (400/1397)	16,1 % (106/660)
17n1-HÜFTFRAK	2,6 % (35/1357)	5,2 % (76/1468)	12,4 % (167/1348)
16n1-GEBH	11,7 % (52/444)	25,8 % (142/551)	29,2 % (180/617)
NEO	7,5 % (20/265)	24,9 % (88/354)	32,2 % (101/314)
18n1-MAMMA	8,2 % (58/706)	15,2 % (142/932)	27,5 % (192/698)
15n1-GYN-OP	8,0 % (75/941)	20,2 % (199/985)	19,5 % (33/169)
DEK	14,3 % (92/644)	33,0 % (233/705)	40,3 % (288/714)
10n2-KAROT	4,5 % (12/268)	20,7 % (72/347)	16,6 % (37/223)
PNEU	9,7 % (142/1461)	21,9 % (411/1881)	20,1 % (561/2788)
PCI	-	15,6 % (159/1016)	17,7 % (151/854)
HCH-KCH	0 % (0/12)	11,1 % (3/27)	9,1 % (2/22)
HCH-AORT-CHIR	0 % (0/18)	11,1 % (2/18)	11,8 % (2/17)
HCH-AORT-KATH	5,1 % (2/39)	11,3 % (6/53)	8,1 % (7/86)
HCH-KOMB	5,3 % (1/19)	12,5 % (2/16)	6,7 % (1/15)
LTX	11,4 % (4/35)	3,8 % (1/26)	3,8 % (1/26)
LUTX	4,2 % (2/48)	0 % (0/25)	0 % (0/19)
PNTX	14,6 % (7/48)	- *	18,2 % (6/33)
NTX	30,8 % (12/39)	31,6 % (12/38)	2,4 % (1/42)
HTXM-TX	0 % (0/73)	0 % (0/38)	0 % (0/37)
HTXM-MKU	28,4 % (19/67)	4,5 % (3/66)	-
NLS	40,0 % (12/30)	53,7 % (29/54)	63,9 % (39/61)
LLS	6,7 % (1/15)	50,0 % (6/12)	58,3 % (7/12)

Die Ergebnisse des QS-Verfahrens *Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation* werden aufgrund sehr geringer Fallzahlen kumuliert über zwei Jahre dargestellt. Die Darstellung erfolgte im Jahr 2017 zu den EJ 2015 und 2016.

## 7 Fazit und Ausblick

### Vorgehen im Strukturierten Dialog zur Datenvalidität

Im Erfassungsjahr 2016 wurden bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit bei 1.406 rechnerischen Auffälligkeiten insgesamt 409 Hinweise (28,9 %) verschickt. Bei den Krankenhausstandorten, die nur über einen schriftlichen Hinweis über mögliche Dokumentationsdefizite informiert wurden, kann nicht bewertet werden, ob den rechnerischen Auffälligkeiten tatsächlich eine defizitäre Dokumentationsqualität zugrunde lag. 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 2016 bei 12.683 rechnerischen Auffälligkeiten insgesamt 1.030 weiterführende Maßnahmen des Strukturierten Dialogs (Besprechung, Begehung, Zielvereinbarung) eingeleitet (8,1 %). Bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit wurden 3 weiterführende Maßnahmen bei 1.406 rechnerischen Auffälligkeiten (0,2 %) bzw. 1.000 Stellungnahmen (0,3 %) durchgeführt.

Hinsichtlich der Handhabung des Strukturierten Dialogs zeigen sich Unterschiede zwischen den bewertenden Stellen auf Bundesland- bzw. Bundesebene. So schwankt der Anteil angeforderter Stellungnahmen an den rechnerischen Auffälligkeiten bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit zwischen minimal 31,8 % und maximal 100 % zwischen den Bundesländern. Beim Auffälligkeitskriterium zur Vollständigkeit liegt die Spanne zwischen 11,8 % und 100 %.

### Erkenntnisse der Datenvalidierung

Durch die im Rahmen der Datenvalidierung gewonnenen Erkenntnisse können im Rahmen der Verfahrenspflege Verbesserung an den QS-Dokumentationsbögen und Ausfüllhinweisen vorgenommen werden. Zudem werden Krankenhausstandorte mit Dokumentationsproblemen für die Notwendigkeit einer korrekten und vollzähligen Dokumentation sensibilisiert.

Der Anteil bestätigter Fehldokumentationen an den Stellungnahmen ist bei den AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (EJ 2016: 68,0 %; 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 über die letzten drei Jahre relativ konstant geblieben (EJ 2016: 12,6 %; EJ 2015: 16,9 %; EJ 2014: 14,9 %). In Bezug auf die AKs zur Vollständigkeit ist der Anteil bestätigter Fehldokumentationen bei den AKs zur Unterdokumentation (EJ 2016: 84,4 %; EJ 2015: 77,8 %; EJ 2014: 83,0 %), Überdokumentation (EJ 2016: 77,9 %; EJ 2015: 92,0 %; EJ 2014: 79,8 %) sowie zum Minimaldatensatz (EJ 2016: 41,3 %; EJ 2015: 42,5 %; EJ 2014: 23,8 %) über die letzten drei Jahre relativ konstant geblieben.

Eine Weiterentwicklung des Datenvalidierungsverfahrens für die QSKH-RL ist aktuell vom G-BA an das IQTIG beauftragt worden. Insbesondere für die regulativen Verfahren, welche nach derzeitigem Stand auf die QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung zurückgreifen, ist eine gute Dokumentationsqualität der Leistungserbringer von Bedeutung.

### **Zukünftige Änderungen**

Für die umfassende Datenvalidierung 2018 (Erfassungsjahr 2017) wurden vom Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (UA QS) auf Empfehlung des IQTIG zwei indirekte sowie ein direktes QS-Verfahren ausgewählt: Das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wird in den QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung*, *Herzschrittmacher-Aggregatwechsel* und *Herzchirurgie* stattfinden. Neue Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität hat der UA QS bereits auf Empfehlung des IQTIG für das QS-Verfahren *Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung* beschlossen.

## Glossar

Begriff	Erläuterung
<b>Auffälligkeit, qualitative</b>	Rechnerische Auffälligkeit, die in einem qualitativen Beurteilungsprozess (z. B. Strukturierter Dialog) als Qualitätsproblem einer Einrichtung klassifiziert wurde.
<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>	Alle bundesweit dokumentierten QS-Daten, die zentral in einer Datenbank zusammengeführt wurden.
<b>Bundesfachgruppen</b>	Beratende Expertengruppen für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.
<b>Datenfeld</b>	Kleinste Informationseinheit eines Datensatzes (z. B. Angabe des Geschlechts im Dokumentationsbogen).
<b>Datensatz</b>	Hier: 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. Messung von relevanten Prozess- und insbesondere Ergebnisdaten bei Patientinnen und Patienten zu einem Zeitpunkt, der einer Primärintervention mittelfristig und langfristig folgt. Meist werden feste Zeitintervalle für das Follow-up vorgegeben. Die Messungen können in einem bestimmten oder auch in unterschiedlichen Sektoren (vgl. QSKH-RL) stattfinden.
<b>Geschichtete Stichprobe</b>	Bei einer geschichteten Stichprobe wird die Grundgesamtheit (z. B. „alle Krankenhausstandorte“) zunächst unterteilt in Schichten (z. B. Bundesländer). Aus jeder gebildeten Schicht (z. B. Bundesländer) werden dann Zufallsstichproben (z. B. von Krankenhausstandorten) gezogen

Begriff	Erläuterung
<b>Leistungserbringer</b>	Personen und Einrichtungen, die Patientinnen und Patienten behandeln oder andere 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.
<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 oder genutzt – 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 oder Kennzahlen
<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/oder schwerwiegende medizinische Ereignisse (z. B. Todesfälle während eines Routineeingriffs). In der Qualitätssicherung zeigt ein Sentinel-Event-Indikator Vorkommnisse an, denen in jedem Einzelfall nachgegangen werden muss.

Begriff	Erläuterung
<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.
<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>	<p>Strukturiertes Verfahren, um rechnerisch auffällige Ergebnisse durch Rückmeldungen des betroffenen Leistungserbringers danach bewerten zu können, ob ein Qualitätsmangel vorliegt oder nicht. Weiterhin kann im Strukturierten Dialog eine Einrichtung bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität unterstützt werden.</p> <p>Auslöser des Strukturierten Dialogs sind rechnerische Auffälligkeiten im Ergebnis eines Qualitätsindikators oder eines Auffälligkeitskriteriums.</p>
<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 zu erwartenden Anzahl von Fällen in einem QS-Verfahren (Soll) mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist). Die Soll-Anzahl wird in den derzeitigen QSKH-Verfahren durch die QS-Filter-Software dokumentiert.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Bericht zur Datenvalidierung 2017 (nach QSKH-RL)**

Erfassungsjahr 2016. Anhang

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 12. Juli 2018

---

# Impressum

**Thema:**

Bericht zur Datenvalidierung 2017 (nach QSKH-RL). Erfassungsjahr 2016. Anhang

**Ansprechpartnerin:**

Dr. J. Ostermann

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

12. Juli 2018, geänderte Fassung vom 9. Oktober 2018

**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

Lesehilfen zu den Tabellen und Abbildungen .....	9
Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog .....	9
Stichprobenverfahren mit Datenabgleich .....	9
Übersicht der QS-Verfahren (EJ 2016) .....	14
1    Umfassende Datenvalidierung: Knieendoprothesenversorgung .....	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 .....	18
1.1.3    Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	18
1.1.4    Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium .....	20
1.1.5    Einstufungen pro Bundesland .....	20
1.2    Stichprobenverfahren mit Datenabgleich .....	22
1.2.1    Datenfeld 11: Geschlecht .....	22
1.2.2    Datenfeld 12: Gehstrecke .....	24
1.2.3    Datenfeld 13: Gehhilfen .....	26
1.2.4    Datenfeld 15: Zu operierende Seite .....	27
1.2.5    Datenfeld 18: Einstufung nach ASA-Klassifikation .....	29
1.2.6    Datenfeld 19: Wundkontaminationsklassifikation nach Definition der CDC .....	31
1.2.7    Datenfeld 20: Art des Eingriffs .....	33
1.2.8    Datenfeld 27: Schmerzen (präoperativ) .....	35
1.2.9    Datenfeld 34: Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des betroffenen Gelenks vor? .....	37
1.2.10    Datenfeld 37: Schmerzen .....	39
1.2.11    Datenfeld 38: Positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten) .....	40
1.2.12    Datenfeld 39: Mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation .....	42
1.2.13    Datenfeld 41: Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor? .....	43

1.2.14	Datenfeld 60: Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen? .....	45
1.2.15	Datenfeld 61: Primäre Implantatfehlage .....	47
1.2.16	Datenfeld 62: Sekundäre Implantatdislokation .....	48
1.2.17	Datenfeld 63: Postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes.....	50
1.2.18	Datenfeld 64: Patellafehlstellung.....	52
1.2.19	Datenfeld 65: OP- oder interventionsbedürftige/s Wundhämatom/Nachblutung.....	53
1.2.20	Datenfeld 66: OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion.....	55
1.2.21	Datenfeld 67: bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden .....	56
1.2.22	Datenfeld 68: Periprothetische Fraktur .....	58
1.2.23	Datenfeld 69: Postoperative Wundinfektion (nach CDC-Definition) .....	59
1.2.24	Datenfeld 70: Reoperationspflichtige Wunddehiszenz.....	61
1.2.25	Datenfeld 71: Reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder .....	62
1.2.26	Datenfeld 72: Postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes.....	64
1.2.27	Datenfeld 73: Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae.....	65
1.2.28	Datenfeld 74: Fraktur der Patella.....	67
1.2.29	Datenfeld 75: Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen .....	68
1.2.30	Datenfeld 76: Ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen .....	70
1.2.31	Datenfeld 78: Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? (Intra- und postoperativ) .....	72
1.2.32	Datenfeld 79: Pneumonie .....	74
1.2.33	Datenfeld 80: Behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen ....	75
1.2.34	Datenfeld 81: Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose .....	77
1.2.35	Datenfeld 82: Lungenembolie .....	78
1.2.36	Datenfeld 83: Postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion.....	80
1.2.37	Datenfeld 84: Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen .....	81
1.2.38	Datenfeld 85: Bewegungsmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt .....	83
1.2.39	Datenfeld 87: Extension/Flexion 2 bei Entlassung.....	85

1.2.40	Datenfeld 88: Extension/Flexion 3 bei Entlassung.....	87
1.2.41	Datenfeld 89: Gehstrecke bei Entlassung .....	89
1.2.42	Datenfeld 90: Gehhilfen bei Entlassung.....	91
1.2.43	Datenfeld 92: Entlassungsgrund .....	92
1.2.44	Datenfeld: Aufnahmequartal .....	94
1.2.45	Datenfeld: Geburtsjahr .....	95
1.2.46	Datenfeld: OP-Datum .....	96
2	Umfassende Datenvalidierung: Ambulant erworbene Pneumonie.....	97
2.1	Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	97
2.1.1	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium .....	99
2.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	99
2.1.3	Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium .....	101
2.1.4	Einstufungen pro Bundesland .....	101
2.2	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	103
2.2.1	Datenfeld 7: Geschlecht .....	103
2.2.2	Datenfeld 9: Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung .....	105
2.2.3	Datenfeld 10: Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung .....	107
2.2.4	Datenfeld 11: Chronische Bettlägerigkeit .....	109
2.2.5	Datenfeld 12: Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung .....	110
2.2.6	Datenfeld 13: Desorientierung.....	112
2.2.7	Datenfeld 15: Spontane Atemfrequenz nicht bestimmt.....	113
2.2.8	Datenfeld 22: Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie ..	115
2.2.9	Datenfeld 23: Initiale antimikrobielle Therapie .....	117
2.2.10	Datenfeld 24: Beginn der Mobilisation .....	118
2.2.11	Datenfeld 28: Maschinelle Beatmung.....	120
2.2.12	Datenfeld 29: Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?.....	121
2.2.13	Datenfeld 33: Entlassungsgrund .....	123
2.2.14	Datenfeld 34: Desorientierung.....	125
2.2.15	Datenfeld 35 : Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme .....	126
2.2.16	Datenfeld 36: Spontane Atemfrequenz .....	128

2.2.17	Datenfeld 37: Herzfrequenz .....	130
2.2.18	Datenfeld 38: Temperatur.....	132
2.2.19	Datenfeld 39: Sauerstoffsättigung .....	134
2.2.20	Datenfeld 40: Blutdruck systolisch.....	136
2.2.21	Datenfeld Geburtsjahr.....	137
2.2.22	Datenfeld Aufnahmequartal .....	138
2.2.23	Datenfeld 14: Spontane Atemfrequenz .....	139
2.2.24	Datenfeld 30: Datum des Eintrags in der Patientenakte .....	140
2.2.25	Datenfeld Entlassungsquartal .....	141
3	Umfassende Datenvalidierung: Nierenlebendspende .....	143
3.1	Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog.....	143
3.1.1	Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	143
3.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium .....	144
3.1.3	Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium .....	144
3.2	Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.....	145
3.2.1	Datenfeld 8: Geschlecht.....	145
3.2.2	Datenfeld 17: Behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en) .....	146
3.2.3	Datenfeld 18: Blutung .....	148
3.2.4	Datenfeld 19: Reoperation erforderlich.....	149
3.2.5	Datenfeld 20: Sonstige Komplikationen.....	150
3.2.6	Datenfeld 21: Spender bei Entlassung dialysepflichtig? .....	151
3.2.7	Datenfeld: 29 Entlassungsgrund .....	152
3.2.8	Datenfeld: Geburtsjahr .....	153
3.2.9	Datenfeld 9 – Körpergröße.....	154
3.2.10	Datenfeld 10: Körpergewicht bei Aufnahme .....	155
3.2.11	Datenfeld 12: Kreatininwert i.S. in mg/dl .....	156
3.2.12	Datenfeld 13: Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$ .....	157
3.2.13	Datenfeld 14: OP-Datum.....	157
3.2.14	Datenfeld 22: Kreatininwert i.S. in mg/dl (postoperativ).....	158
3.2.15	Datenfeld 23: Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$ (postoperativ) .....	159
3.2.16	Datenfeld 24: Albumin i. U. ....	159

3.2.17	Datenfeld 25: Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. ....	160
4	Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit .....	161
4.1	Beschreibung der Auffälligkeitskriterien.....	161
4.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium .....	165
4.3	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland.....	169
4.4	Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium .....	170
4.5	Einstufungen pro Bundesland .....	174
5	Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	176
5.1	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation .....	176
5.1.1	Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	176
5.1.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	178
5.1.3	Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	180
5.1.4	Einstufungen pro Bundesland .....	181
5.2	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	183
5.2.1	Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	183
5.2.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	184
5.2.3	Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	186
5.2.4	Einstufungen pro Bundesland .....	187
5.3	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz.....	189
5.3.1	Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	189
5.3.2	Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland .....	190
5.3.3	Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul.....	192
5.3.4	Einstufungen pro Bundesland .....	193
5.4	Dokumentationsraten im Follow-up und unbekannter Überlebensstatus.....	195
5.4.1	Herztransplantation .....	195
5.4.2	Lungen- und Herz-Lungentransplantation .....	196
5.4.3	Lebertransplantation.....	197
5.4.4	Leberlebendspende.....	198
5.4.5	Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation.....	199
5.4.6	Nierenlebendspende .....	200
5.5	Dokumentationsraten in den Zählleistungsbereichen.....	201
5.5.1	Hüftendoprothesenversorgung.....	201

5.5.2	Knieendoprothesenversorgung.....	202
5.5.3	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme .....	203
5.5.4	Isolierte Aortenklappenchirurgie (kathetergestützt) .....	204

## 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 Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten 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 (Schlüsselkodes) 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 %
<b>Gesamt</b>		57 8,2 %	623 89,5 %	16 2,3 %	696 100 %

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 Patientenakte 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 in der QS-Dokumentation hätte dokumentiert werden müssen. 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 (Tabelle 2). Erstmals dieses Jahr wurden für die Berechnung der Übereinstimmungsrate zwei Modelle gerechnet. Zum einen wurden – wie in den Jahren zuvor – bei der Berechnung der Übereinstimmungsrate Fälle, bei denen „nicht ersichtlich aus der Patientenakte“ angegeben wurde aus der Grundgesamtheit herausgerechnet („Standard“). Da dieses Vorgehen die Ergebnisse der Übereinstimmungsrate verzerren kann (Krankenhausstandorte, die ein Datenfeld konsequent nicht in der Patientenakte aufführen, würden nicht als Abweichung zählen), wurde beschlossen die Übereinstimmungsrate auch über alle Krankenhausstandorte zu berechnen („Neu“). Da die Grundgesamtheit im neuen Modell durch nicht-ersichtliche Fälle in Bezug auf das Standardmodell erhöht sein kann, kann in diesem Fall die Übereinstimmungsrate im Modell „Neu“ geringer

ausfallen. Wird die Übereinstimmung eines Datenfelds mit genau zwei möglichen Antwortkategorien/Ausprägungen dargestellt, so werden zusätzlich zu der Übereinstimmungs- und Abweichungsrate auch Sensitivität, Spezifität, der positiv prädiktive Wert sowie der negativ prädiktive Wert angegeben.

Tabelle 2: Kenngrößen zum Informationsvergleich zwischen Patientenakte und QS-Dokumentation

<b>Übereinstimmungsrate</b>	Anteil an Fällen, bei denen die QS-Dokumentation mit den Angaben in der Patientenakte übereinstimmt.
<b>Abweichungsrate</b>	Anteil an Fällen, bei denen die QS-Dokumentation von den Angaben in der Patientenakte abweicht.
<b>Sensitivität</b>	Anteil der Fälle, bei denen sowohl in der QS-Dokumentation als auch in der Patientenakte eine bestimmte Information dokumentiert wurde (Zähler) an allen Fällen, bei denen in den Patientenakten diese Information dokumentiert wurde (Nenner), in Prozent. Die Sensitivität gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) in der QS dokumentiert wurde, gegeben, dass diese Information in der Patientenakte dokumentiert wurde. (Maß für die Unterdokumentation in der QS-Dokumentation)
<b>Spezifität</b>	Anteil der Fälle, bei denen weder in der QS-Dokumentation noch in der Patientenakte eine bestimmte Information dokumentiert wurde (Zähler) an allen Fällen, bei denen in den Patientenakten diese Information nicht dokumentiert wurde (Nenner), in Prozent. Die Spezifität gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich), nicht in der QS dokumentiert wurde, gegeben, dass diese Information nicht in der Patientenakte dokumentiert wurde. (Maß für die Überdokumentation in der QS-Dokumentation)
<b>positiv prädiktiver Wert (PPW)</b>	Anteil der Fälle, bei denen sowohl in der Patientenakte als auch in der QS-Dokumentation ein bestimmtes Ereignis dokumentiert wurde (Zähler) an allen Fällen, bei denen in der QS-Dokumentation dieses Ereignis dokumentiert wurde (Nenner), in Prozent.  Der PPW gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) in der Patientenakte dokumentierte wurde, gegeben, dass diese Information in der QS-Dokumentation angegeben wurde.
<b>negativ prädiktiver Wert (NPW)</b>	Anteil der Fälle, bei denen weder in der Patientenakte noch in der QS-Dokumentation eine bestimmte Information dokumentiert wurde (Zähler) an allen Fällen, bei denen in der QS-Dokumentation diese Information nicht dokumentiert wurde (Nenner), in Prozent.

	Der NPW gibt also die bedingte Wahrscheinlichkeit an, dass eine Information (z. B. Lungenembolie, Geschlecht = weiblich) in der Patientenakte nicht dokumentiert wurde, gegeben, dass diese Information in der QS-Dokumentation nicht dokumentiert wurde.
--	---

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.

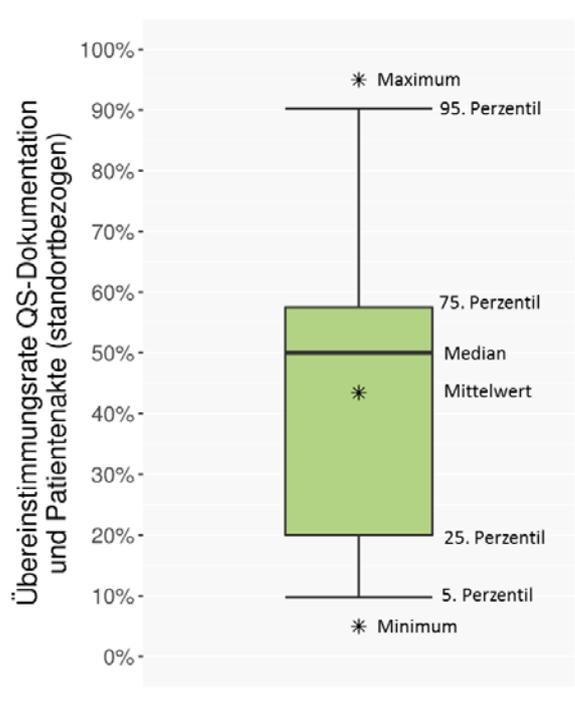


Abbildung 1: Beispiel-Darstellung der Varianz der standortbezogenen Übereinstimmungsraten pro Datenfeld

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 2016)

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
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erst-Implantationen und Wechseleingriffe an der Hüfte
KEP	Knieendoprothesenversorgung	Erst-Implantationen und Wechseleingriffe an den Knien
NEO	Neonatologie	Versorgung von Neu- und Frühgeborenen
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

Kürzel des Auswertungsmoduls	QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	Beschreibung
<b>Direkte QS-Verfahren</b>		
HCH-AORT	Aortenklappenchirurgie, isoliert	<p>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.</p> <p>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).</p>
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/ Kunstherzen	Transplantation eines Kunstherzens/Herzunterstützungssystems
LLS	Leberlebendspende	Entnahme eines Lebersegments von einem Spender für einen Empfänger
LTX	Lebertransplantation	Transplantation einer Leber oder eines Lebersegments von einem Organspender zu einem Empfänger
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Transplantation einer oder beider Lungen bzw. von Herz und Lunge gemeinsam von einem Organspender zu einem Empfänger
NLS	Nierenlebendspende	Entnahme einer Niere von einem Spender für einen 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: Knieendoprothesenversorgung

## 1.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

### 1.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

#### AK 850305: Angabe von ASA 5

<b>Zähler</b>	alle Patienten mit Angabe ASA 5 (= moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt)
<b>Nenner</b>	alle Patienten mit elektiver Knie-Endoprothesen-Erstimplantation
<b>Referenzbereich</b>	= 0
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

#### AK 850306: Häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen

<b>Zähler</b>	alle Patienten mit Angabe von ASA 4 (= Patient mit einer schweren Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung bedeutet)
<b>Nenner</b>	alle Patienten mit elektiver Knie-Endoprothesen-Erstimplantation
<b>Referenzbereich</b>	≤ 3,97 % (98. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	2
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

#### AK 850307: Häufige Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder postoperativer Komplikationen

<b>Zähler</b>	alle Patienten mit Entlassungsdiagnose T81.0, T81.2, T81.3, T81.4, T81.5, T81.6, T81.7, T81.8, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 ohne Angabe einer spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikation
<b>Nenner</b>	alle Patienten mit mindestens einer elektiven Knie-Endoprothesen-Erstimplantation als Prozedur
<b>Referenzbereich</b>	≤ 20,0 %
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	2
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

**AK 850311: Häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer**

<b>Zähler</b>	Patienten ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen.
<b>Nenner</b>	alle Patienten mit mindestens einer elektiven Knie-Endoprothesen-Erstimplantation als Prozedur und mit einer Verweildauer über dem 90. Perzentil (unter Ausschluss von Krankenhausstandorten, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen (OPS 8-55*) abrechnen)
<b>Referenzbereich</b>	< 80,00 %
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	20

**AK 850336: Häufige Angabe von Entlassungsdiagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur**

<b>Zähler</b>	Patienten mit Entlassungsdiagnose M96.6 (= Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte) ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur
<b>Nenner</b>	alle Patienten
<b>Referenzbereich</b>	< 2
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

**AK 850375: Unterdokumentation von GKV-Patienten**

<b>Zähler</b>	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt)
<b>Nenner</b>	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patienten (= Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbereich
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95,00 %
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

## 1.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850305	1.100	15	1,4	0	0	0	0	15	100	0	0	0	0	0	0	0	0
850306	865	24	2,8	0	0	1	4,2	23	95,8	0	0	0	0	0	0	3	12,5
850307	938	13	1,4	0	0	2	15,4	11	84,6	0	0	0	0	0	0	0	0
850311	799	118	14,8	0	0	55	46,6	63	53,4	0	0	0	0	0	0	0	0
850336	1.099	18	1,6	0	0	3	16,7	15	83,3	0	0	0	0	0	0	0	0
850375	1.023	37	3,6	0	0	8	21,6	29	78,4	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>5.824</b>	<b>225</b>	<b>3,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>69</b>	<b>30,7</b>	<b>156</b>	<b>69,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>

## 1.1.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	42	18,7	0	0	0	0	42	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	20	8,9	0	0	4	20	16	80	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	17	7,6	0	0	10	58,8	7	41,2	0	0	0	0	0	0	0	0

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
Bundesland	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brandenburg	2	0,9	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	2	0,9	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	12	5,3	0	0	7	58,3	5	41,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	13	5,8	0	0	1	7,7	12	92,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	2	0,9	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	23	10,2	0	0	0	0	23	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	54	24,0	0	0	43	79,6	11	20,4	0	0	0	0	0	0	3	5,6
Rheinland-Pfalz	11	4,9	0	0	0	0	11	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	3	1,3	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	9	4,0	0	0	0	0	9	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	5	2,2	0	0	3	60	2	40	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	5	2,2	0	0	1	20	4	80	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	5	2,2	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>225</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>69</b>	<b>30,7</b>	<b>156</b>	<b>69,3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>

## 1.1.4 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
850305	15	0	0	2	13,3	12	80,0	1	6,7	0	0	0	0	0	0	0
850306	24	7	29,2	0	0	15	62,5	0	0	1	4,2	0	0	0	0	0
850307	13	2	15,4	0	0	8	61,5	0	0	0	0	0	0	1	7,7	0
850311	118	39	33,1	0	0	21	17,8	0	0	2	1,7	0	0	1	0,8	0
850336	18	2	11,1	0	0	13	72,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
850375	37	0	0	1	2,7	18	48,6	2	5,4	7	18,9	0	0	1	2,7	0
<b>Gesamt</b>	<b>225</b>	<b>50</b>	<b>22,2</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>87</b>	<b>38,7</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>10</b>	<b>4,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>0</b>

## 1.1.5 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bayern	42	18	42,9	0	0	22	52,4	2	4,8	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	20	1	5	0	0	12	60	0	0	2	10	0	0	1	5	0
Berlin	17	1	5,9	0	0	0	0	0	0	6	35,3	0	0	0	0	0
Brandenburg	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bremen	2	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	12	5	41,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	13	3	23,1	0	0	9	69,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	2	1	50	0	0	2	100	0	0	1	50	0	0	0	0	0
Niedersachsen	23	6	26,1	0	0	17	73,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	54	1	1,9	3	5,6	5	9,3	0	0	1	1,9	0	0	1	1,9	1,9
Rheinland-Pfalz	11	5	45,5	0	0	6	54,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	3	2	66,7	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	9	2	22,2	0	0	5	55,6	1	11,1	0	0	0	0	1	11,1	11,1
Sachsen-Anhalt	5	2	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	5	0	0	0	0	4	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	5	1	20	0	0	4	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>225</b>	<b>50</b>	<b>22,2</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>89</b>	<b>39,6</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>10</b>	<b>4,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>

## 1.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

### 1.2.1 Datenfeld 11: Geschlecht

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	488 39,9%	0 0,0%	0 0,0%	488 39,9%
	2	0 0,0%	736 60,1%	0 0,0%	736 60,1%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Gesamt</b>	488 39,9%	736 60,1%	0 0,0%	1224 100,0%

Abbildung 2: Kontingenztafel – Geschlecht

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0	0 %	0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 62	0 %	0 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	62 / 62	100 %	62 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	1224 / 1224	100 %	1224 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Sensitivität	100 %	736 / 736	100 %	736 / 736
Spezifität	100 %	488 / 488	100 %	488 / 488

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Positiv prädiktiver Wert	100 %	736 / 736	100 %	736 / 736
Negativ prädiktiver Wert	100 %	488 / 488	100 %	488 / 488

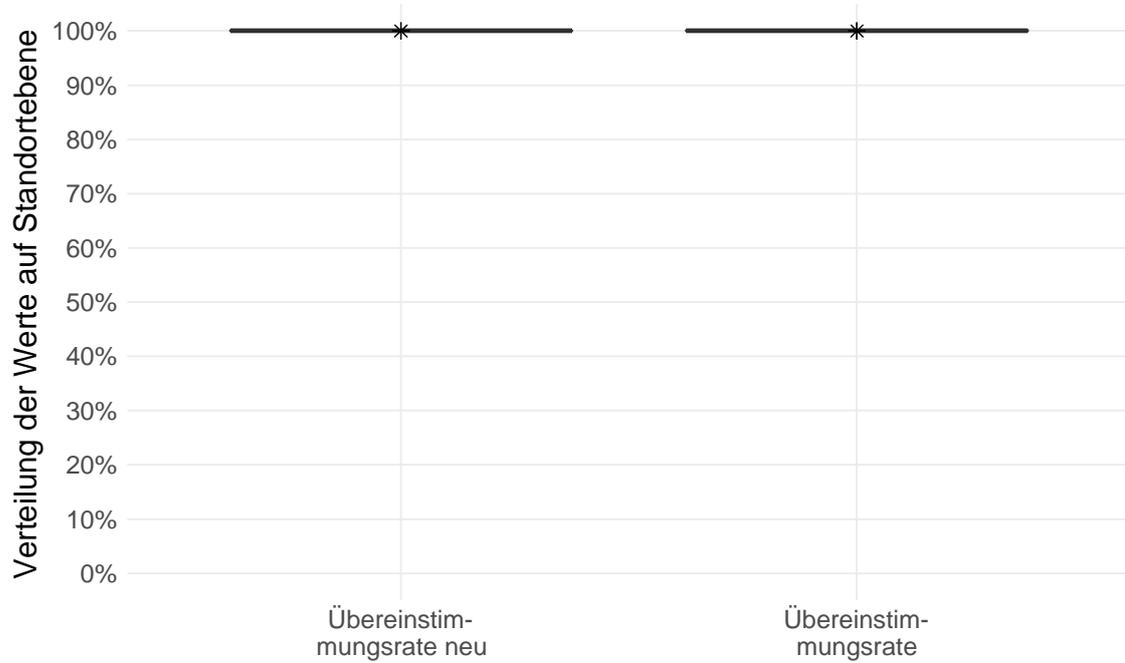


Abbildung 3: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Geschlecht

1.2.2 Datenfeld 12: Gehstrecke

		Angaben in Patientenakte						
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	4	5	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	101 8,3%	18 1,5%	4 0,3%	0 0,0%	1 0,1%	24 2,0%	148 12,1%
	2	35 2,9%	463 37,8%	14 1,1%	3 0,2%	9 0,7%	173 14,1%	697 56,9%
	3	10 0,8%	42 3,4%	169 13,8%	0 0,0%	2 0,2%	74 6,0%	297 24,3%
	4	0 0,0%	1 0,1%	3 0,2%	28 2,3%	4 0,3%	10 0,8%	46 3,8%
	5	0 0,0%	1 0,1%	2 0,2%	0 0,0%	28 2,3%	5 0,4%	36 2,9%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	146 11,9%	525 42,9%	192 15,7%	31 2,5%	44 3,6%	286 23,4%	1224 100,0%

Abbildung 4: Kontingenztafel – Gehstrecke

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	23,4 %	286 / 1224	23,4 %	286 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	72,4 %	42 / 58	67,7 %	42 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	27,6 %	16 / 58	32,3 %	20 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	84,1 %	789 / 938	64,5 %	789 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	15,9 %	149 / 938	12,2 %	149 / 1224

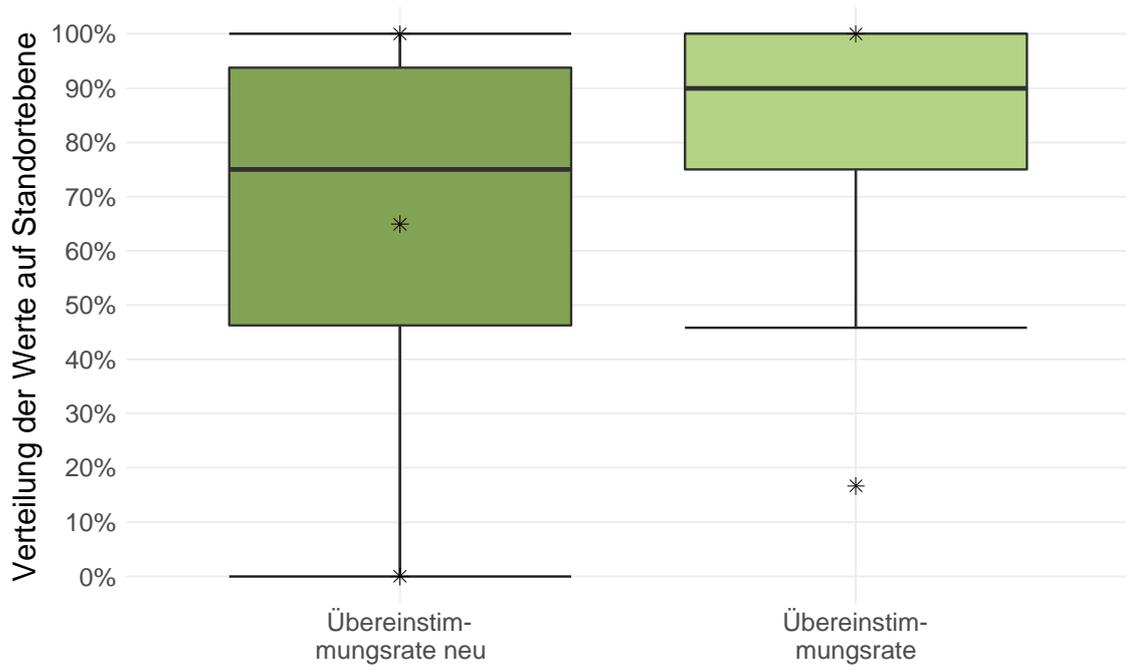


Abbildung 5: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Gehstrecke

**1.2.3 Datenfeld 13: Gehhilfen**

		Angaben in Patientenakte							
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	0	513 41,9%	48 3,9%	9 0,7%	1 0,1%	1 0,1%	89 7,3%	661 54,0%	
	1	53 4,3%	295 24,1%	9 0,7%	3 0,2%	1 0,1%	78 6,4%	439 35,9%	
	2	5 0,4%	5 0,4%	60 4,9%	2 0,2%	1 0,1%	15 1,2%	88 7,2%	
	3	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	20 1,6%	1 0,1%	1 0,1%	23 1,9%	
	4	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	10 0,8%	2 0,2%	13 1,1%	
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	
	<b>Gesamt</b>	571 46,7%	349 28,5%	79 6,5%	26 2,1%	14 1,1%	185 15,1%	1224 100,0%	

Abbildung 6: Kontingenztafel – Gehhilfen

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	15,1 %	185 / 1224	15,1 %	185 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	76,7 %	46 / 60	74,2 %	46 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	23,3 %	14 / 60	25,8 %	16 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	86,4 %	898 / 1039	73,4 %	898 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	13,6 %	141 / 1039	11,5 %	141 / 1224

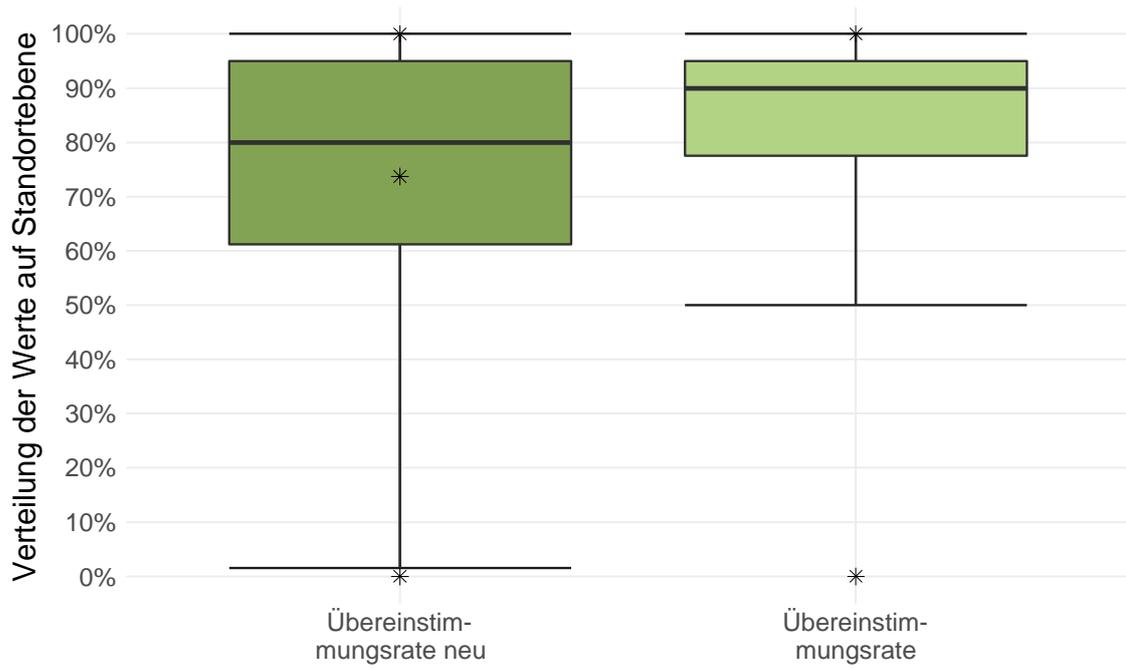


Abbildung 7: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Gehhilfen

1.2.4 Datenfeld 15: Zu operierende Seite

		Angaben in Patientenakte			
		1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	1	619 50,6 %	8 0,7 %	0 0,0 %	627 51,2 %
	2	6 0,5 %	591 48,3 %	0 0,0 %	597 48,8 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	625 51,1 %	599 48,9 %	0 0,0 %	1224 100,0 %

Abbildung 8: Kontingenztafel – zu operierende Seite

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	21,0 %	13 / 62	21,0 %	13 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	79,0 %	49 / 62	79,0 %	49 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	98,9 %	1210 / 1224	98,9 %	1210 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1,1 %	14 / 1224	1,1 %	14 / 1224
Sensitivität	98,7 %	591 / 599	98,7 %	591 / 599
Spezifität	99,0 %	619 / 625	99,0 %	619 / 625
Positiv prädiktiver Wert	99,0 %	591 / 597	99,0 %	591 / 597
Negativ prädiktiver Wert	98,7 %	619 / 627	98,7 %	619 / 627

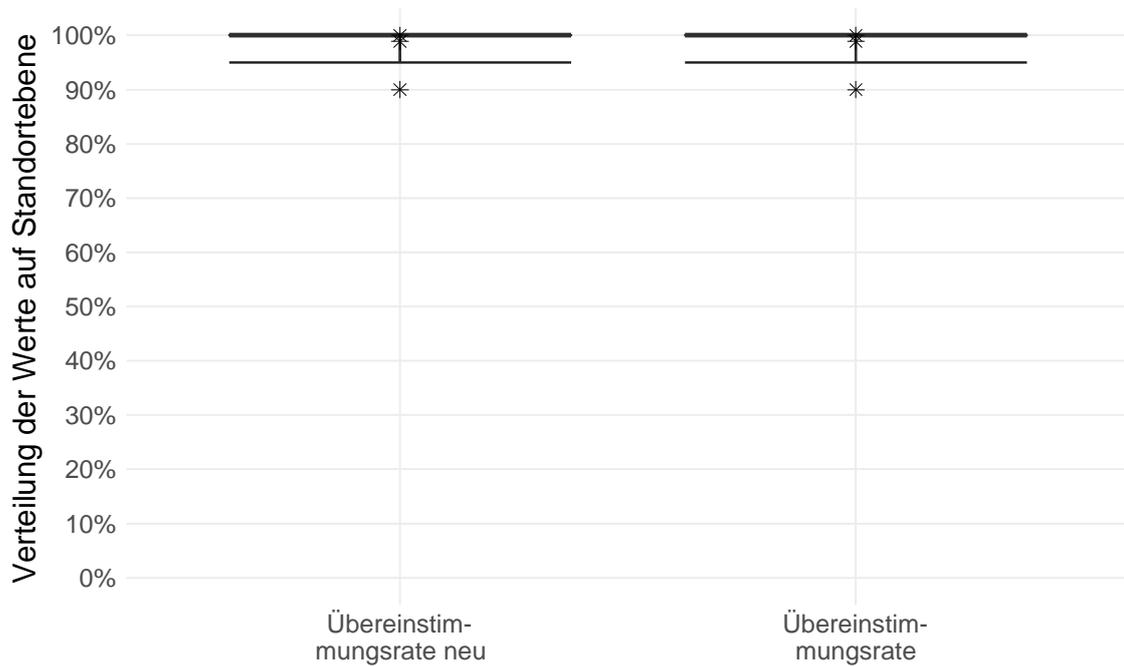


Abbildung 9: Verteilung der Übereinstimmungsraten – zu operierende Seite

**1.2.5 Datenfeld 18: Einstufung nach ASA-Klassifikation**

		Angaben in Patientenakte							
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	4	5	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	1	41 3,3%	11 0,9%	1 0,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	53 4,3%	
	2	13 1,1%	609 49,8%	89 7,3%	1 0,1%	0 0,0%	7 0,6%	719 58,7%	
	3	2 0,2%	55 4,5%	362 29,6%	5 0,4%	0 0,0%	7 0,6%	431 35,2%	
	4	0 0,0%	1 0,1%	7 0,6%	12 1,0%	0 0,0%	0 0,0%	20 1,6%	
	5	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	
	<b>Gesamt</b>	56 4,6%	676 55,2%	460 37,6%	18 1,5%	0 0,0%	14 1,1%	1224 100,0%	

Abbildung 10: Kontingenztafel – Einstufung nach ASA-Klassifikation

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,1 %	14 / 1224	1,1 %	14 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	74,2 %	46 / 62	74,2 %	46 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	25,8 %	16 / 62	25,8 %	16 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	84,6 %	1024 / 1210	83,7 %	1024 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	15,4 %	186 / 1210	15,2 %	186 / 1224

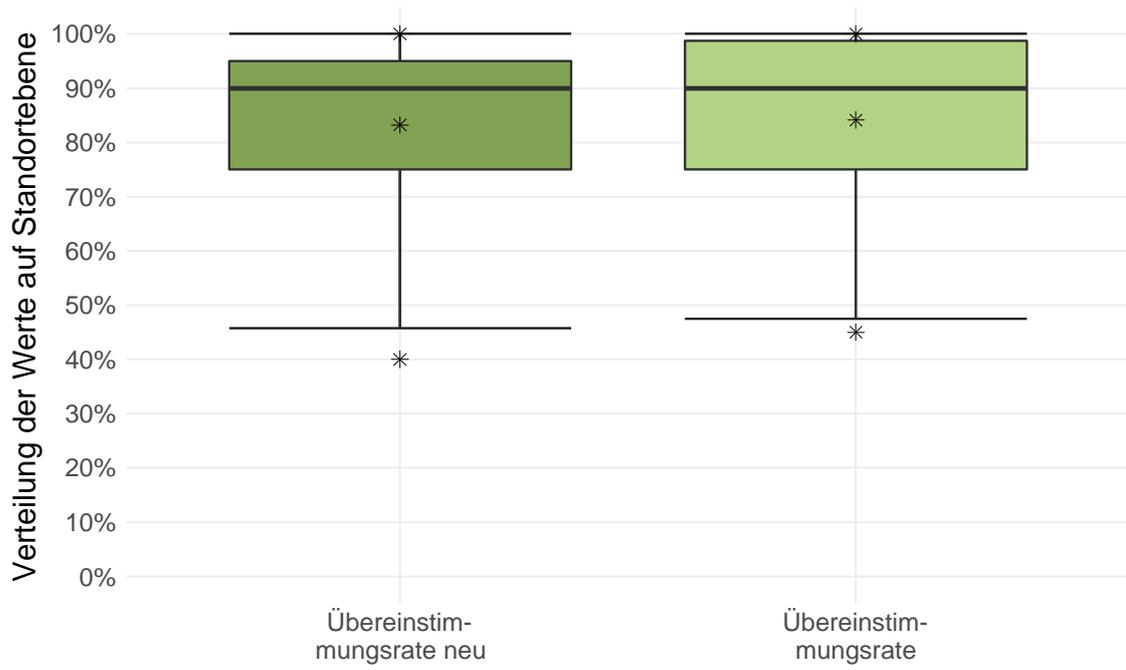


Abbildung 11: Verteilung der Übereinstimmungsraten – ASA-Klassifikation

**1.2.6 Datenfeld 19: Wundkontaminationsklassifikation nach Definition der CDC**

		Angaben in Patientenakte						
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	1	1132 92,5 %	4 0,3 %	1 0,1 %	6 0,5 %	6 0,5 %	1149 93,9 %	
	2	12 1,0 %	14 1,1 %	1 0,1 %	2 0,2 %	0 0,0 %	29 2,4 %	
	3	3 0,2 %	1 0,1 %	4 0,3 %	3 0,2 %	0 0,0 %	11 0,9 %	
	4	4 0,3 %	1 0,1 %	0 0,0 %	29 2,4 %	1 0,1 %	35 2,9 %	
	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>	1151 94,0 %	20 1,6 %	6 0,5 %	40 3,3 %	7 0,6 %	1224 100,0 %	

Abbildung 12: Kontingenztafel – Wundkontaminationsklassifikation nach Definition der CDC

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,6 %	7 / 1224	0,6 %	7 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	33,9 %	21 / 62	33,9 %	21 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	66,1 %	41 / 62	66,1 %	41 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	96,9 %	1179 / 1217	96,3 %	1179 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3,1 %	38 / 1217	3,1 %	38 / 1224

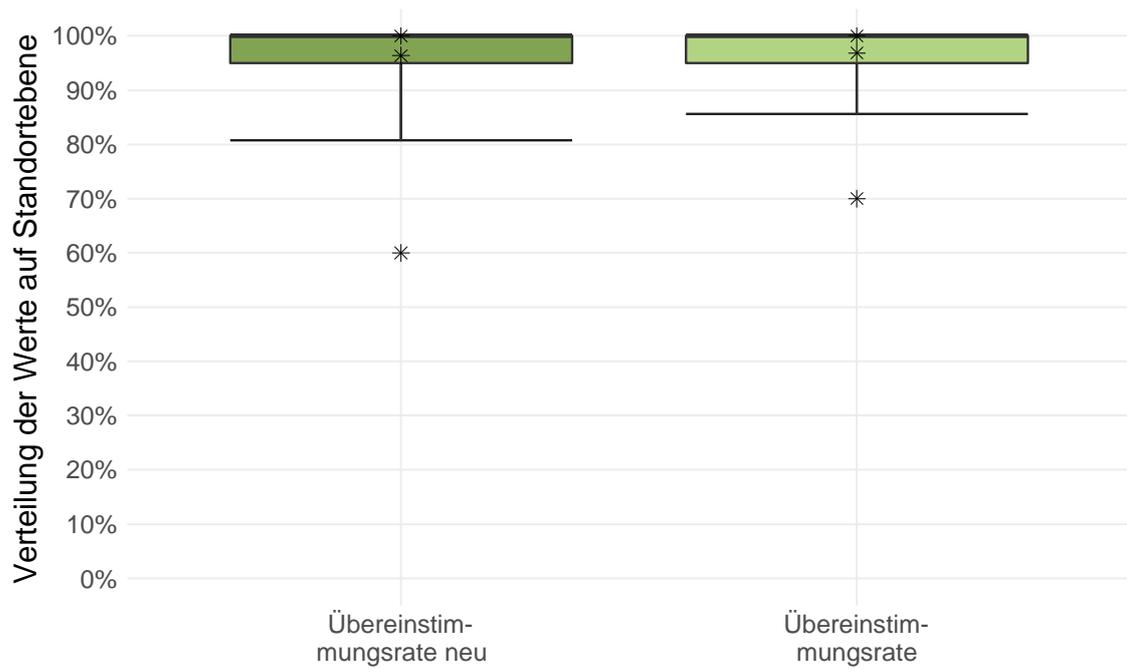


Abbildung 13: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Wundkontaminationsklassifikation nach Definition der CDC

1.2.7 Datenfeld 20: Art des Eingriffs

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	760 62,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	760 62,1%
	2	5 0,4%	387 31,6%	5 0,4%	0 0,0%	397 32,4%
	3	3 0,2%	8 0,7%	56 4,6%	0 0,0%	67 5,5%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Gesamt</b>	768 62,7%	395 32,3%	61 5,0%	0 0,0%	1224 100,0%

Abbildung 14: Kontingenztafel – Art des Eingriffs

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	17,7 %	11 / 62	17,7 %	11 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	82,3 %	51 / 62	82,3 %	51 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	98,3 %	1203 / 1224	98,3 %	1203 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1,7 %	21 / 1224	1,7 %	21 / 1224

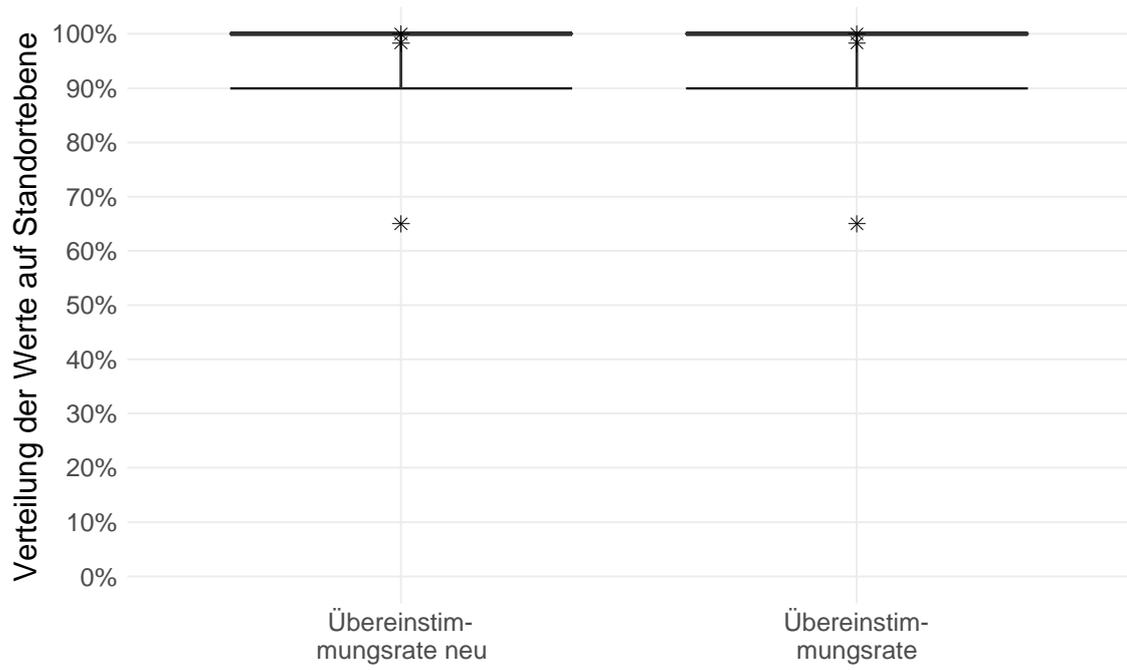


Abbildung 15: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Art des Eingriffs

1.2.8 Datenfeld 27: Schmerzen (präoperativ)

		Angaben in Patientenakte				
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	0 0,0%	1 0,1%
	1	0 0,0%	152 19,8%	52 6,8%	19 2,5%	223 29,0%
	2	0 0,0%	87 11,3%	409 53,3%	40 5,2%	536 69,8%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	1 0,1%	6 0,8%	1 0,1%	8 1,0%
	Gesamt	0 0,0%	240 31,3%	468 60,9%	60 7,8%	768 100,0%

Abbildung 16: Kontingenztafel – Schmerzen (präoperativ)

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	768	100 %	768
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	7,8 %	60 / 768	7,8 %	60 / 768
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	75,8 %	47 / 62	75,8 %	47 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	24,2 %	15 / 62	24,2 %	15 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79,2 %	561 / 708	73,0 %	561 / 768
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	20,8 %	147 / 708	19,1 %	147 / 768

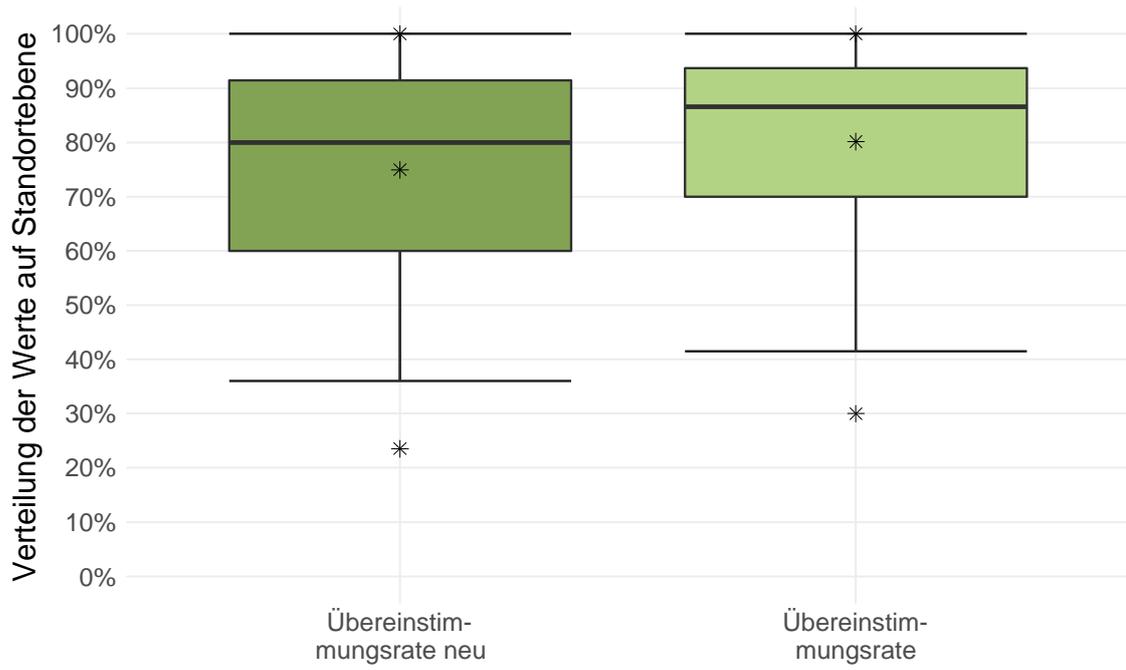


Abbildung 17: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Schmerzen (präoperativ)

**1.2.9 Datenfeld 34: Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des betroffenen Gelenks vor?**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	738 96,1 %	1 0,1 %	7 0,9 %	746 97,1 %
	1	6 0,8 %	8 1,0 %	0 0,0 %	14 1,8 %
	nicht in QS-Dokumentation	7 0,9 %	1 0,1 %	0 0,0 %	8 1,0 %
	Gesamt	751 97,8 %	10 1,3 %	7 0,9 %	768 100,0 %

Abbildung 18: Kontingenztafel – Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des betroffenen Gelenks vor?

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	768	100 %	768
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,9 %	7 / 768	0,9 %	7 / 768
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	12,9 %	8 / 62	12,9 %	8 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	87,1 %	54 / 62	87,1 %	54 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	98,0 %	746 / 761	97,1 %	746 / 768
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,0 %	15 / 761	2,0 %	15 / 768
Sensitivität	80,0 %	8 / 10	80,0 %	8 / 10

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Spezifität	98,3 %	738 / 751	98,3 %	738 / 751
Positiv prädiktiver Wert	57,1 %	8 / 14	57,1 %	8 / 14
Negativ prädiktiver Wert	99,9 %	738 / 739	98,9 %	738 / 746

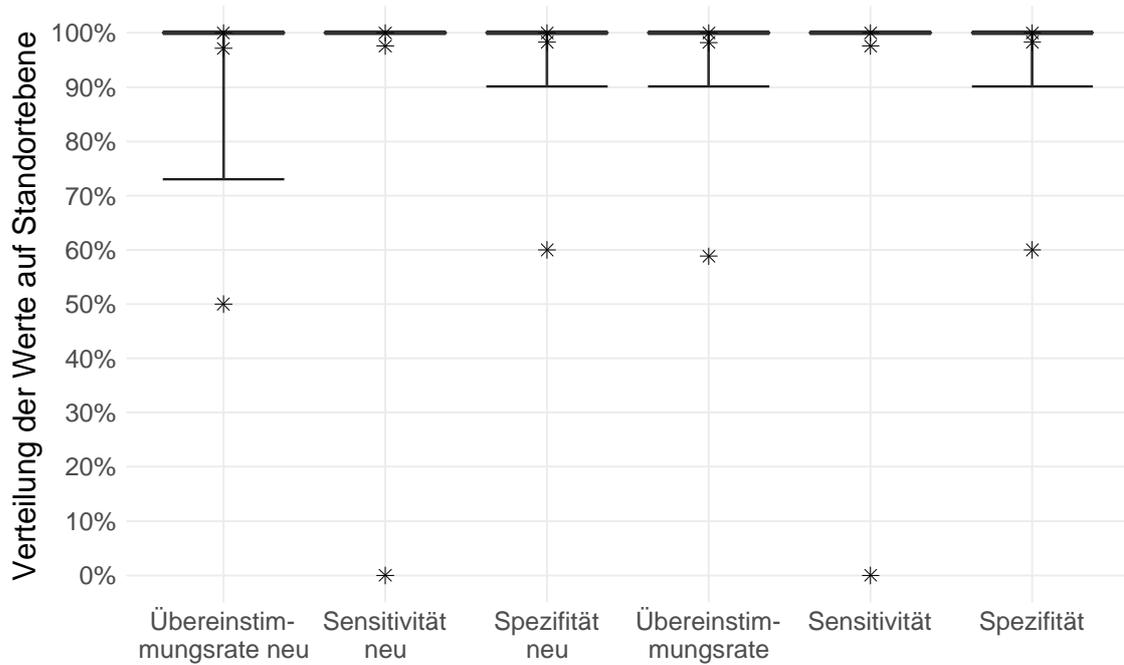


Abbildung 19: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des betroffenen Gelenks vor?

1.2.10 Datenfeld 37: Schmerzen

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	9 2,0%	1 0,2%	7 1,5%	1 0,2%	18 3,9%
	1	5 1,1%	119 26,1%	28 6,1%	10 2,2%	162 35,5%
	2	1 0,2%	35 7,7%	226 49,6%	14 3,1%	276 60,5%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Gesamt</b>	15 3,3%	155 34,0%	261 57,2%	25 5,5%	456 100,0%

Abbildung 20: Kontingenztafel – Schmerzen

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	456	100 %	456
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	5,5 %	25 / 456	5,5 %	25 / 456
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	61,4 %	35 / 57	61,4 %	35 / 57
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	38,6 %	22 / 57	38,6 %	22 / 57
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	82,1 %	354 / 431	77,6 %	354 / 456
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	17,9 %	77 / 431	16,9 %	77 / 456

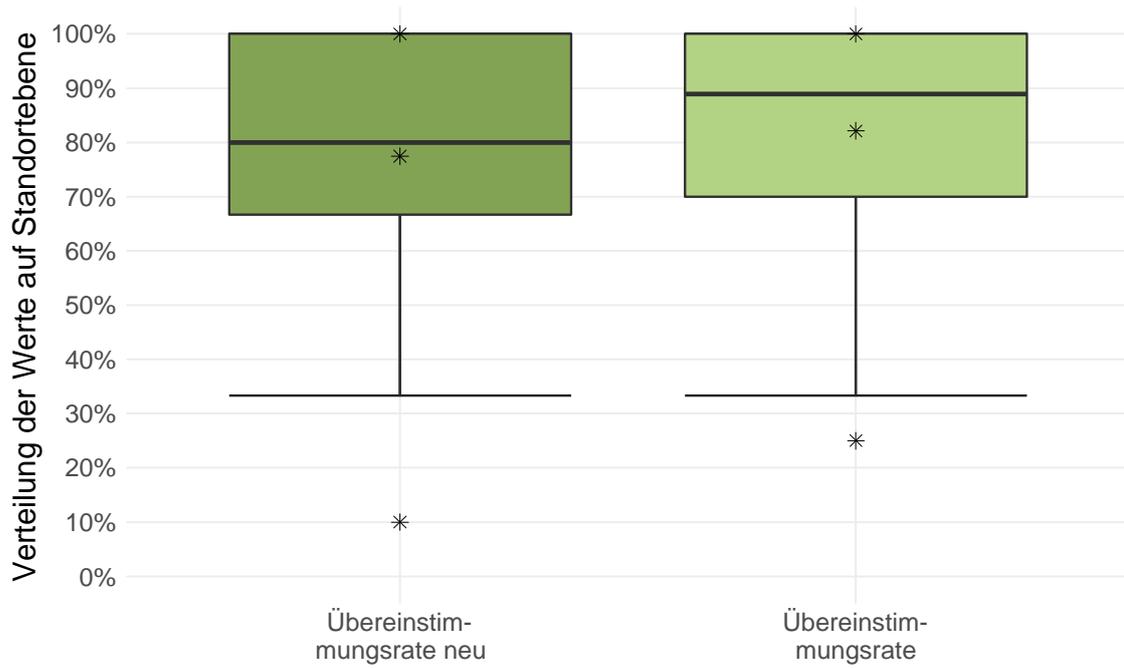


Abbildung 21: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Schmerzen

**1.2.11 Datenfeld 38: Positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	311 68,2 %	29 6,4 %	4 0,9 %	344 75,4 %
	1	14 3,1 %	98 21,5 %	0 0,0 %	112 24,6 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	325 71,3 %	127 27,9 %	4 0,9 %	456 100,0 %

Abbildung 22: Kontingenztafel – positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	456	100 %	456
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,9 %	4 / 456	0,9 %	4 / 456
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	50,9 %	29 / 57	50,9 %	29 / 57
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	49,1 %	28 / 57	49,1 %	28 / 57
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	90,5 %	409 / 452	89,7 %	409 / 456
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	9,5 %	43 / 452	9,4 %	43 / 456
Sensitivität	77,2 %	98 / 127	77,2 %	98 / 127
Spezifität	95,7 %	311 / 325	95,7 %	311 / 325
Positiv prädiktiver Wert	87,5 %	98 / 112	87,5 %	98 / 112
Negativ prädiktiver Wert	91,5 %	311 / 340	90,4 %	311 / 344

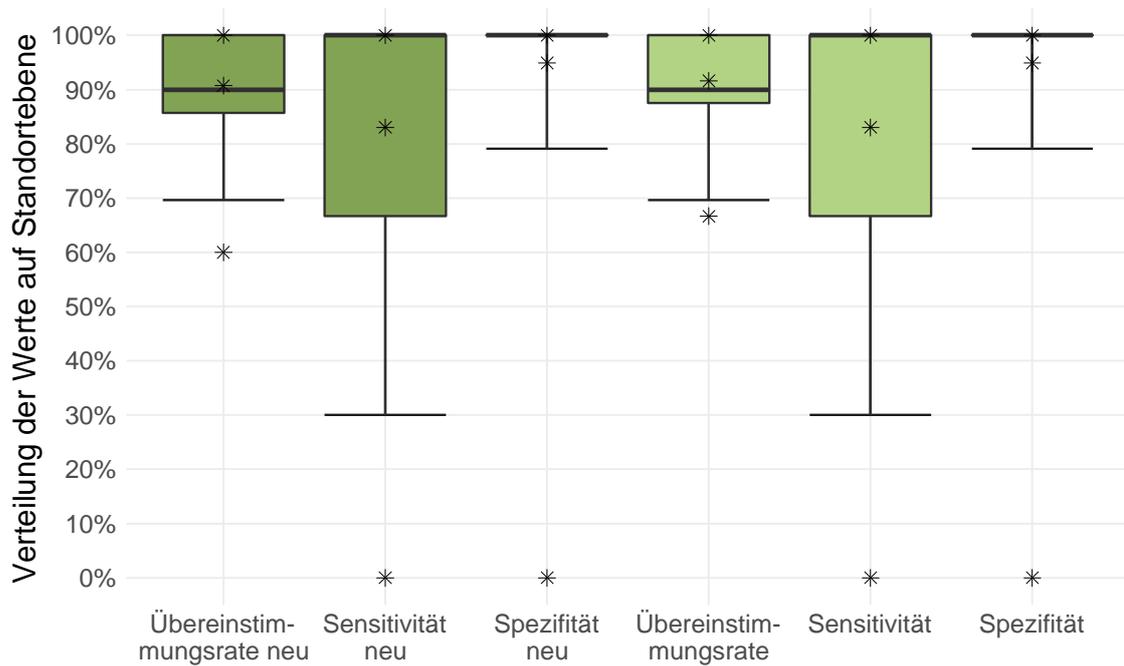


Abbildung 23: Verteilung der Übereinstimmungsraten – positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)

1.2.12 Datenfeld 39: Mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	137 30,0%	27 5,9%	5 1,1%	2 0,4%	171 37,5%
	1	44 9,6%	159 34,9%	7 1,5%	10 2,2%	220 48,2%
	2	0 0,0%	7 1,5%	57 12,5%	1 0,2%	65 14,3%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Gesamt</b>	181 39,7%	193 42,3%	69 15,1%	13 2,9%	456 100,0%

Abbildung 24: Kontingenztafel – mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	456	100 %	456
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	2,9 %	13 / 456	2,9 %	13 / 456
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	59,6 %	34 / 57	59,6 %	34 / 57
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	40,4 %	23 / 57	40,4 %	23 / 57
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	79,7 %	353 / 443	77,4 %	353 / 456
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	20,3 %	90 / 443	19,7 %	90 / 456

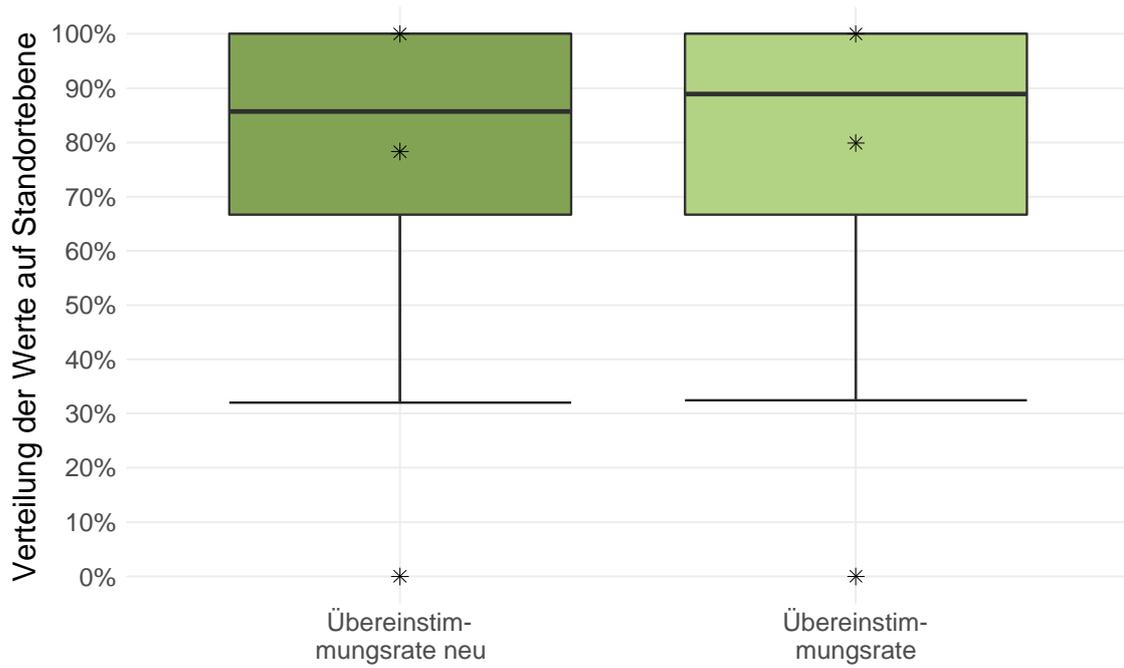


Abbildung 25: Verteilung der Übereinstimmungsraten – mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation

**1.2.13 Datenfeld 41: Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	44 9,6 %	22 4,8 %	0 0,0 %	66 14,5 %
	1	14 3,1 %	370 81,1 %	6 1,3 %	390 85,5 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	58 12,7 %	392 86,0 %	6 1,3 %	456 100,0 %

Abbildung 26: Kontingenztafel – Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	456	100 %	456
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,3 %	6 / 456	1,3 %	6 / 456
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	40,4 %	23 / 57	40,4 %	23 / 57
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	59,6 %	34 / 57	59,6 %	34 / 57
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	92,0 %	414 / 450	90,8 %	414 / 456
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8,0 %	36 / 450	7,9 %	36 / 456
Sensitivität	94,4 %	370 / 392	94,4 %	370 / 392
Spezifität	75,9 %	44 / 58	75,9 %	44 / 58
Positiv prädiktiver Wert	96,4 %	370 / 384	94,9 %	370 / 390
Negativ prädiktiver Wert	66,7 %	44 / 66	66,7 %	44 / 66

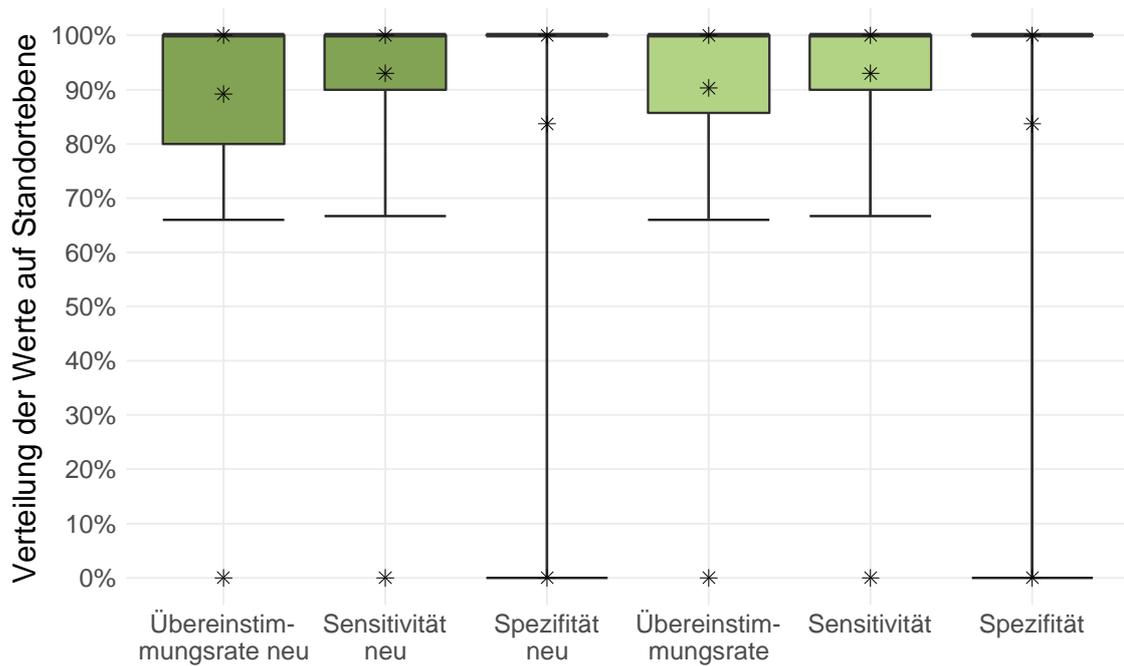


Abbildung 27: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?

**1.2.14 Datenfeld 60: Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?**

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1175 96,0 %	15 1,2 %	1 0,1 %	1191 97,3 %
	1	6 0,5 %	27 2,2 %	0 0,0 %	33 2,7 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	<b>Gesamt</b>	1181 96,5 %	42 3,4 %	1 0,1 %	1224 100,0 %

Abbildung 28: Kontingenztafel – Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,1 %	1 / 1224	0,1 %	1 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	24,2 %	15 / 62	24,2 %	15 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	75,8 %	47 / 62	75,8 %	47 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	98,3 %	1202 / 1223	98,2 %	1202 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1,7 %	21 / 1223	1,7 %	21 / 1224
Sensitivität	64,3 %	27 / 42	64,3 %	27 / 42
Spezifität	99,5 %	1175 / 1181	99,5 %	1175 / 1181

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Positiv prädiktiver Wert	81,8 %	27 / 33	81,8 %	27 / 33
Negativ prädiktiver Wert	98,7 %	1175 / 1190	98,7 %	1175 / 1191

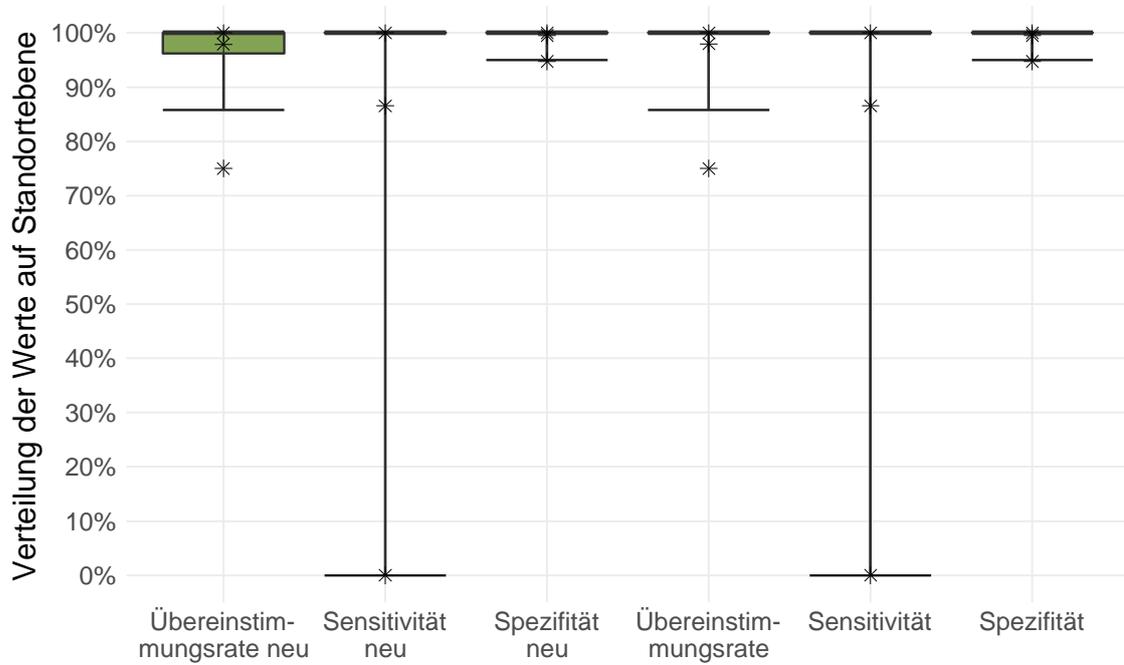


Abbildung 29: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?

1.2.15 Datenfeld 61: Primäre Implantatfehlage

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%
	1	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%
	Gesamt	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 30: Kontingenztafel – primäre Implantatfehlage

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42

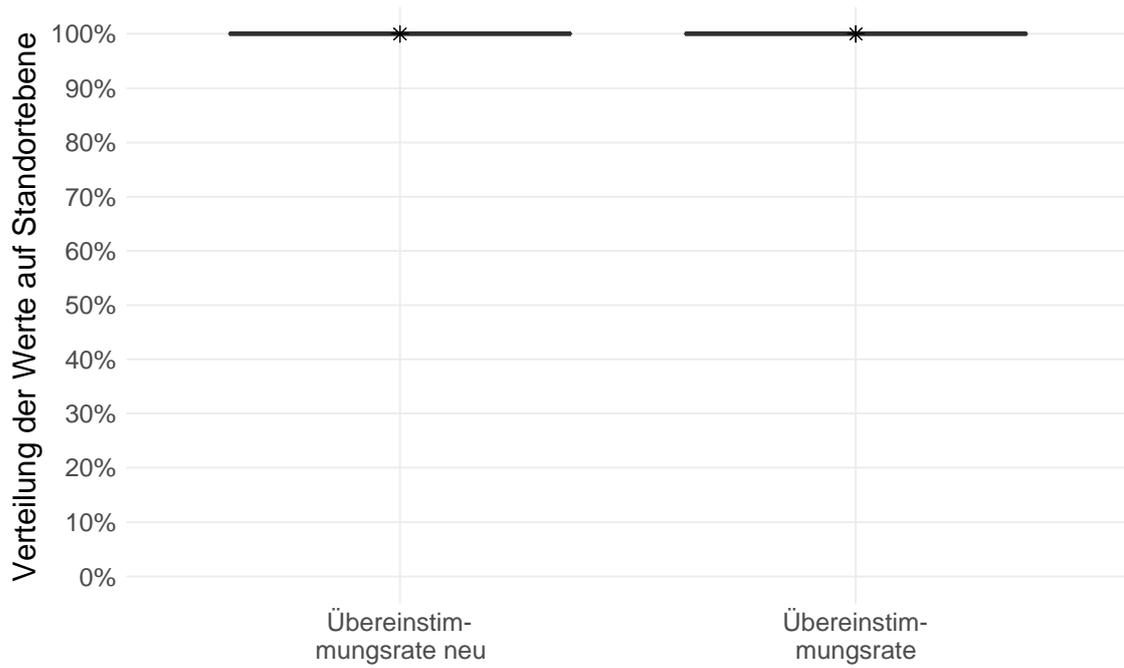


Abbildung 31 Verteilung der Übereinstimmungsraten – primäre Implantatfehlage

1.2.16 Datenfeld 62: Sekundäre Implantatdislokation

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	41 97,6%	0 0,0%	0 0,0%	41 97,6%
	1	0 0,0%	1 2,4%	0 0,0%	1 2,4%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	41 97,6%	1 2,4%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 32: Kontingenztafel – sekundäre Implantatdislokation

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Sensitivität	100 %	1 / 1	100 %	1 / 1
Spezifität	100 %	41 / 41	100 %	41 / 41
Positiv prädiktiver Wert	100 %	1 / 1	100 %	1 / 1
Negativ prädiktiver Wert	100 %	41 / 41	100 %	41 / 41

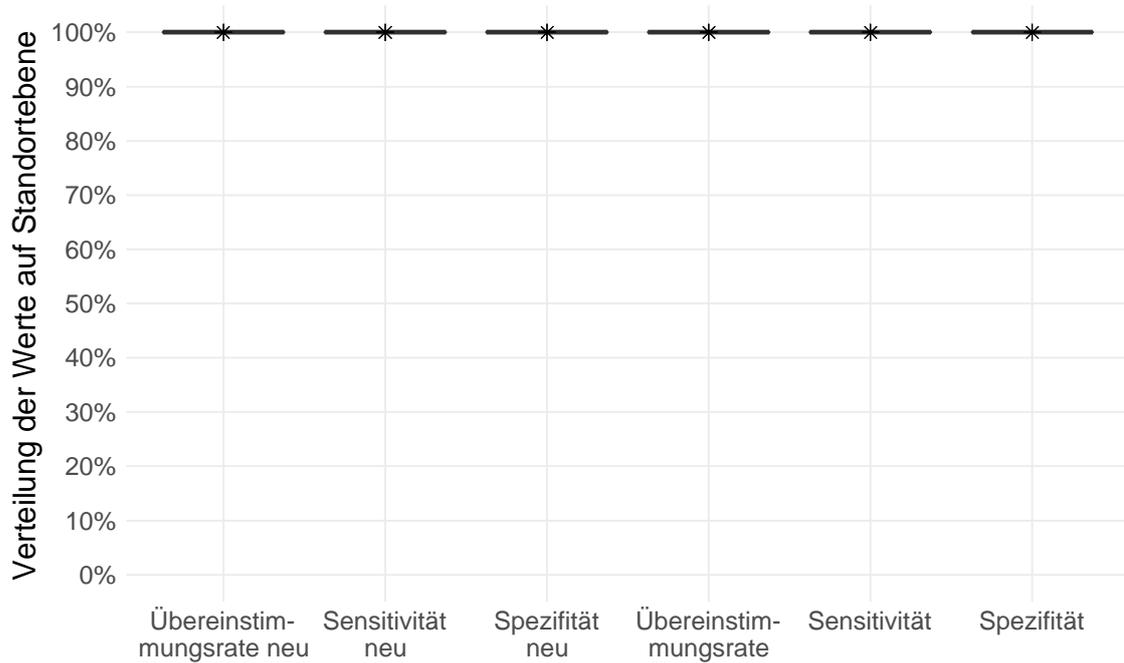


Abbildung 33: Verteilung der Übereinstimmungsraten – sekundäre Implantatdislokation

**1.2.17 Datenfeld 63: Postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%
	1	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%
	Gesamt	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 34: Kontingenztafel – postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Sensitivität	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Spezifität	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42

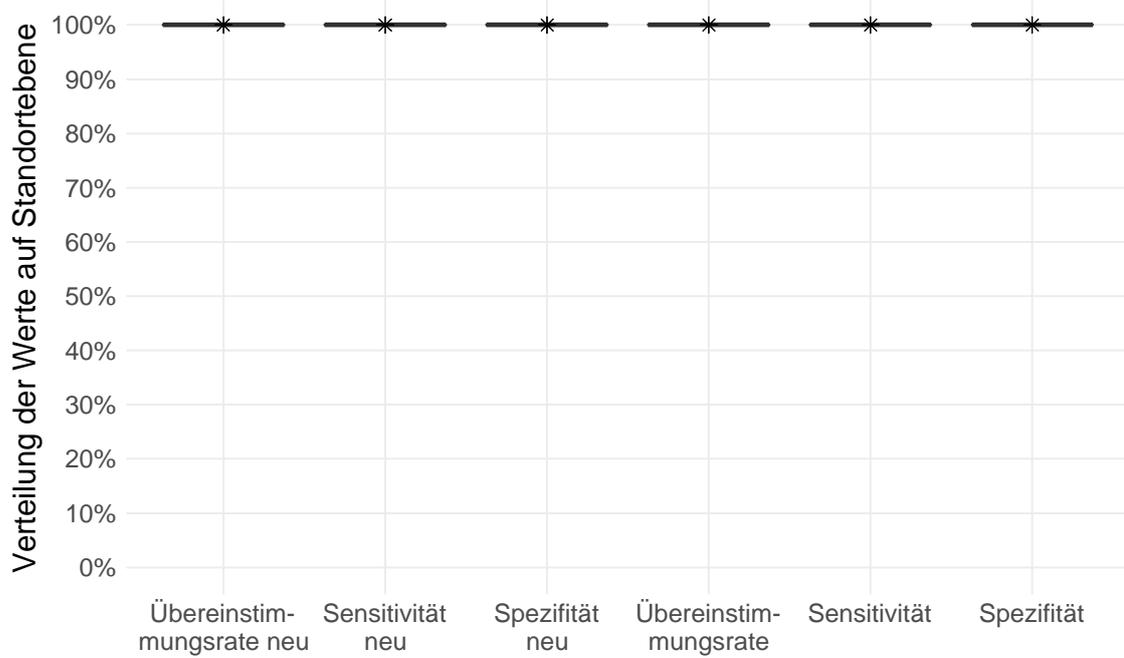


Abbildung 35: Verteilung der Übereinstimmungsrate – postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes

1.2.18 Datenfeld 64: Patellafehlstellung

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	41 97,6%	1 2,4%	0 0,0%	42 100,0%
	1	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%
	Gesamt	41 97,6%	1 2,4%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 36: Kontingenztafel – Patellafehlstellung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3,7 %	1 / 27	3,7 %	1 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	96,3 %	26 / 27	96,3 %	26 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,6 %	41 / 42	97,6 %	41 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,4 %	1 / 42	2,4 %	1 / 42
Sensitivität	0 %	0 / 1	0 %	0 / 1
Spezifität	100 %	41 / 41	100 %	41 / 41
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	97,6 %	41 / 42	97,6 %	41 / 42

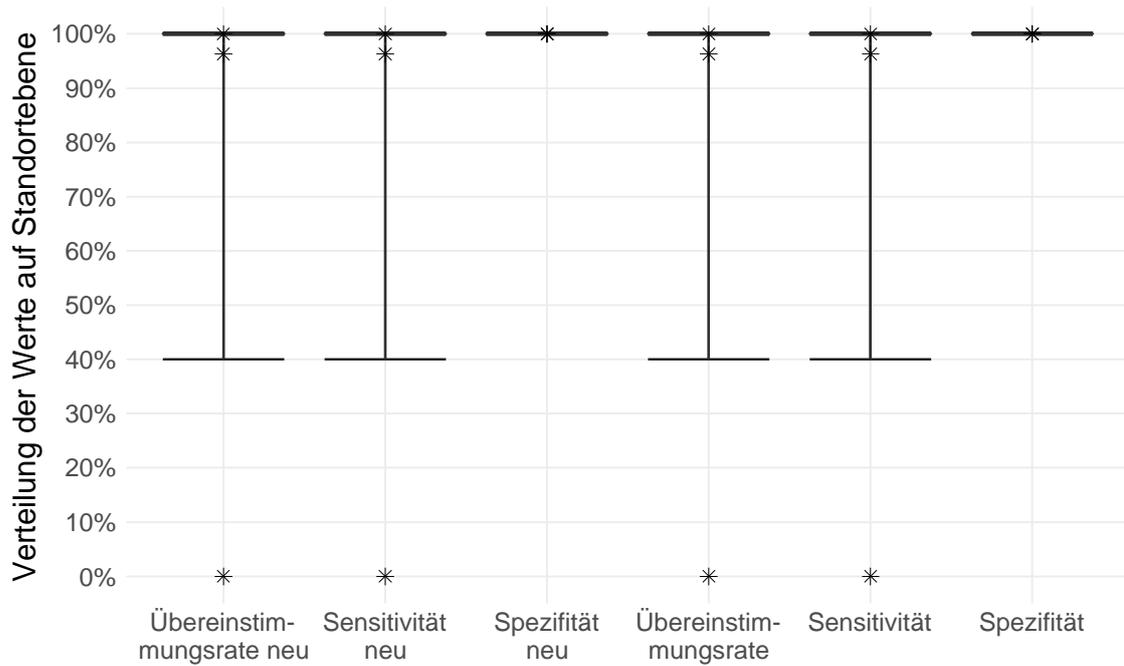


Abbildung 37: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Patellafehlstellung

1.2.19 Datenfeld 65: OP- oder interventionsbedürftige/s Wundhämatom/Nachblutung

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	25 59,5 %	6 14,3 %	0 0,0 %	31 73,8 %
	1	1 2,4 %	9 21,4 %	0 0,0 %	10 23,8 %
	nicht in QS-Dokumentation	1 2,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 2,4 %
	Gesamt	27 64,3 %	15 35,7 %	0 0,0 %	42 100,0 %

Abbildung 38: Kontingenztafel – OP- oder interventionsbedürftige/s Wundhämatom/Nachblutung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	18,5 %	5 / 27	18,5 %	5 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	81,5 %	22 / 27	81,5 %	22 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	81,0 %	34 / 42	81,0 %	34 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	19,0 %	8 / 42	19,0 %	8 / 42
Sensitivität	60,0 %	9 / 15	60,0 %	9 / 15
Spezifität	92,6 %	25 / 27	92,6 %	25 / 27
Positiv prädiktiver Wert	90,0 %	9 / 10	90,0 %	9 / 10
Negativ prädiktiver Wert	80,6 %	25 / 31	80,6 %	25 / 31

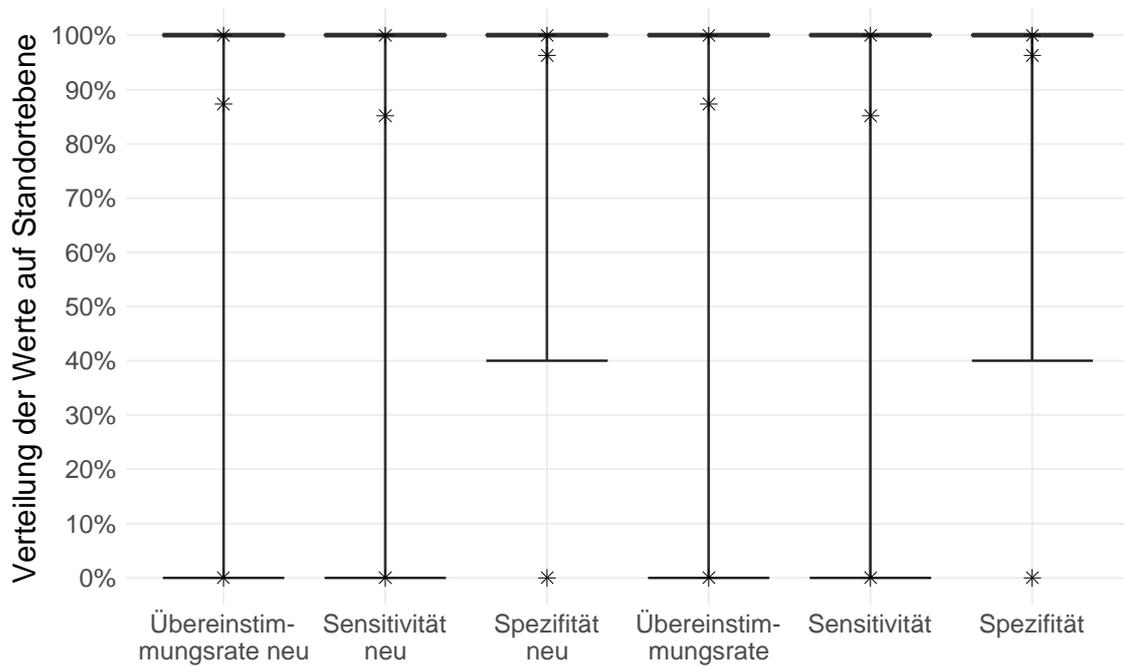


Abbildung 39: Verteilung der Übereinstimmungsraten – OP- oder interventionsbedürftige/s Wundhämatom/Nachblutung

**1.2.20 Datenfeld 66: OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion**

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%
	1	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%
	<b>Gesamt</b>	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 40: Kontingenztafel – OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersicht- lich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abwei- chungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Ab- weichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS- Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Doku- mentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42

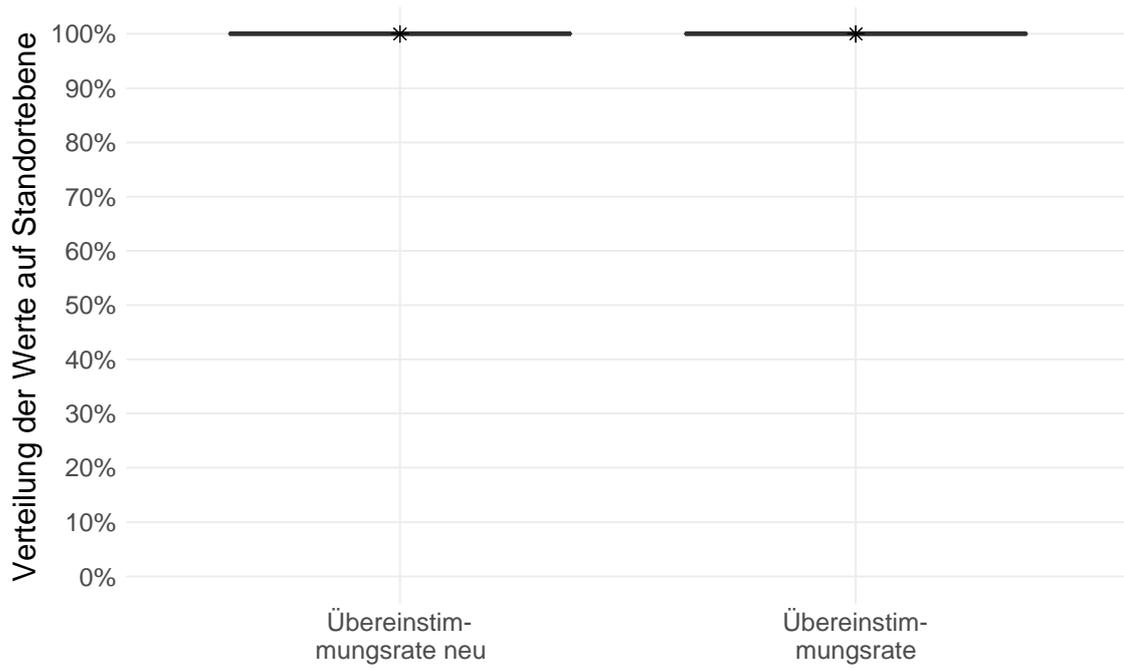


Abbildung 41: Verteilung der Übereinstimmungsrate – OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion

**1.2.21 Datenfeld 67: bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden**

		Angaben in Patientenakte				
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	39 92,9%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	39 92,9%
	1	0 0,0%	1 2,4%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,4%
	2	0 0,0%	0 0,0%	2 4,8%	0 0,0%	2 4,8%
	Gesamt	39 92,9%	1 2,4%	2 4,8%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 42: Kontingenztafel – bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42

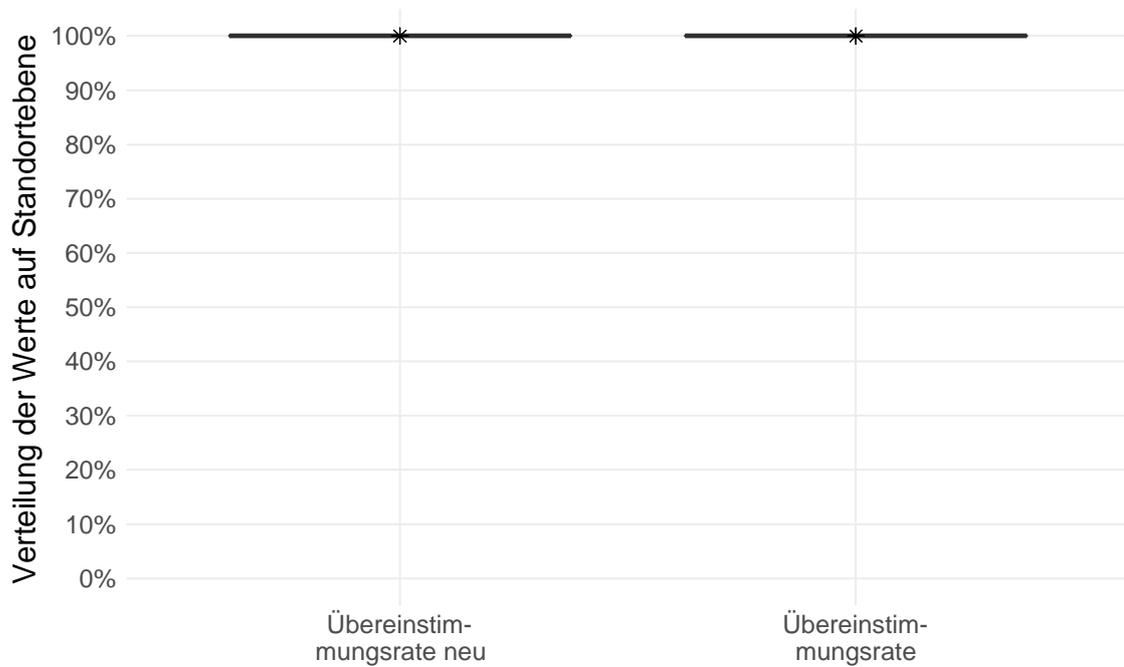


Abbildung 43: Verteilung der Übereinstimmungsrate – bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden

1.2.22 Datenfeld 68: Periprothetische Fraktur

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	39 92,9%	1 2,4%	0 0,0%	40 95,2%
	1	0 0,0%	1 2,4%	0 0,0%	1 2,4%
	nicht in QS-Dokumentation	1 2,4%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,4%
	Gesamt	40 95,2%	2 4,8%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 44: Kontingenztafel – periprothetische Fraktur

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7,4 %	2 / 27	7,4 %	2 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	92,6 %	25 / 27	92,6 %	25 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	95,2 %	40 / 42	95,2 %	40 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4,8 %	2 / 42	4,8 %	2 / 42
Sensitivität	50,0 %	1 / 2	50,0 %	1 / 2
Spezifität	97,5 %	39 / 40	97,5 %	39 / 40
Positiv prädiktiver Wert	100 %	1 / 1	100 %	1 / 1
Negativ prädiktiver Wert	97,5 %	39 / 40	97,5 %	39 / 40

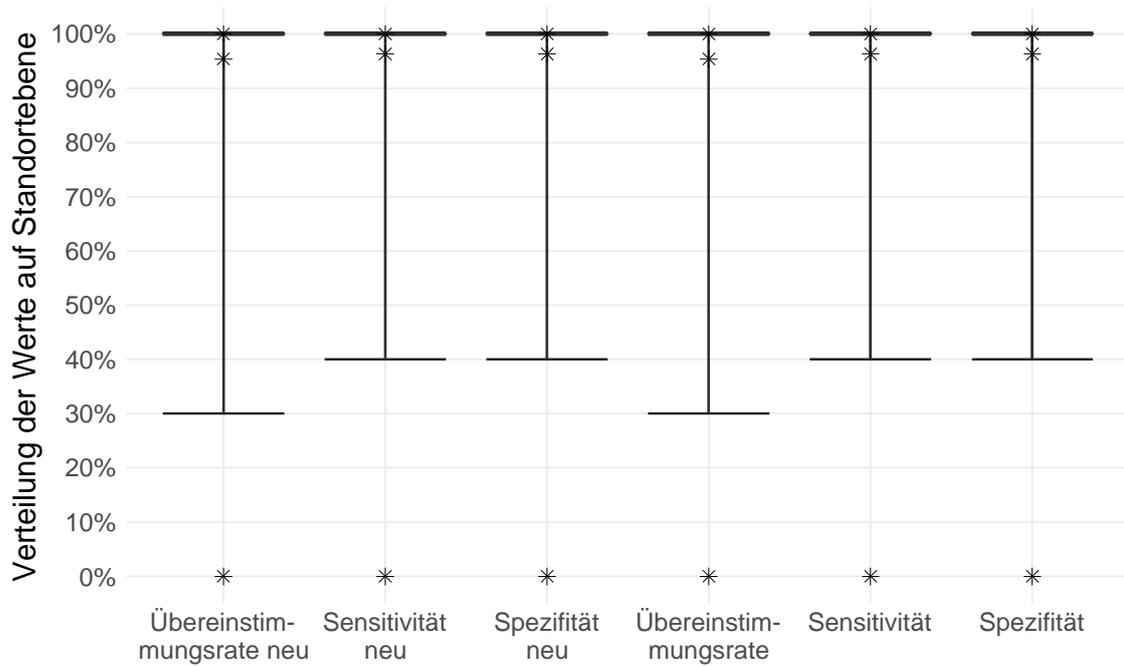


Abbildung 45: Verteilung der Übereinstimmungsraten – periprothetische Fraktur

**1.2.23 Datenfeld 69: Postoperative Wundinfektion (nach CDC-Definition)**

		Angaben in Patientenakte					
		0	1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	39 92,9%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	39 92,9%
	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%	2 4,8%	0 0,0%	0 0,0%	2 4,8%
	3	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,4%	0 0,0%	1 2,4%
	Gesamt	39 92,9%	0 0,0%	2 4,8%	1 2,4%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 46: Kontingenztafel – postoperative Wundinfektion (nach CDC-Definition)

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42

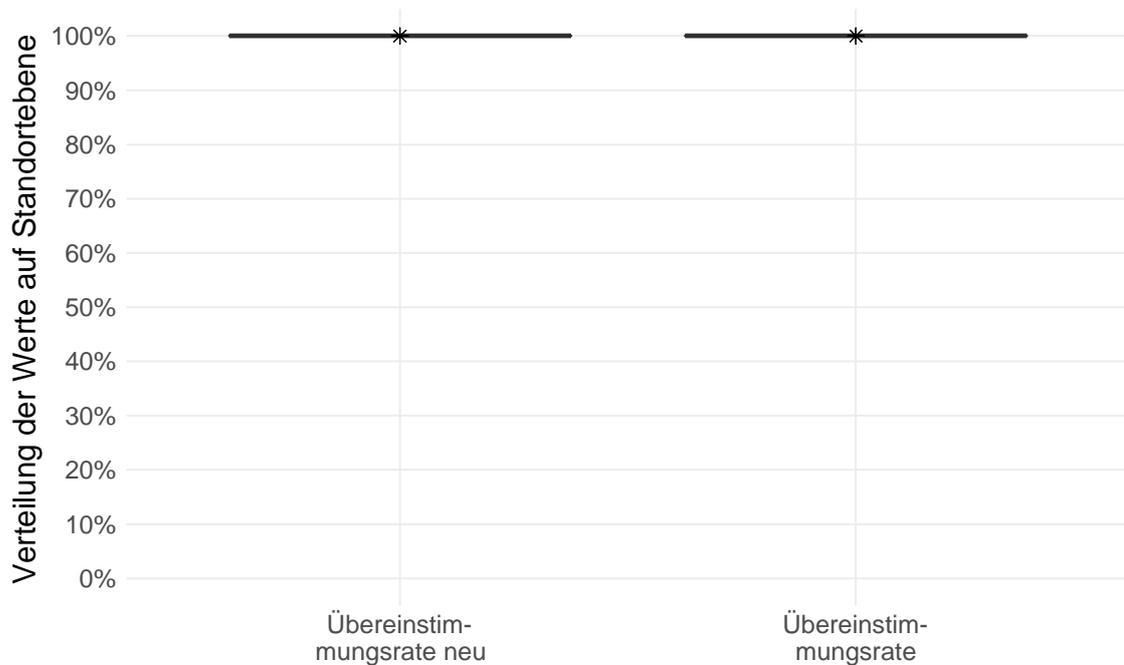


Abbildung 47: Verteilung der Übereinstimmungsrate – postoperative Wundinfektion (nach CDC-Definition)

**1.2.24 Datenfeld 70: Reoperationspflichtige Wunddehiszenz**

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	40 95,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	40 95,2 %
	1	1 2,4 %	1 2,4 %	0 0,0 %	2 4,8 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	<b>Gesamt</b>	41 97,6 %	1 2,4 %	0 0,0 %	42 100,0 %

Abbildung 48: Kontingenztafel – reoperationspflichtige Wunddehiszenz

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3,7 %	1 / 27	3,7 %	1 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	96,3 %	26 / 27	96,3 %	26 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,6 %	41 / 42	97,6 %	41 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,4 %	1 / 42	2,4 %	1 / 42
Sensitivität	100 %	1 / 1	100 %	1 / 1
Spezifität	97,6 %	40 / 41	97,6 %	40 / 41
Positiv prädiktiver Wert	50,0 %	1 / 2	50,0 %	1 / 2
Negativ prädiktiver Wert	100 %	40 / 40	100 %	40 / 40

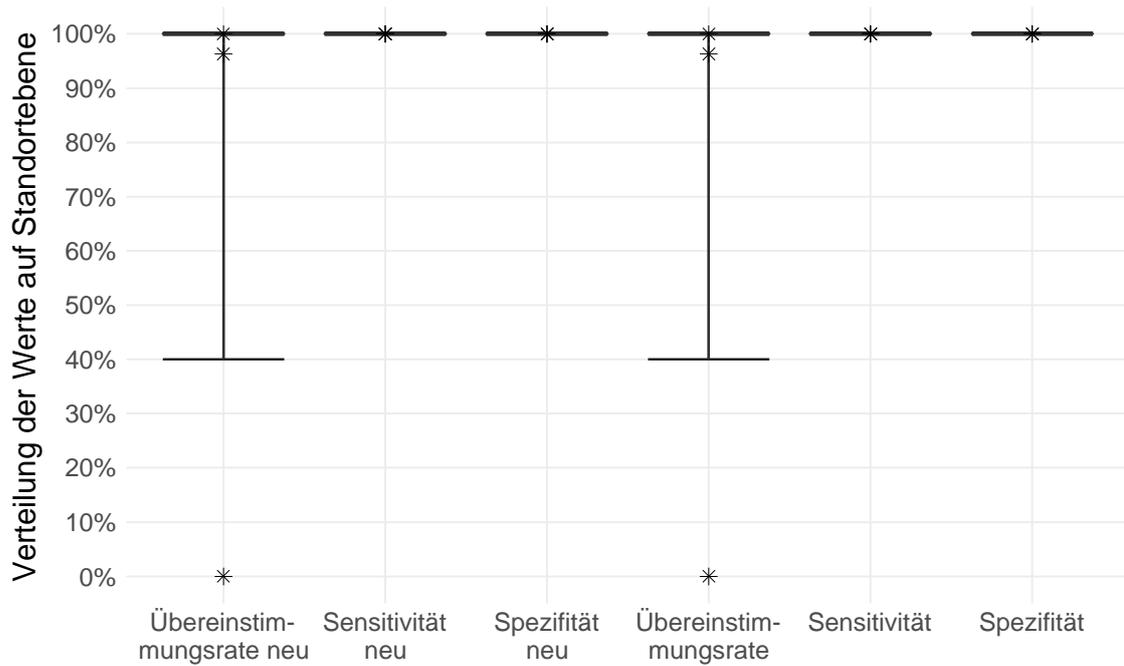


Abbildung 49: Verteilung der Übereinstimmungsraten – reoperationspflichtige Wunddehiszenz

**1.2.25 Datenfeld 71: Reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	40 95,2 %	1 2,4 %	0 0,0 %	41 97,6 %
	1	0 0,0 %	1 2,4 %	0 0,0 %	1 2,4 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	40 95,2 %	2 4,8 %	0 0,0 %	42 100,0 %

Abbildung 50: Kontingenztafel – reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3,7 %	1 / 27	3,7 %	1 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	96,3 %	26 / 27	96,3 %	26 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,6 %	41 / 42	97,6 %	41 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,4 %	1 / 42	2,4 %	1 / 42
Sensitivität	50,0 %	1 / 2	50,0 %	1 / 2
Spezifität	100 %	40 / 40	100 %	40 / 40
Positiv prädiktiver Wert	100 %	1 / 1	100 %	1 / 1
Negativ prädiktiver Wert	97,6 %	40 / 41	97,6 %	40 / 41

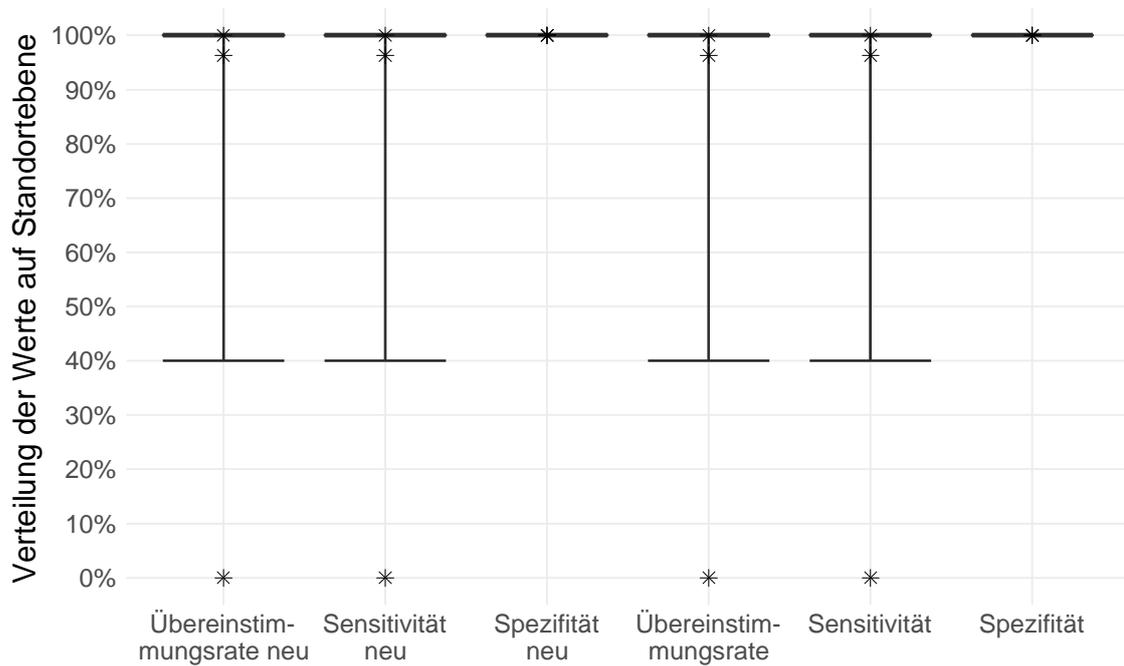


Abbildung 51: Verteilung der Übereinstimmungsraten – reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder

**1.2.26 Datenfeld 72: Postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	41 97,6%	0 0,0%	0 0,0%	41 97,6%
	1	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	nicht in QS-Dokumentation	1 2,4%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,4%
	Gesamt	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 52: Kontingenztafel – postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	3,7 %	1 / 27	3,7 %	1 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	96,3 %	26 / 27	96,3 %	26 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,6 %	41 / 42	97,6 %	41 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,4 %	1 / 42	2,4 %	1 / 42
Sensitivität	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Spezifität	97,6 %	41 / 42	97,6 %	41 / 42
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	41 / 41	100 %	41 / 41

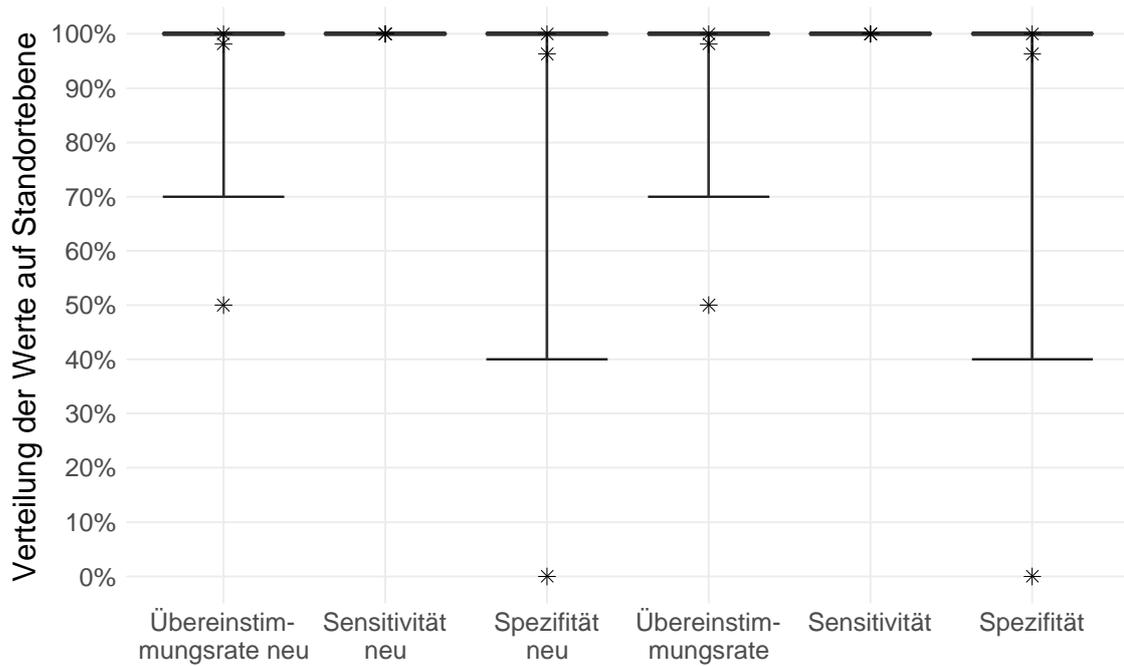


Abbildung 53: Verteilung der Übereinstimmungsraten – postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes

1.2.27 Datenfeld 73: Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%
	1	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%
	Gesamt	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 54: Kontingenztafel – Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Sensitivität	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Spezifität	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42

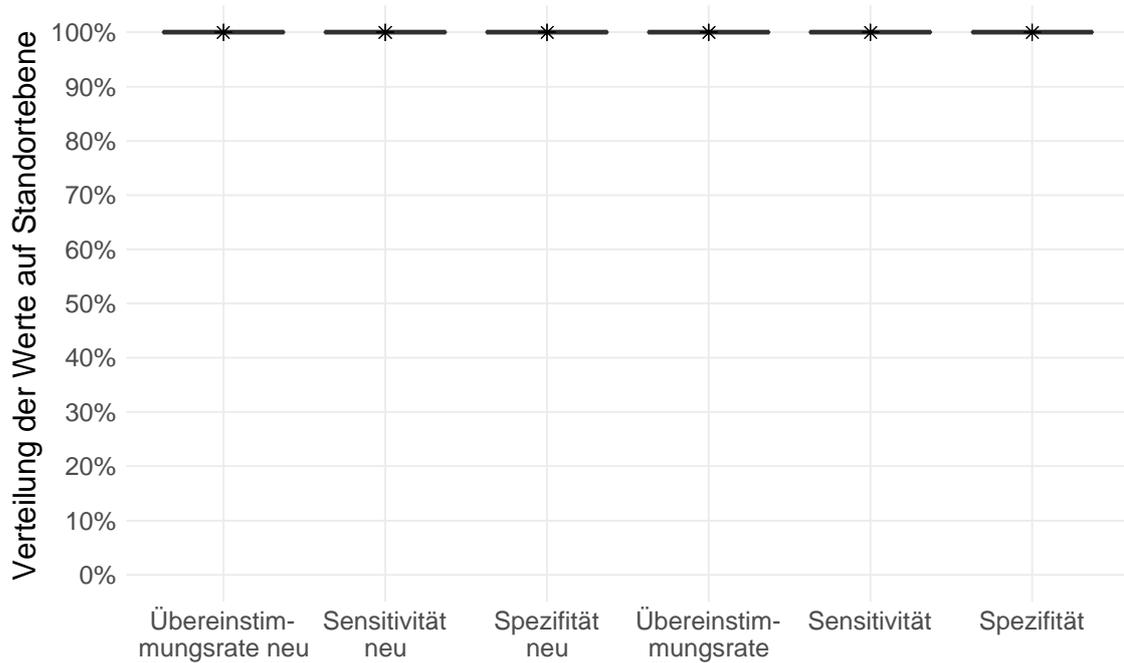


Abbildung 55: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae

1.2.28 Datenfeld 74: Fraktur der Patella

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%
	1	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%
	Gesamt	42 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 56: Kontingenztafel – Fraktur der Patella

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 27	0 %	0 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	27 / 27	100 %	27 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Sensitivität	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Spezifität	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	42 / 42	100 %	42 / 42

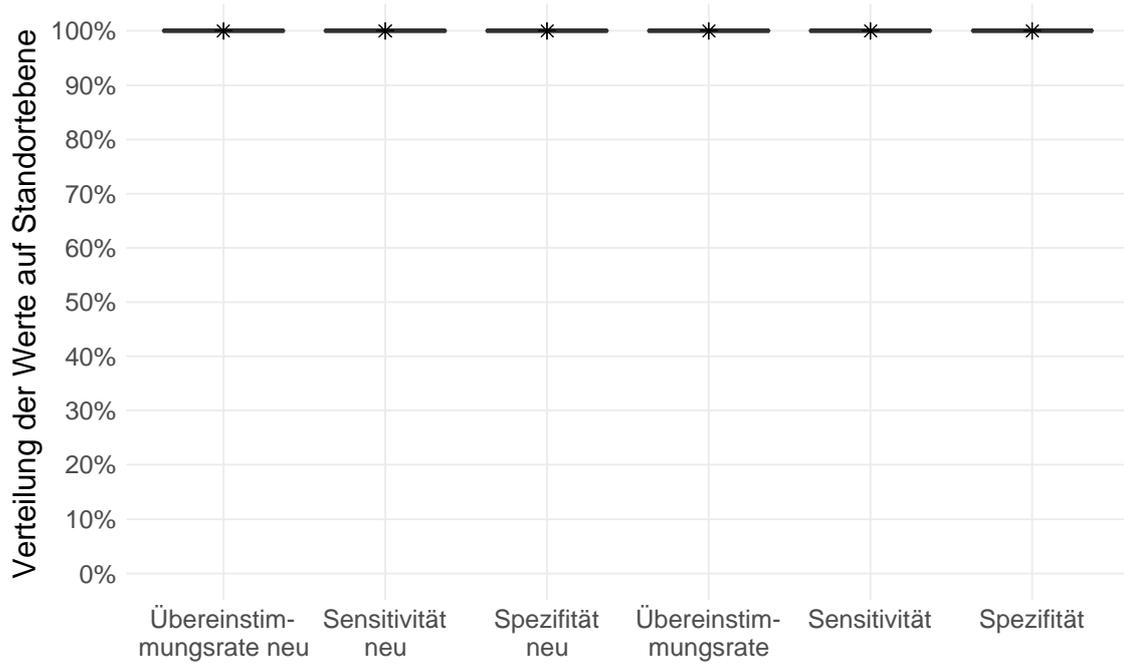


Abbildung 57: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Fraktur Patella

**1.2.29 Datenfeld 75: Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	23 54,8 %	11 26,2 %	0 0,0 %	34 81,0 %
	1	0 0,0 %	7 16,7 %	0 0,0 %	7 16,7 %
	nicht in QS-Dokumentation	1 2,4 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 2,4 %
	Gesamt	24 57,1 %	18 42,9 %	0 0,0 %	42 100,0 %

Abbildung 58: Kontingenztafel – sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	33,3 %	9 / 27	33,3 %	9 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	66,7 %	18 / 27	66,7 %	18 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	71,4 %	30 / 42	71,4 %	30 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	28,6 %	12 / 42	28,6 %	12 / 42
Sensitivität	38,9 %	7 / 18	38,9 %	7 / 18
Spezifität	95,8 %	23 / 24	95,8 %	23 / 24
Positiv prädiktiver Wert	100 %	7 / 7	100 %	7 / 7
Negativ prädiktiver Wert	67,6 %	23 / 34	67,6 %	23 / 34

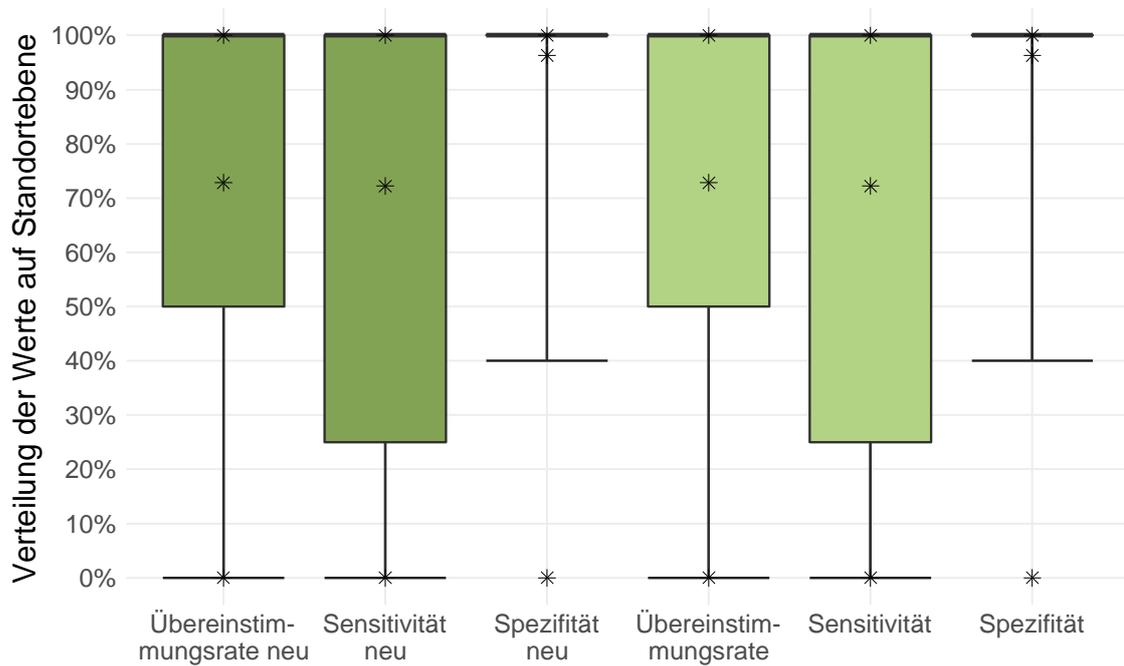


Abbildung 59: Verteilung der Übereinstimmungsraten – sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen

**1.2.30 Datenfeld 76: Ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen**

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	28 66,7%	4 9,5%	0 0,0%	32 76,2%
	1	0 0,0%	9 21,4%	0 0,0%	9 21,4%
	nicht in QS-Dokumentation	1 2,4%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,4%
	Gesamt	29 69,0%	13 31,0%	0 0,0%	42 100,0%

Abbildung 60: Kontingenztafel – ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	42	100 %	42
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 42	0 %	0 / 42
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	14,8 %	4 / 27	14,8 %	4 / 27
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	85,2 %	23 / 27	85,2 %	23 / 27
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	88,1 %	37 / 42	88,1 %	37 / 42
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11,9 %	5 / 42	11,9 %	5 / 42
Sensitivität	69,2 %	9 / 13	69,2 %	9 / 13
Spezifität	96,6 %	28 / 29	96,6 %	28 / 29
Positiv prädiktiver Wert	100 %	9 / 9	100 %	9 / 9
Negativ prädiktiver Wert	87,5 %	28 / 32	87,5 %	28 / 32

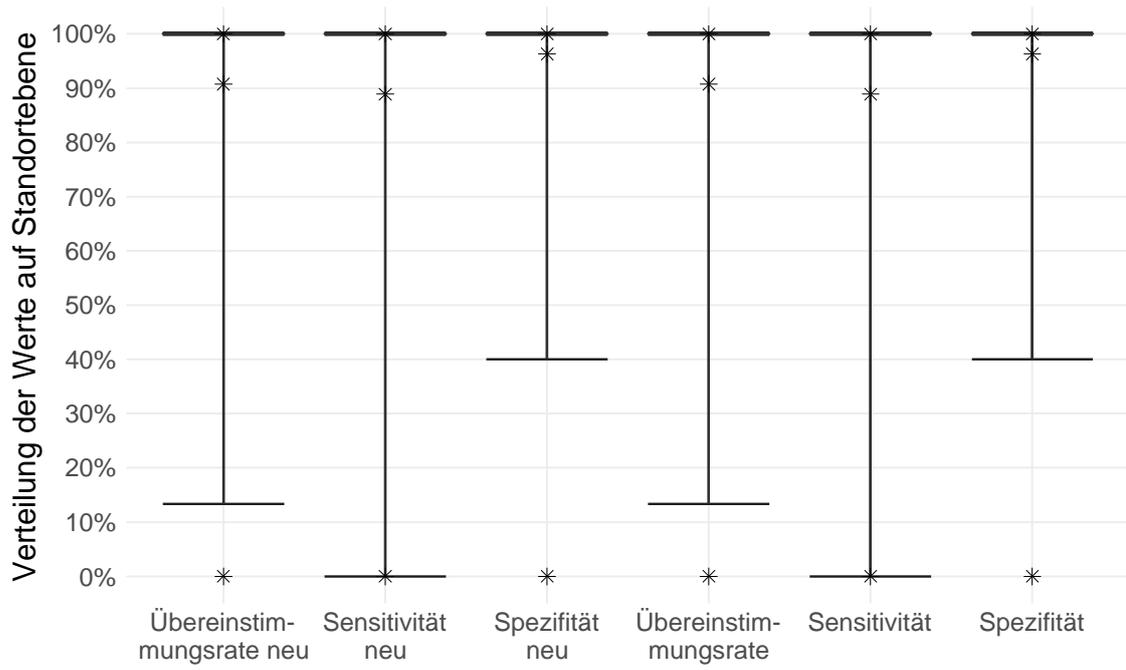


Abbildung 61: Verteilung der Übereinstimmungsrate – ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen

**1.2.31 Datenfeld 78: Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? (Intra- und postoperativ)**

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1126 92,0 %	38 3,1 %	0 0,0 %	1164 95,1 %
	1	22 1,8 %	38 3,1 %	0 0,0 %	60 4,9 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	<b>Gesamt</b>	1148 93,8 %	76 6,2 %	0 0,0 %	1224 100,0 %

Abbildung 62: Kontingenztafel – Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? (Intra- und postoperativ)

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	45,2 %	28 / 62	45,2 %	28 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	54,8 %	34 / 62	54,8 %	34 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	95,1 %	1164 / 1224	95,1 %	1164 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4,9 %	60 / 1224	4,9 %	60 / 1224
Sensitivität	50,0 %	38 / 76	50,0 %	38 / 76
Spezifität	98,1 %	1126 / 1148	98,1 %	1126 / 1148

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Positiv prädiktiver Wert	63,3 %	38 / 60	63,3 %	38 / 60
Negativ prädiktiver Wert	96,7 %	1126 / 1164	96,7 %	1126 / 1164

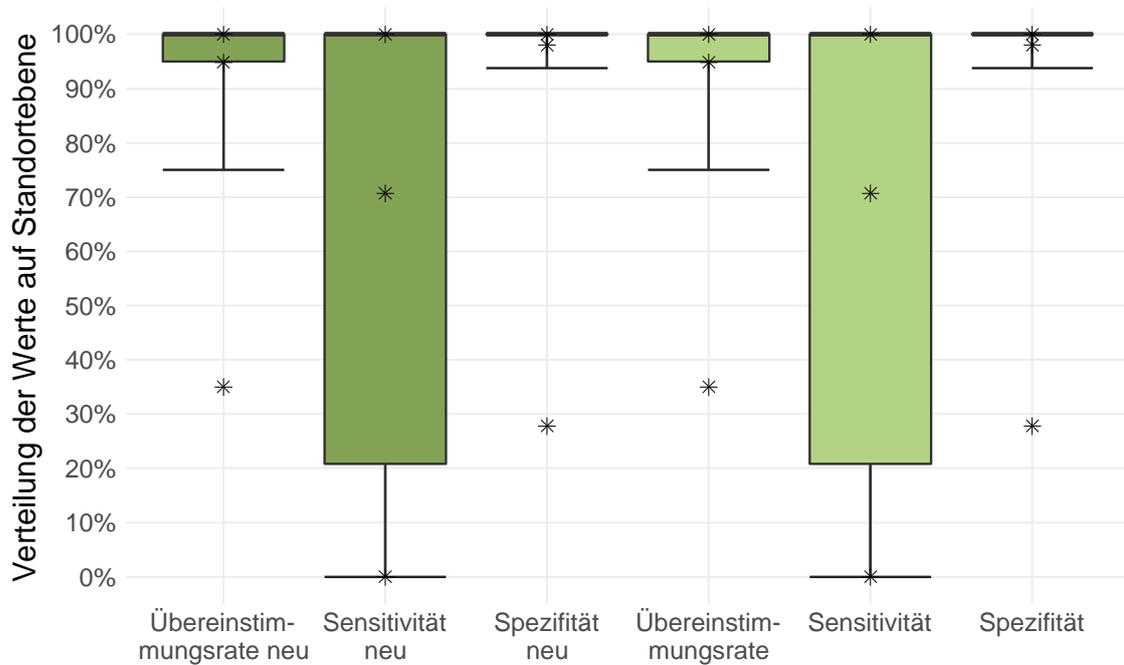


Abbildung 63: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? (Intra- und postoperativ)

1.2.32 Datenfeld 79: Pneumonie

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	66 86,8 %	6 7,9 %	0 0,0 %	72 94,7 %
	1	1 1,3 %	2 2,6 %	0 0,0 %	3 3,9 %
	nicht in QS-Dokumentation	1 1,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,3 %
	<b>Gesamt</b>	68 89,5 %	8 10,5 %	0 0,0 %	76 100,0 %

Abbildung 64: Kontingenztafel – Pneumonie

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	76	100 %	76
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	17,9 %	7 / 39	17,9 %	7 / 39
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	82,1 %	32 / 39	82,1 %	32 / 39
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	89,5 %	68 / 76	89,5 %	68 / 76
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	10,5 %	8 / 76	10,5 %	8 / 76
Sensitivität	25,0 %	2 / 8	25,0 %	2 / 8
Spezifität	97,1 %	66 / 68	97,1 %	66 / 68
Positiv prädiktiver Wert	66,7 %	2 / 3	66,7 %	2 / 3
Negativ prädiktiver Wert	91,7 %	66 / 72	91,7 %	66 / 72

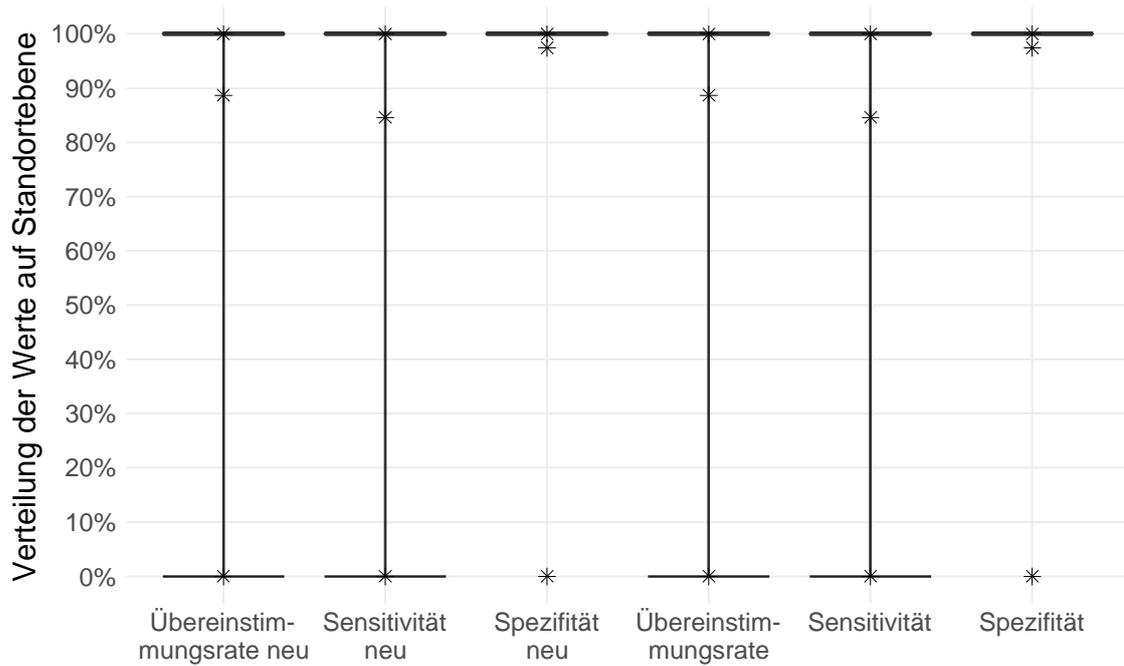


Abbildung 65: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Pneumonie

**1.2.33 Datenfeld 80: Behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	57 75,0%	9 11,8%	0 0,0%	66 86,8%
	1	0 0,0%	9 11,8%	0 0,0%	9 11,8%
	nicht in QS-Dokumentation	1 1,3%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,3%
	Gesamt	58 76,3%	18 23,7%	0 0,0%	76 100,0%

Abbildung 66: Kontingenztafel – behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	76	100 %	76
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	17,9 %	7 / 39	17,9 %	7 / 39
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	82,1 %	32 / 39	82,1 %	32 / 39
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	86,8 %	66 / 76	86,8 %	66 / 76
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	13,2 %	10 / 76	13,2 %	10 / 76
Sensitivität	50,0 %	9 / 18	50,0 %	9 / 18
Spezifität	98,3 %	57 / 58	98,3 %	57 / 58
Positiv prädiktiver Wert	100 %	9 / 9	100 %	9 / 9
Negativ prädiktiver Wert	86,4 %	57 / 66	86,4 %	57 / 66

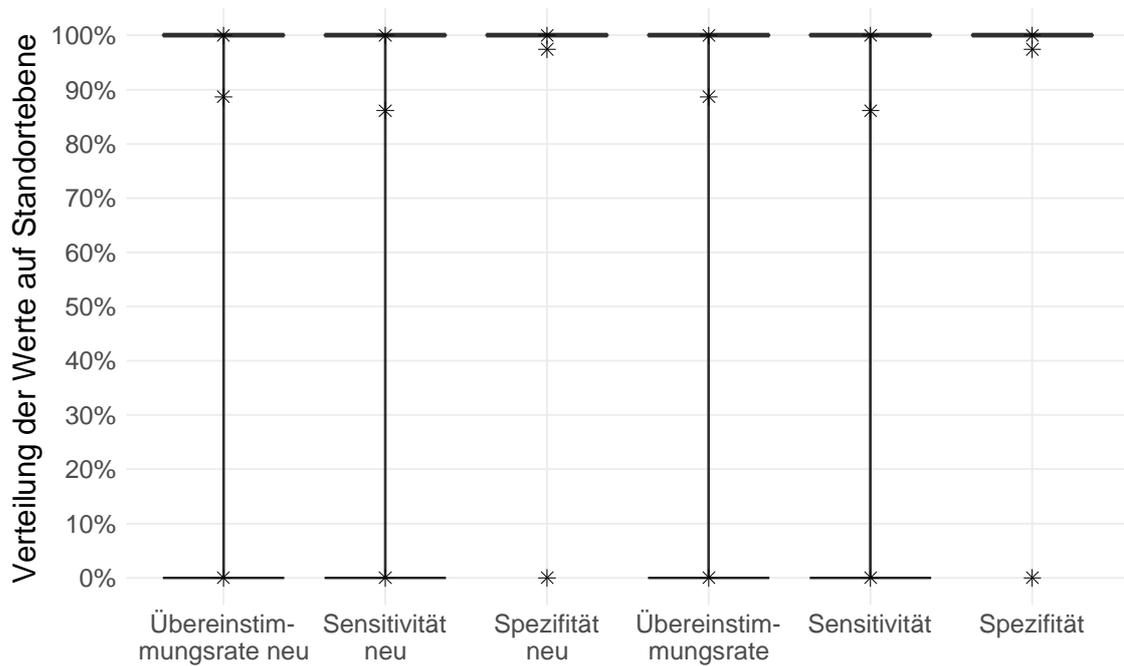


Abbildung 67: Verteilung der Übereinstimmungsraten – behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen

**1.2.34 Datenfeld 81: Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose**

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	69 90,8%	5 6,6%	0 0,0%	74 97,4%
	1	0 0,0%	2 2,6%	0 0,0%	2 2,6%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	69 90,8%	7 9,2%	0 0,0%	76 100,0%

Abbildung 68: Kontingenztafel – tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	76	100 %	76
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10,3 %	4 / 39	10,3 %	4 / 39
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	89,7 %	35 / 39	89,7 %	35 / 39
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	93,4 %	71 / 76	93,4 %	71 / 76
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6,6 %	5 / 76	6,6 %	5 / 76
Sensitivität	28,6 %	2 / 7	28,6 %	2 / 7
Spezifität	100 %	69 / 69	100 %	69 / 69
Positiv prädiktiver Wert	100 %	2 / 2	100 %	2 / 2
Negativ prädiktiver Wert	93,2 %	69 / 74	93,2 %	69 / 74

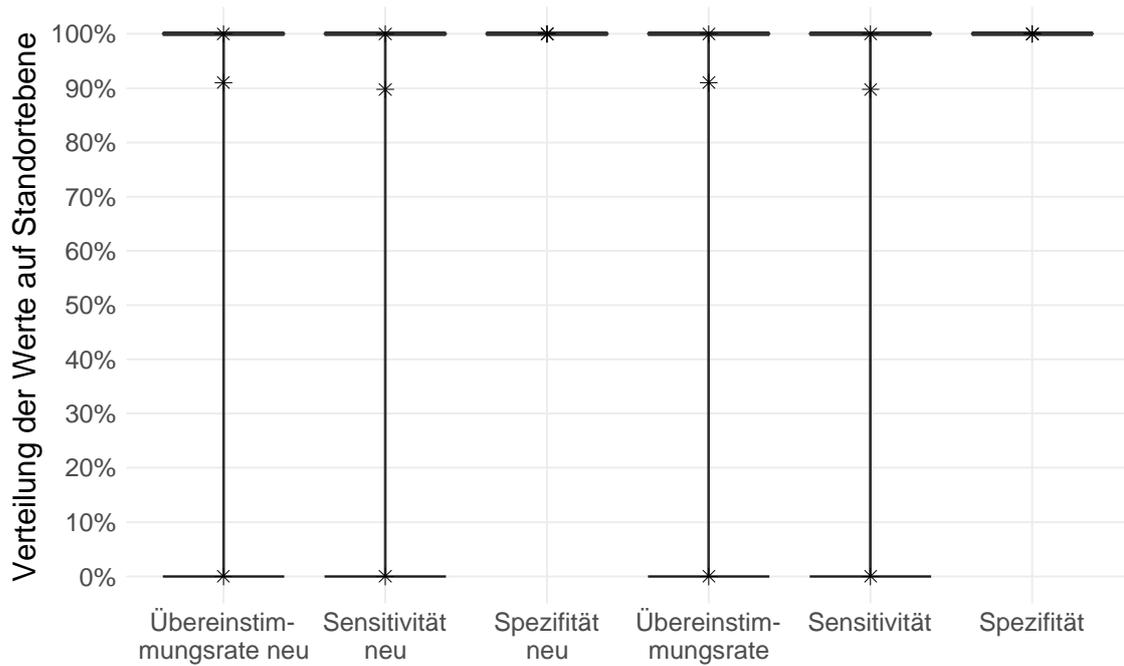


Abbildung 69: Verteilung der Übereinstimmungsraten – tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose

1.2.35 Datenfeld 82: Lungenembolie

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	71 93,4 %	2 2,6 %	0 0,0 %	73 96,1 %
	1	0 0,0 %	3 3,9 %	0 0,0 %	3 3,9 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	71 93,4 %	5 6,6 %	0 0,0 %	76 100,0 %

Abbildung 70: Kontingenztafel – Lungenembolie

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	76	100 %	76
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	5,1 %	2 / 39	5,1 %	2 / 39
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	94,9 %	37 / 39	94,9 %	37 / 39
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,4 %	74 / 76	97,4 %	74 / 76
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,6 %	2 / 76	2,6 %	2 / 76
Sensitivität	60,0 %	3 / 5	60,0 %	3 / 5
Spezifität	100 %	71 / 71	100 %	71 / 71
Positiv prädiktiver Wert	100 %	3 / 3	100 %	3 / 3
Negativ prädiktiver Wert	97,3 %	71 / 73	97,3 %	71 / 73

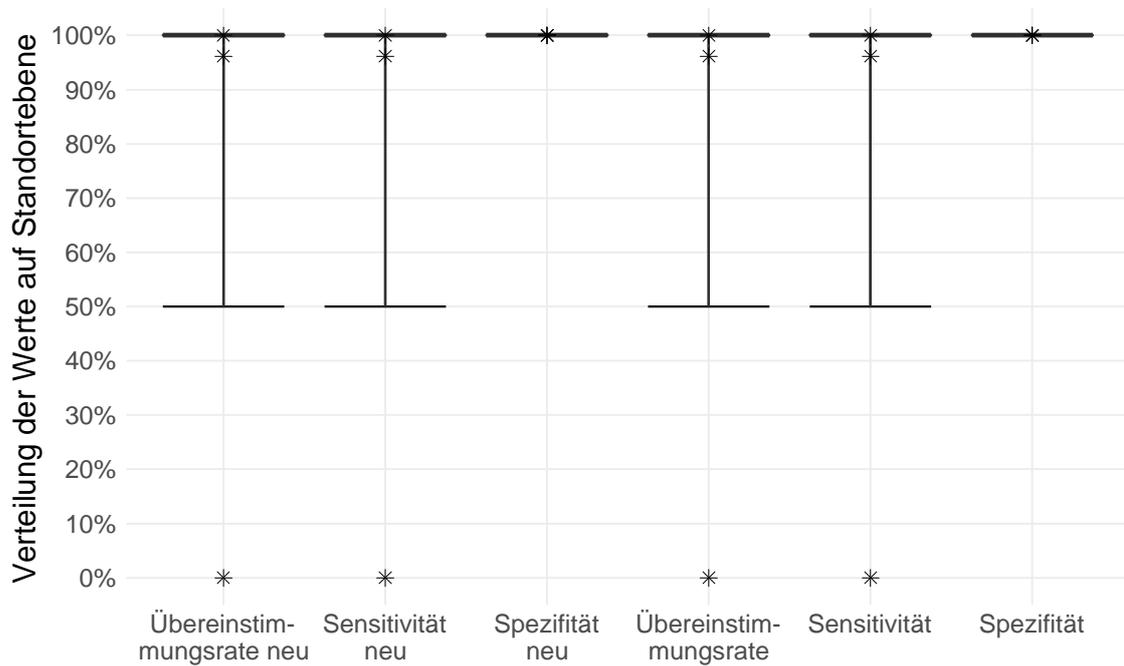


Abbildung 71: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Lungenembolie

**1.2.36 Datenfeld 83: Postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion**

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	67 88,2 %	5 6,6 %	0 0,0 %	72 94,7 %
	1	0 0,0 %	3 3,9 %	0 0,0 %	3 3,9 %
	nicht in QS-Dokumentation	1 1,3 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,3 %
	<b>Gesamt</b>	68 89,5 %	8 10,5 %	0 0,0 %	76 100,0 %

Abbildung 72: Kontingenztafel – postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	76	100 %	76
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	10,3 %	4 / 39	10,3 %	4 / 39
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	89,7 %	35 / 39	89,7 %	35 / 39
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	92,1 %	70 / 76	92,1 %	70 / 76
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	7,9 %	6 / 76	7,9 %	6 / 76
Sensitivität	37,5 %	3 / 8	37,5 %	3 / 8
Spezifität	98,5 %	67 / 68	98,5 %	67 / 68
Positiv prädiktiver Wert	100 %	3 / 3	100 %	3 / 3
Negativ prädiktiver Wert	93,1 %	67 / 72	93,1 %	67 / 72

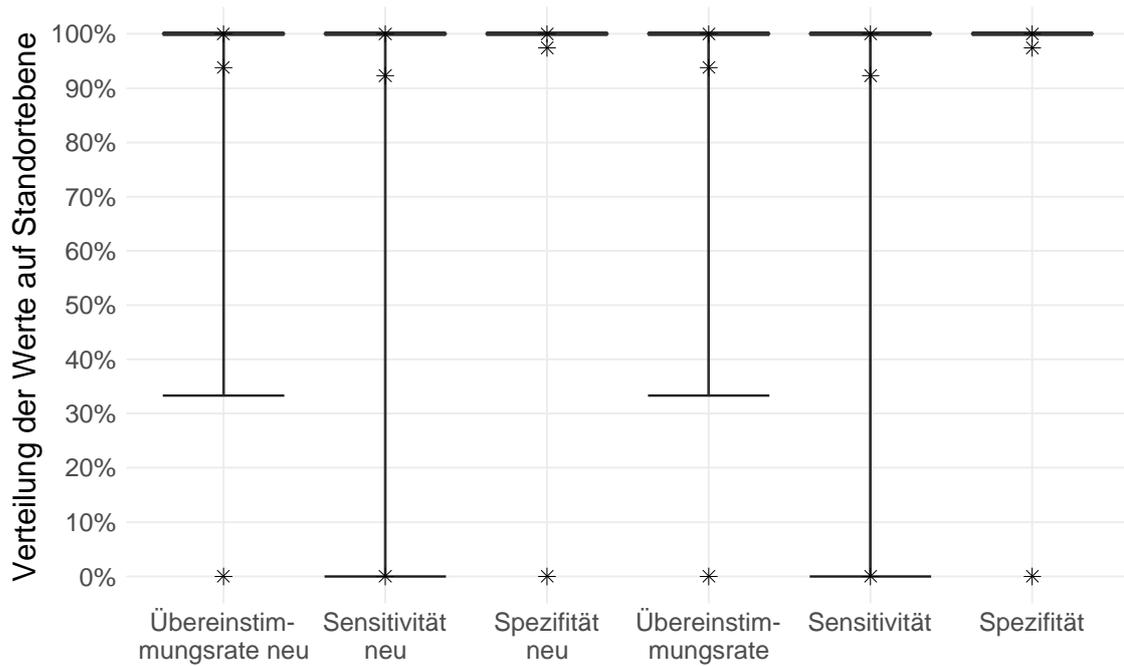


Abbildung 73: Verteilung der Übereinstimmungsraten – postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion

1.2.37 Datenfeld 84: Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	30 39,5%	24 31,6%	0 0,0%	54 71,1%
	1	1 1,3%	19 25,0%	0 0,0%	20 26,3%
	nicht in QS-Dokumentation	2 2,6%	0 0,0%	0 0,0%	2 2,6%
	Gesamt	33 43,4%	43 56,6%	0 0,0%	76 100,0%

Abbildung 74: Kontingenztafel – sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	76	100 %	76
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	38,5 %	15 / 39	38,5 %	15 / 39
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	61,5 %	24 / 39	61,5 %	24 / 39
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	38,5 %	15 / 39	38,5 %	15 / 39
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	61,5 %	24 / 39	61,5 %	24 / 39
Sensitivität	44,2 %	19 / 43	44,2 %	19 / 43
Spezifität	90,9 %	30 / 33	90,9 %	30 / 33
Positiv prädiktiver Wert	95,0 %	19 / 20	95,0 %	19 / 20
Negativ prädiktiver Wert	55,6 %	30 / 54	55,6 %	30 / 54

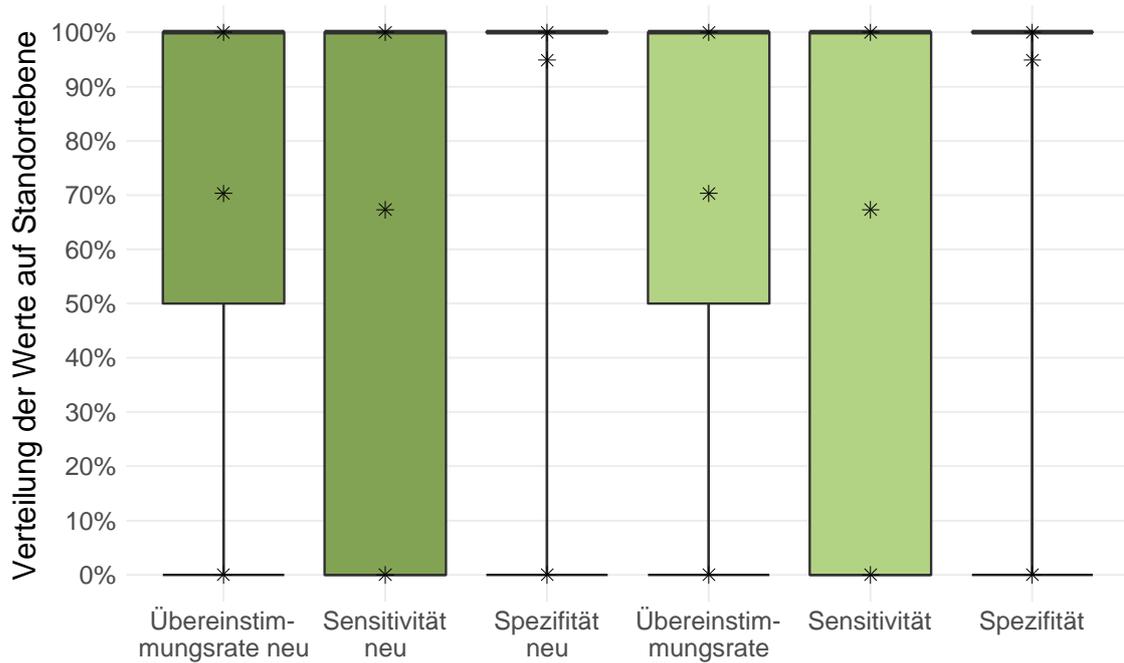


Abbildung 75: Verteilung der Übereinstimmungsraten – sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

**1.2.38 Datenfeld 85: Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt**

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	11 0,9%	25 2,0%	1 0,1%	37 3,0%
	1	13 1,1%	1147 93,7%	27 2,2%	1187 97,0%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Gesamt</b>	24 2,0%	1172 95,8%	28 2,3%	1224 100,0%

Abbildung 76: Kontingenztafel – Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	2,3 %	28 / 1224	2,3 %	28 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	32,3 %	20 / 62	32,3 %	20 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	67,7 %	42 / 62	67,7 %	42 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	96,8 %	1158 / 1196	94,6 %	1158 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3,2 %	38 / 1196	3,1 %	38 / 1224
Sensitivität	97,9 %	1147 / 1172	97,9 %	1147 / 1172
Spezifität	45,8 %	11 / 24	45,8 %	11 / 24

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Positiv prädiktiver Wert	98,9 %	1147 / 1160	96,6 %	1147 / 1187
Negativ prädiktiver Wert	30,6 %	11 / 36	29,7 %	11 / 37

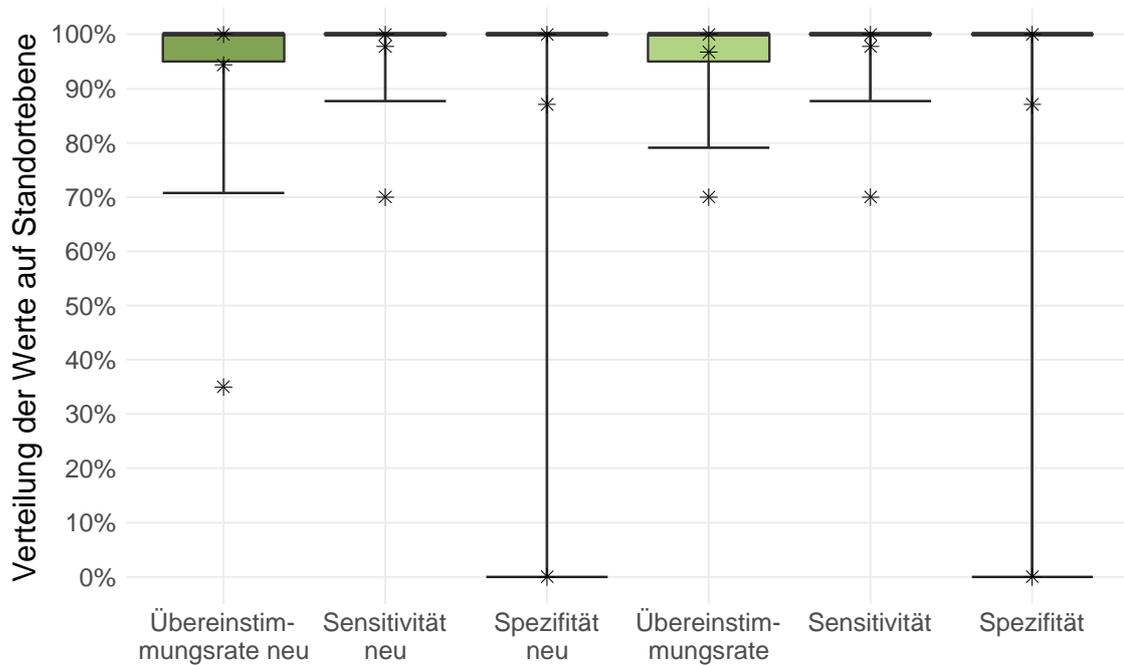


Abbildung 77: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt

1.2.39 Datenfeld 87: Extension/Flexion 2 bei Entlassung

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	27 2,3 %	33 2,8 %	1 0,1 %	61 5,1 %
	1	30 2,5 %	1050 87,6 %	58 4,8 %	1138 94,9 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	<b>Gesamt</b>	57 4,8 %	1083 90,3 %	59 4,9 %	1199 100,0 %

Abbildung 78: Kontingenztafel – Extension/Flexion 2 bei Entlassung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1199	100 %	1199
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	4,9 %	59 / 1199	4,9 %	59 / 1199
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	50,0 %	31 / 62	50,0 %	31 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	50,0 %	31 / 62	50,0 %	31 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	94,5 %	1077 / 1140	89,8 %	1077 / 1199
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5,5 %	63 / 1140	5,3 %	63 / 1199
Sensitivität	97,0 %	1050 / 1083	97,0 %	1050 / 1083
Spezifität	47,4 %	27 / 57	47,4 %	27 / 57

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Positiv prädiktiver Wert	97,2 %	1050 / 1080	92,3 %	1050 / 1138
Negativ prädiktiver Wert	45,0 %	27 / 60	44,3 %	27 / 61

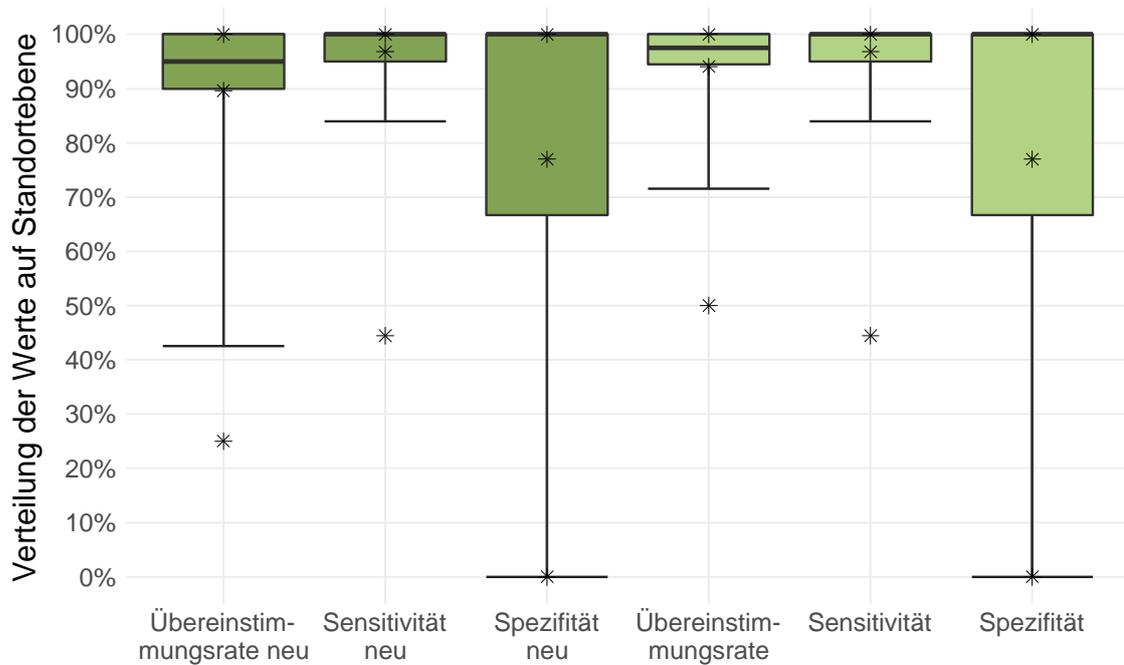


Abbildung 79: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Extension/Flexion 2 bei Entlassung

1.2.40 Datenfeld 88: Extension/Flexion 3 bei Entlassung

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	111 9,3 %	191 15,9 %	18 1,5 %	320 26,7 %
	1	83 6,9 %	772 64,4 %	24 2,0 %	879 73,3 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	194 16,2 %	963 80,3 %	42 3,5 %	1199 100,0 %

Abbildung 80: Kontingenztafel – Extension/Flexion 3 bei Entlassung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1199	100 %	1199
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	3,5 %	42 / 1199	3,5 %	42 / 1199
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	90,3 %	56 / 62	90,3 %	56 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	9,7 %	6 / 62	9,7 %	6 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	76,3 %	883 / 1157	73,6 %	883 / 1199
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	23,7 %	274 / 1157	22,9 %	274 / 1199
Sensitivität	80,2 %	772 / 963	80,2 %	772 / 963
Spezifität	57,2 %	111 / 194	57,2 %	111 / 194
Positiv prädiktiver Wert	90,3 %	772 / 855	87,8 %	772 / 879
Negativ prädiktiver Wert	36,8 %	111 / 302	34,7 %	111 / 320

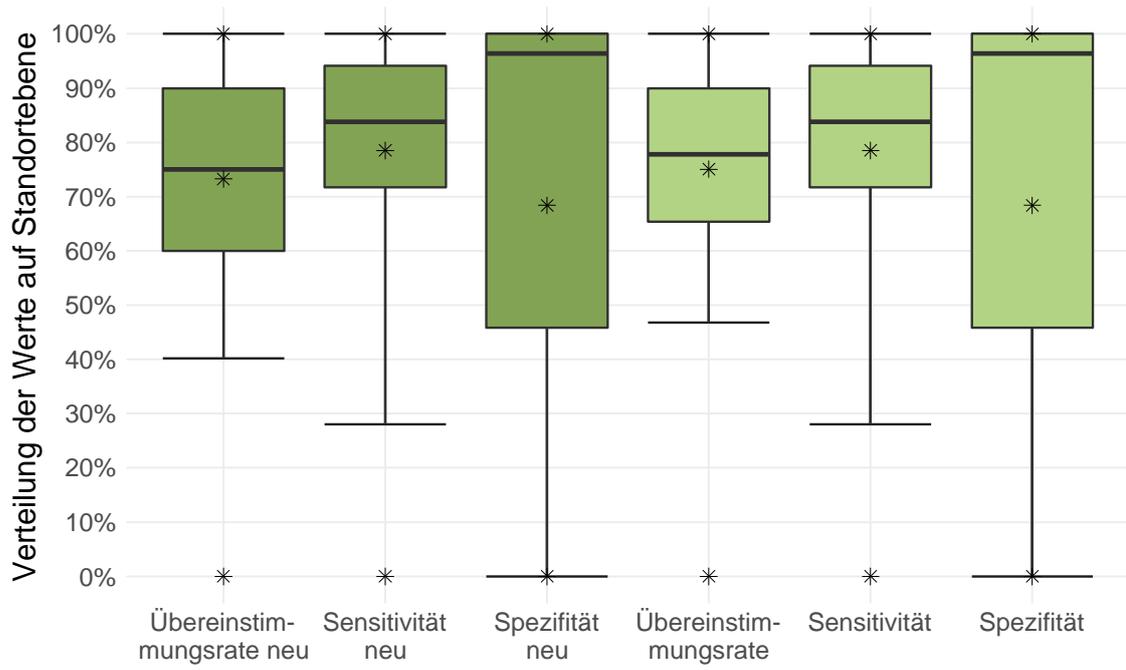


Abbildung 81: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Extension/Flexion 3 bei Entlassung

**1.2.41 Datenfeld 89: Gehstrecke bei Entlassung**

		Angaben in Patientenakte						
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	4	5	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	12 1,0%	15 1,2%	10 0,8%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	37 3,0%
	2	5 0,4%	309 25,4%	120 9,9%	1 0,1%	1 0,1%	27 2,2%	463 38,0%
	3	1 0,1%	88 7,2%	557 45,7%	8 0,7%	4 0,3%	29 2,4%	687 56,4%
	4	0 0,0%	0 0,0%	8 0,7%	15 1,2%	0 0,0%	1 0,1%	24 2,0%
	5	0 0,0%	0 0,0%	2 0,2%	3 0,2%	2 0,2%	0 0,0%	7 0,6%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	<b>Gesamt</b>	18 1,5%	412 33,8%	697 57,2%	27 2,2%	7 0,6%	57 4,7%	1218 100,0%

Abbildung 82: Kontingenztabelle – Gehstrecke bei Entlassung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1218	100 %	1218
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	4,7 %	57 / 1218	4,7 %	57 / 1218
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	77,4 %	48 / 62	77,4 %	48 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	22,6 %	14 / 62	22,6 %	14 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	77,1 %	895 / 1161	73,5 %	895 / 1218
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	22,9 %	266 / 1161	21,8 %	266 / 1218

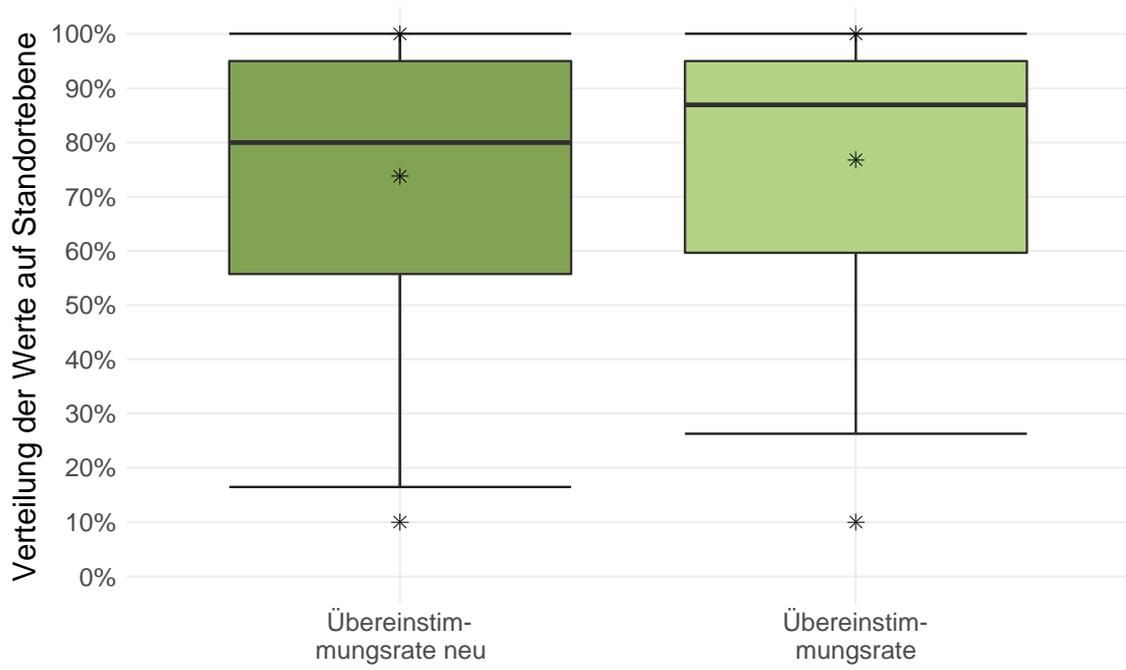


Abbildung 83: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Gehstrecke bei Entlassung

1.2.42 Datenfeld 90: Gehilfen bei Entlassung

		Angaben in Patientenakte							
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	0	0 0,0%	4 0,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 0,2%	7 0,6%
	1	4 0,3%	1065 87,4%	18 1,5%	1 0,1%	0 0,0%	0 0,0%	36 3,0%	1124 92,3%
	2	0 0,0%	17 1,4%	52 4,3%	1 0,1%	0 0,0%	0 0,0%	6 0,5%	76 6,2%
	3	0 0,0%	2 0,2%	0 0,0%	3 0,2%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	5 0,4%
	4	0 0,0%	2 0,2%	1 0,1%	1 0,1%	1 0,1%	1 0,1%	1 0,1%	6 0,5%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	4 0,3%	1090 89,5%	71 5,8%	6 0,5%	1 0,1%	1 0,1%	46 3,8%	1218 100,0%

Abbildung 84: Kontingenztabelle – Gehilfen bei Entlassung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1218	100 %	1218
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	3,8 %	46 / 1218	3,8 %	46 / 1218
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	43,5 %	27 / 62	43,5 %	27 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	56,5 %	35 / 62	56,5 %	35 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	95,6 %	1121 / 1172	92,0 %	1121 / 1218
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4,4 %	51 / 1172	4,2 %	51 / 1218

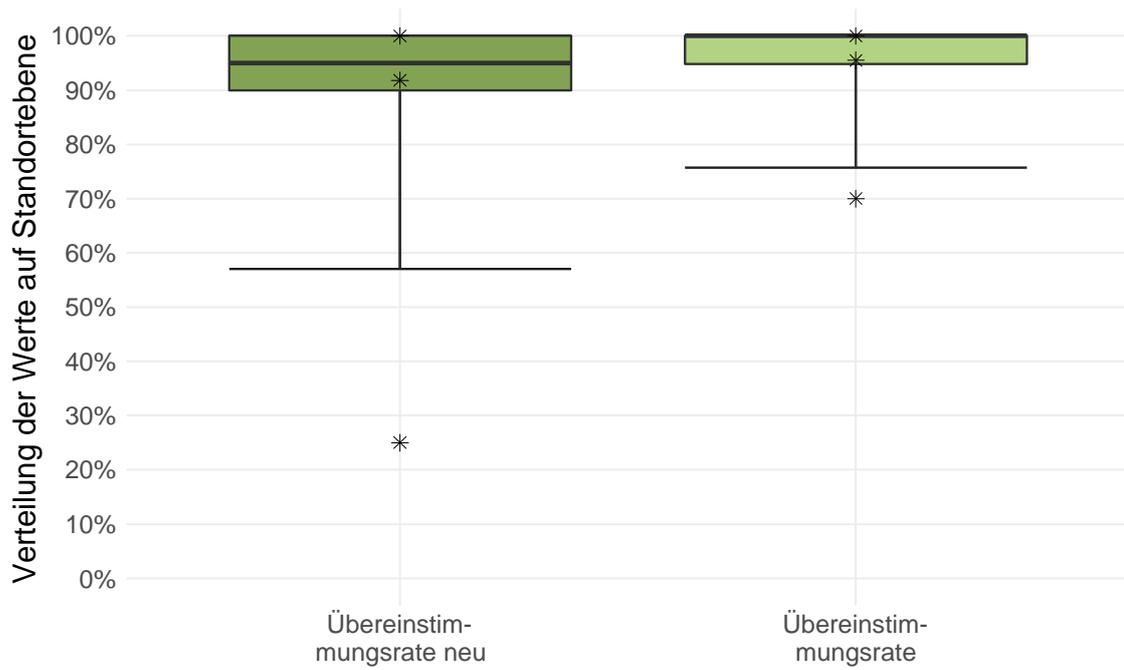


Abbildung 85: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Gehhilfen bei Entlassung

**1.2.43 Datenfeld 92: Entlassungsgrund**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	1220 99,7 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1220 99,7 %
	1	0 0,0 %	4 0,3 %	0 0,0 %	4 0,3 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1220 99,7 %	4 0,3 %	0 0,0 %	1224 100,0 %

Abbildung 86: Kontingenztafel – Entlassungsgrund

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 62	0 %	0 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	62 / 62	100 %	62 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	1224 / 1224	100 %	1224 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Sensitivität	100 %	4 / 4	100 %	4 / 4
Spezifität	100 %	1220 / 1220	100 %	1220 / 1220
Positiv prädiktiver Wert	100 %	4 / 4	100 %	4 / 4
Negativ prädiktiver Wert	100 %	1220 / 1220	100 %	1220 / 1220

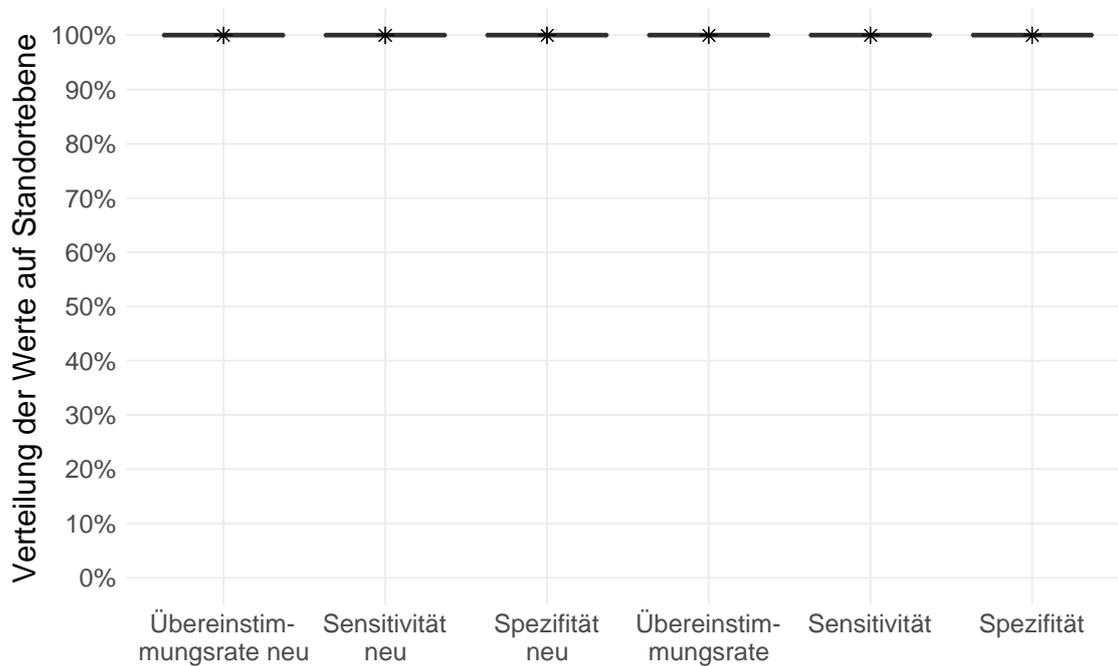


Abbildung 87: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Entlassungsgrund

**1.2.44 Datenfeld: Aufnahmequartal**

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersicht- lich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abwei- chungen	3,2 %	2 / 62	3,2 %	2 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Ab- weichungen	96,8 %	60 / 62	96,8 %	60 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS- Dokumentation	99,8 %	1222 / 1224	99,8 %	1222 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Doku- mentation	0,2 %	2 / 1224	0,2 %	2 / 1224

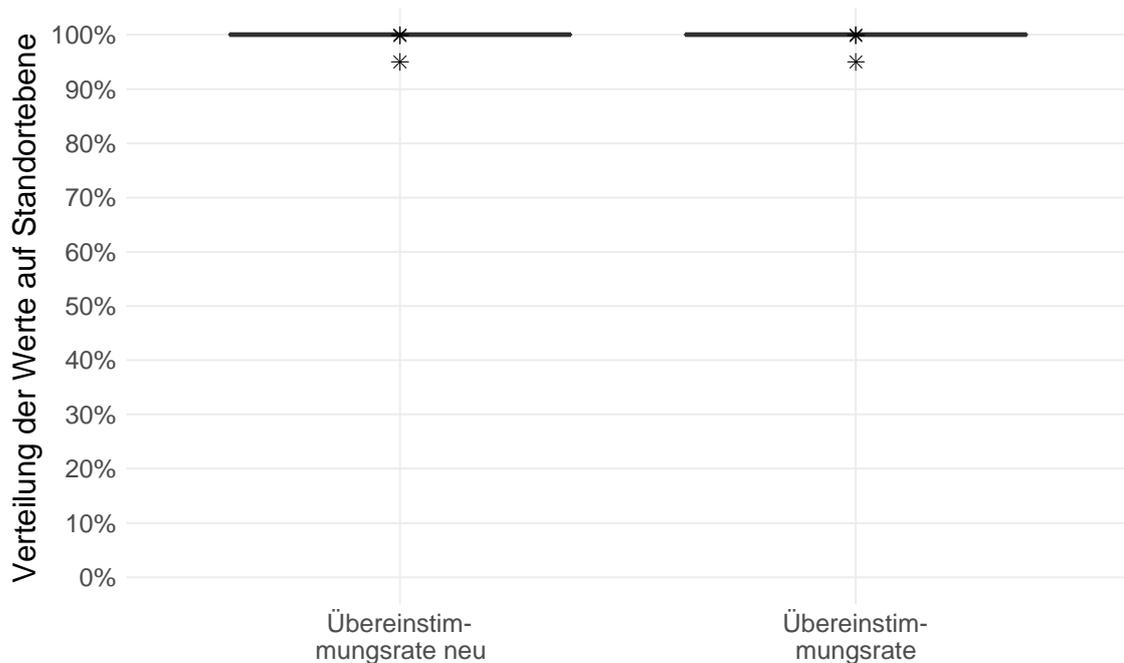


Abbildung 88: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Aufnahmequartal

**1.2.45 Datenfeld: Geburtsjahr**

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersicht- lich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abwei- chungen	4,8 %	3 / 62	4,8 %	3 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Ab- weichungen	95,2 %	59 / 62	95,2 %	59 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS- Dokumentation	99,8 %	1221 / 1224	99,8 %	1221 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Doku- mentation	0,2 %	3 / 1224	0,2 %	3 / 1224

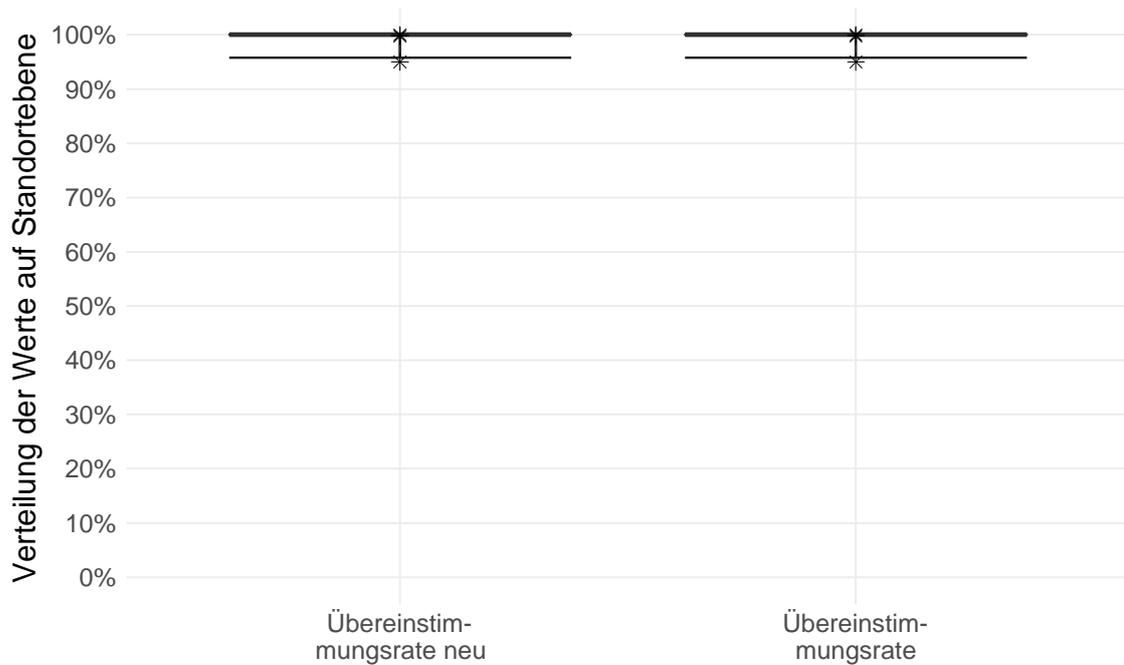


Abbildung 89: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Geburtsjahr

**1.2.46 Datenfeld: OP-Datum**

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1224	100 %	1224
Angabe nicht aus Patientenakte ersicht- lich	0 %	0 / 1224	0 %	0 / 1224
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abwei- chungen	9,7 %	6 / 62	9,7 %	6 / 62
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Ab- weichungen	90,3 %	56 / 62	90,3 %	56 / 62
Übereinstimmung Patientenakte und QS- Dokumentation	99,3 %	1215 / 1224	99,3 %	1215 / 1224
Abweichung Patientenakte und QS-Doku- mentation	0,7 %	9 / 1224	0,7 %	9 / 1224

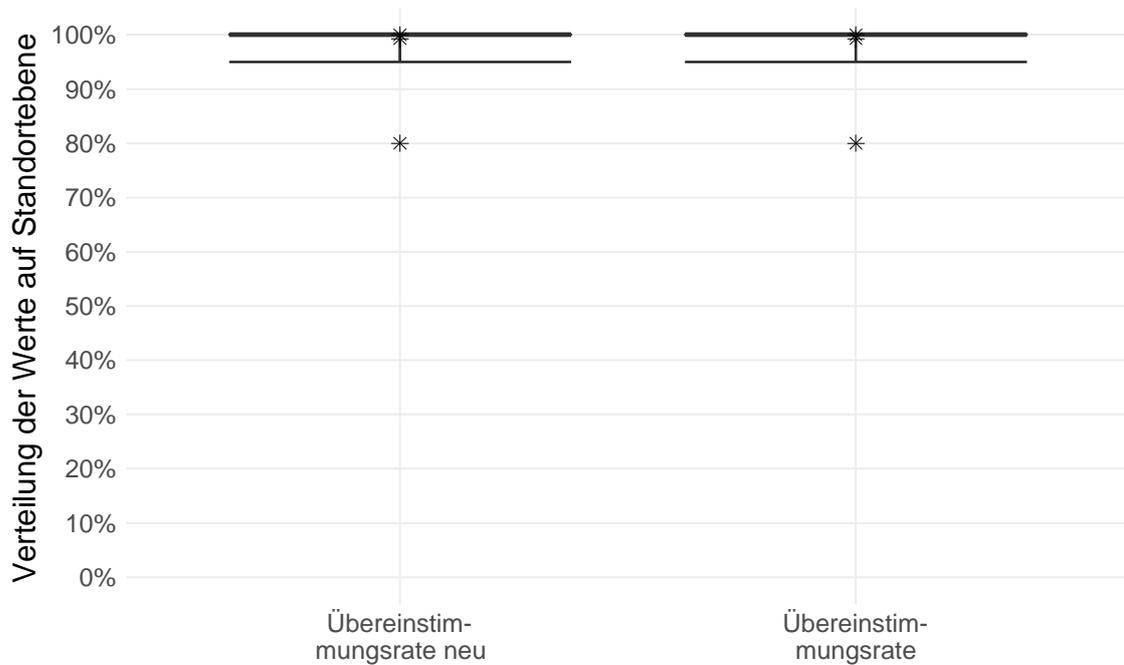


Abbildung 90: Verteilung der Übereinstimmungsrate – OP-Datum

## 2 Umfassende Datenvalidierung: Ambulant erworbene Pneumonie

### 2.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

**811821: Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde**

<b>Zähler</b>	Patienten, bei denen in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde.
<b>Nenner</b>	alle Patienten
<b>Referenzbereich</b>	≤ 30,0 %
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	10

**AK 811822: Häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit**

<b>Zähler</b>	Patienten mit Angabe „chronische Bettlägerigkeit = Ja“
<b>Nenner</b>	alle Patienten ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme und ohne Aufnahme aus einer stationären Pflegeeinrichtung
<b>Referenzbereich</b>	≤ 22,36 % (95. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	20

**AK 811825: Häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“**

<b>Zähler</b>	Alle Patienten, deren Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme dem am häufigsten an diesem Krankenhausstandort angegebenen Wert bei Atemfrequenz bei Aufnahme entspricht.
<b>Nenner</b>	alle Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 38,95 % (97. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	20

**AK 811826: Häufige Angabe von  $\geq 30$  Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“**

<b>Zähler</b>	Patienten mit einer Atemfrequenz bei Aufnahme von gleich oder über 30 Atemzügen pro Minute.
<b>Nenner</b>	alle Patienten mit Angabe einer Atemfrequenz bei Aufnahme und ohne invasive maschinelle Beatmung bei Aufnahme
<b>Referenzbereich</b>	$\leq 27,85$ (97. Perzentil)
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	20

**AK 811827: Häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie**

<b>Zähler</b>	Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 4 Stunden nach Aufnahme und später ODER Patienten mit einer initialen antimikrobiellen Therapie innerhalb von 4 bis 8 Stunden nach Aufnahme und erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie 8 Stunden und später nach Aufnahme.
<b>Nenner</b>	alle Patienten
<b>Referenzbereich</b>	$\leq 10,0 \%$
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	20

## 2.1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
						Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
811821	1.365	19	1,4	0	0	1	5,3	18	94,7	0	0	0	0	0	0	0	0
811822	1.343	65	4,8	0	0	9	13,8	56	86,2	0	0	0	0	0	0	2	3,1
811825	1.321	42	3,2	0	0	21	50,0	21	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
811826	1.312	37	2,8	0	0	2	5,4	35	94,6	0	0	0	0	0	0	3	8,1
811827	1.345	8	0,6	0	0	3	37,5	5	62,5	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>6.686</b>	<b>171</b>	<b>2,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>21,1</b>	<b>135</b>	<b>78,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>2,9</b>

## 2.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme						
					Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bayern	29	17,0	0	0	0	0	29	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	19	11,1	0	0	7	36,8	12	63,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	5	2,9	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	3	1,8	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
	Hinweis	Stellungnahme	Sonstiges	Besprechung	Begehung	Zielvereinbarung	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Bundesland</b>	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	11	6,4	0	0	5	45,5	6	54,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	16	9,4	0	0	0	0	16	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	1	0,6	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	7	4,1	0	0	0	0	7	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	47	27,5	0	0	18	38,3	29	61,7	0	0	0	0	0	0	5	10,6
Rheinland-Pfalz	10	5,8	0	0	0	0	10	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	3	1,8	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	7	4,1	0	0	0	0	7	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	6	3,5	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	4	2,3	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	3	1,8	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>171</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>21,0</b>	<b>135</b>	<b>79,1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>2,9</b>

## 2.1.3 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
811821	19	12	63,2	0	0	4	21,1	0	0	1	5,3	0	0	1	5,3
811822	65	36	55,4	1	1,5	17	26,2	0	0	0	0	0	0	2	3,1
811825	42	6	14,3	0	0	12	28,6	0	0	1	2,4	0	0	2	4,8
811826	37	20	54,1	0	0	14	37,8	0	0	0	0	0	0	1	2,7
811827	8	0	0	0	0	2	25	0	0	1	12,5	0	0	2	25
<b>Gesamt</b>	<b>171</b>	<b>74</b>	<b>43,3</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>	<b>49</b>	<b>28,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>4,7</b>

## 2.1.4 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	29	17	58,6	0	0	11	37,9	0	0	0	0	0	0	1	3,4
Baden-Württemberg	19	6	31,6	0	0	6	31,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	5	3	60	0	0	0	0	0	0	2	40,0	0	0	0	0
Brandenburg	3	2	66,7	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hamburg	11	6	54,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	16	6	37,5	0	0	5	31,3	0	0	0	0	0	0	5	31,3
Mecklenburg-Vorpommern	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	7	3	42,9	0	0	4	57,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	47	20	42,6	0	0	8	17	0	0	0	0	0	0	1	2,1
Rheinland-Pfalz	10	3	30	0	0	6	60	0	0	0	0	0	0	1	10,0
Saarland	3	1	33,3	0	0	2	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	7	3	42,9	1	14,3	2	28,6	0	0	1	14,3	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	4	1	25	0	0	3	75	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	3	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>171</b>	<b>74</b>	<b>43,3</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>	<b>49</b>	<b>28,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>4,7</b>

## 2.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

### 2.2.1 Datenfeld 7: Geschlecht

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	840 58,3 %	0 0,0 %	3 0,2 %	843 58,5 %
	2	1 0,1 %	593 41,2 %	3 0,2 %	597 41,5 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	<b>Gesamt</b>	841 58,4 %	593 41,2 %	6 0,4 %	1440 100,0 %

Abbildung 91: Kontingenztafel – Geschlecht

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,4 %	6 / 1440	0,4 %	6 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1,3 %	1 / 76	1,3 %	1 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	98,7 %	75 / 76	98,7 %	75 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99,9 %	1433 / 1434	99,5 %	1433 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0,1 %	1 / 1434	0,1 %	1 / 1440
Sensitivität	100 %	593 / 593	100 %	593 / 593

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Spezifität	99,9 %	840 / 841	99,9 %	840 / 841
Positiv prädiktiver Wert	99,8 %	593 / 594	99,3 %	593 / 597
Negativ prädiktiver Wert	100 %	840 / 840	99,6 %	840 / 843

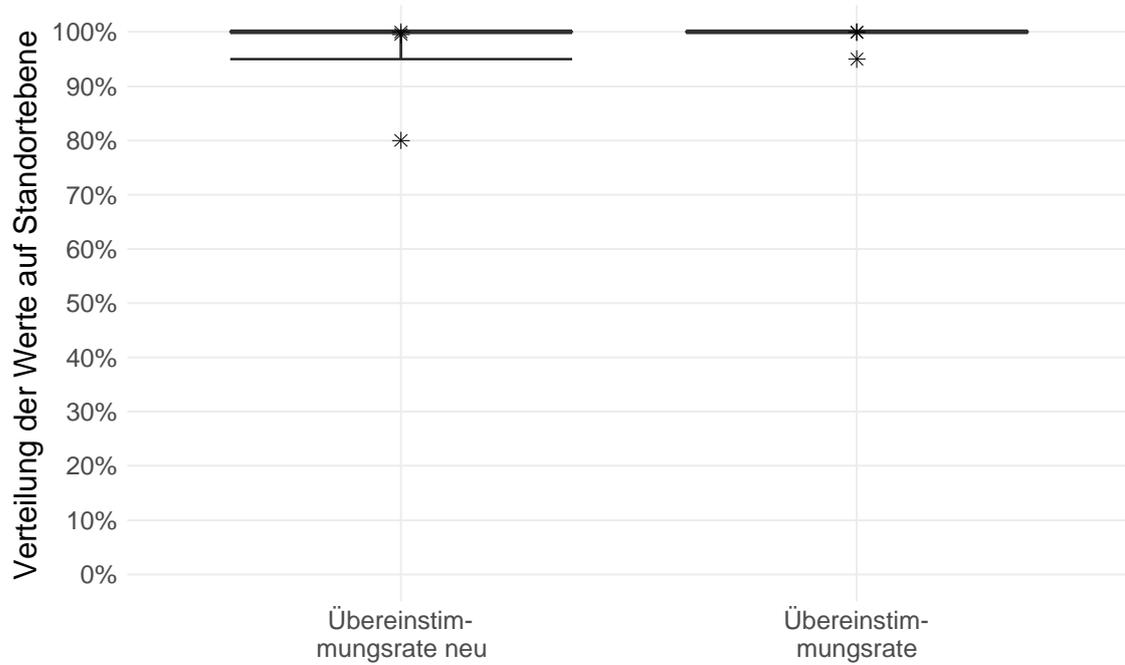


Abbildung 92: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Geschlecht

2.2.2 Datenfeld 9: Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	1099 76,3 %	41 2,8 %	7 0,5 %	1147 79,7 %
	1	16 1,1 %	275 19,1 %	2 0,1 %	293 20,3 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1115 77,4 %	316 21,9 %	9 0,6 %	1440 100,0 %

Abbildung 93: Kontingenztafel – Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,6 %	9 / 1440	0,6 %	9 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	48,7 %	37 / 76	48,7 %	37 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	51,3 %	39 / 76	51,3 %	39 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	96,0 %	1374 / 1431	95,4 %	1374 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4,0 %	57 / 1431	4,0 %	57 / 1440
Sensitivität	87,0 %	275 / 316	87,0 %	275 / 316

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Spezifität	98,6 %	1099 / 1115	98,6 %	1099 / 1115
Positiv prädiktiver Wert	94,5 %	275 / 291	93,9 %	275 / 293
Negativ prädiktiver Wert	96,4 %	1099 / 1140	95,8 %	1099 / 1147

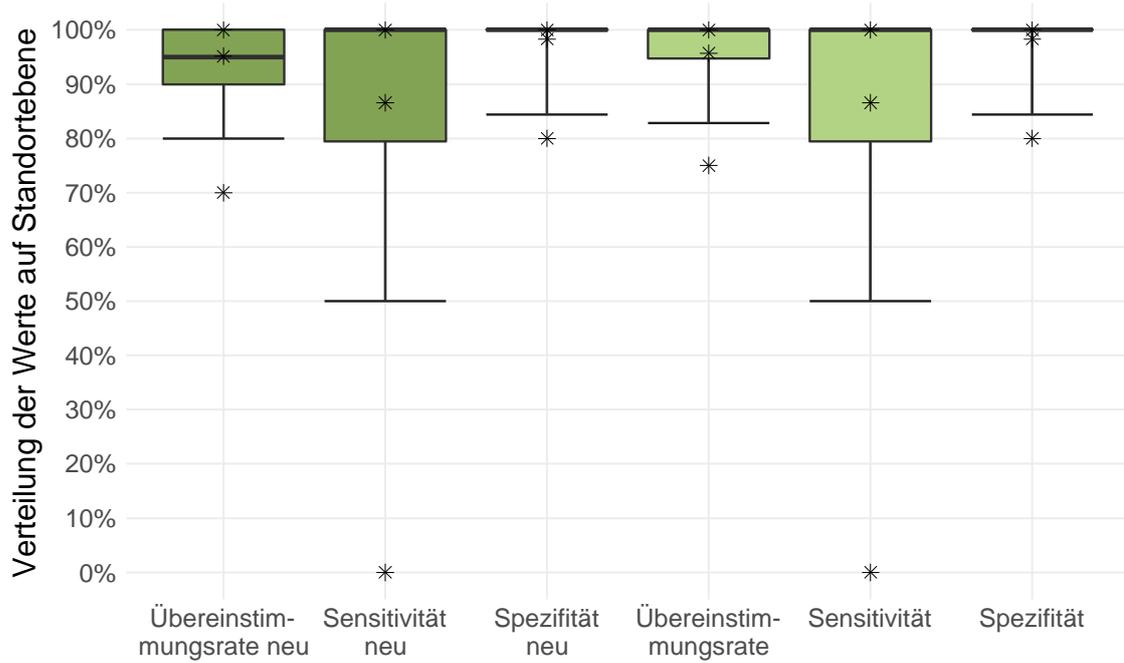


Abbildung 94: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung

**2.2.3 Datenfeld 10: Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung**

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1345 93,4 %	11 0,8 %	7 0,5 %	1363 94,7 %
	1	12 0,8 %	65 4,5 %	0 0,0 %	77 5,3 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	<b>Gesamt</b>	1357 94,2 %	76 5,3 %	7 0,5 %	1440 100,0 %

Abbildung 95: Kontingenztafel – Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,5 %	7 / 1440	0,5 %	7 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	19,7 %	15 / 76	19,7 %	15 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	80,3 %	61 / 76	80,3 %	61 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	98,4 %	1410 / 1433	97,9 %	1410 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	1,6 %	23 / 1433	1,6 %	23 / 1440
Sensitivität	85,5 %	65 / 76	85,5 %	65 / 76
Spezifität	99,1 %	1345 / 1357	99,1 %	1345 / 1357

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Positiv prädiktiver Wert	84,4 %	65 / 77	84,4 %	65 / 77
Negativ prädiktiver Wert	99,2 %	1345 / 1356	98,7 %	1345 / 1363

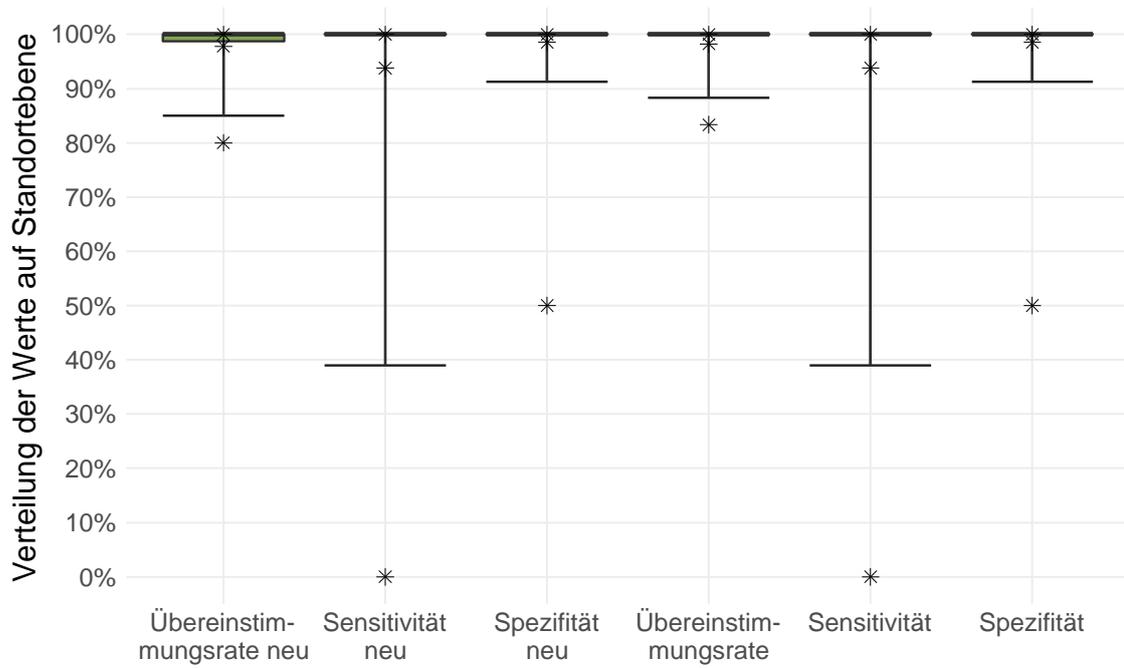


Abbildung 96: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung

2.2.4 Datenfeld 11: Chronische Bettlägerigkeit

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	1126 78,2 %	24 1,7 %	9 0,6 %	1159 80,5 %
	1	49 3,4 %	223 15,5 %	9 0,6 %	281 19,5 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1175 81,6 %	247 17,2 %	18 1,3 %	1440 100,0 %

Abbildung 97: Kontingenztafel – chronische Bettlägerigkeit

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,3 %	18 / 1440	1,3 %	18 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	47,4 %	36 / 76	47,4 %	36 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	52,6 %	40 / 76	52,6 %	40 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	94,9 %	1349 / 1422	93,7 %	1349 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	5,1 %	73 / 1422	5,1 %	73 / 1440
Sensitivität	90,3 %	223 / 247	90,3 %	223 / 247
Spezifität	95,8 %	1126 / 1175	95,8 %	1126 / 1175
Positiv prädiktiver Wert	82,0 %	223 / 272	79,4 %	223 / 281
Negativ prädiktiver Wert	97,9 %	1126 / 1150	97,2 %	1126 / 1159

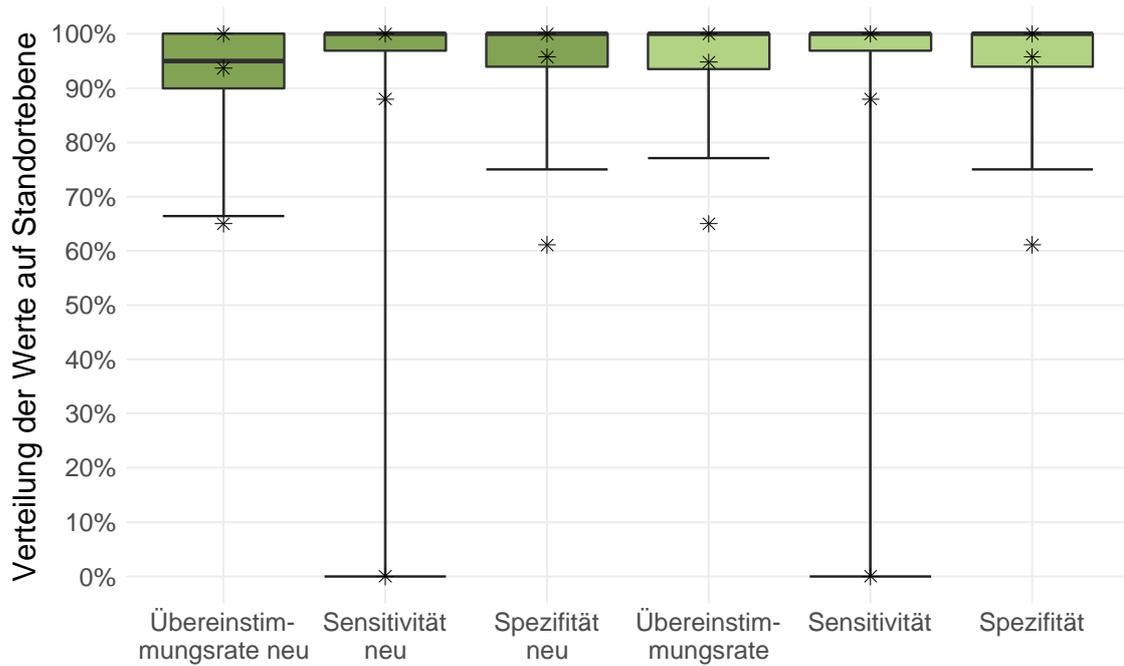


Abbildung 98: Verteilung der Übereinstimmungsrate – chronische Bettlägerigkeit

2.2.5 Datenfeld 12: Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	1414 98,2 %	0 0,0 %	6 0,4 %	1420 98,6 %
	1	7 0,5 %	13 0,9 %	0 0,0 %	20 1,4 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1421 98,7 %	13 0,9 %	6 0,4 %	1440 100,0 %

Abbildung 99: Kontingenztafel – bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,4 %	6 / 1440	0,4 %	6 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	7,9 %	6 / 76	7,9 %	6 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	92,1 %	70 / 76	92,1 %	70 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99,5 %	1427 / 1434	99,1 %	1427 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0,5 %	7 / 1434	0,5 %	7 / 1440
Sensitivität	100 %	13 / 13	100 %	13 / 13
Spezifität	99,5 %	1414 / 1421	99,5 %	1414 / 1421
Positiv prädiktiver Wert	65,0 %	13 / 20	65,0 %	13 / 20
Negativ prädiktiver Wert	100 %	1414 / 1414	99,6 %	1414 / 1420

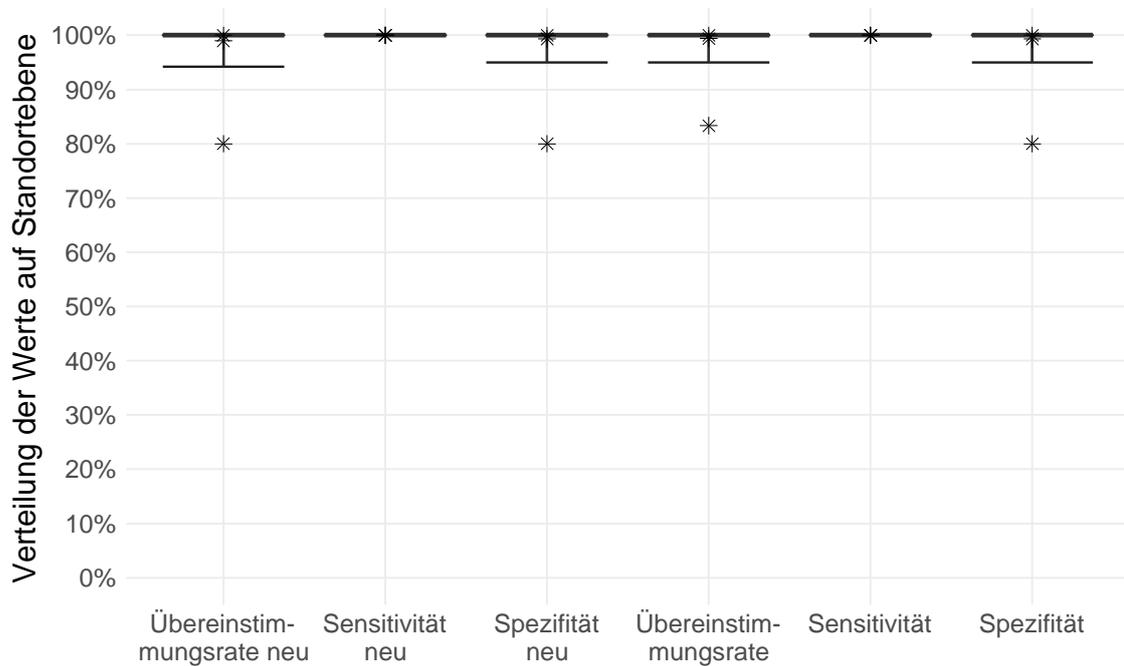


Abbildung 100: Verteilung der Übereinstimmungsraten – bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung

**2.2.6 Datenfeld 13: Desorientierung**

		Angaben in Patientenakte				
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	896 62,8 %	16 1,1 %	33 2,3 %	8 0,6 %	953 66,8 %
	1	15 1,1 %	69 4,8 %	16 1,1 %	8 0,6 %	108 7,6 %
	2	17 1,2 %	8 0,6 %	329 23,1 %	5 0,4 %	359 25,2 %
	nicht in QS-Dokumentation	4 0,3 %	0 0,0 %	3 0,2 %	0 0,0 %	7 0,5 %
	Gesamt	932 65,3 %	93 6,5 %	381 26,7 %	21 1,5 %	1427 100,0 %

Abbildung 101: Kontingenztafel – Desorientierung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1427	100 %	1427
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,5 %	21 / 1427	1,5 %	21 / 1427
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	67,1 %	51 / 76	67,1 %	51 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	32,9 %	25 / 76	32,9 %	25 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	92,0 %	1294 / 1406	90,7 %	1294 / 1427
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8,0 %	112 / 1406	7,8 %	112 / 1427

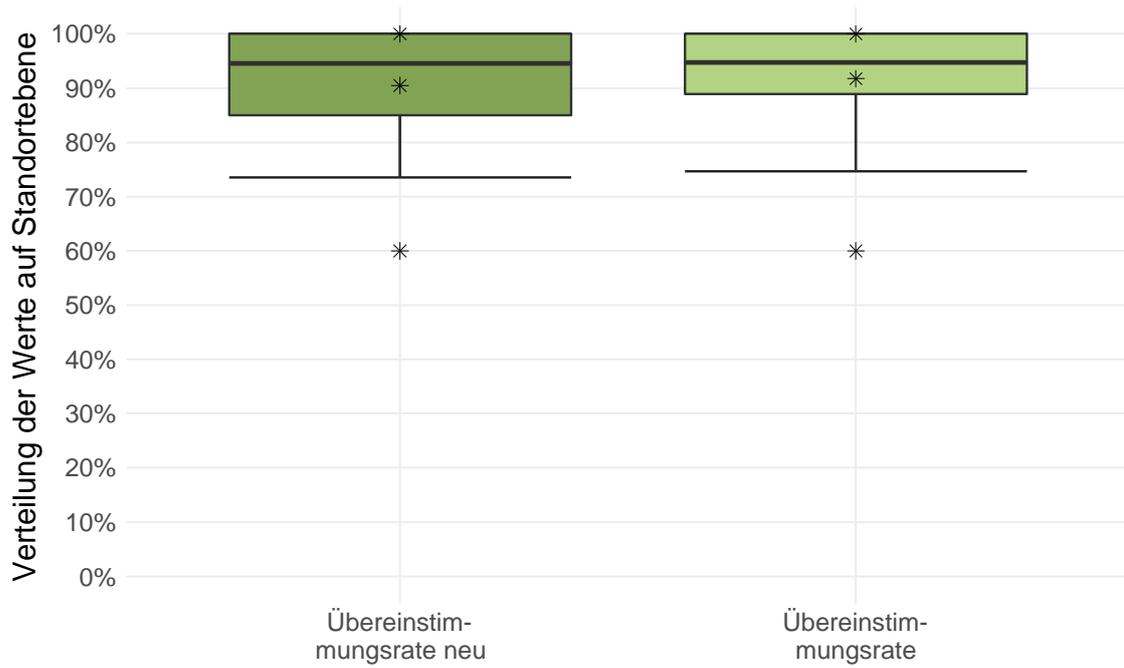


Abbildung 102: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Desorientierung

**2.2.7 Datenfeld 15: Spontane Atemfrequenz nicht bestimmt**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	1245 87,2 %	137 9,6 %	7 0,5 %	1389 97,3 %
	1	9 0,6 %	29 2,0 %	0 0,0 %	38 2,7 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1254 87,9 %	166 11,6 %	7 0,5 %	1427 100,0 %

Abbildung 103: Kontingenztafel – spontane Atemfrequenz nicht bestimmt

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1427	100 %	1427
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,5 %	7 / 1427	0,5 %	7 / 1427
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	53,9 %	41 / 76	53,9 %	41 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	46,1 %	35 / 76	46,1 %	35 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	89,7 %	1274 / 1420	89,3 %	1274 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	10,3 %	146 / 1420	10,2 %	146 / 1440
Sensitivität	17,5 %	29 / 166	17,5 %	29 / 13
Spezifität	99,3 %	1245 / 1254	99,3 %	1245 / 1421
Positiv prädiktiver Wert	76,3 %	29 / 38	76,3 %	29 / 20
Negativ prädiktiver Wert	90,1 %	1245 / 1382	89,6 %	1245 / 1420

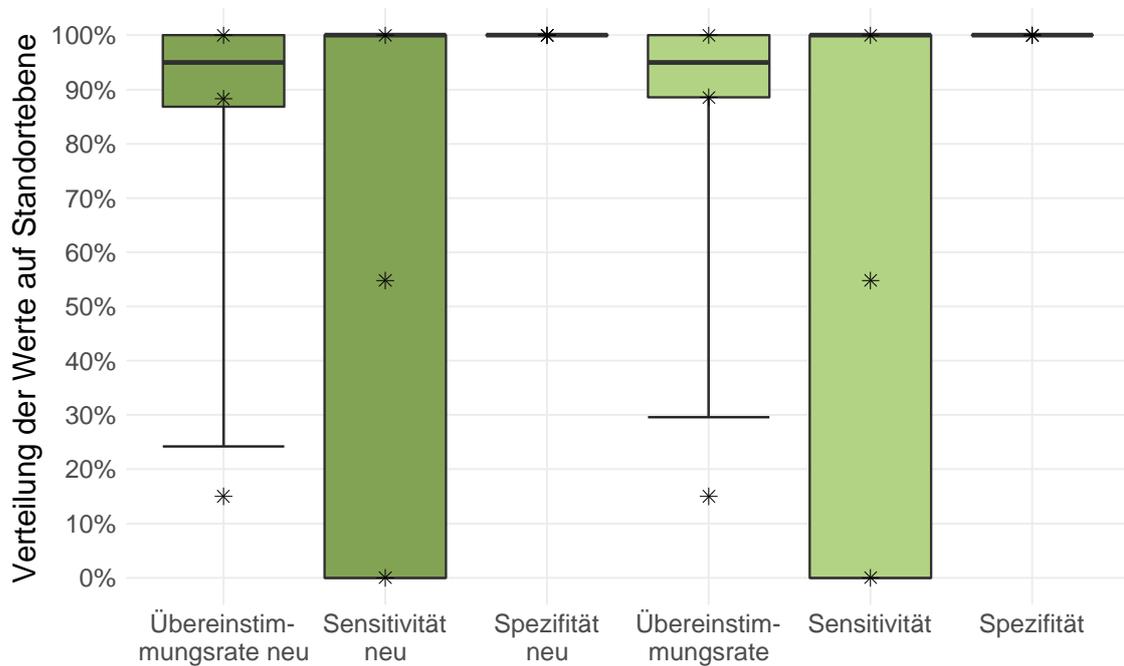


Abbildung 104: Verteilung der Übereinstimmungsraten – spontane Atemfrequenz nicht bestimmt

**2.2.8 Datenfeld 22: Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie**

		Angaben in Patientenakte					
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	7 0,5 %	3 0,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	10 0,7 %
	1	6 0,4 %	1362 94,6 %	6 0,4 %	20 1,4 %	16 1,1 %	1410 97,9 %
	2	1 0,1 %	5 0,3 %	4 0,3 %	1 0,1 %	0 0,0 %	11 0,8 %
	3	0 0,0 %	4 0,3 %	1 0,1 %	3 0,2 %	1 0,1 %	9 0,6 %
	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>	14 1,0 %	1374 95,4 %	11 0,8 %	24 1,7 %	17 1,2 %	1440 100,0 %

Abbildung 105: Kontingenztafel – Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,2 %	17 / 1440	1,2 %	17 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	32,9 %	25 / 76	32,9 %	25 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	67,1 %	51 / 76	67,1 %	51 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	96,7 %	1376 / 1423	95,6 %	1376 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3,3 %	47 / 1423	3,3 %	47 / 1440

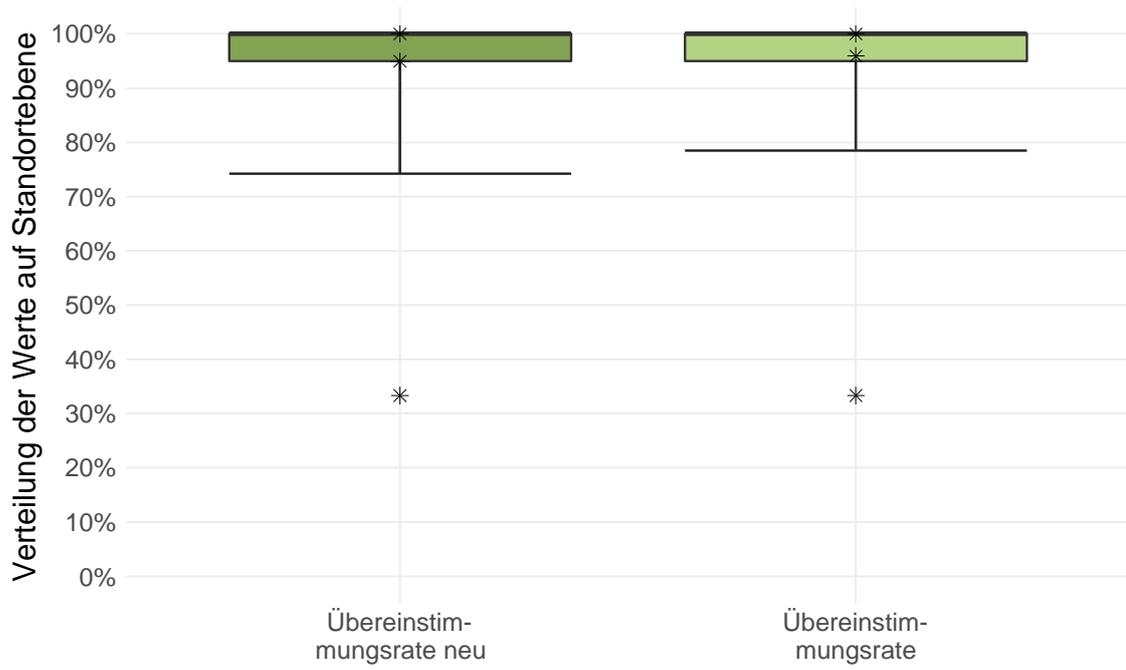


Abbildung 106: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Puls-oxymetrie

**2.2.9 Datenfeld 23: Initiale antimikrobielle Therapie**

		Angaben in Patientenakte							
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	0	10 0,7%	4 0,3%	1 0,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	15 1,0%	
	1	8 0,6%	1092 75,8%	60 4,2%	72 5,0%	55 3,8%	23 1,6%	1310 91,0%	
	2	0 0,0%	8 0,6%	25 1,7%	8 0,6%	2 0,1%	4 0,3%	47 3,3%	
	3	2 0,1%	2 0,1%	0 0,0%	32 2,2%	0 0,0%	1 0,1%	37 2,6%	
	4	0 0,0%	3 0,2%	0 0,0%	2 0,1%	26 1,8%	0 0,0%	31 2,2%	
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	
	Gesamt	20 1,4%	1109 77,0%	86 6,0%	114 7,9%	83 5,8%	28 1,9%	1440 100,0%	

Abbildung 107: Kontingenztafel – initiale antimikrobielle Therapie

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,9 %	28 / 1440	1,9 %	28 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	69,7 %	53 / 76	69,7 %	53 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	30,3 %	23 / 76	30,3 %	23 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	83,9 %	1185 / 1412	82,3 %	1185 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	16,1 %	227 / 1412	15,8 %	227 / 1440

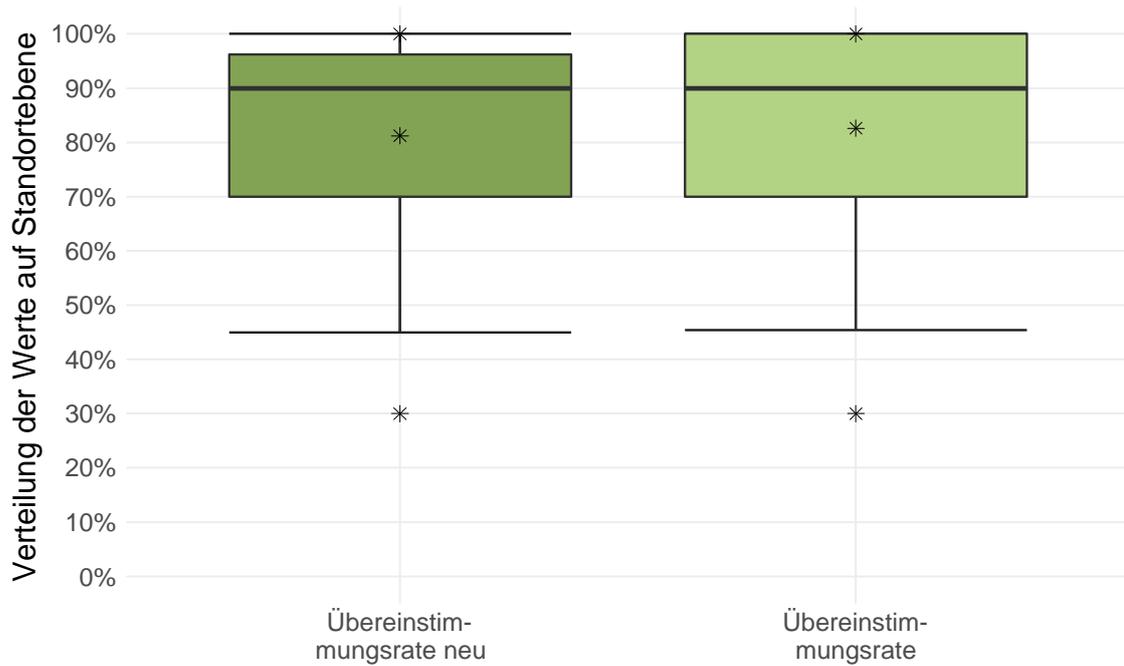


Abbildung 108: Verteilung der Übereinstimmungsrate – initiale antimikrobielle Therapie

2.2.10 Datenfeld 24: Beginn der Mobilisation

		Angaben in Patientenakte				
		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	155 10,8 %	16 1,1 %	7 0,5 %	2 0,1 %	180 12,5 %
	1	119 8,3 %	984 68,3 %	48 3,3 %	47 3,3 %	1198 83,2 %
	2	7 0,5 %	9 0,6 %	42 2,9 %	4 0,3 %	62 4,3 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	281 19,5 %	1009 70,1 %	97 6,7 %	53 3,7 %	1440 100,0 %

Abbildung 109: Kontingenztafel – Beginn der Mobilisation

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	3,7 %	53 / 1440	3,7 %	53 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	73,7 %	56 / 76	73,7 %	56 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	26,3 %	20 / 76	26,3 %	20 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	85,1 %	1181 / 1387	82,0 %	1181 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	14,9 %	206 / 1387	14,3 %	206 / 1440

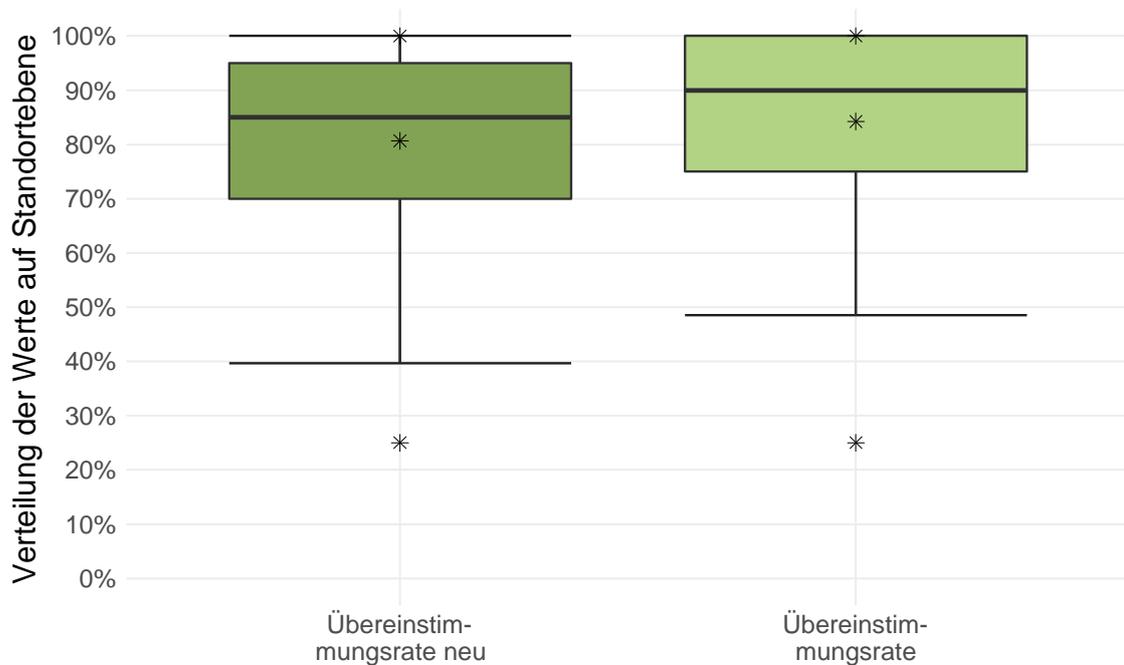


Abbildung 110: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Beginn der Mobilisation

2.2.11 Datenfeld 28: Maschinelle Beatmung

		Angaben in Patientenakte					
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1304 90,6 %	11 0,8 %	1 0,1 %	1 0,1 %	6 0,4 %	1323 91,9 %
	1	8 0,6 %	43 3,0 %	2 0,1 %	2 0,1 %	0 0,0 %	55 3,8 %
	2	2 0,1 %	0 0,0 %	23 1,6 %	1 0,1 %	0 0,0 %	26 1,8 %
	3	0 0,0 %	2 0,1 %	0 0,0 %	34 2,4 %	0 0,0 %	36 2,5 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1314 91,3 %	56 3,9 %	26 1,8 %	38 2,6 %	6 0,4 %	1440 100,0 %

Abbildung 111: Kontingenztafel – maschinelle Beatmung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,4 %	6 / 1440	0,4 %	6 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	30,3 %	23 / 76	30,3 %	23 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	69,7 %	53 / 76	69,7 %	53 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,9 %	1404 / 1434	97,5 %	1404 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,1 %	30 / 1434	2,1 %	30 / 1440

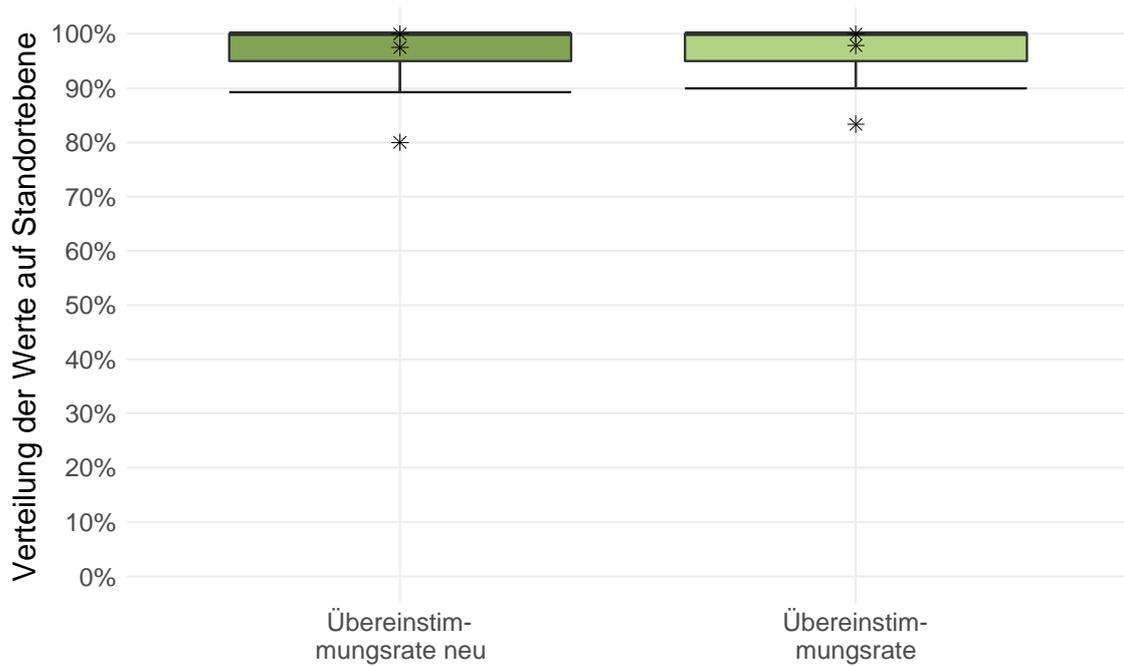


Abbildung 112: Verteilung der Übereinstimmungsrate – maschinelle Beatmung

**2.2.12 Datenfeld 29: Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	1253 87,0 %	31 2,2 %	6 0,4 %	1290 89,6 %
	1	19 1,3 %	130 9,0 %	1 0,1 %	150 10,4 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	Gesamt	1272 88,3 %	161 11,2 %	7 0,5 %	1440 100,0 %

Abbildung 113: Kontingenztafel – Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,5 %	7 / 1440	0,5 %	7 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	35,5 %	27 / 76	35,5 %	27 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	64,5 %	49 / 76	64,5 %	49 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	96,5 %	1383 / 1433	96,0 %	1383 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3,5 %	50 / 1433	3,5 %	50 / 1440
Sensitivität	80,7 %	130 / 161	80,7 %	130 / 161
Spezifität	98,5 %	1253 / 1272	98,5 %	1253 / 1272
Positiv prädiktiver Wert	87,2 %	130 / 149	86,7 %	130 / 150
Negativ prädiktiver Wert	97,6 %	1253 / 1284	97,1 %	1253 / 1290

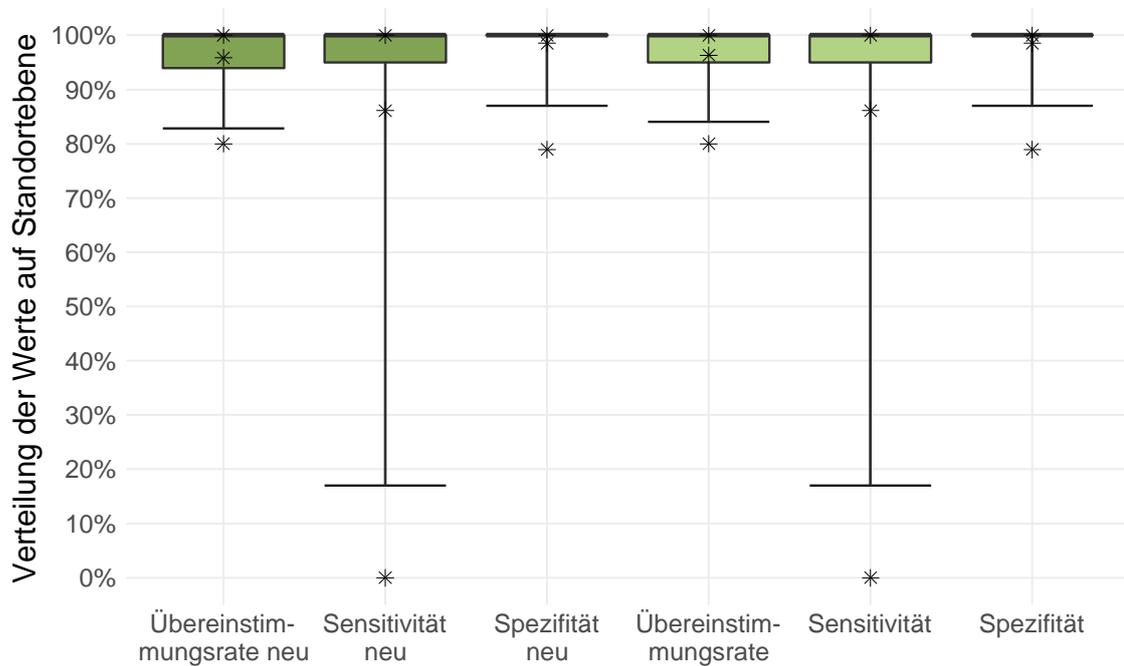


Abbildung 114: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?

2.2.13 Datenfeld 33: Entlassungsgrund

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	0	1257 87,3 %	0 0,0 %	5 0,3 %	1262 87,6 %
	1	0 0,0 %	177 12,3 %	1 0,1 %	178 12,4 %
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	<b>Gesamt</b>	1257 87,3 %	177 12,3 %	6 0,4 %	1440 100,0 %

Abbildung 115: Kontingenztafel – Entlassungsgrund

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,4 %	6 / 1440	0,4 %	6 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 76	0 %	0 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	76 / 76	100 %	76 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	1434 / 1434	99,6 %	1434 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 1434	0 %	0 / 1440
Sensitivität	100 %	177 / 177	100 %	177 / 177

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Spezifität	100 %	1257 / 1257	100 %	1257 / 1257
Positiv prädiktiver Wert	100 %	177 / 177	99,4 %	177 / 178
Negativ prädiktiver Wert	100 %	1257 / 1257	99,6 %	1257 / 1262

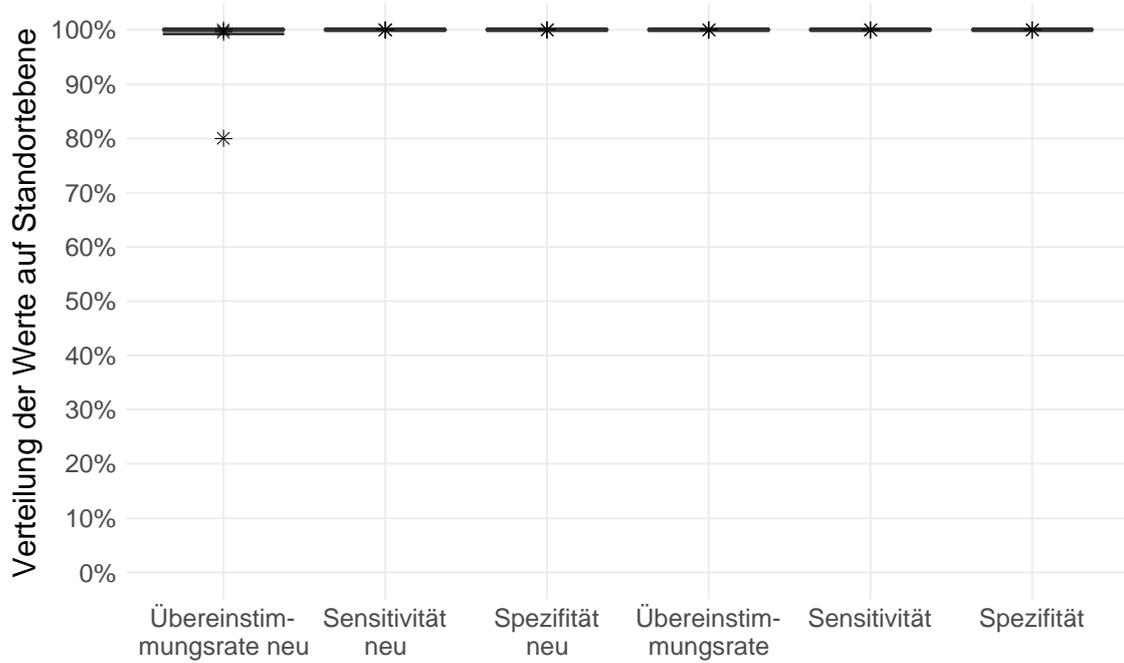


Abbildung 116: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Entlassungsgrund

**2.2.14 Datenfeld 34: Desorientierung**

		Angaben in Patientenakte					
Angaben in QS-Dokumentation		0	1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt	
	0	875 70,5 %	1 0,1 %	31 2,5 %	6 0,5 %	913 73,6 %	
	1	10 0,8 %	9 0,7 %	4 0,3 %	3 0,2 %	26 2,1 %	
	2	23 1,9 %	0 0,0 %	260 21,0 %	9 0,7 %	292 23,5 %	
	nicht in QS-Dokumentation	6 0,5 %	1 0,1 %	0 0,0 %	3 0,2 %	10 0,8 %	
	<b>Gesamt</b>	914 73,7 %	11 0,9 %	295 23,8 %	21 1,7 %	1241 100,0 %	

Abbildung 117: Kontingenztafel – Desorientierung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1241	100 %	1241
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,7 %	21 / 1241	1,7 %	21 / 1241
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	55,3 %	42 / 76	55,3 %	42 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	44,7 %	34 / 76	44,7 %	34 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	93,8 %	1144 / 1220	92,2 %	1144 / 1241
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6,2 %	76 / 1220	6,1 %	76 / 1241

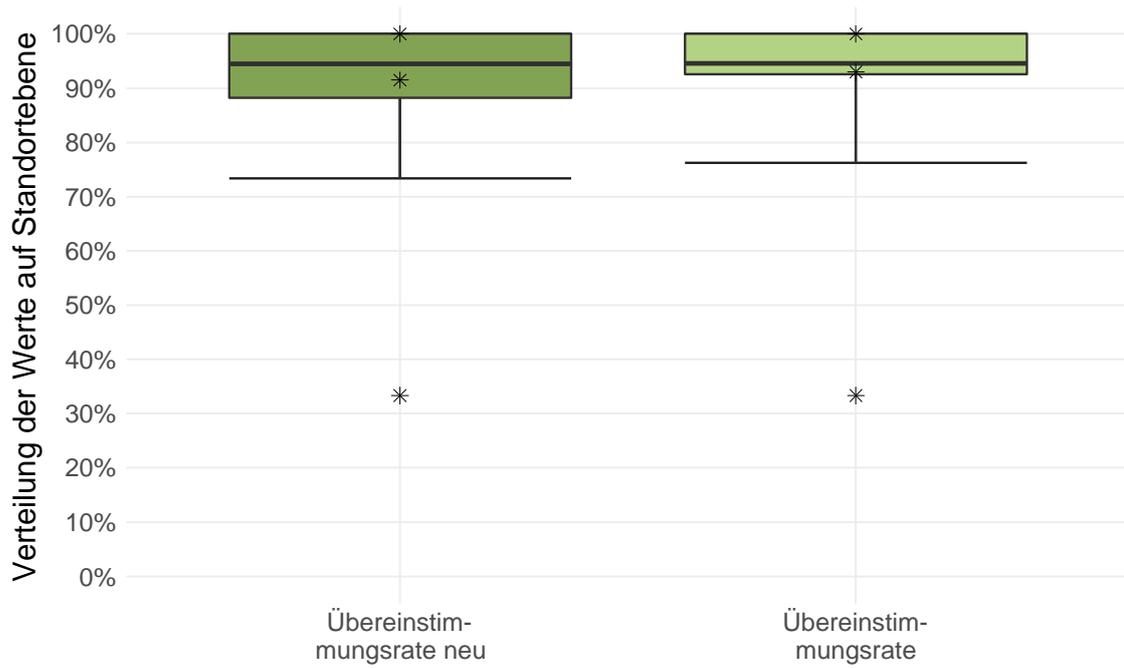


Abbildung 118: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Desorientierung

**2.2.15 Datenfeld 35 : Stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	13 1,0%	33 2,7%	1 0,1%	47 3,8%
	1	11 0,9%	1157 93,3%	15 1,2%	1183 95,4%
	nicht in QS-Dokumentation	2 0,2%	5 0,4%	3 0,2%	10 0,8%
	Gesamt	26 2,1%	1195 96,4%	19 1,5%	1240 100,0%

Abbildung 119: Kontingenztafel – stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1240	100 %	1240
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	1,5 %	19 / 1240	1,5 %	19 / 1240
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	43,4 %	33 / 76	43,4 %	33 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	56,6 %	43 / 76	56,6 %	43 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	95,8 %	1170 / 1221	94,4 %	1170 / 1240
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4,2 %	51 / 1221	4,1 %	51 / 1240
Sensitivität	96,8 %	1157 / 1195	96,8 %	1157 / 1195
Spezifität	50,0 %	13 / 26	50,0 %	13 / 26
Positiv prädiktiver Wert	99,1 %	1157 / 1168	97,8 %	1157 / 1183
Negativ prädiktiver Wert	28,3 %	13 / 46	27,7 %	13 / 47

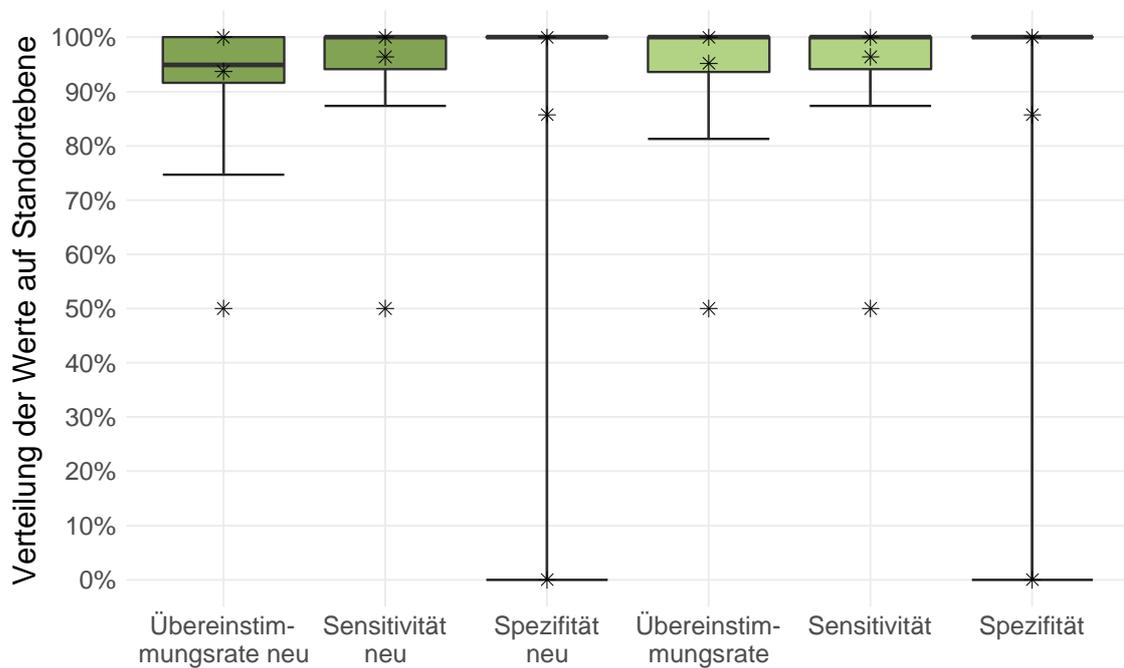


Abbildung 120: Verteilung der Übereinstimmungsraten – stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme

2.2.16 Datenfeld 36: Spontane Atemfrequenz

		Angaben in Patientenakte					
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	4	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	868 69,9%	9 0,7%	210 16,9%	0 0,0%	94 7,6%	1181 95,2%
	2	5 0,4%	11 0,9%	5 0,4%	0 0,0%	0 0,0%	21 1,7%
	3	8 0,6%	0 0,0%	18 1,5%	0 0,0%	0 0,0%	26 2,1%
	4	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	2 0,2%	0 0,0%	3 0,2%
	nicht in QS-Dokumentation	3 0,2%	2 0,2%	3 0,2%	0 0,0%	2 0,2%	10 0,8%
	Gesamt	884 71,2%	22 1,8%	237 19,1%	2 0,2%	96 7,7%	1241 100,0%

Abbildung 121: Kontingenztafel – spontane Atemfrequenz

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1241	100 %	1241
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	7,7 %	96 / 1241	7,7 %	96 / 1241
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	59,2 %	45 / 76	59,2 %	45 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	40,8 %	31 / 76	40,8 %	31 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	78,5 %	899 / 1145	72,4 %	899 / 1241
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	21,5 %	246 / 1145	19,8 %	246 / 1241

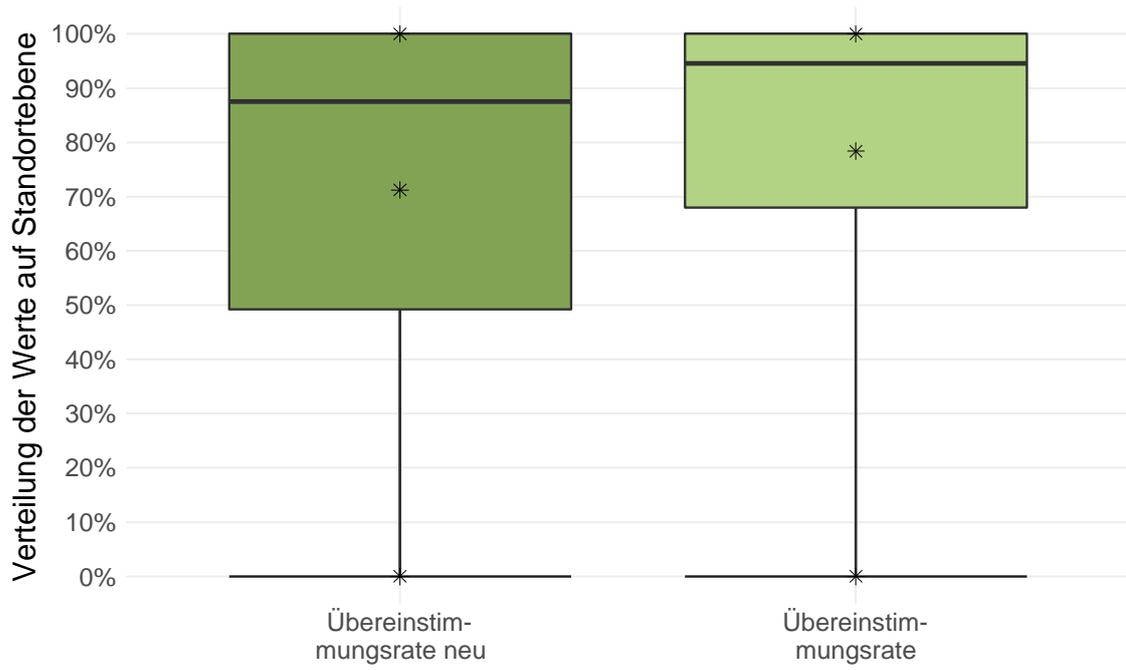


Abbildung 122: Verteilung der Übereinstimmungsraten – spontane Atemfrequenz

2.2.17 Datenfeld 37: Herzfrequenz

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	1193 96,2 %	9 0,7 %	4 0,3 %	7 0,6 %	1213 97,8 %
	2	7 0,6 %	10 0,8 %	0 0,0 %	0 0,0 %	17 1,4 %
	3	1 0,1 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 0,1 %
	nicht in QS-Dokumentation	6 0,5 %	1 0,1 %	0 0,0 %	2 0,2 %	9 0,7 %
	<b>Gesamt</b>	1207 97,3 %	20 1,6 %	4 0,3 %	9 0,7 %	1240 100,0 %

Abbildung 123: Kontingenztafel – Herzfrequenz

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1240	100 %	1240
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,7 %	9 / 1240	0,7 %	9 / 1240
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	28,9 %	22 / 76	28,9 %	22 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	71,1 %	54 / 76	71,1 %	54 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,7 %	1203 / 1231	97,0 %	1203 / 1240
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,3 %	28 / 1231	2,3 %	28 / 1240

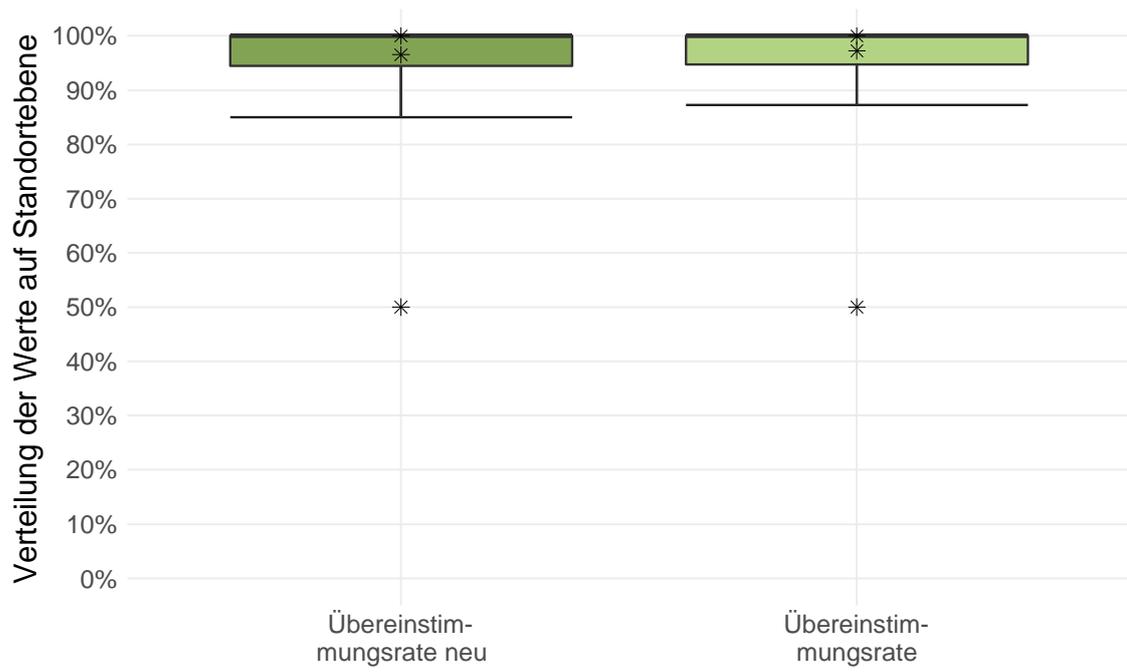


Abbildung 124: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Herzfrequenz

2.2.18 Datenfeld 38: Temperatur

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	1151 92,7 %	13 1,0 %	2 0,2 %	8 0,6 %	1174 94,6 %
	2	31 2,5 %	27 2,2 %	0 0,0 %	0 0,0 %	58 4,7 %
	3	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
	nicht in QS-Dokumentation	7 0,6 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 0,2 %	9 0,7 %
	<b>Gesamt</b>	1189 95,8 %	40 3,2 %	2 0,2 %	10 0,8 %	1241 100,0 %

Abbildung 125: Kontingenztafel – Temperatur

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1241	100 %	1241
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,8 %	10 / 1241	0,8 %	10 / 1241
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	40,8 %	31 / 76	40,8 %	31 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	59,2 %	45 / 76	59,2 %	45 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	95,7 %	1178 / 1231	94,9 %	1178 / 1241
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	4,3 %	53 / 1231	4,3 %	53 / 1241

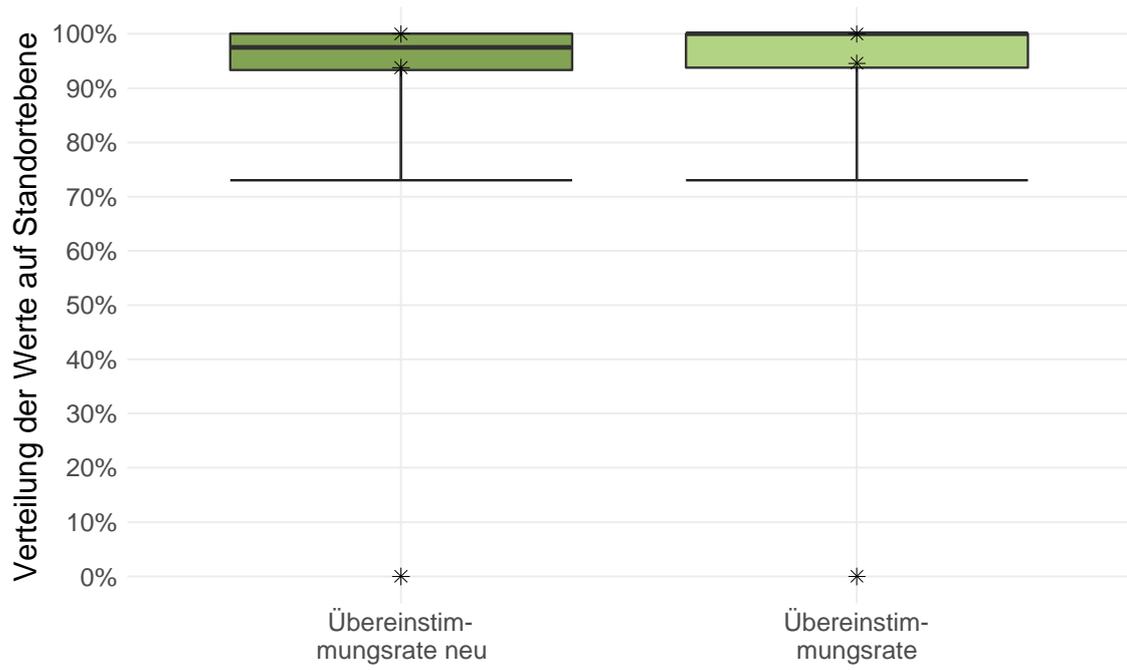


Abbildung 126: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Temperatur

**2.2.19 Datenfeld 39: Sauerstoffsättigung**

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	15 1,2 %	11 0,9 %	1 0,1 %	0 0,0 %	27 2,2 %
	2	22 1,8 %	1039 83,8 %	92 7,4 %	42 3,4 %	1195 96,4 %
	3	0 0,0 %	2 0,2 %	6 0,5 %	0 0,0 %	8 0,6 %
	nicht in QS-Dokumentation	1 0,1 %	6 0,5 %	1 0,1 %	2 0,2 %	10 0,8 %
	<b>Gesamt</b>	38 3,1 %	1058 85,3 %	100 8,1 %	44 3,5 %	1240 100,0 %

Abbildung 127: Kontingenztafel – Sauerstoffsättigung

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1240	100 %	1240
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	3,5 %	44 / 1240	3,5 %	44 / 1240
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	52,6 %	40 / 76	52,6 %	40 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	47,4 %	36 / 76	47,4 %	36 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	88,6 %	1060 / 1196	85,5 %	1060 / 1240
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	11,4 %	136 / 1196	11,0 %	136 / 1240

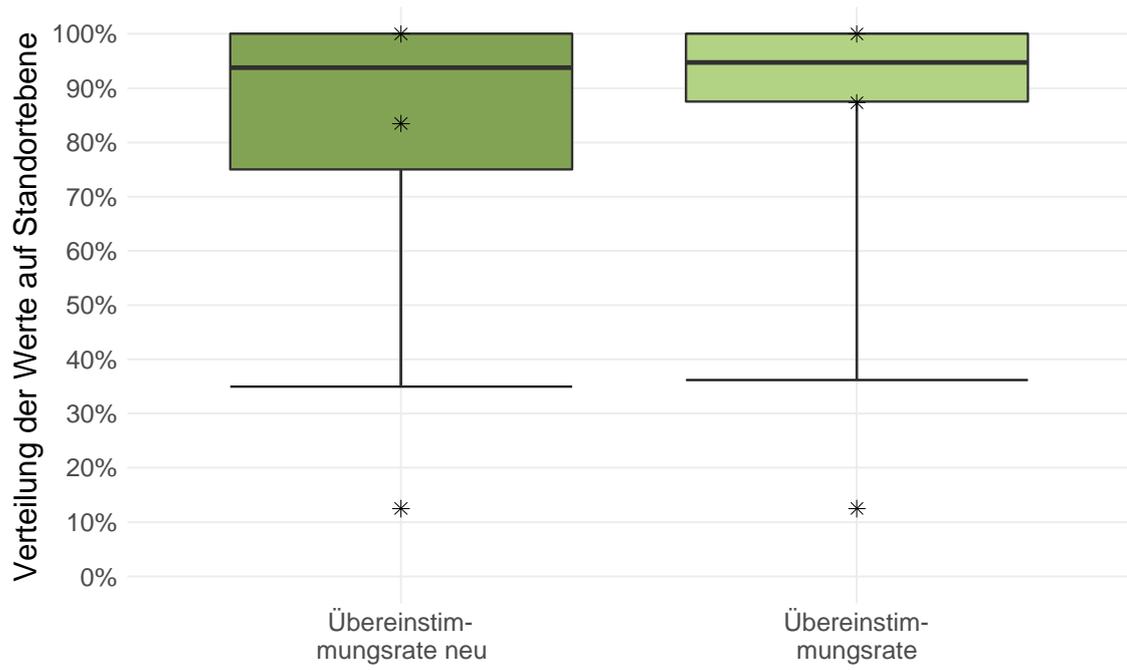


Abbildung 128: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Sauerstoffsättigung

2.2.20 Datenfeld 40: Blutdruck systolisch

		Angaben in Patientenakte				
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	3	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	1 0,1 %	14 1,1 %	1 0,1 %	2 0,2 %	18 1,5 %
	2	8 0,6 %	1194 96,2 %	5 0,4 %	4 0,3 %	1211 97,6 %
	3	1 0,1 %	1 0,1 %	1 0,1 %	0 0,0 %	3 0,2 %
	nicht in QS-Dokumentation	1 0,1 %	6 0,5 %	0 0,0 %	2 0,2 %	9 0,7 %
	<b>Gesamt</b>	11 0,9 %	1215 97,9 %	7 0,6 %	8 0,6 %	1241 100,0 %

Abbildung 129: Kontingenztafel – Blutdruck systolisch

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1241	100 %	1241
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,6 %	8 / 1241	0,6 %	8 / 1241
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	28,9 %	22 / 76	28,9 %	22 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	71,1 %	54 / 76	71,1 %	54 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,0 %	1196 / 1233	96,4 %	1196 / 1241
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	3,0 %	37 / 1233	3,0 %	37 / 1241

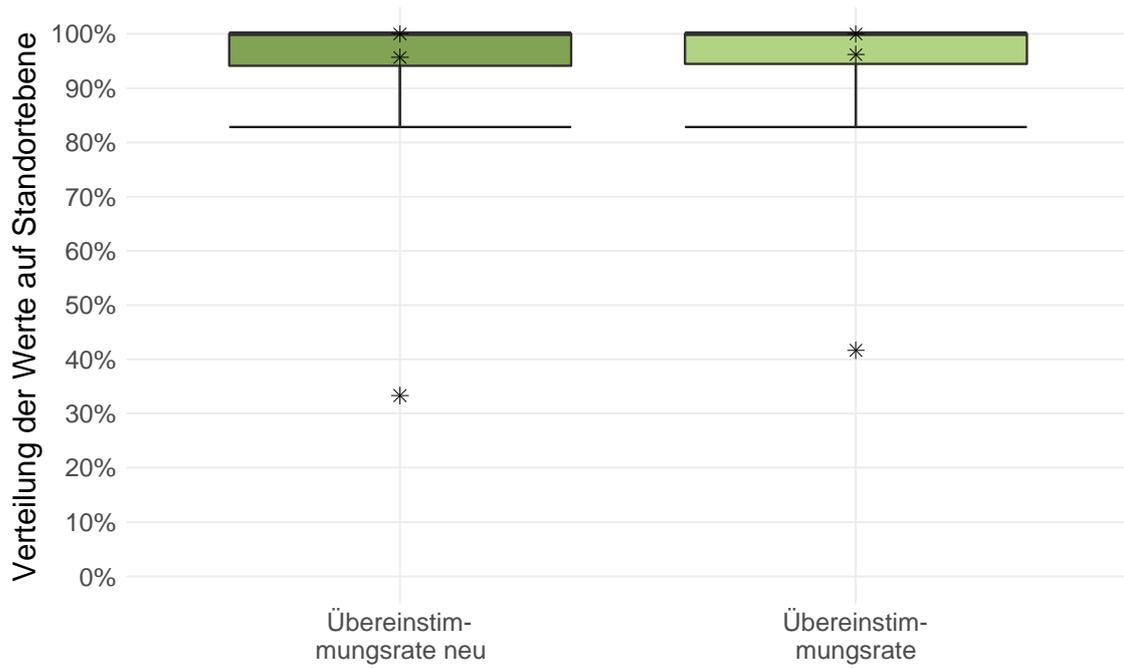


Abbildung 130: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Blutdruck systolisch

### 2.2.21 Datenfeld Geburtsjahr

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,4 %	6 / 1440	0,4 %	6 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	1,3 %	1 / 76	1,3 %	1 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	98,7 %	75 / 76	98,7 %	75 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99,9 %	1433 / 1434	99,5 %	1433 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0,1 %	1 / 1434	0,5 %	7 / 1440

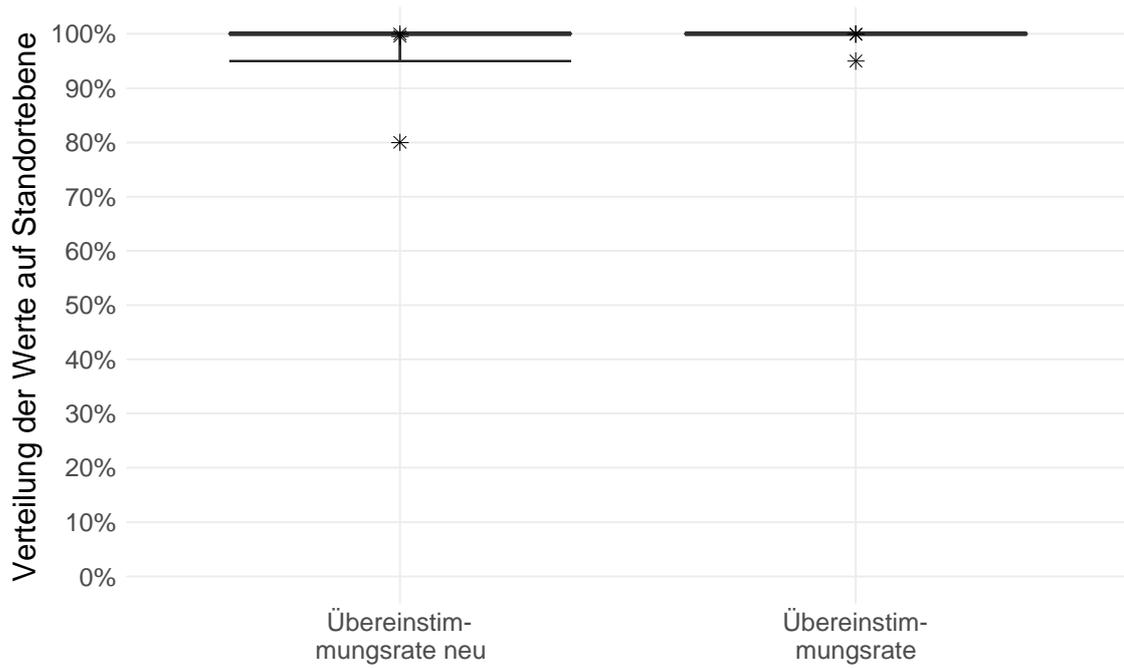


Abbildung 131: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Geburtsjahr

### 2.2.22 Datenfeld Aufnahmequartal

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0,5 %	7 / 1440	0,5 %	7 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	2,6 %	2 / 76	2,6 %	2 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	97,4 %	74 / 76	97,4 %	74 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99,7 %	1428 / 1433	99,2 %	1428 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0,3 %	5 / 1433	0,8 %	12 / 1440

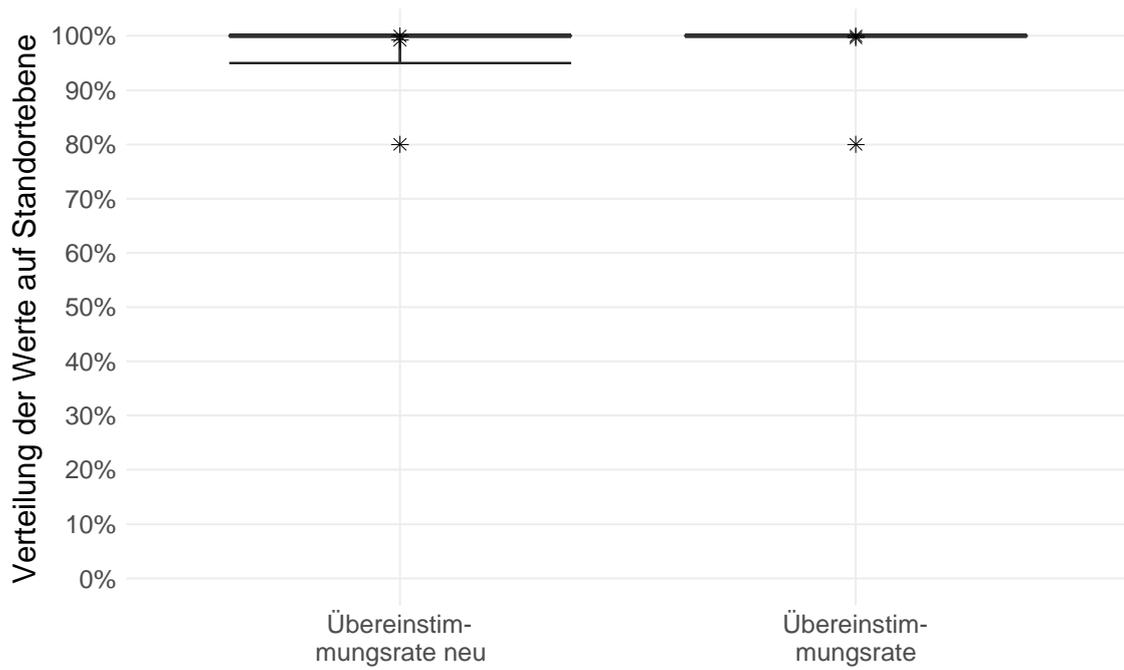


Abbildung 132: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Aufnahmequartal

**2.2.23 Datenfeld 14: Spontane Atemfrequenz**

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1427	100 %	1427
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	4,3 %	61 / 1427	4,3 %	61 / 1427
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	75,0 %	57 / 76	75,0 %	57 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	25,0 %	19 / 76	25,0 %	19 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	81,0 %	1107 / 1366	77,6 %	1107 / 1427
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	19,0 %	259 / 1366	22,4 %	320 / 1427

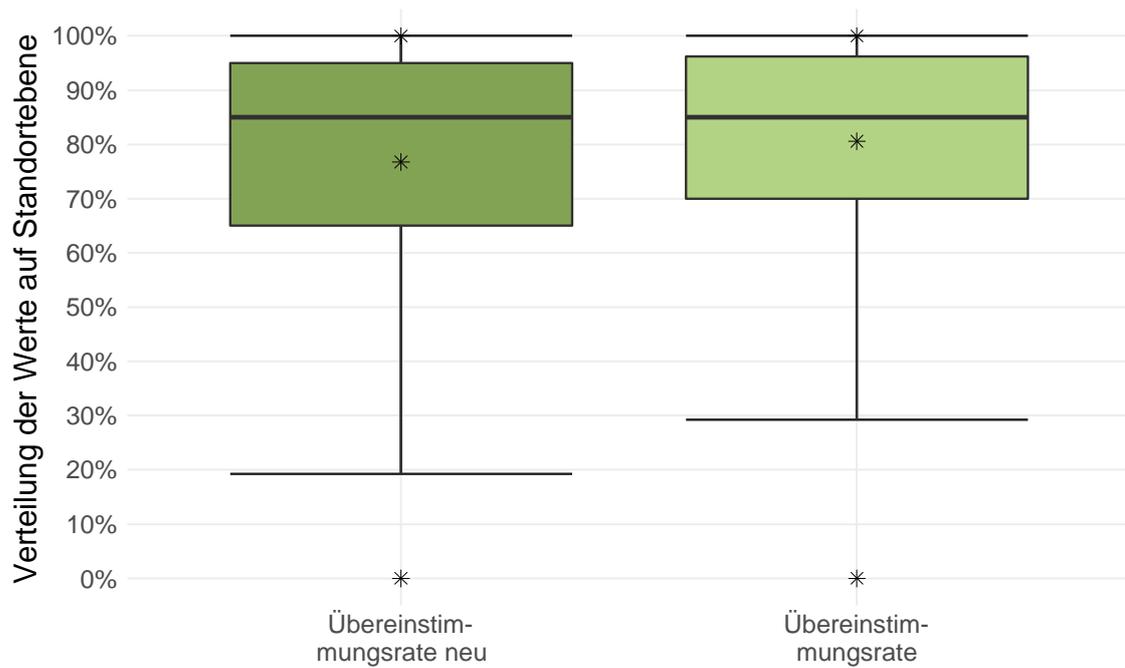


Abbildung 133: Verteilung der Übereinstimmungsraten – spontane Atemfrequenz

### 2.2.24 Datenfeld 30: Datum des Eintrags in der Patientenakte

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	162	100 %	162
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	4,9 %	8 / 162	4,9 %	8 / 162
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	40,7 %	24 / 59	39,3 %	24 / 61
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	59,3 %	35 / 59	60,7 %	37 / 61
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	71,4 %	110 / 154	67,9 %	110 / 162
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	28,6 %	44 / 154	32,1 %	52 / 162

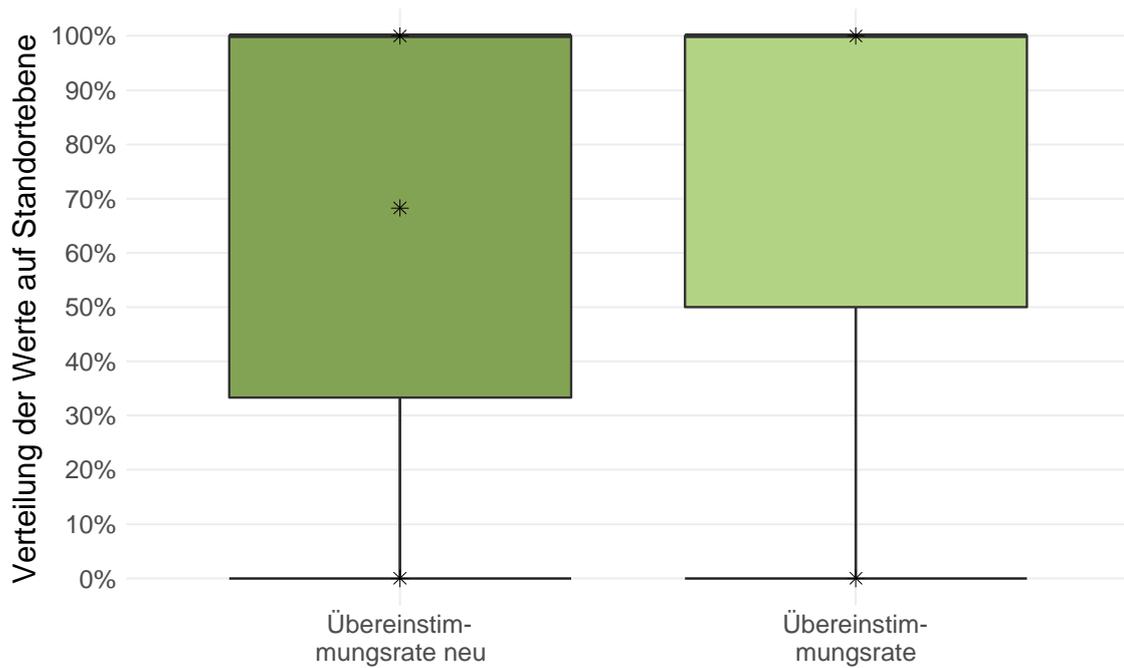


Abbildung 134: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Datum des Eintrags in der Patientenakte

### 2.2.25 Datenfeld Entlassungsquartal

	Standard		Neu	
	%	Anzahl	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	1440	100 %	1440
Angabe nicht aus Patientenakte ersicht-lich	0,4 %	6 / 1440	0 %	0 / 1440
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abwei-chungen	5,3 %	4 / 76	5,3 %	4 / 76
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Ab-weichungen	94,7 %	72 / 76	94,7 %	72 / 76
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	99,5 %	1427 / 1434	99,1 %	1427 / 1440
Abweichung Patientenakte und QS-Doku-mentation	0,5 %	7 / 1434	0,9 %	13 / 1440

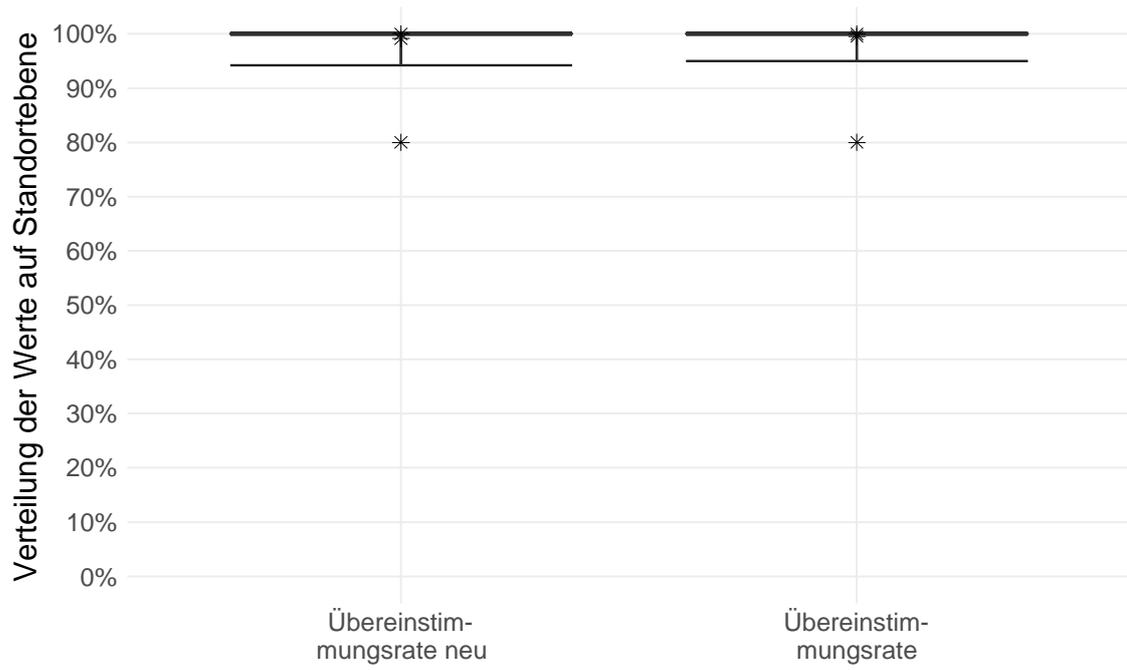


Abbildung 135: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Entlassungsquartal

### 3 Umfassende Datenvalidierung: Nierenlebenspende

#### 3.1 Statistische Basisprüfung mit Strukturiertem Dialog

##### 3.1.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

###### AK 850232: Häufig weder Albumin- noch Kreatininwert angegeben bzw. plausibel

<b>Zähler</b>	alle Patienten mit einem implausiblen oder unbekanntem Albuminwert und einem implausiblen oder unbekanntem Kreatininwert.
<b>Nenner</b>	Alle Patienten, die nicht dialysepflichtig sind oder bei denen die Dialysepflicht unbekannt ist.
<b>Referenzbereich</b>	≤ 5,0 %
<b>Mindestanzahl Zähler</b>	-
<b>Mindestanzahl Nenner</b>	-

## 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	%
850232	38	17	44,7	0	0	0	0	17	100	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>38</b>	<b>17</b>	<b>44,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## 3.1.3 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

AK-ID	Rechnerische Auffälligkeit	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
850232	17	1	5,9	1	5,9	14	82,4	0	0	0	0	1	5,9	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>5,9</b>	<b>1</b>	<b>5,9</b>	<b>14</b>	<b>82,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### 3.2 Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

#### 3.2.1 Datenfeld 8: Geschlecht

		Angaben in Patientenakte			
Angaben in QS-Dokumentation		1	2	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
	1	20 42,6%	0 0,0%	0 0,0%	20 42,6%
	2	0 0,0%	27 57,4%	0 0,0%	27 57,4%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	20 42,6%	27 57,4%	0 0,0%	47 100,0%

Abbildung 136: Kontingenztafel – Geschlecht

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	4 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	47 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 47
Sensitivität	100 %	27 / 27
Spezifität	100 %	20 / 20
Positiv prädiktiver Wert	100 %	27 / 27
Negativ prädiktiver Wert	100 %	20 / 20

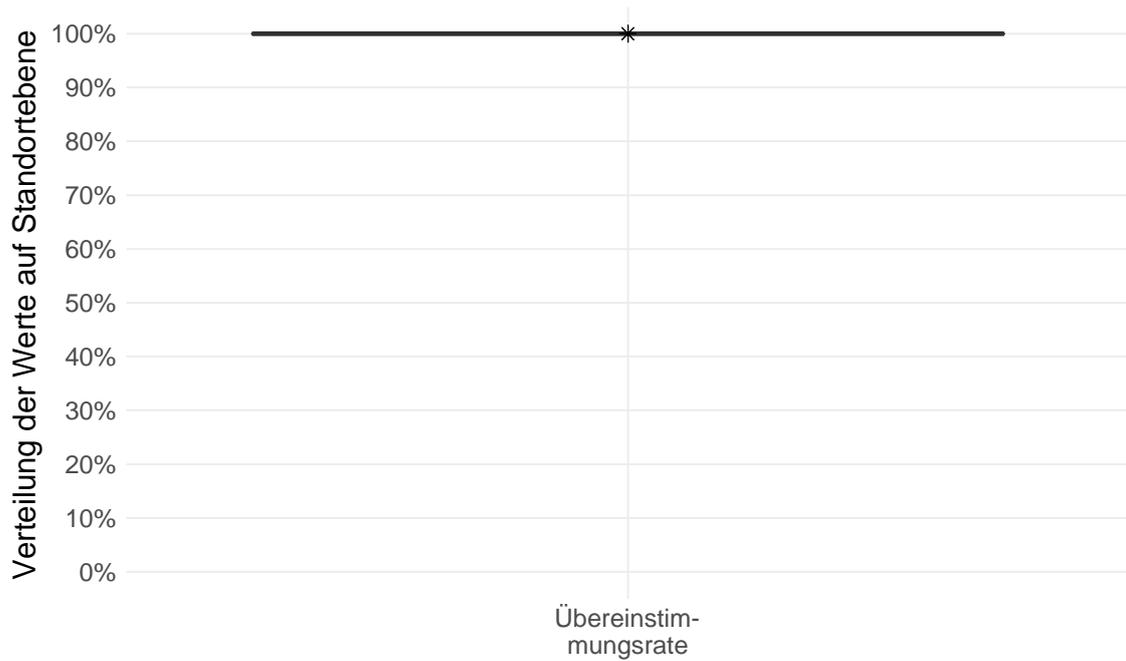


Abbildung 137: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Geschlecht

**3.2.2 Datenfeld 17: Behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	47 100,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	47 100,0 %
	1	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 %
	Gesamt	47 100,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	47 100,0 %

Abbildung 138: Kontingenztafel – behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	4 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	47 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 47
Sensitivität	100 %	0 / 0
Spezifität	100 %	47 / 47
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	47 / 47

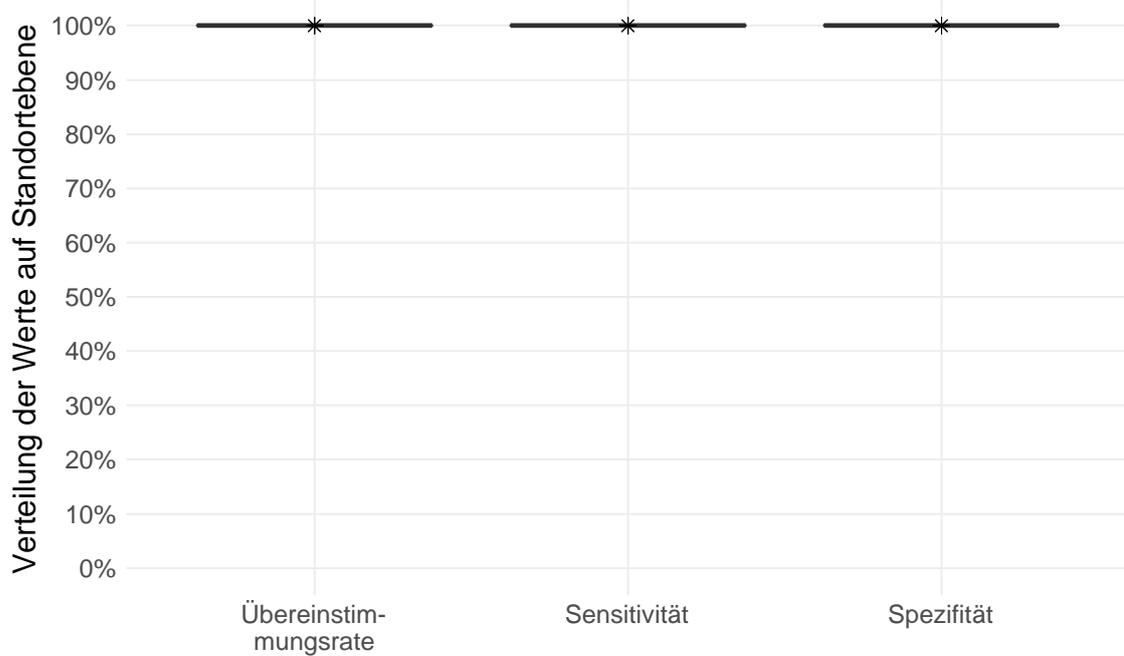


Abbildung 139: Verteilung der Übereinstimmungsraten – behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)

**3.2.3 Datenfeld 18: Blutung**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	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%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%

Abbildung 140: Kontingenztafel – Blutung

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	0
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0 %	0 / 0
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Sensitivität	100 %	0 / 0
Spezifität	0 %	0 / 0
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	0 %	0 / 0

**3.2.4 Datenfeld 19: Reoperation erforderlich**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	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%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%

Abbildung 141: Kontingenztafel – Reoperation erforderlich

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	0
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0 %	0 / 0
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Sensitivität	100 %	0 / 0
Spezifität	0 %	0 / 0
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	0 %	0 / 0

**3.2.5 Datenfeld 20: Sonstige Komplikationen**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	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%
	nicht in QS-Dokumentation	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Gesamt	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%

Abbildung 142: Kontingenztafel – sonstige Komplikationen

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	0
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0 %	0 / 0
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Sensitivität	100 %	0 / 0
Spezifität	0 %	0 / 0
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	0 %	0 / 0

**3.2.6 Datenfeld 21: Spender bei Entlassung dialysepflichtig?**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	47 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	47 100,0%
	1	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%
	Gesamt	47 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	47 100,0%

Abbildung 143: Kontingenztafel – Spender bei Entlassung dialysepflichtig?

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	4 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	47 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 47
Sensitivität	100 %	0 / 0
Spezifität	100 %	47 / 47
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	47 / 47

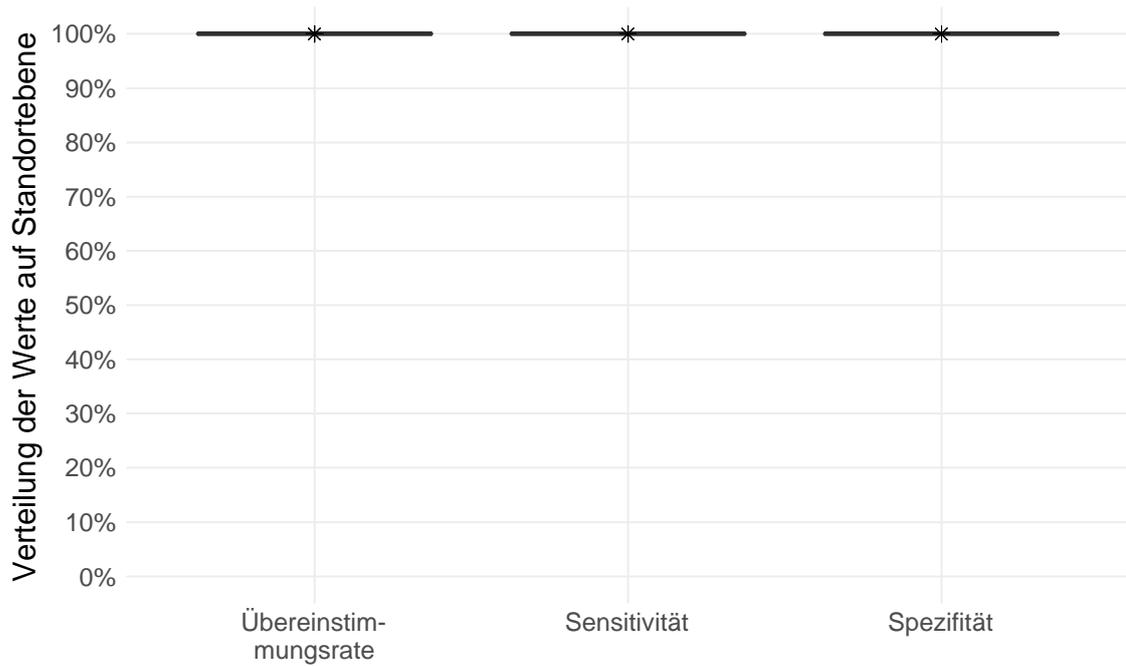


Abbildung 144: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Spender bei Entlassung dialysepflichtig?

**3.2.7 Datenfeld: 29 Entlassungsgrund**

		Angaben in Patientenakte			
		0	1	aus PA nicht ersichtlich*	Gesamt
Angaben in QS-Dokumentation	0	47 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	47 100,0%
	1	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%
	Gesamt	47 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	47 100,0%

Abbildung 145: Kontingenztafel – Entlassungsgrund

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	4 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	47 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 47
Sensitivität	100 %	0 / 0
Spezifität	100 %	47 / 47
Positiv prädiktiver Wert	100 %	0 / 0
Negativ prädiktiver Wert	100 %	47 / 47

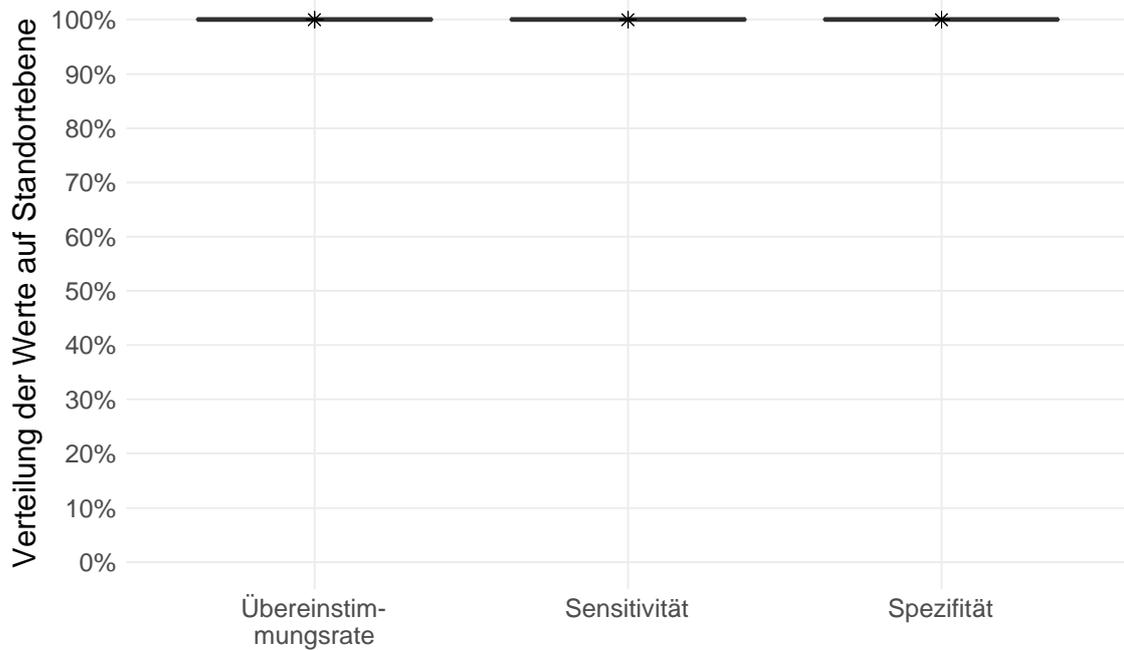


Abbildung 146: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Entlassungsgrund

### 3.2.8 Datenfeld: Geburtsjahr

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 4

	%	Anzahl
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	4 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	47 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 47

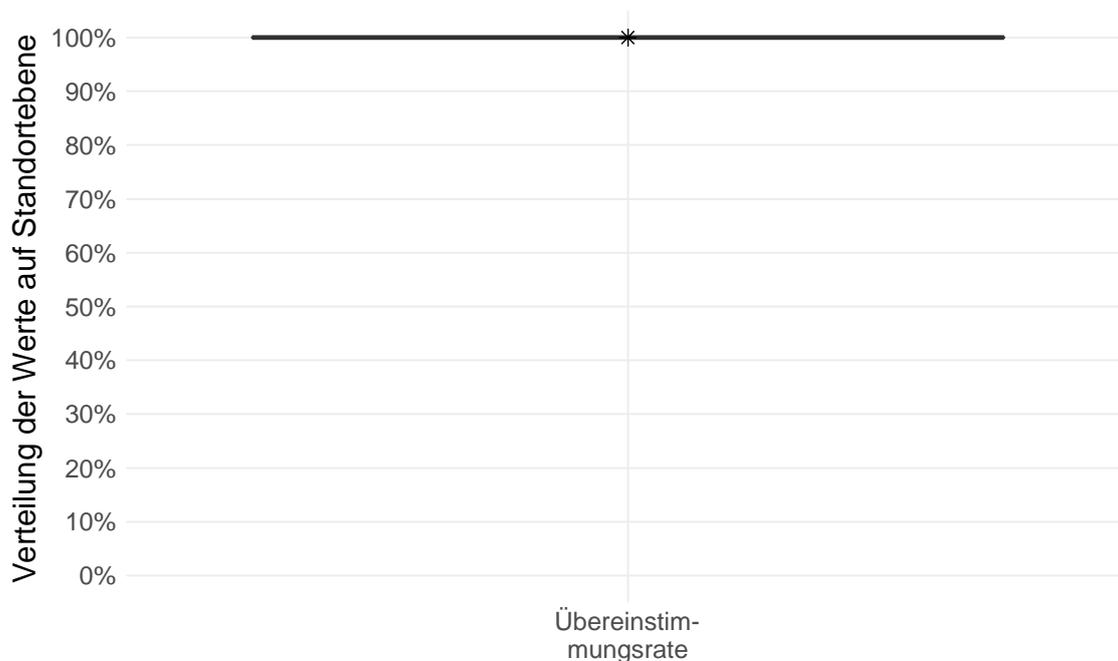


Abbildung 147: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Geburtsjahr

### 3.2.9 Datenfeld 9 – Körpergröße

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	93,6 %	44 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	6,4 %	3 / 47

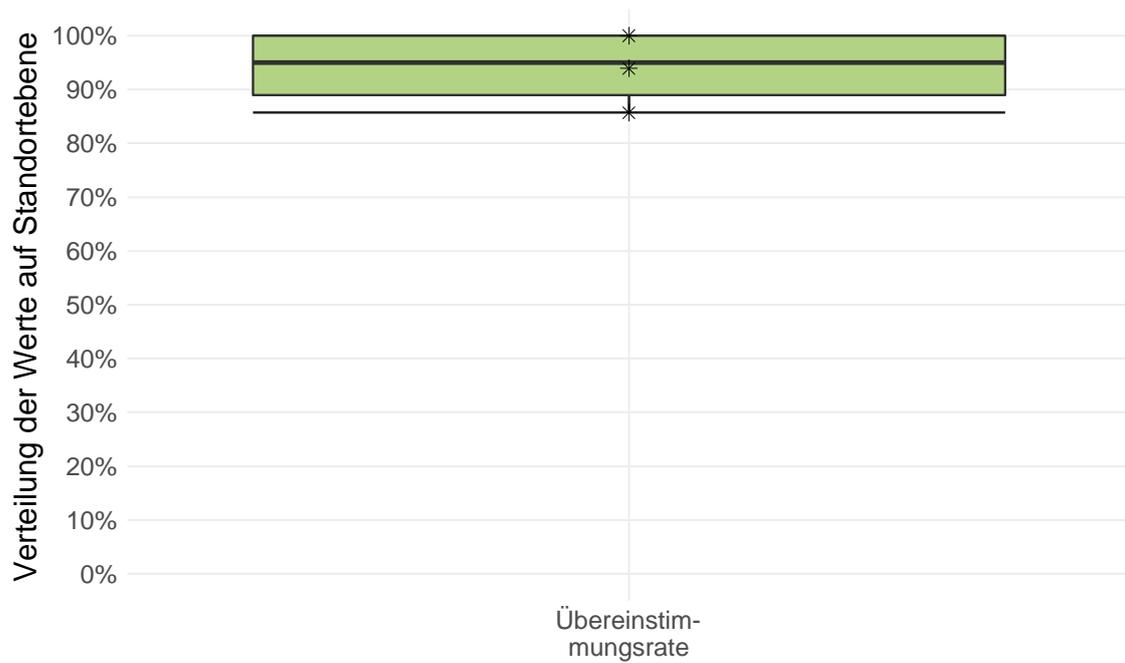


Abbildung 148: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Körpergröße

### 3.2.10 Datenfeld 10: Körpergewicht bei Aufnahme

	%	Anzahl
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	87,2 %	41 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	12,8 %	6 / 47
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0

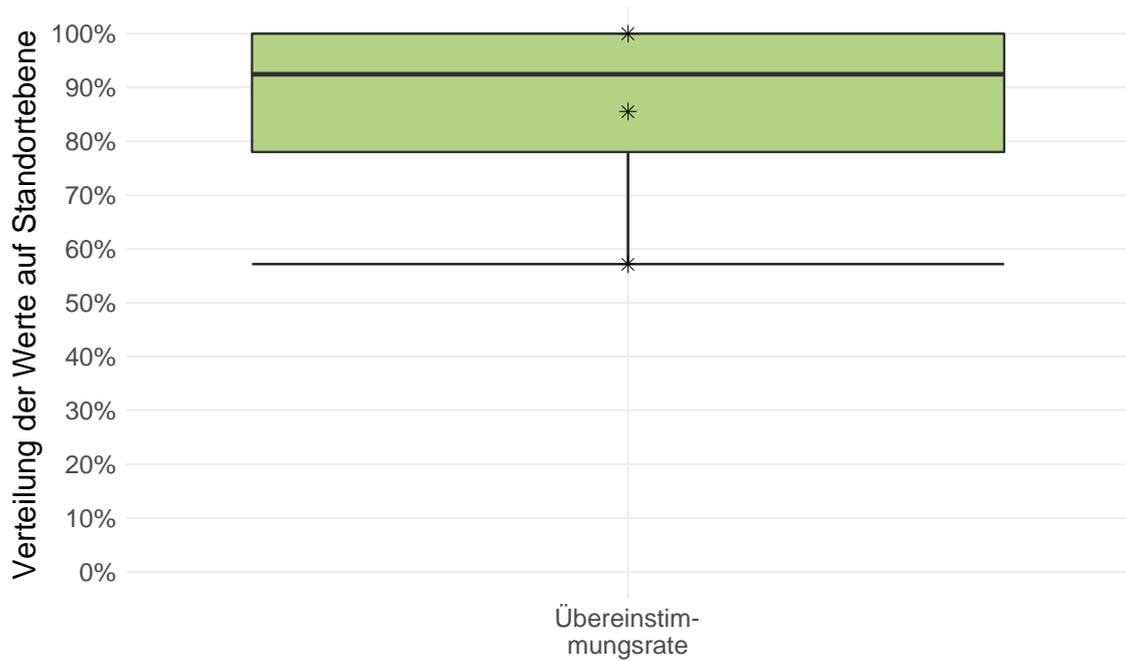


Abbildung 149: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Körpergewicht bei Aufnahme

### 3.2.11 Datenfeld 12: Kreatininwert i.S. in mg/dl

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	91,5 %	43 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	8,5 %	4 / 47

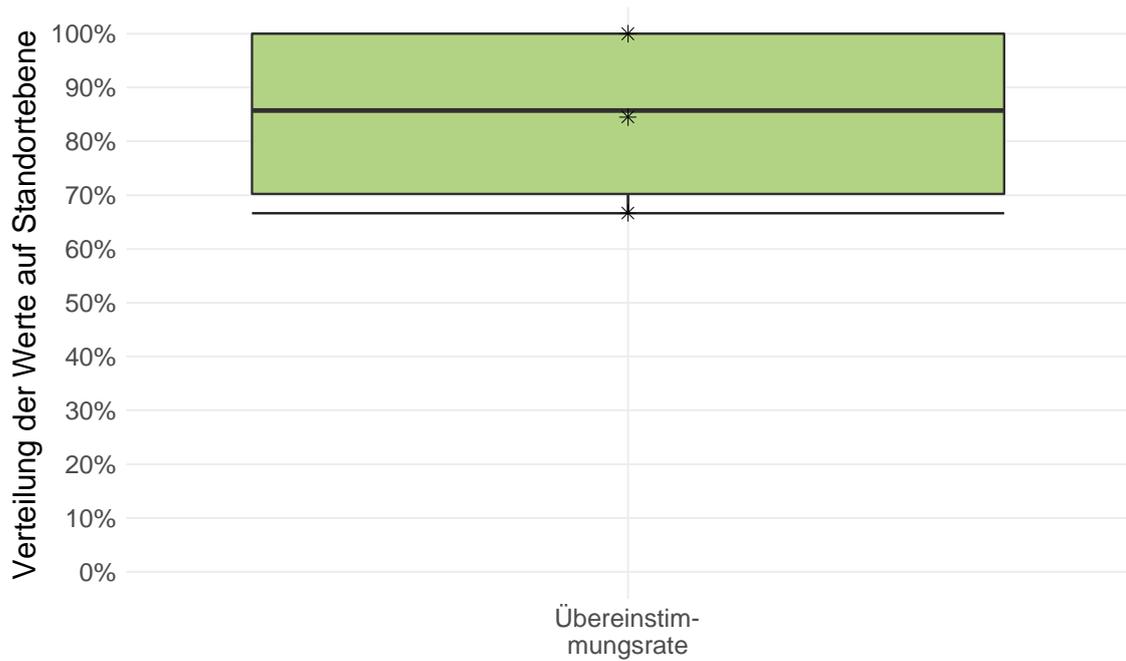


Abbildung 150: Verteilung der Übereinstimmungsrate – Kreatininwert i.S. in mg/dl

### 3.2.12 Datenfeld 13: Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	0
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0 %	0 / 0
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0

### 3.2.13 Datenfeld 14: OP-Datum

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	100 %	4 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	100 %	47 / 47

	%	Anzahl
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 47

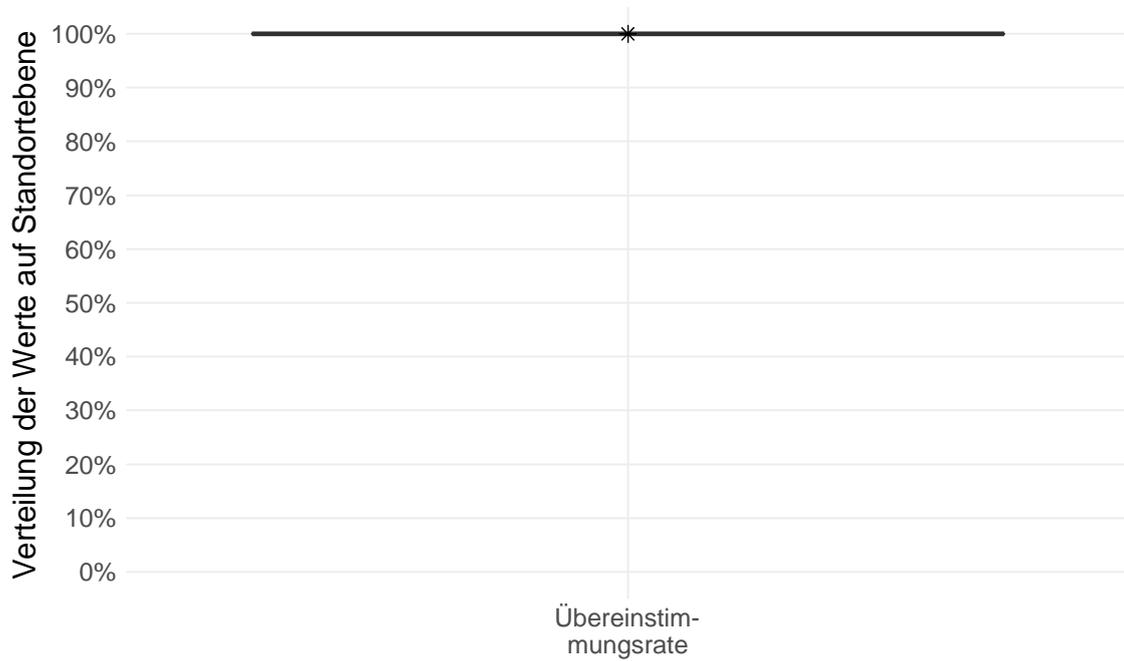


Abbildung 151: Verteilung der Übereinstimmungsraten – OP-Datum

**3.2.14 Datenfeld 22: Kreatininwert i.S. in mg/dl (postoperativ)**

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	47
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 47
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	25,0 %	1 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	75,0 %	3 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	97,9 %	46 / 47
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	2,1 %	1 / 47

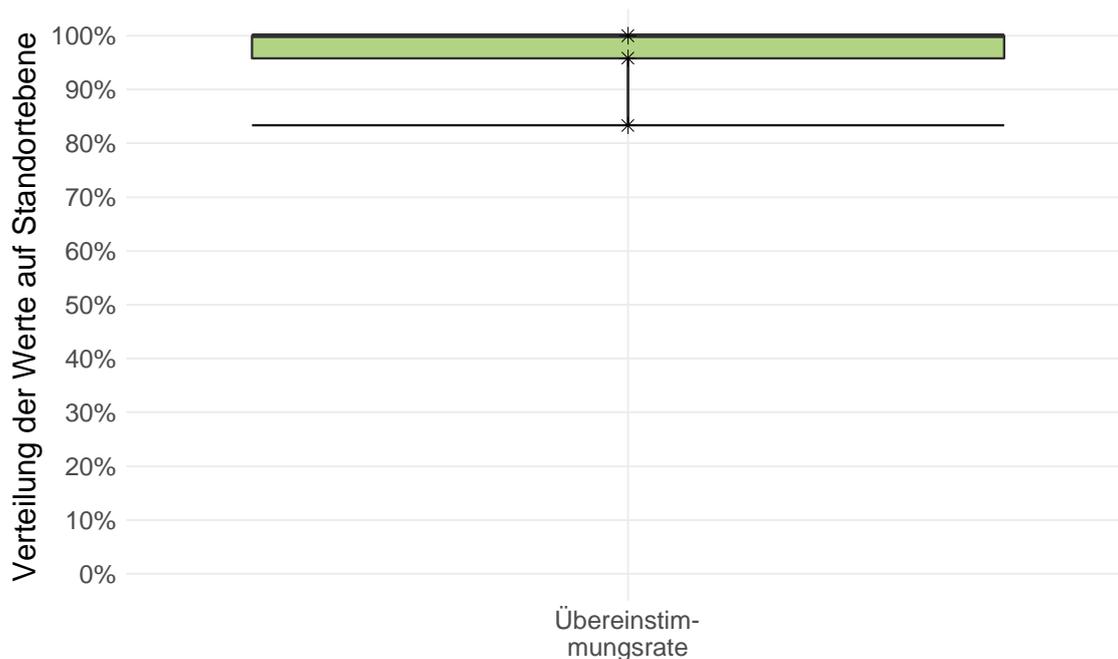


Abbildung 152: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Kreatininwert i.S. in mg/dl (postoperativ)

**3.2.15 Datenfeld 23: Kreatininwert i.S. in µmol/l (postoperativ)**

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	0
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0 %	0 / 0
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0

**3.2.16 Datenfeld 24: Albumin i. U.**

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	45
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 45
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	50,0 %	2 / 4
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	86,7 %	39 / 45

	%	Anzahl
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	13,3 %	6 / 45

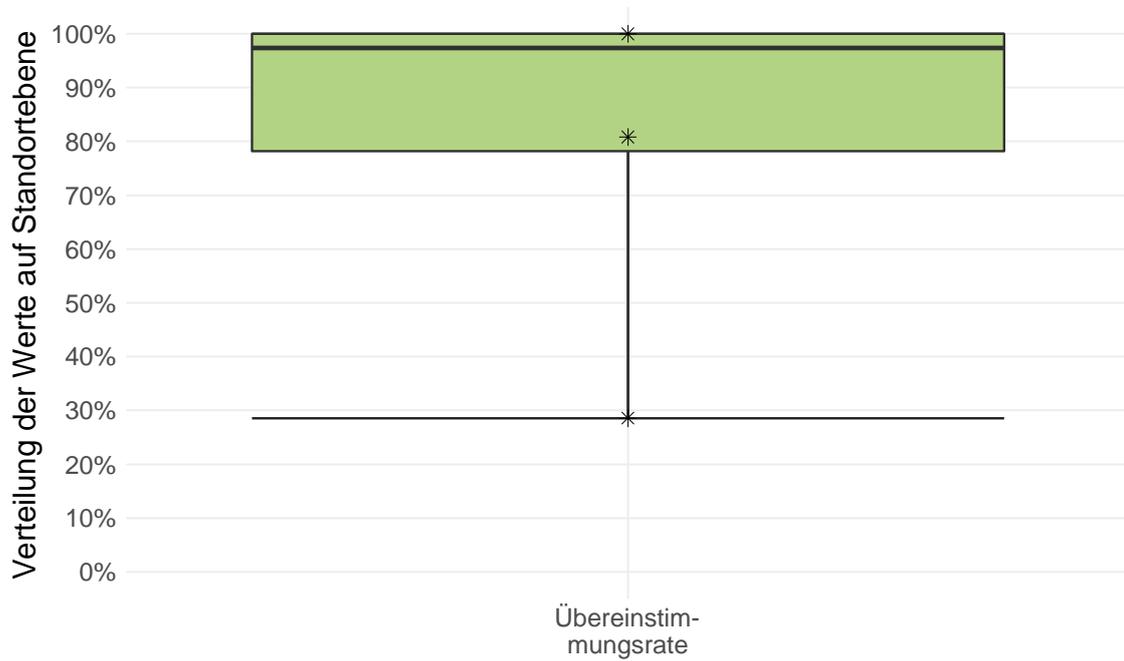


Abbildung 153: Verteilung der Übereinstimmungsraten – Albumin i. U.

### 3.2.17 Datenfeld 25: Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.

	%	Anzahl
Grundgesamtheit	100 %	0
Angabe nicht aus Patientenakte ersichtlich	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte mit Abweichungen	0 %	0 / 0
Anzahl Krankenhausstandorte ohne Abweichungen	0 %	0 / 0
Übereinstimmung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0
Abweichung Patientenakte und QS-Dokumentation	0 %	0 / 0

## 4 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

### 4.1 Beschreibung der Auffälligkeitskriterien

Tabelle 3: Beschreibung der AKs zur Plausibilität und Vollständigkeit.

QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	AK-ID	Bezeichnung
Herzschrittmacher-Implantation	813070	häufig führendes Symptom „sonstiges“
Herzschrittmacher-Implantation	813071	häufig führende Indikation „sonstiges“
Herzschrittmacher-Implantation	813072*	Unterdokumentation von GKV-Patienten
Herzschrittmacher-Aggregat- wechsel	813073*	Unterdokumentation von GKV-Patienten
Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation	850339	Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' oder fehlende Angabe zur Art des Vorgehens bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen
Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation	813074	Unterdokumentation von GKV-Patienten
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	850317	häufige Angabe von ASA 5
Karotis-Revaskularisation	850332	häufige Angabe von ASA 4 bei asymptomatischen Patienten
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	850312	nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Geburtshilfe	850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten
Geburtshilfe	850224*	häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess
Hüftgelenknahe Femurfraktur (mit osteosynthetischer Versorgung)	850350	nie Komplikationen bei hoher Verweildauer
Mammachirurgie	813068	auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie

QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	AK-ID	Bezeichnung
Mammachirurgie	850364	häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“
Mammachirurgie	850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“
Mammachirurgie	850367	häufige Angabe „(y)pNX“
Mammachirurgie	850365	häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust
Mammachirurgie	850372*	häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“
Pflege: Dekubitusprophylaxe	850359	häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitus Grad/Kategorie 1)
Pflege: Dekubitusprophylaxe	850361	häufige Angabe „Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“
Pflege: Dekubitusprophylaxe	850362	kurze Verweildauer bei Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 und kein Dekubitus bei Aufnahme oder Entlassung
Koronarchirurgie, isoliert	813165	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
Koronarchirurgie, isoliert	850373*	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	811809	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	850371*	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850353	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	850328*	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	850354	Todesfälle mit Angabe „sonstige Operation“
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	850374*	ungewöhnlich hohes Risikoprofil
Hüftendoprothesenversorgung	850376*	Unterdokumentation von GKV-Patienten
Herztransplantation	850293	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
Herztransplantation	850294	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	AK-ID	Bezeichnung
Herztransplantation	850295	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Knieendoprothesenversorgung	850305*	Angabe von ASA 5
Knieendoprothesenversorgung	850306*	häufige Angabe von ASA 4 bei elektiven Eingriffen
Knieendoprothesenversorgung	850307*	häufige Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- und/oder postoperativer Komplikationen
Knieendoprothesenversorgung	850311*	häufig keine Komplikationen bei hoher Verweildauer
Knieendoprothesenversorgung	850336*	häufige Angabe von Entlassungsdiagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur
Knieendoprothesenversorgung	850375*	Unterdokumentation von GKV-Patienten
Leberlebendspende	850260	Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up
Leberlebendspende	850261	Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up
Leberlebendspende	850262	Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up
Lebertransplantation	850299	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
Lebertransplantation	850300	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
Lebertransplantation	850301	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	850302	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	850303	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	850304	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up
Nierenlebendspende	850232*	häufig weder Albumin- noch Kreatininwert angegeben bzw. plausibel
Ambulant erworbene Pneumonie	811821*	Häufige Angabe, dass in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass während des Aufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde.
Ambulant erworbene Pneumonie	811822*	häufige Angabe von chronischer Bettlägerigkeit
Ambulant erworbene Pneumonie	811825*	häufig gleicher Wert bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“
Ambulant erworbene Pneumonie	811826*	häufige Angabe von $\geq 30$ Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“

QS-Verfahren/ Auswertungsmodul	AK-ID	Bezeichnung
Ambulant erworbene Pneumonie	811827*	häufige Angabe initiale antimikrobielle Therapie vor erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten	850308	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten	850309	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Nierentransplantation: Dokumentationsraten	850310	häufige Angabe eines unbekanntem Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

\* Im EJ 2016 neu eingeführte AKs.

## 4.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Auffälligkeitskriterium

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813070	831	37	4,5	0	0	14	37,8	23	62,2	0	0	0	0	0	0	1	2,7
09n1-HSM-IMPL	813071	819	49	6	0	0	20	40,8	29	59,2	0	0	1	2,0	0	0	4	8,2
09n1-HSM-IMPL	813072	986	104	10,5	1	1,0	54	51,9	49	47,1	0	0	0	0	0	0	0	0
09n2-HSM- AGGW	813073	842	55	6,5	1	1,8	30	54,5	24	43,6	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	850339	636	11	1,7	0	0	4	36,4	7	63,6	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	813074	805	85	10,6	1	1,2	45	52,9	39	45,9	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850313	574	25	4,4	0	0	10	40,0	15	60,0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850314	562	5	0,9	0	0	1	20,0	4	80,0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850315	568	18	3,2	0	0	8	44,4	10	55,6	0	0	0	0	0	0	1	5,6
09n4-DEFI-IMPL	850317	731	7	1	1	14,3	1	14,3	5	71,4	0	0	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	850332	337	29	8,6	0	0	5	17,2	24	82,8	0	0	0	0	0	0	1	3,4
15n1-GYN-OP	850312	527	7	1,3	0	0	3	42,9	4	57,1	0	0	0	0	0	0	0	0
16n1-GEBH	850318	678	49	7,2	0	0	6	12,2	43	87,8	0	0	0	0	0	0	2	4,1
16n1-GEBH	850224	706	33	4,7	1	3,0	11	33,3	21	63,6	0	0	0	0	0	0	2	6,1

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17n1-HÜFT- FRAK	850350	564	39	6,9	0	0	14	35,9	25	64,1	0	0	0	0	0	0	2	5,1
18n1-MAMMA	850363	616	25	4,1	0	0	2	8,0	23	92,0	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	850364	603	16	2,7	0	0	3	18,8	13	81,3	0	0	0	0	0	0	1	6,3
18n1-MAMMA	813068	729	44	6	0	0	1	2,3	43	97,7	0	0	1	2,3	1	2,3	3	6,8
18n1-MAMMA	850367	736	50	6,8	0	0	13	26,0	37	74,0	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	850365	773	31	4	0	0	9	29,0	22	71,0	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	850372	600	21	3,5	0	0	0	0	21	100	0	0	0	0	0	0	0	0
DEK	850359	1.438	76	5,3	0	0	12	15,8	64	84,2	0	0	0	0	0	0	2	2,6
DEK	850361	1.403	64	4,6	0	0	0	0	64	100	0	0	0	0	0	0	4	6,3
DEK	850362	626	14	2,2	0	0	4	28,6	10	71,4	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT-CHIR	811809	56	4	7,1	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT-CHIR	850371	86	4	4,7	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT- KATH	850353	31	1	3,2	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT- KATH	850283	97	3	3,1	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KCH	813165	48	2	4,2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCH-KCH	850373	88	6	6,8	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KOMB	850354	45	2	4,4	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KOMB	850374	83	2	2,4	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	850376	1.101	67	6,1	0	0	31	46,3	36	53,7	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850293	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850294	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850295	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850305	1.100	15	1,4	0	0	0	0	15	100	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850306	865	24	2,8	0	0	1	4,2	23	95,8	0	0	0	0	0	0	3	12,5
KEP	850307	938	13	1,4	0	0	2	15,4	11	84,6	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850311	799	118	14,8	0	0	55	46,6	63	53,4	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850336	1.099	18	1,6	0	0	3	16,7	15	83,3	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850375	1.023	37	3,6	0	0	8	21,6	29	78,4	0	0	0	0	0	0	0	0
LLS	850241	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LLS	850242	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LLS	850260	11	2	18,2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
LLS	850261	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LLS	850262	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LTX	850299	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LTX	850300	23	2	8,7	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
LTX	850301	24	2	8,3	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850302	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850303	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850304	16	1	6,3	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
NLS	850232	38	17	44,7	0	0	0	0	17	100	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	811821	1.365	19	1,4	0	0	1	5,3	18	94,7	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	811822	1.343	65	4,8	0	0	9	13,8	56	86,2	0	0	0	0	0	0	2	3,1
PNEU	811825	1.321	42	3,2	0	0	21	50,0	21	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	811826	1.312	37	2,8	0	0	2	5,4	35	94,6	0	0	0	0	0	0	3	8,1
PNEU	811827	1.345	8	0,6	0	0	3	37,5	5	62,5	0	0	0	0	0	0	0	0
PNTX-D	850308	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNTX-D	850309	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNTX-D	850310	38	1	2,6	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>		<b>33.342</b>	<b>1.406</b>	<b>4,3</b>	<b>5</b>	<b>0,3</b>	<b>418</b>	<b>29,1</b>	<b>1.011</b>	<b>70,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0,1</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>31</b>	<b>2,2</b>

### 4.3 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	6.041	243	4,0	0	0	34	14,0	209	86,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	3.919	140	3,6	0	0	44	31,4	96	68,6	0	0	0	0	0	0	1	0,7
Berlin	82	82	100	0	0	19	23,2	63	76,8	0	0	2	2,4	1	1,2	1	1,2
Brandenburg	980	19	1,9	0	0	0	0	19	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	184	7	3,8	0	0	0	0	7	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	700	38	5,4	0	0	14	36,8	24	63,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	2.650	98	3,7	0	0	6	6,1	92	93,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	857	21	2,5	0	0	3	14,3	18	85,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	3.077	100	3,2	0	0	0	0	100	100	0	0	0	0	0	0	9	9,0
Nordrhein-Westfalen	5.009	358	7,1	0	0	244	68,2	114	31,8	0	0	0	0	0	0	20	5,.
Rheinland-Pfalz	2.096	80	3,8	0	0	7	8,8	73	91,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	513	12	2,3	0	0	0	0	12	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	1.932	54	2,8	0	0	2	3,7	52	96,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	1.013	40	3,9	4	10,0	21	52,5	15	37,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	1.181	42	3,6	1	2,4	9	21,4	32	76,2	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thüringen	1.067	23	2,2	0	0	3	13,0	20	87,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Institut nach § 137a SGB V	899	49	5,5	0	0	0	0	49	100	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>32.200</b>	<b>1.406</b>	<b>4,40</b>	<b>5</b>	<b>0,4</b>	<b>406</b>	<b>28,9</b>	<b>995</b>	<b>70,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0,1</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>31</b>	<b>2,2</b>

#### 4.4 Einstufungen pro Auffälligkeitskriterium

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	813070	37	4	10,8	0	0	15	40,5	0	0	1	2,7	0	0	3	8,1
09n1-HSM-IMPL	813071	49	3	6,1	1	2	21	42,9	0	0	1	2	0	0	3	6,1
09n1-HSM-IMPL	813072	104	0	0	1	1	42	40,4	0	0	6	5,8	0	0	0	0
09n2-HSM-AGGW	813073	55	0	0	0	0	20	36,4	0	0	4	7,3	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	850339	11	2	18,2	0	0	5	45,5	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	813074	85	1	1,2	0	0	32	37,6	1	1,2	5	5,9	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850313	25	0	0	1	4	14	56	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850314	5	1	20	0	0	2	40	0	0	1	20	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850315	18	1	5,6	2	11,1	6	33,3	0	0	1	5,6	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
09n4-DEFI-IMPL	850317	7	2	28,6	0	0	3	42,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	850332	29	14	48,3	1	3,4	7	24,1	0	0	2	6,9	0	0	0	0	0
15n1-GYN-OP	850312	7	3	42,9	1	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16n1-GEBH	850318	49	17	34,7	5	10,2	17	34,7	0	0	3	6,1	0	0	1	2	
16n1-GEBH	850224	33	1	3	0	0	17	51,5	0	0	2	6,1	0	0	1	3	
17n1-HÜFT-FRAK	850350	39	10	25,6	1	2,6	8	20,5	0	0	4	10,3	0	0	2	5,1	
18n1-MAMMA	850363	25	2	8	5	20	15	60	0	0	0	0	0	0	1	4	
18n1-MAMMA	850364	16	1	6,3	0	0	11	68,8	0	0	1	6,3	0	0	0	0	
18n1-MAMMA	813068	44	9	20,5	2	4,5	29	65,9	0	0	2	4,5	0	0	1	2,3	
18n1-MAMMA	850367	50	11	22	5	10	18	36	0	0	2	4	0	0	1	2	
18n1-MAMMA	850365	31	15	48,4	0	0	6	19,4	1	3,2	0	0	0	0	0	0	
18n1-MAMMA	850372	21	1	4,8	5	23,8	13	61,9	1	4,8	1	4,8	0	0	0	0	
DEK	850359	76	1	1,3	0	0	56	73,7	0	0	3	3,9	0	0	4	5,3	
DEK	850361	64	4	6,3	0	0	47	73,4	0	0	5	7,8	0	0	8	12,5	
DEK	850362	14	0	0	0	0	9	64,3	0	0	1	7,1	0	0	0	0	
HCH-AORT-CHIR	811809	4	2	50	0	0	2	50	0	0	0	0	0	0	0	0	
HCH-AORT-CHIR	850371	4	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
HCH-AORT-KATH	850353	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT-KATH	850283	3	1	33,3	0	0	2	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KCH	813165	2	1	50	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KCH	850373	6	1	16,7	0	0	4	66,7	1	16,7	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KOMB	850354	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-KOMB	850374	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	850376	67	1	1,5	0	0	30	44,8	2	3	3	4,5	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850293	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850294	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850295	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850305	15	0	0	2	13,3	12	80	1	6,7	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850306	24	7	29,2	0	0	15	62,5	0	0	1	4,2	0	0	0	0	0
KEP	850307	13	2	15,4	0	0	8	61,5	0	0	0	0	0	0	1	7,7	0
KEP	850311	118	39	33,1	0	0	21	17,8	0	0	2	1,7	0	0	1	0,8	0
KEP	850336	18	2	11,1	0	0	13	72,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850375	37	0	0	1	2,7	18	48,6	2	5,4	7	18,9	0	0	1	2,7	0
LLS	850260	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
LLS	850261	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LLS	850262	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LTX	850299	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LTX	850300	2	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	1	50	0	0	0
LTX	850301	2	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	1	50	0	0	0
LUTX	850302	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850303	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850304	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0
NLS	850232	17	1	5,9	1	5,9	14	82,4	0	0	0	0	1	5,9	0	0	0
PNEU	811821	19	12	63,2	0	0	4	21,1	0	0	1	5,3	0	0	1	5,3	0
PNEU	811822	65	36	55,4	1	1,5	17	26,2	0	0	0	0	0	0	2	3,1	0
PNEU	811825	42	6	14,3	0	0	12	28,6	0	0	1	2,4	0	0	2	4,8	0
PNEU	811826	37	20	54,1	0	0	14	37,8	0	0	0	0	0	0	1	2,7	0
PNEU	811827	8	0	0	0	0	2	25	0	0	1	12,5	0	0	2	25	0
PNTX-D	850308	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNTX-D	850309	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNTX-D	850310	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Gesamt</b>		<b>1.406</b>	<b>234</b>	<b>16,6</b>	<b>35</b>	<b>2,5</b>	<b>629</b>	<b>44,7</b>	<b>9</b>	<b>0,6</b>	<b>62</b>	<b>4,4</b>	<b>4</b>	<b>0,3</b>	<b>38</b>	<b>2,7</b>

#### 4.5 Einstufungen pro Bundesland

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	243	52	21,4	0	0	148	60,9	6	2,5	0	0	0	0	3	1,2
Baden-Württemberg	140	11	7,9	0	0	73	52,1	0	0	8	5,7	0	0	4	2,9
Berlin	82	16	19,5	0	0	1	1,2	0	0	44	53,7	0	0	2	2,4
Brandenburg	19	5	26,3	0	0	13	68,4	0	0	1	5,3	0	0	0	0
Bremen	7	2	28,6	1	14,3	4	57,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	38	20	52,6	0	0	4	10,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	98	18	18,4	0	0	68	69,4	0	0	0	0	0	0	6	6,1
Mecklenburg-Vorpommern	21	4	19	0	0	13	61,9	0	0	1	4,8	0	0	0	0
Niedersachsen	100	30	30	1	1	68	68	1	1	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	358	31	8,7	24	6,7	43	12	0	0	1	0,3	0	0	15	4,2
Rheinland-Pfalz	80	18	22,5	0	0	53	66,3	0	0	0	0	0	0	2	2,5

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Saarland	12	3	25	0	0	8	66,7	0	0	0	0	0	0	1	8,3
Sachsen	54	7	13	1	1,9	38	70,4	1	1,9	3	5,6	0	0	2	3,7
Sachsen-Anhalt	40	2	5	7	17,5	2	5	0	0	3	7,5	0	0	1	2,5
Schleswig-Holstein	42	4	9,5	0	0	28	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	23	5	21,7	0	0	15	65,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Institut nach § 137a SGB V	49	6	12,2	1	2	37	75,5	1	2	0	0	4	8,2	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>1.406</b>	<b>234</b>	<b>16,6</b>	<b>35</b>	<b>2,5</b>	<b>616</b>	<b>43,8</b>	<b>9</b>	<b>0,6</b>	<b>61</b>	<b>4,3</b>	<b>4</b>	<b>0,3</b>	<b>36</b>	<b>2,6</b>

## 5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

### 5.1 Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

#### 5.1.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Tabelle 4: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren – Unterdokumentation

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme						
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung		
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
09n1-HSM-IMPL	850097	1.115	21	1,9	0	0	14	66,7	7	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n2-HSM-AGGW	850164	976	11	1,1	0	0	6	54,5	5	45,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	850166	914	29	3,2	1	3,4	11	37,9	17	58,6	0	0	0	0	0	0	0	1	3,4
09n4-DEFI-IMPL	850193	857	4	0,5	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n5-DEFI-AGGW	850196	775	6	0,8	0	0	3	50,0	3	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n6-DEFI-REV	850197	741	12	1,6	0	0	5	41,7	7	58,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	850085	795	10	1,3	0	0	4	40,0	6	60,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15n1-GYN-OP	850099	1.077	8	0,7	0	0	2	25,0	6	75,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16n1-GEBH	850081	868	12	1,4	0	0	7	58,3	5	41,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17n1-HÜFT-FRAK	850351	1.186	13	1,1	0	0	6	46,2	7	53,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18n1-MAMMA	850093	941	12	1,3	0	0	6	50,0	6	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEK	850095	1.508	72	4,8	0	0	18	25,0	54	75,0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT-KATH	850289	98	7	7,1	5	71,4	0	0	2	28,6	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-AORT-KATH	850291	78	8	10,3	3	37,5	0	0	5	62,5	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-D	850253	104	7	6,7	0	0	0	0	7	100	0	0	1	14,3	0	0	0	0
HEP	850272	1.238	19	1,5	0	0	6	31,6	13	68,4	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	850274	1.069	31	2,9	0	0	15	48,4	16	51,6	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	850276	993	299	30,1	2	0,7	106	35,5	191	63,9	0	0	1	0,3	0	0	4	1,3
HTXM-D	850251	54	8	14,8	0	0	0	0	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-MKU	850249	53	7	13,2	7	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HTXM-TX	850239	23	2	8,7	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850348	1.136	10	0,9	0	0	2	20,0	8	80,0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850344	949	29	3,1	0	0	11	37,9	18	62,1	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850346	876	121	13,8	0	0	51	42,1	70	57,9	0	0	0	0	0	0	1	0,8
LTX	850243	22	2	9,1	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850245	17	1	5,9	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NEO	850199	732	20	2,7	0	0	7	35,0	13	65,0	0	0	0	0	0	0	0	0
NLS	850247	38	1	2,6	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	850101	1.328	27	2	1	3,7	3	11,1	23	85,2	0	0	1	3,7	0	0	1	3,7
PNTX-D	850255	40	5	12,5	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>		<b>19.869</b>	<b>814</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>2,6</b>	<b>280</b>	<b>35,3</b>	<b>493</b>	<b>62,1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>0,9</b>

### 5.1.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 5: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – Unterdokumentation

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Bespre- chung		Begehung		Zielverein- barung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	5840	72	1,2	0	0	14	19,4	58	80,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	1702	34	2	0	0	11	32,4	23	67,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	4	4	100	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	12	9	75	0	0	0	0	9	100	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

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Bespre- chung		Begehung		Zielverein- barung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hamburg	294	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	1152	34	3	0	0	7	20,6	27	79,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	377	3	0,8	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	1225	16	1,3	0	0	0	0	16	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	3098	68	2,2	0	0	56	82,4	12	17,6	0	0	1	1,5	0	0	2	2,9
Rheinland-Pfalz	906	16	1,8	0	0	11	68,8	5	31,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	224	9	4	0	0	0	0	9	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	858	4	0,5	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	4	3	75	1	33,3	0	0	2	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	483	6	1,2	1	16,7	5	83,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	8	8	100	0	0	0	0	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Institut nach § 137a SGB V	285	24	8,4	0	0	0	0	24	100	0	0	1	4,2	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>16.472</b>	<b>310</b>	<b>18,8</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>	<b>104</b>	<b>33,5</b>	<b>204</b>	<b>65,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>

### 5.1.3 Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Tabelle 6: Einstufungen pro QS-Verfahren – Unterdokumentation

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	850097	21	0	0	0	0	6	28,6	0	0	0	0	0	0	1	4,8
09n2-HSM-AGGW	850164	11	0	0	0	0	4	36,4	0	0	0	0	0	0	1	9,1
09n3-HSM-REV	850166	29	0	0	1	3,4	13	44,8	0	0	0	0	0	0	3	10,3
09n4-DEFI-IMPL	850193	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n5-DEFI-AGGW	850196	6	0	0	0	0	2	33,3	0	0	0	0	0	0	1	16,7
09n6-DEFI-REV	850197	12	0	0	0	0	6	50,0	1	8,3	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	850085	10	0	0	0	0	6	60,0	0	0	0	0	0	0	0	0
15n1-GYN-OP	850099	8	0	0	0	0	6	75,0	0	0	0	0	0	0	0	0
16n1-GEBH	850081	12	0	0	0	0	5	41,7	0	0	0	0	0	0	0	0
17n1-HÜFT-FRAK	850351	13	0	0	0	0	7	53,8	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	850093	12	0	0	1	8,3	5	41,7	0	0	0	0	0	0	0	0
DEK	850095	72	2	2,8	1	1,4	47	65,3	0	0	2	2,8	0	0	2	2,8
HCH-D	850253	7	0	0	0	0	6	85,7	0	0	0	0	0	0	1	14,3
HEP	850272	19	0	0	0	0	9	47,4	1	5,3	0	0	0	0	3	15,8
HTXM-D	850251	8	0	0	0	0	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
KEP	850348	10	0	0	0	0	5	50,0	1	10,0	0	0	0	0	2	20,0
LTX	850243	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850245	1	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEO	850199	732	20	2,7	0	0	7	35,0	13	65,0	0	0	0	0	0	0
NLS	850247	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	850101	27	4	14,8	0	0	16	59,3	2	7,4	1	3,7	0	0	0	0
PNTX-D	850255	5	1	20,0	0	0	4	80,0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>		<b>310</b>	<b>15</b>	<b>2,2</b>	<b>4</b>	<b>1,3</b>	<b>165</b>	<b>52,5</b>	<b>5</b>	<b>1,6</b>	<b>3</b>	<b>1,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>4,5</b>

#### 5.1.4 Einstufungen pro Bundesland

Tabelle 7: Einstufungen pro Bundesland – Unterdokumentation

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bayern	72	1	1,4	0	0	53	73,6	4	5,6	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	34	0	0	1	2,9	21	61,8	0	0	0	0	0	0	1	2,9	0
Berlin	4	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Brandenburg	9	0	0	0	0	9	100	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
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	34	0	0	0	0	27	79,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	3	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	16	0	0	0	0	15	93,8	1	6,3	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	68	1	1,5	0	0	5	7,4	0	0	1	1,5	0	0	5	7,4	
Rheinland-Pfalz	16	0	0	0	0	3	18,8	0	0	2	12,5	0	0	0	0	
Saarland	9	0	0	0	0	1	11,1	0	0	0	0	0	0	8	88,9	
Sachsen	4	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sachsen-Anhalt	3	0	0	2	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Schleswig-Holstein	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Thüringen	8	0	0	0	0	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
Institut nach § 137a SGB V	24	1	4,2	1	4,2	21	87,5	0	0	0	0	0	0	1	4,2	
<b>Gesamt</b>	<b>310</b>	<b>7</b>	<b>2,3</b>	<b>4</b>	<b>1,3</b>	<b>170</b>	<b>54,8</b>	<b>5</b>	<b>1,6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>4,8</b>	

## 5.2 Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

### 5.2.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Tabelle 8: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren – Überdokumentation

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme						
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung		
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
09n1-HSM-IMPL	850098	796	4	0,5	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	1	25,0
09n2-HSM-AGGW	850165	594	7	1,2	0	0	3	42,9	4	57,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	850167	524	1	0,2	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850194	532	1	0,2	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n5-DEFI-AGGW	850195	430	1	0,2	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n6-DEFI-REV	850198	369	2	0,5	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	850086	433	2	0,5	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15n1-GYN-OP	850100	797	1	0,1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16n1-GEBH	850082	569	2	0,4	0	0	1	50,0	1	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17n1-HÜFT-FRAK	850352	912	14	1,5	0	0	3	21,4	11	78,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	850094	637	1	0,2	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEK	850096	1.374	35	2,5	0	0	15	42,9	20	57,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	850273	992	6	0,6	0	0	1	16,7	5	83,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme						
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung		
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
HTXM-D	850252	54	2	3,7	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850349	861	3	0,3	0	0	1	33,3	2	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LUTX	850246	17	1	5,9	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEO	850200	390	8	2,1	0	0	5	62,5	3	37,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NLS	850248	37	1	2,7	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	850102	1.141	28	2,5	0	0	9	32,1	19	67,9	0	0	0	0	1	3,6	1	3,6	0
<b>Gesamt</b>	-	<b>11.145</b>	<b>120</b>	<b>1,0</b>	<b>3</b>	<b>2,6</b>	<b>36</b>	<b>31,3</b>	<b>76</b>	<b>66,1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>	

## 5.2.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 9: Durchgeführte Maßnahme pro Bundesland – Überdokumentation

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme							
		n	%	n	%	Hinweis		Stellung- nahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung			
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Bayern	2598	11	0,4	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	1702	8	0,5	0	0	2	25	6	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	8	8	100	0	0	0	0	8	100	0	0	0	0	1	12,5	1	12,5	0	0

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maß- nahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellung- nahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinba- rung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brandenburg	6	5	83,3	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	3	3	100	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	297	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	1154	25	2,2	0	0	9	36	16	64	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	375	1	0,3	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	211	4	1,9	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	2526	29	1,1	0	0	24	82,8	5	17,2	0	0	0	0	0	0	1	3,4
Rheinland-Pfalz	906	6	0,7	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	224	2	0,9	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	858	6	0,7	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	3	3	100	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	478	4	0,8	0	0	1	25	3	75	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	2	1	50	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Institut nach § 137a SGB V	283	4	1,4	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>4317</b>	<b>120</b>	<b>2,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>41</b>	<b>34,2</b>	<b>79</b>	<b>65,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>

### 5.2.3 Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Tabelle 10: Einstufungen pro QS Verfahren – AKs zur Überdokumentation

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges					
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99			
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
09n1-HSM-IMPL	850098	4	1	25 %	0	0 %	2	50 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	25 %
09n2-HSM-AGGW	850165	7	0	0 %	0	0 %	4	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
09n3-HSM-REV	850167	1	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
09n4-DEFI-IMPL	850194	1	0	0 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
09n5-DEFI-AGGW	850195	1	0	0 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
09n6-DEFI-REV	850198	2	0	0 %	0	0 %	2	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
10n2-KAROT	850086	2	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
15n1-GYN-OP	850100	1	0	0 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
16n1-GEBH	850082	2	0	0 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
17n1-HÜFT-FRAK	850352	14	0	0 %	1	9 %	7	64 %	1	9 %	1	9 %	0	0 %	0	0 %	1	9 %
18n1-MAMMA	850094	1	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
DEK	850096	35	0	0 %	0	0 %	18	90 %	0	0 %	1	5 %	0	0 %	0	0 %	1	5 %
HEP	850273	6	0	0 %	0	0 %	2	40 %	0	0 %	1	20 %	0	0 %	0	0 %	2	40 %
HTXM-D	850252	2	0	0 %	0	0 %	2	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
KEP	850349	3	0	0 %	0	0 %	1	50 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	50 %

Modul	AK-ID	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
			U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LUTX	850246	1	0	0 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
NEO	850200	8	0	0 %	0	0 %	1	33 %	0	0 %	1	33 %	0	0 %	1	33 %
NLS	850248	1	0	0 %	0	0 %	1	100 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
PNEU	850102	28	6	32 %	0	0 %	10	53 %	1	5 %	2	11 %	0	0 %	0	0 %
<b>Gesamt</b>		<b>120</b>	<b>8</b>	<b>7,0</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>54</b>	<b>47,4</b>	<b>2</b>	<b>1,8</b>	<b>5</b>	<b>4,4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>5,3</b>

#### 5.2.4 Einstufungen pro Bundesland

Tabelle 11: Einstufungen pro Bundesland – Überdokumentation

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bayern	11	0	0	0	0	9	81,8	1	9,1	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	8	1	12,5	0	0	5	62,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	8	6	75	0	0	0	0	0	0	2	25	0	0	0	0	0
Brandenburg	5	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	0	0	0	0	0
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hessen	25	0	0	0	0	11	44	0	0	0	0	0	0	5	20
Mecklenburg-Vorpommern	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	4	0	0	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	29	1	3,4	1	3,4	1	3,4	0	0	1	3,4	0	0	1	3,4
Rheinland-Pfalz	6	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	6	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	4	0	0	0	0	2	50	0	0	0	0	0	0	1	25
Thüringen	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Institut nach § 137a SGB V	4	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>120</b>	<b>8</b>	<b>6,7</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>	<b>55</b>	<b>45,8</b>	<b>2</b>	<b>1,7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>5,8</b>

## 5.3 Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz

### 5.3.1 Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Tabelle 12: Durchgeführte Maßnahmen pro QS-Verfahren – MDS

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	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	847	9	1,1	0	0	6	66,7	3	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
09n2-HSM-AGGW	850218	693	1	0,1	0	0	0	0,0	1	100,0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	850219	620	9	1,5	0	0	5	55,6	4	44,4	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	850220	568	4	0,7	0	0	3	75,0	1	25,0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n5-DEFI-AGGW	850221	475	2	0,4	0	0	1	50,0	1	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n6-DEFI-REV	850222	419	3	0,7	0	0	2	66,7	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	850223	475	14	2,9	0	0	4	28,6	10	71,4	0	0	0	0	0	0	0	0
15n1-GYN-OP	850225	810	7	0,9	0	0	6	85,7	1	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0
16n1-GEBH	850226	560	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	850227	664	12	1,8	0	0	6	50,0	6	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEU	850229	1126	12	1,1	0	0	6	50,0	6	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0
DEK	850230	1361	0	1,3	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-D	850281	103	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Modul	AK-ID	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
			n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
							n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17n1-HÜFT-FRAK	850368	935	5	0,5	0	0	2	40,0	3	60,0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	850369	1002	7	0,7	0	0	3	42,9	4	57,1	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	850370	879	6	0,7	0	0	1	16,7	5	83,3	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	-	<b>9.513</b>	<b>91</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>45</b>	<b>49,5</b>	<b>46</b>	<b>50,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### 5.3.2 Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland

Tabelle 13: Durchgeführte Maßnahmen pro Bundesland – MDS

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
						n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bayern	2.524	14	0,6	0	0	3	21,4	11	78,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	1.632	9	0,6	0	0	4	44,4	5	55,6	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	6	6	100	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	9	3	33,3	0	0	0	0	3	100	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
Hamburg	280	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	1.111	9	0,8	0	0	5	55,6	4	44,4	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Indikator- ergebnisse	Rechnerische Auffälligkeit		Keine Maßnahme		Eingeleitete Maßnahme						Weiterführende Maßnahme					
		n	%	n	%	Hinweis		Stellungnahme		Sonstiges		Besprechung		Begehung		Zielvereinbarung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecklenburg-Vorpommern	362	1	0,3	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	62	4	6,5	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	3.054	27	0,9	0	0	25	92,6	2	7,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Rheinland-Pfalz	881	4	0,5	0	0	3	75	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	216	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	816	5	0,6	0	0	0	0	5	100	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
Schleswig-Holstein	477	5	1	0	0	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	4	4	100	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Institut nach § 137a SGB V	103	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>11.537</b>	<b>91</b>	<b>0,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>45</b>	<b>49,5</b>	<b>46</b>	<b>50,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### 5.3.3 Einstufungen pro QS-Verfahren/Auswertungsmodul

Tabelle 14: Einstufungen pro QS-Verfahren – MDS

Modul	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges			
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
09n1-HSM-IMPL	9	2	22,2	0	0	0	50	0	0	1	11,1	0	0	0	0
09n2-HSM-AGGW	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
09n3-HSM-REV	9	1	11,1	0	0	3	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
09n4-DEFI-IMPL	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n5-DEFI-AGGW	2	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
09n6-DEFI-REV	3	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10n2-KAROT	14	7	50	0	0	2	25	0	0	0	0	0	0	1	7,1
15n1-GYN-OP	7	0	0	0	0	1	50	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
17n1-HÜFT-FRAK	5	2	40	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0
18n1-MAMMA	12	2	16,7	0	0	3	100	0	0	1	8,3	0	0	0	0
DEK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HCH-D	0	0	0	0	0	0	28,6	0	0	0	0	0	0	0	0
HEP	7	2	28,6	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
KEP	6	3	50	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	16,7

Modul	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
PNEU	12	4	33,3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>91</b>	<b>25</b>	<b>27,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>18,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2,2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2,2</b>	

### 5.3.4 Einstufungen pro Bundesland

Tabelle 15: Einstufungen pro Bundesland – MDS

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bayern	14	8	57,1	0	0	3	21,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	9	3	33,3	0	0	2	22,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	6	4	66,7	0	0	0	0	0	0	2	33,3	0	0	0	0	0
Brandenburg	3	2	66,7	0	0	1	33,3	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
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	9	0	0	0	0	4	44,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	
Niedersachsen	4	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bundesland	Rechnerische Auffälligkeiten	Korrekte Dokumentation				Fehlerhafte Dokumentation						Sonstiges				
		U30		U99		A40		A42		A99		S91		S99		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nordrhein-Westfalen	27	2	7,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rheinland-Pfalz	4	0	0	0	0	1	25	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
Sachsen	5	2	40	0	0	2	40	0	0	0	0	0	0	1	20	0
Sachsen-Anhalt	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	4	0	0	0	0	4	100	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
<b>Gesamt</b>	<b>91</b>	<b>25</b>	<b>27,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>18,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2,2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2,2</b>	<b>0</b>

## 5.4 Dokumentationsraten im Follow-up und unbekannter Überlebensstatus

### 5.4.1 Herztransplantation

	AK-ID 850257	AK-ID 850258	AK-ID 850259
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	22	21	22
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	1	1
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	1	1	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechungen	0	0	0
Begehungen	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0
<b>Bewertungen</b>			
korrekte/vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0	0
fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	1	1
sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK ID 850257: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

AK ID 850258: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

AK ID 850259: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

HTXM-TX: Bei AK-ID 850293, 850294 und 850295 (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 2-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

#### 5.4.2 Lungen- und Herz-Lungentransplantation

	AK-ID 850266	AK-ID 850267	AK-ID 850304
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≤ 5 %
Indikatorergebnisse	16	16	16
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	1	1
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	0
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	1	1	1
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechungen	0	0	0
Begehungen	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0
<b>Bewertungen</b>			
korrekte/vollständige Dokumentation [U30, U99]	0	1	0
fehlerhafte/unvollständige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	0	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID: 850267: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850268: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850304: häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

LUTX: Bei AK-ID 850302, 850303 und 850368 (häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up, häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up, Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

### 5.4.3 Lebertransplantation

	AK-ID 850300	AK-ID 850301	AK-ID 850263	AK-ID 850264	AK-ID 850265
Referenzbereiche	≤ 5,00 %	≤ 5,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	23	24	24	23	24
<b>Ergebnisse</b>					
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	2	5	3	3
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	0	2	1	3
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	1	0	3
<b>Maßnahmen</b>					
Hinweise	0	0	0	0	0
Stellungnahmen	2	2	5	3	3
<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	5	3	3
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0	0	0

	AK-ID 850300	AK-ID 850301	AK-ID 850263	AK-ID 850264	AK-ID 850265
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>					
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0	0

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 850300: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850301: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

Bei den AK-ID 850299 (häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

#### 5.4.4 Leberlebenspende

	AK-ID 850260
Referenzbereiche	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	10
<b>Ergebnisse</b>	
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0
<b>Maßnahmen</b>	
Hinweise	0
Stellungnahmen	2
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>	
Besprechungen	0
Begehungen	0
Zielvereinbarungen	0

<b>AK-ID 850260</b>	
<b>Bewertungen</b>	
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	2
Sonstiges [S99, S90, S91]	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>	
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0

Anmerkungen:

AK-ID 850260: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

Bei AK-ID 850261, 850262 (Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up, Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

#### 5.4.5 Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

	<b>AK-ID 850310</b>	<b>AK-ID 850278</b>	<b>AK-ID 850279</b>	<b>AK-ID 850280</b>
Referenzbereiche	≤ 5,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	38	38	39	39
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	1	5	3	5
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	1	2	2
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	1	0	0
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	0	0	0	0
Stellungnahmen	1	5	3	5
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechungen	0	0	0	1
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0	0
<b>Bewertungen</b>				

	AK-ID 850310	AK-ID 850278	AK-ID 850279	AK-ID 850280
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0	0	0
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	1	5	3	5
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>				
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850310: Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 3-Jahres-Follow-up

AK-ID 850278: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850279: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850280: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

Bei AK-ID 850308 und 850309 (Häufige Angabe eines unbekanntes Überlebensstatus im 1-Jahres-Follow-up bzw. im 2-Jahres-Follow-up) gab es keine rechnerischen Auffälligkeiten. Folglich wurden diese Auffälligkeitskriterien im Strukturierten Dialog nicht behandelt.

#### 5.4.6 Nierenlebenspende

	AK-ID 850269	AK-ID 850270	AK-ID 850271
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	38	39	38
<b>Ergebnisse</b>			
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	7	3
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	0	1	0
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>			
Hinweise	0	0	0
Stellungnahmen	2	7	3

	AK-ID 850269	AK-ID 850270	AK-ID 850271
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>			
Besprechungen	0	0	0
Begehungen	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	0
<b>Bewertungen</b>			
korrekte/vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	1	0
fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	2	6	3
Sonstiges [S99, S90, S91]	0	0	0
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>			
favon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0

Anmerkungen:

AK-ID 850269: Dokumentationsrate 1-Jahres-Follow-up

AK-ID 850270: Dokumentationsrate 2-Jahres-Follow-up

AK-ID 850271: Dokumentationsrate 3-Jahres-Follow-up

## 5.5 Dokumentationsraten in den Zählleistungsbereichen

### 5.5.1 Hüftendoprothesenversorgung

	AK-ID 850274	AK-ID 850275	AK-ID 850276	AK-ID 850277
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≤ 110,00 %	≥ 95,00 %	≤ 110,00 %
Indikatorergebnisse	1.069	1.000	993	841
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	31	6	299	43
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	15	0	106	26
Stellungnahmen	16	6	191	17
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechungen	0	0	1	0

	AK-ID 850274	AK-ID 850275	AK-ID 850276	AK-ID 850277
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	4	1
<b>Bewertungen</b>				
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	0	0	10	1
unvollzählige Dokumenta- tion [A40, A42, A99]	13	4	157	13
Sonstiges [S99, S90, S91]	3	2	26	3

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 850347	AK-ID 850346	AK-ID 850345
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≤ 110,00 %	≥ 95,00	≤ 110,00 %
Indikatorergebnisse	949	745	876	863
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	29	43	121	4
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	11	26	51	1
Stellungnahmen	18	17	70	3
<b>Weiterführende Maßnahmen</b>				
Besprechungen	0	0	0	0
Begehungen	0	0	0	0
Zielvereinbarungen	0	0	1	0
<b>Bewertungen</b>				
vollzählige Dokumentation [U30, U99]	1	1	6	1
unvollzählige Dokumenta- tion [A40, A42, A99]	15	14	57	1
Sonstiges [S99, S90, S91]	2	2	7	1

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	AK-ID 850250
Referenzbereiche	≥ 1000 %	≤ 110,00 %	≥ 100	≥ 100
Indikatorergebnisse	23	23	53	53
<b>Ergebnisse</b>				
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	2	1	7	2
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	1	0	2	0
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0
<b>Maßnahmen</b>				
Hinweise	0	0	0	0
Stellungnahmen	0	0	0	0
Keine Maßnahme	2	1	7	2
<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]	0	0	0	0
unvollzählige Dokumentation [A40, A42, A99]	0	0	0	0
Sonstiges [S99, S90, S91]	2	1	7	2
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>				
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0	0	0

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)

AK-ID 850250: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (HTXM-MKU)

**5.5.4 Isolierte Aortenklappenchirurgie (kathetergestützt)**

	AK-ID 850289	AK-ID 850291
Referenzbereiche	≥ 95,00 %	≥ 95,00 %
Indikatorergebnisse	98	78
<b>Ergebnisse</b>		
Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten	7	8
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015	1	1
davon rechnerisch auffällig im EJ 2015 und EJ 2014	0	0
<b>Maßnahmen</b>		
Hinweise	0	0
Stellungnahmen	2	5
Keine Maßnahmen	5	3
<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]	2	5
Sonstiges [S99, S90, S91]	5	3
<b>Wiederholte Auffälligkeiten</b>		
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015	0	0
davon fehlerhafte Dokumentation [A40, A99] im EJ 2015 und EJ 2014	0	0

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 Strukturier-ten Dialog nicht behandelt.